

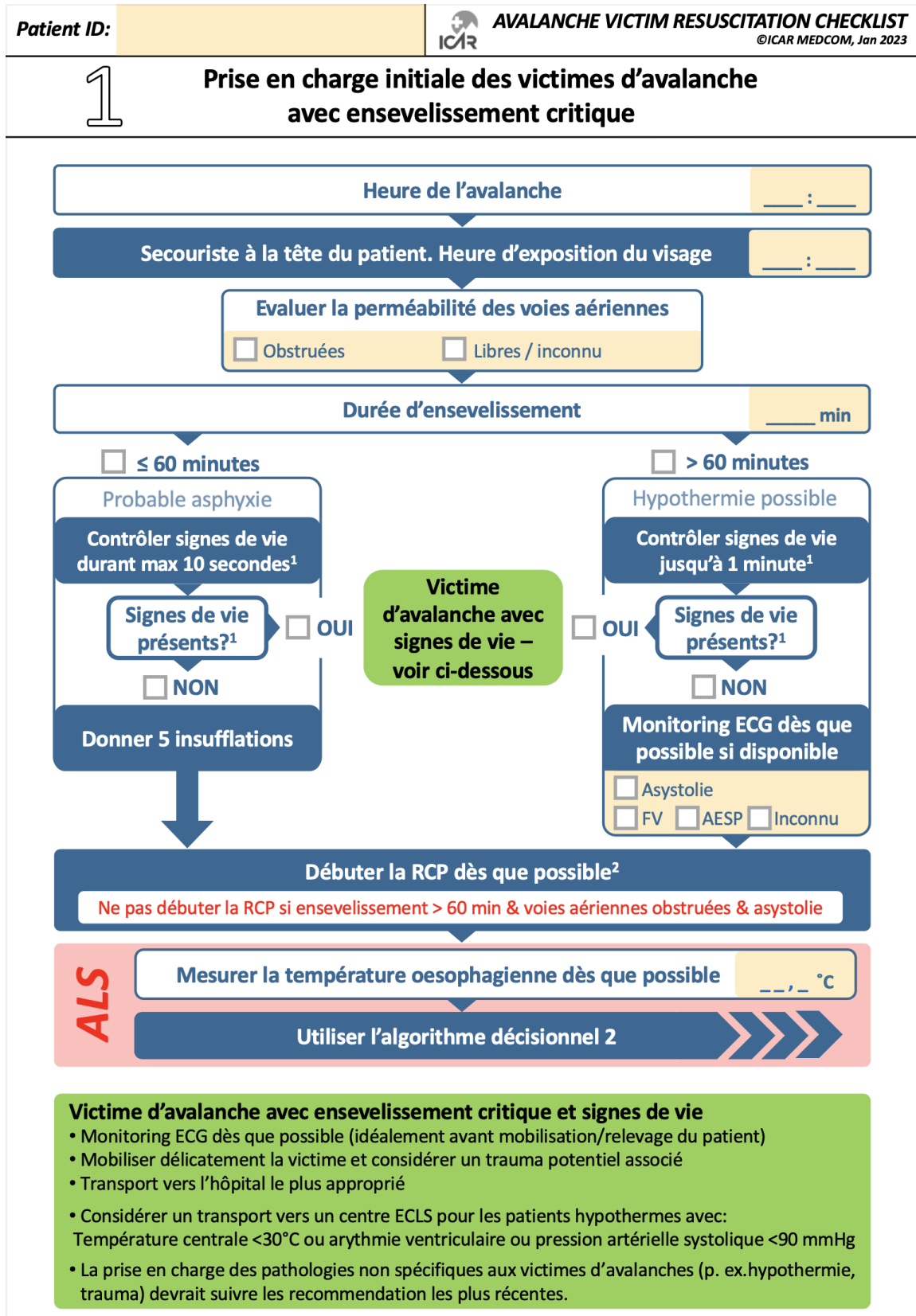
Ce référentiel a pour objectif d'uniformiser la prise en charge pré-hospitalière et l'orientation des patients victimes d'avalanche au sein du réseau Urg'ARA.

Cette procédure s'applique pour tout patient victime d'avalanche.

## Algorithme de prise en charge de l'avalanché en AC, d'après :

Pasquier M, Strapazon G, Kottmann A, Paal P, Zafren K, Oshiro K, et al. On-site Treatment of Avalanche Victims: Scoping Review and 2023 Recommendations of the International Commission for Mountain Emergency Medicine (ICAR MedCom). Resuscitation. 2023 Jan;109708

Iconographie disponible pour impression : <https://www.alpine-rescue.org/articles/1164--avalanche-victim-resuscitation-checklist-version-2023>

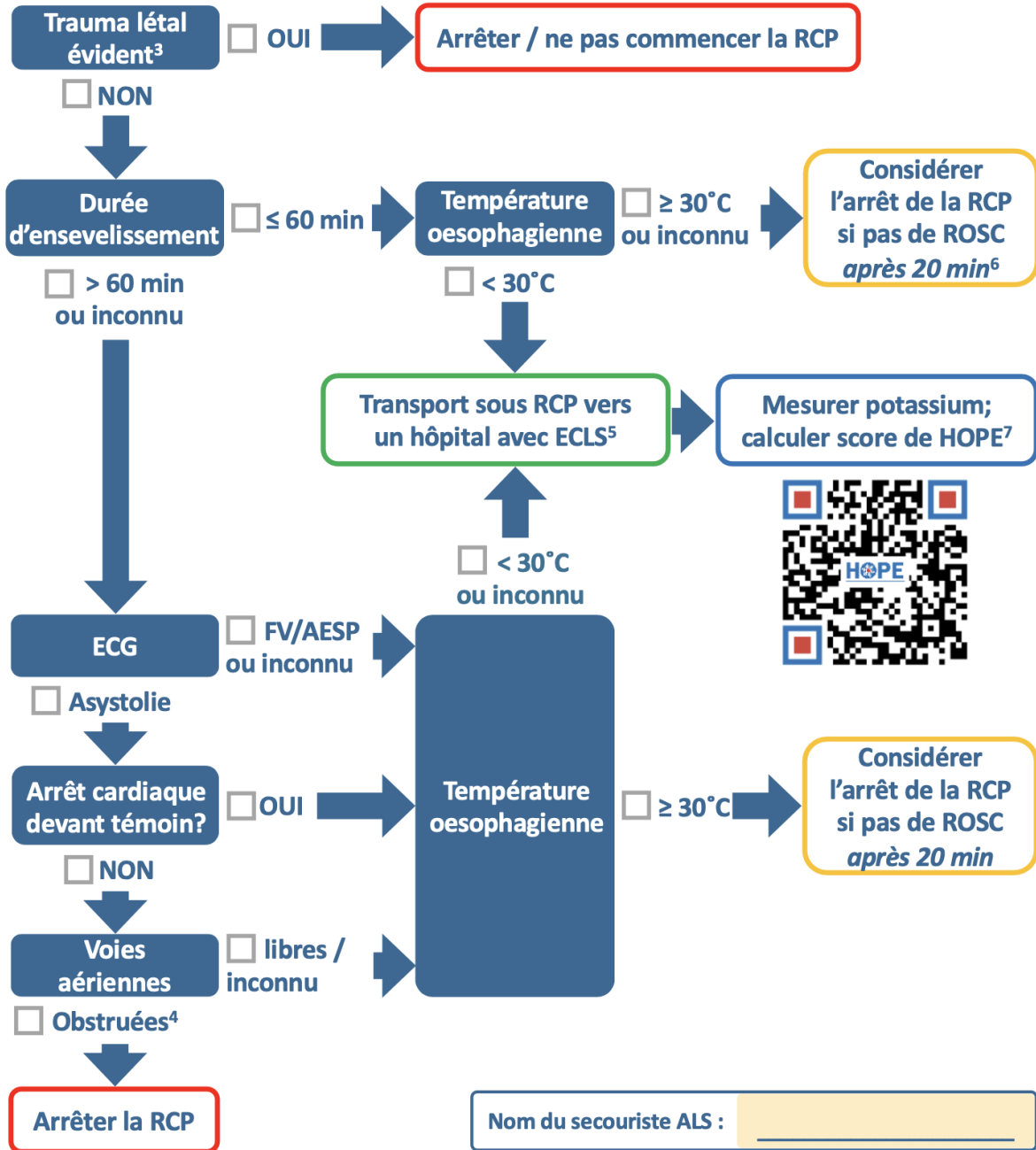


## Algorithme de prise en charge de l'avalanché en AC, d'après :

Pasquier M, Strapazzon G, Kottmann A, Paal P, Zafren K, Oshiro K, et al. On-site Treatment of Avalanche Victims: Scoping Review and 2023 Recommendations of the International Commission for Mountain Emergency Medicine (ICAR MedCom). Resuscitation. 2023 Jan;109708

Iconographie disponible pour impression : <https://www.alpine-rescue.org/articles/1164--avalanche-victim-resuscitation-checklist-version-2023>

## 2 Algorithme décisionnel pour la prise en charge avancée des victimes d'avalanche avec ensevelissement critique et en arrêt cardiaque



1. Les signes de vie sont les suivants : A, V ou P sur l'échelle AVPU (alerte, réagit aux stimuli verbaux, réagit à la douleur, ne réagit pas) ou Score de Glasgow > 3, présence de mouvements visibles, respiration ou pouls carotidien ou fémoral palpable (pour les secouristes ALS expérimentés).
2. Fréquences de compressions thoraciques et de ventilation standard. Dose des médicaments et défibrillations en fonction de la température centrale ou, si elle n'est pas disponible, de la durée de l'ensevelissement. Si la FV persiste après trois chocs, attendre que la température centrale soit  $\geq 30^{\circ}\text{C}$  avant un nouvel essai. Ne pas administrer d'adrénaline si la température centrale est  $< 30^{\circ}\text{C}$ .
3. Lésions létales évidentes : décapitation; transection du tronc; corps entier décomposé. Si c'est le cas, ne pas commencer la RCP.
4. Pour que les voies aériennes puissent être qualifiées d'"obstruées" ou "bloquées", il faut que le nez et la bouche soient complètement remplis de neige compacte ou de débris.
5. Dans le cas d'un patient en hypothermie profonde ( $< 28^{\circ}\text{C}$ ), en cas de danger pour les sauveteurs, envisager une RCP différée et si le transport est difficile, envisager une RCP intermittente.
6. Si la mesure de la température centrale n'est pas disponible, l'hypothermie peut être envisagée comme cause de l'arrêt cardiaque malgré une durée d'ensevelissement de  $\leq 60$  minutes chez une victime dont les voies aériennes sont dégagées et qui ne présente aucun signe de vie, lorsqu'un refroidissement très rapide est possible (p.ex. ensevelissement à la montée, corpulence mince ou de petite taille, habillement minimal, transpiration avant l'ensevelissement).
7. L'évaluation à l'hôpital du succès de réchauffement d'une victime d'avalanche doit inclure l'estimation de la probabilité de survie à l'aide du score HOPE. En cas de doute sur la possibilité que la victime d'avalanche ait été asphyxiée malgré un ensevelissement critique, le score HOPE doit être calculé en utilisant l'option NON-ASPHYXIE. Cela réduit le risque de sous-traitement. Si le score HOPE ne peut pas être calculé, la combinaison d'un potassium  $< 7$  mmol/L et d'une température  $< 30^{\circ}\text{C}$  peut être utilisée à la place pour aider à déterminer l'indication à un réchauffement par ECLS.

## Patient Avalanché en AC

**T = 0'**  
Départ de l'avalanche

**T = + 60'**

**L' Asphyxie**  
domine les causes de décès

**L' Hypothermie**  
Est une cause possible de l'AC

**Points clés à rechercher :**

- Durée d'ensevelissement
- Libertés des VAS
- Lésions létales évidentes

**Prise en charge :**

- Insufflations en priorité
- Réanimation standard
- Considérer comme possible AC traumatique pour guider la réanimation
- Rythme cardiaque ?

**Points clés à rechercher :**

- Durée d'ensevelissement
- Libertés des VAS ++
- AC devant témoin ?
- Lésions létales évidentes

**Prise en charge :**

- Rythme cardiaque ? Monitoring
- Réanimation standard
- Considérer comme possible AC hypotherme pour guider la réanimation
- Température œsophagienne

**En cas de doute :** décision de poursuite de la réanimation suite au calcul du **score HOPE** à l'hôpital

**Points clés à rechercher :**

- Durée d'ensevelissement
- Obstacles rencontrés
- Symptômes respiratoires

**Patient Avalanché hors AC**  
**Un avalanché enseveli est exceptionnellement indemne**

**Prise en charge :**

- Patient à considérer à minima comme un **GRADE C**
- **Transport SAU pour réévaluation**
- Considérer le psycho-trauma

## Patient inconscient et sans signes vitaux après un monitoring continu sur 1 minute

**Survie Probable si :**

- AC devant témoins ou rescue collapse
- Rythme initial en fibrillation ventriculaire
- En plus des deux points précédents, lorsque tous les critères suivants sont réunis :
  - Durée d'ensevelissement  $\geq 60$  min et/ou  $T^{\circ}$  centrale  $< 30^{\circ}$  C
  - VAS libres et/ou présence d'une poche à air
  - Absence de traumatisme létalement apparent

**Probabilité de survie faible :**

- Rythme initial en asystolie (hors patient hypotherme)
- AC sans témoin
- Obstruction des VAS et/ou absence de poche à air
- Durée d'ensevelissement  $< 60$  minutes ou  $T^{\circ}$  centrale  $> 30^{\circ}$  C

## 1. Mise en garde, contraintes liées à l'environnement de montagne :

Chaque point de cette procédure pour l'aide à la prise en charge des avalanchés correspond à la **prise en charge idéale** proposée **lorsque les conditions le permettent**.

Les contraintes liées aux risques objectifs et aux moyens humains et matériels limités, sont prioritaires sur «la prise en charge idéale». Il est licite de ne pas s'engager dans une procédure thérapeutique **si les conditions de risque sont trop élevées pour l'équipe de secours**.

## 2. Matériel et compétences médicales :

Le médecin primo-intervenant sur une avalanche doit avoir reçu une formation théorique et pratique en médecine d'urgence en montagne.

Le **matériel de sécurité** indispensable comprend :

- **Le triptyque indissociable.** Dispositif de recherche de Victime d'Avalanche (**DVA**), **pelle, sonde ;**
- **Un sac type «airbag»** restant en permanence sur le dos du médecin.

Le **matériel médical** minimum comprend :

- **Thermomètre** à sonde pour mesure de la température centrale ;
- **Thermomètre épitympanique à thermistance ;**
- **Scope et défibrillateur ;**
- **Matériel de réanimation nécessaire à la prise en charge d'un patient traumatisé sévère ;**
- **Check-list avalanche (cf. infra).**

## 3. Registre :

Toute personne avalanchée et prise en charge médicalement sur site ou secondairement à l'hôpital devra être **inclue dans le registre du ReNAAV** dans la mesure où elle répond **aux critères d'inclusions** :

- Toute personne impliquée dans une avalanche défini comme avoir été en **contact avec la coulée ou l'aérosol** de neige, qu'elle soit **blessée ou non ;**
- Avoir été **pris en charge par des secours professionnels médicalisés ou non ;**
- Toute avalanche sur le **domaine skiable ou en dehors du domaine skiable ;**
- Transporté vers un centre hospitalier, un cabinet de montagne ou laissée sur place suite à sa prise en charge ;
- Dans les départements de la **région Auvergne Rhône Alpes.**

Une victime d'avalanche n'est pas nécessairement ensevelie.

**L'ensevelissement partiel** est défini comme un l'ensevelissement d'une partie du corps, à l'exception des voies aériennes supérieures (VAS).

**L'ensevelissement partiel critique** implique l'ensevelissement d'une partie du corps ainsi que les **VAS**.

**L'ensevelissement total** implique que la totalité du corps soit recouvert de neige, VAS comprises.

### a. Durée d'ensevelissement :

**L'hypoxie est la principale cause de décès** des victimes d'avalanche ayant un ensevelissement critique.

La probabilité de survie décroît rapidement avec l'augmentation du temps d'ensevelissement chez les ensevelis critiques :

- de 93 % dans les 15 premières minutes ;
- à 28 - 34 % à 35 minutes ;
- et 25 % à 45 minutes.

La priorité de la prise en charge initiale est donnée au dégagement des victimes. Les victimes dégagées avant l'arrivée des secours ont une plus grande probabilité de survie.

La durée d'ensevelissement devra systématiquement être recherchée de la façon la plus rigoureuse possible.

### b. Profondeur d'ensevelissement :

La probabilité de survie diminue avec la profondeur de l'ensevelissement (mesurée entre la surface et la tête), et ce de façon indépendante de la durée d'ensevelissement.

La profondeur d'ensevelissement n'est pas une variable à prendre en compte dans la stratégie de gestion du patient.

### c. Densité de la neige :

La densité de la neige **n'est pas une variable à prendre en compte** dans la stratégie de gestion du patient avalanché.

Chez les ensevelis critiques, l'augmentation de la densité de la neige entraîne une diminution plus rapide de la saturation en oxygène et une augmentation plus rapide de capnie.

La mesure objective de la densité de la neige implique des méthodes standardisées difficilement transposables au contexte de l'urgence en avalanche.

Un patient avalanché est exceptionnellement indemne, quel que soit le type d'ensevelissement.

## 1. Le patient traumatisé sévère

Les cinétiques mises en jeu et les obstacles potentiels impliquent qu'une **victime d'avalanche** soit considérée **à minima comme un traumatisé sévère GRADE C**.

Les lésions fréquemment retrouvées et parfois méconnues à la phase initiale sont principalement des **traumatismes crâniens**, des **traumatismes thoraciques** dont des pneumothorax, des **lésions du rachis** et des **fractures du bassin**.

Hormis un examen clinique rigoureux, ces atteintes nécessitent :

- **La mise en œuvre de techniques d'immobilisation du rachis : collier cervical et/ou attelle cervico thoracique ;**
- **Une contention pelvienne au moindre doute ;**
- **La prévention des ACSOS pour les traumatisés crâniens sévères.**

Les **règles de triage et d'orientation** des patients traumatisés sévères **du réseau Urg'ARA** s'appliquent de la même façon pour les patients avalanchés. Néanmoins, une **attention particulière** sera portée à **l'hypothermie**, variable pouvant modifier le niveau du centre hospitalier (CH) requis (cf. infra).

Le **risque de gelures** n'est pas négligeable et devra être prévenu par **l'isolation du froid** et par un **réchauffement actif** dès que possible.

## 2. L'hypoxie

**L'hypoxie est la principale cause de décès des patients avalanchés.** Dès le dégagement des VAS, une **oxygénothérapie** devra être envisagée, particulièrement si il existe des signes évocateurs d'hypoxémie (cyanose, troubles de la conscience).

Un patient enseveli critique a un **risque d'évolution vers un OAP** en lien avec une respiration en pression négative et nécessite une surveillance hospitalière et un traitement conventionnel le cas échéant.

## 3. L'hypothermie

Tout patient avalanché est probablement hypotherme. La gestion d'un patient hypotherme renvoi à une procédure Urg'ARA spécifique, sont évoquées ici les particularités en lien avec l'avalanche.

Le principal enjeu dans la prise en charge d'un patient hypotherme est d'évaluer son **risque d'évolution vers l'arrêt cardiaque (AC)**. Toute stimulation mécanique peut entraîner des troubles ventriculaires graves (Rescue Collapse) et nécessite les précautions suivantes :

- **Monitoring électrocardiographique dès l'accès au thorax possible, avant l'extraction** et pendant la phase de **transport ;**
- **Mobilisations précautionneuses** lors des manœuvres de secourisme ;
- **Treuilage horizontal** avec monitoring continu ;
- Mise en place le plus rapidement possible des mesures de **protection thermique** et de réchauffement actif externe (surveillance de la survenue d'un "after drop").

La mesure de la température chez un patient conscient repose sur la température épitympanique par un thermomètre à thermistance. Les conditions de réalisation d'une telle mesure sur le terrain sont difficiles et peuvent induire de fausses mesures (neige dans le conduit auditif).

Des évaluations simples permettent de **corrélér clinique** et **probabilité d'évolution vers l'AC**. Ces évaluations sont valables lorsque l'hypothermie est seule responsable de la symptomatologie clinique (hors traumatisme crânien, défaillance hémodynamique ou ventilatoire, trouble métabolique, intoxication, etc...).

Echelle AVPU	Stade 1	Stade 2	Stade 3	Stade 4
Clinique	"Alert" Communique aisément et bouge spontanément	"Verbal" Réponse uniquement à la stimulation verbale	"Pain" Réponse uniquement à la stimulation douloureuse ; signes vitaux présents	"Unresponsive" Inconscient ET absence de signes vitaux détectables
Risque d'arrêt cardiaque	Faible	Modéré	Elevé	Arrêt cardiaque hypotherme

Troubles de la conscience et/ou T° < 30° C + Instabilité hémodynamique =  
Orientation vers un CH disposant d'une ECLS

L'ensemble des points ci-après sous-tendent le raisonnement clinique et sont synthétisés dans l'algorithme de prise en charge du patient avalanché en AC.

## 1. Délais d'ensevelissement

Dans les **60 premières minutes l'asphyxie** est la principale **cause d'AC**.

Ainsi, la réanimation cardio-pulmonaire d'une victime retrouvée en AC à moins d'une heure d'ensevelissement devra **débuter par 5 insufflations**.

Au-delà de 60 minutes l'**hypothermie** est une des **causes possibles d'AC**.

En combinaison avec d'autres critères, l'**hypothermie** comme cause de l'AC présente un **pronostic favorable** et doit donc être recherchée.

Quels que soient les délais, le **polytraumatisme létal** est une cause possible d'AC. Il devra être recherché et la décision d'entreprendre des mesures de réanimation dans ce contexte se fera au même titre que pour des patients non avalanchés.

## 2. Liberté des voies aériennes supérieures

Tous les patients avalanchés ayant fait un **AC et étant sortis vivants** de l'hôpital avaient les **VAS libres** lors de la prise en charge initiale.

L'absence d'obstruction des VAS est un élément indispensable à rechercher car il conditionne le pronostic et la suite de la prise en charge.

La présence d'une poche à air améliore grandement les chances de survie, particulièrement chez les patients ensevelis depuis plus de 15 min.

## 3. Mesure de la température centrale

La mesure de référence de la **température centrale** d'un patient en AC se fait par l'insertion d'une sonde de température **au tiers inférieur de l'oesophage** ou d'une **sonde oropharyngée**.

Les taux de refroidissement des patients ensevelis peuvent être très variables et dépendent notamment de la température de l'environnement et du type d'habillement.

En cas de **doute sur les délais** d'ensevelissement, **la mesure fiable de la température centrale** permettra de déterminer si l'hypothermie est responsable de l'AC chez les patients sans obstruction des VAS.

L'hypothermie seule n'est probablement pas la cause de l'AC chez les patients avec une T° centrale > 30° C.

## 4. Rythme cardiaque initial

Le **rythme cardiaque** le plus fréquemment retrouvé chez les patients en **AC hypotherme** et ayant **survécus** est la **fibrillation ventriculaire**.

L'**asystolie** est le plus fréquemment rencontrée chez les **patients non hypotherme**.

L'arrêt cardiaque **hypotherme** en **asystolie** chez les patients **avalanchés** est rare et est associé avec un **pronostic défavorable**.

L'**AC devant témoins** chez les victimes d'avalanche est associé à une **meilleure survie**.

Du fait de l'hypothermie, la **recherche du rythme cardiaque initial** devra s'étaler **sur au moins une minute**.

## 5. Mesure de l'EtCO2

Chez le patient en **AC hypotherme**, une **valeur d'EtCO2 < 10 mmHg n'est pas prédictif d'un échec de la RCP**. La valeur de l'EtCO2 n'est pas une variable indépendante à prendre en compte dans la décision de poursuite ou d'interruption d'une RCP compte tenu de la physiologie particulière du patient hypotherme.

## 6. Candidats à l'Extra Corporeal Life Support (ECLS)

La décision d'implantation d'une ECLS sera fondée sur le calcul du **HOPE Score** avec un cut-off fixé à 10 %. Le HOPE ayant principalement été validé pour les patients hypotherme non avalanché, son utilisation devra être prudente, particulièrement chez les patients pour lesquels il existe un doute sur la liberté des VAS. Pour les patients ensevelis critiques chez qui une cause non asphyxique est possible (arguments de terrain), avec une durée d'ensevelissement > 60 min et un AC devant témoins, l'utilisation de la variable « non asphyxique » dans le score HOPE permettra de diminuer le risque de sous-estimer la probabilité de survie.

## 7. Points particuliers de la RCP d'un patient avalanché

Les patients découverts en AC au-delà de 60 min d'ensevelissement et/ou avec une T° centrale < 30° ET avec une liberté des VAS doivent bénéficier d'une RCP prolongée compte tenu de leur bonne probabilité de survie, d'autant plus que l'AC se fait devant témoins et que le rythme initial est en fibrillation ventriculaire.

### a. Fibrillation ventriculaire :

Chez le patient avalanché avec une T° centrale > 30° C, la défibrillation des troubles rythmiques ventriculaires se fera en accord avec les recommandations.

Chez le patient avalanché hypotherme avec une T° centrale < 30° C, il est recommandé de ne pas réaliser plus de 3 CEE devant la probable futilité et le retard à la suite de la prise en charge que cela occasionnerait. Il n'existe pas de recommandations concernant l'utilisation de la double défibrillation séquentielle chez le patient hypotherme.

### b. Administration des drogues :

Chez le patient avalanché en AC avec une T° centrale  $\geq 35^\circ \text{C}$ , le protocole d'administration des drogues suivra les dernières recommandations.

Chez le patient avalanché en AC avec une T° centrale  $\geq 30^\circ \text{C}$  et < 35° C, l'intervalle d'administration de l'adrénaline sera **augmenté à 6 – 10 min**.

Chez le patient avalanché en AC avec une T° centrale < 30° C il n'est **pas recommandé d'administrer d'adrénaline ou d'anti-arythmiques**.

### c. Compressions thoraciques :

L'utilisation de la **planche à masser** chez le patient avalanché en AC est **recommandée** pour limiter les interruptions du massage cardiaque et pour faciliter le transport.

La **fréquence** et la **profondeur** des compressions thoraciques chez le patient avalanché en AC réponds aux **mêmes critères** que chez le patient **non avalanché**, qu'il soit **hypotherme ou non**.

Chez le patient avalanché en AC et hypotherme, les **compressions thoraciques intermittentes** sont admises uniquement si les **conditions de terrain et de transport** n'autorisent pas des compressions continues et selon le schéma suivant :

- T° centrale > **28° C** : compressions continues fortement recommandées ;
- T° centrale < **28° C** et > **20°** : alternance MCE/interruption toutes les 5 min ;
- T° centrale < **20° C** : alternance MCE 5 min et interruption  $\leq 10$  min.

### d. Thoracostomie :

La thoracostomie bilatérale chez le patient avalanché normotherme présentant des signes de polytraumatisme doit être réalisée car elle semble améliorer le pronostic.

La thoracostomie bilatérale chez le patient avalanché hypotherme ne devra être effectuée uniquement si il existe des arguments objectifs de compression intra-thoracique, la réalisation du geste pouvant augmenter le risque de saignement à postériori pour le patient candidat à un réchauffement extra-corporel.

### e. Indications de non-réanimation sur le terrain :

Une réanimation ne doit pas être entreprise si les risques objectifs liés à l'environnement sont trop importants pour les équipes de secours, ou en cas de blessure létale évidente ou si le corps de la victime est totalement gelé (thorax non compressible).

### f. Kaliémie :

La **mesure de la kaliémie** se fera sur un **échantillon sanguin** prélevé en **veine fémorale** et analysé sur un **appareil de gazométrie**. Les analyses prélevées en périphérie et effectuées en laboratoire augmentent le risque de sur-estimer la kaliémie et de sous-estimer le score HOPE au détriment du patient.

La **kaliémie comme seul critère ne doit pas être utilisée** pour décider de poursuivre ou non la réanimation d'un patient avalanché.

A défaut de pouvoir calculer le score HOPE, l'association **d'une kaliémie < 7 mmol/L ET d'une T° centrale < 30° C** permettra d'envisager un réchauffement extra-corporel.

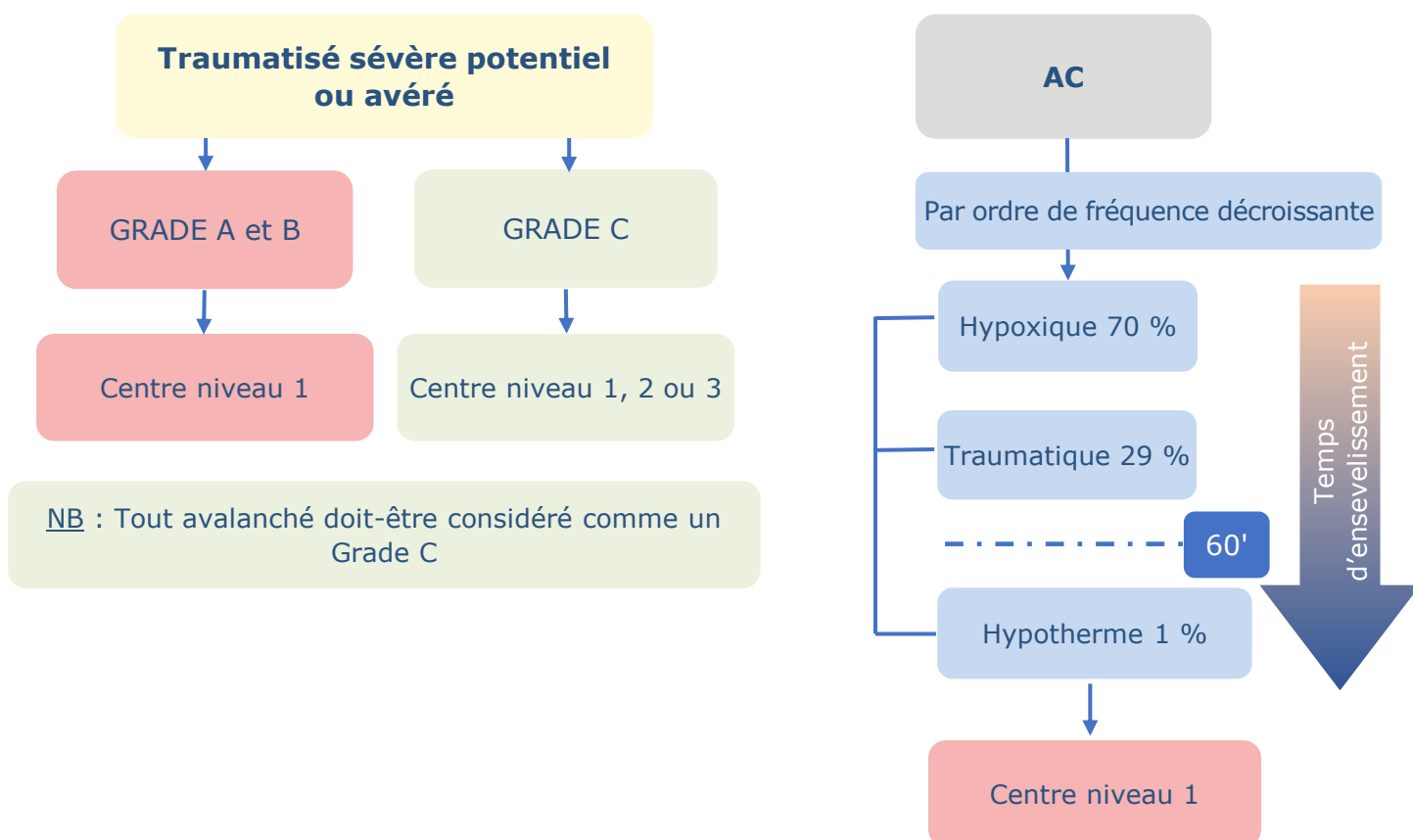


La section ci-après a vocation de fournir aux médecins régulateurs et ARM des SAMU des clés de prise en charge et d'orientation pour les patients avalanchés en situation multi-victimes. Les éléments décrits ne sont pas toujours transposables aux situations mono-victimes ou de faible ampleur.

Sur l'arc alpin nord, environ une avalanche sur deux concerne au moins deux victimes, soulignant l'importance de la connaissance des stratégies de gestion multi-victimes pour ces événements.

La connaissance de la procédure de prise en charge des patients avalanchés en dehors des situations multi-victimes décrite précédemment et des patients en hypothermie ([Lien](#)) est indispensable à la bonne compréhension de cette section.

## Doctrine d'orientation des patients avalanchés dans la région Auvergne Rhône Alpes



### ENJEU

**L'enjeu** du triage en situation multi-victimes avalanchées est de ne pas sous trier les patients en AC ayant de **réelles chances de survie** :

- Les patients **hypoxiques découverts précocement** ;
- Les patients **hypothermes découverts tardivement**.

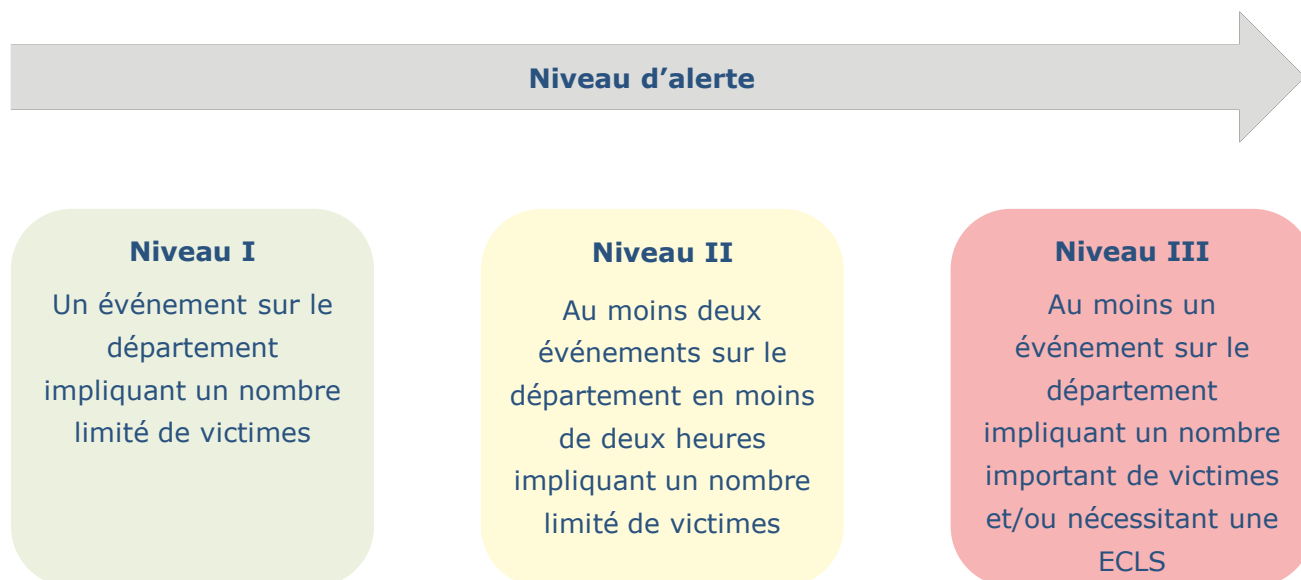
**L'orientation** hospitalière des patients avalanchés **hypothermes** sera ainsi **conditionnée** par la répartition et la **disponibilité des systèmes d'ECLS**.

## La crue avalancheuse

Les **conditions nivologiques** peuvent être très **différentes** d'un massif à l'autre, néanmoins il n'est pas rare que **l'ensemble de l'arc alpin** présente en même temps des **conditions à risque élevé** d'avalanche (BRA 3 ou plus Lien Meteo France).

Ces situations de **crues avalancheuses** sont **anticipables** et doivent conduire à la vigilance des différents intervenants.

Elles concernent particulièrement les journées de **forte fréquentation des massifs** : beau temps, vacances scolaires, WE.



<b>Niveau I</b>	<b>Vigilance Accrue</b>
	Situation pouvant se dégrader
<b>Niveau II</b>	<b>Situation Instable</b>
	Informez les SAMU voisins
	Informez les Trauma Center de niveau I
	S'informez de la disponibilité des ECLS sur l'arc alpin nord
<b>Niveau III</b>	<b>Situation d'Alerte Maximale</b>
	Informez le SAMU Zonal
	Informez les SAMU voisins
	Informez les Trauma Center de Niveau I et II
	S'informez de la disponibilité des ECLS sur l'arc alpin nord

## Grands principes de gestion multi-victimes en avalanche

Ces principes s'appliquent à la gestion d'un événement avalanche impliquant de nombreuses victimes ou de plusieurs événements nécessitant une gestion simultanée.

### **Ce qu'il faut toujours faire**

- Prévenir le(s) SAMU voisin(s), créer un événement SI-SAMU
- Prévenir le(s) médecin(s) de terrain des situations en cours pouvant impacter la gestion habituelle d'une avalanche
- Déclencher l'astreinte DSM départementale
- Définir avec les différents acteurs (SDIS, SAMU, terrain...) des canaux et des bulles de communication dédiés (téléphonie, radio, messagerie instantanée,...)

### **Ce qu'il faut probablement faire**

Pré-alerter la filière d'aval déchocage-réanimation et s'enquérir des ECLS disponibles

Accepter la part d'incertitude dans les remontées d'information et accepter les erreurs de triage

Disposer d'une cartographie de l'endroit où se situe l'évènement

### **Ce qu'il ne faut certainement pas faire**

Allouer trop de ressources aux patients découverts précocement en AC (hypoxique et traumatique ont de faibles chances de survie)

## Les trois phases successives de triage

La remontée des informations vers la régulation par un **bilan d'ambiance initial** puis **aussi souvent que nécessaire** permettra d'**anticiper** au mieux **les moyens** à mettre en œuvre **sur le terrain** et les **besoins en ressource hospitalière**.

T = 0'  
Départ de l'avalanche

T = 35'

T = 60'

### Phase précoce 0 - 35 min d'ensevelissement

#### L'asphyxie domine :

- Priorité au dégagement
- Libération VAS et oxygénation
- Patients découverts en AC : RCP à entreprendre en fonction des ressources disponible

Probabilité de **survie** des patients découverts en AC à cette phase :

**Faible à modérée**

### Phase intermédiaire 35 - 60 min d'ensevelissement

#### L'asphyxie domine, le traumatisme est également possible :

- Prioriser les patients avec des signes de vie
- Gestes de médicalisation avancée à entreprendre en fonction des ressources disponibles
- Patients découverts en AC : ne pas débiter de RCP sauf si suffisamment de ressources médicales disponibles

Probabilité de **survie** des patients découverts en AC à cette phase :

**Très faible**

### Phase tardive > 60 min d'ensevelissement

**L'hypothermie accidentelle** doit être considérée comme une cause possible d'AC :

- Mesurer la température centrale
- Débuter une RCP médicalisée pour les patients en AC avec une liberté des VAS
- S'orienter vers une stratégie de réanimation prolongée

Probabilité de **survie** des patients faisant un AC à cette phase :

**Potentiellement très bonne**  
(uniquement pour les patients hypothermes, cf. supra)

## CONTACTS

Département	Nom du CH - CHU	SAMU	DECHOCAGE
<b>01</b>	CH Fleyriat	04 74 45 46 47	04 74 45 41 84
<b>03</b>	CH Moulins	04 70 35 77 71	04 70 45 46 47
<b>15</b>	CH Aurillac	04 71 46 82 41	04 71 46 56 28
<b>26</b>	CH Valence	04 75 82 31 00	04 75 75 71 86
<b>38</b>	CHU Grenoble	04 76 63 42 02	04 76 76 81 01
<b>63</b>	CHU Clermont-Ferrand	04 73 41 40 33	04 73 75 41 12
<b>69</b>	Hôpital Edouard Herriot	04 72 11 63 84	04 72 11 63 56
<b>69</b>	HCL Lyon Sud	04 72 11 63 84	04 78 86 10 43
<b>73</b>	CH Chambéry	04 79 68 13 22	04 79 96 50 41
<b>74</b>	CH Annecy	04 50 63 63 86	04 50 63 68 68