

R.A.S.S

Richmond Agitation Scale

Echelle d'hétéro-évaluation permettant d'apprécier le niveau d'agitation ou de sédation des patients hospitalisés en réanimation. Le niveau d'agitation ou de sédation peut être corrélé au niveau de douleur.

+ 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	Eveillé 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)

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.



R.A.S.S

Richmond Agitation Scale

Pour quels patients ?

Adultes hospitalisés en réanimation.

Pour quelles douleurs ?

Mesurer le niveau d'agitation et/ou sédation.

Comment l'utiliser ?

Le soignant observe le patient sans faire de bruit. Si le patient est calme, les yeux ouverts le score est 0. Sinon observer dans quel état le patient se trouve en lien avec les informations de l'échelle. A savoir que cette échelle a une cotation symétrique avec des Valeurs positives pour l'agitation et des valeurs négatives pour la sédation. Le score peut être compris entre -5 à +4.

Recommandations de l'INTERCLUD OCCITANIE

Les études montrent qu'un niveau de sédation correct chez un patient hospitalisé en réanimation participe à un meilleur vécu de la douleur. Le temps de réalisation pour cette échelle est très court, de l'ordre de 20 secondes pour un soignant entraîné avec une excellente reproductibilité inter observateurs.

Rappel : Tout score doit être noté dans le dossier patient (IQSS).

5. 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.
6. Arevalo JJ, Brinkkemper T, van der Heide A, Rietjens JA, Ribbe M, Deliëns L, et al. Palliative Sedation: Reliability and Validity of Sedation Scales. *J. Pain Symptom Manage.* 2012;44:704–14. 3.
7. 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.