

L'arrêt circulatoire est une urgence absolue, car il produit une interruption de la perfusion des organes et des tissus, entraînant une anoxie cellulaire qui, au niveau du cerveau, peut devenir irréversible en quelques minutes. S'il se prolonge au-delà de 3 à 5 minutes, le cerveau est lésé de manière irréversible, même si l'activité cardiaque reprend. Une réanimation débutée après la quatrième minute a peu de chance de succès sauf circonstances particulières protégeant le cerveau de l'anoxie (sujet en hypothermie, sujet jeune, activité cardiaque résiduelle...)

Le diagnostic doit être posé en quelques secondes et ne doit retarder qu'au minimum la mise en œuvre de la réanimation d'urgence.

L'absence de pouls carotidien ou fémoral est nécessaire et suffisante pour affirmer l'arrêt circulatoire. Cependant, en raison du manque de fiabilité de la recherche d'un pouls fémoral ou carotidien, cette recherche n'est pas indispensable à la mise en œuvre de la réanimation.

**Sur le plan pratique, une victime est considérée en arrêt cardiaque lorsqu'elle est**

- **inconsciente** ;
- **aréactive** (les membres supérieurs peuvent cependant lors de la première minute se raidir en saccades convulsives et le visage être animé de secousses) ;
- **ne respire pas** (aucun mouvement de la poitrine n'est visible et aucun bruit ou souffle n'est perçu) **ou présente des gasps** (inspirations anarchiques, inefficaces, lentes, bruyantes pouvant se produire après la première minute et jusqu'à la cinquième minute d'un arrêt cardiaque - phase agonique).

De la rapidité et de l'enchaînement de la chaîne de survie dépendent les chances d'obtenir une réanimation efficace. Celle-ci repose sur :

- un appel immédiat du service d'aide d'urgence.
- un début rapide de la réanimation cardio-respiratoire de base ;
- une défibrillation précoce.

Les causes d'arrêt cardio-respiratoire sont multiples. Cependant, 3/4 d'entre elles sont dues à un trouble du rythme cardiaque dénommé fibrillation ventriculaire (contractions anarchiques, non synchrones, des fibres myocardiques des ventricules). Les contractions du cœur sont inefficaces et ne permettent pas d'assurer une circulation. Chaque minute écoulée après le début de la fibrillation ventriculaire diminue d'environ 10 % les chances de ressuscitation, d'où l'importance d'une défibrillation précoce.



La mise à disposition du public de défibrillateurs automatiques externes (D.A.E.), disposés dans de nombreux lieux publics a permis, au cours de ces dernières années, d'augmenter considérablement les chances de survie d'une personne victime d'un arrêt cardiaque. Les recommandations internationales de défibrillation précoce ont fixé comme objectif un délai optimal inférieur à trois minutes pour la délivrance du premier choc.

Cependant, il y a peu de chance de trouver un D.A.E. dans la dotation médicale d'un navire de plaisance. Son absence, ajoutée à l'impossibilité pour les secours médicalisés d'intervenir dans un délai très bref, font que le pronostic d'un arrêt cardiaque à bord d'un navire de plaisance en mer, est extrêmement sombre.

## Principe de la réanimation cardio-pulmonaire

Pour suppléer le cœur et les poumons et permettre au cerveau d'être oxygéné, deux techniques doivent être utilisées :

- le massage cardiaque, qui consiste en une série de compressions thoraciques et dont le but est d'établir une circulation artificielle. (fiche PS9)
- la ventilation artificielle, dont la principale technique sans matériel est le bouche à bouche et dont le but est d'apporter de l'air aux poumons de la victime. (fiche PS10)

La réanimation cardio-pulmonaire (PS12) est basée sur l'alternance d'une phase cardiaque (compressions thoraciques) et d'une phase respiratoire (insufflations d'air dans les voies respiratoires de la victime)

