

**Echelle de vigilance-agitation de Richmond (*Richmond agitation sedation scale RASS*) [1,2] ; validation française par Chanques et coll [3]**

+4	combatif	combatif, danger immédiat envers l'équipe.
+3	très agité	tire, arrache tuyaux et cathéters et/ou agressif envers l'équipe
+2	agité	mouvements fréquents sans but précis et/ou désadaptation au respirateur
+1	ne tient pas en place	anxieux ou craintif, mais mouvements orientés, peu fréquents, non vigoureux, non agressifs
0	éveillé et calme	
-1	somnolent	Pas complètement éveillé, mais reste éveillé avec contact visuel à l'appel (> 10 sec)
-2	diminution légère de la vigilance	Reste éveillé brièvement avec contact visuel à l'appel (< 10sec)
-3	diminution modérée de la vigilance	N'importe quel mouvement à l'appel (ex : ouverture des yeux) mais pas de contact visuel
-4	diminution profonde de la vigilance	Aucun mouvement à l'appel, n'importe quel mouvement à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)
-5	non réveillable	Aucun mouvement, ni à l'appel, ni à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)

**Guide de passation**

- Observer le patient sans faire de bruit ;
- S'il manifeste une activité motrice spontanée : quantifier le niveau d'agitation :
  - Si les mouvements sont plutôt orientés, non vigoureux, non agressifs, peu fréquents : coter +1 ;
  - Si les mouvements sont plutôt peu orientés, assez vigoureux, fréquents (ou que le patient est désadapté du respirateur) : coter +2 ;
  - Si le patient tire sur un cathéter, tente de quitter le lit, et/ou qu'il est agressif envers l'équipe : coter +3 ;
  - Si le patient présente un danger immédiat pour l'équipe, coter +4 ;
- Si le patient est calme, les yeux ouverts : coter RASS 0. S'il répond aux ordres simples, en plus d'être évalué RASS 0, il peut être estimé comme conscient ;
- Si le patient est calme, les yeux fermés : quantifier le niveau d'hypovigilance (ou d'endormissement) ;
- S'adresser au patient par son nom sans le toucher, en utilisant une voix de plus en plus forte et d'autant plus forte que le patient est susceptible d'être sourd (sujet âgé, séjour prolongé en réanimation : bouchon de cérumen, toxicité des antibiotiques et du furosémide) :
  - Si le patient ouvre les yeux et vous regarde (contact pupilles à pupilles) de manière soutenue (supérieur à dix secondes) lorsque vous continuer à lui parler : coter -1;

- Si le patient ouvre les yeux et vous regarde (contact pupilles à pupilles) de manière non soutenue (inférieur à dix secondes) lorsque vous continuez à lui parler : coter -2;
- Si le patient fait un mouvement, y compris une ouverture des yeux mais qu'il n'existe pas de contact visuel (contact pupilles à pupilles) : coter -3;
- Si le patient ne fait aucun mouvement, y compris en l'appelant avec une voix forte : frictionner d'abord l'épaule puis le sternum sans être nociceptif ;
  - Si le patient fait un mouvement, y compris une ouverture des yeux, qu'il vous regarde ou non, coter -4;
  - Si le patient ne fait aucun mouvement : coter -5.

Référence :

1. Sessler CN, Gosnell MS, Grap MJ, Brophy GM, O'Neal PV, Keane KA, et al. The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2002;166:1338-44.
2. Arevalo JJ, Brinkkemper T, van der Heide A, Rietjens JA, Ribbe M, Deliens L, et al. Palliative Sedation: Reliability and Validity of Sedation Scales. *J. Pain Symptom Manage.* 2012;44:704-14.
3. Chanques G, Jaber S, Barbotte E, Verdier R, Henriette K, Lefrant J-Y, et al. [Validation of the french translated Richmond vigilance-agitation scale]. *Ann. Fr. Anesthésie Réanimation.* 2006;25:696-701.