



## I - Etat des lieux.

### Etablissement.

CHU     CHD     CHG     Clinique     Réseau douleur     Service de soins     Autres

Nom de l'IRD :

Adresse professionnelle :

CP :

Ville :

### Information sur le CLUD de l'établissement

**Présence d'un CLUD :**

OUI

NON

Date de création :

**Président du CLUD :**

Nom :

Prénom :

Tel :

Email :

**Vice Président du CLUD :**

Nom :

Prénom :

Tel :

Email :

Secrétariat du CLUD :

OUI

NON

Tel :

**Composition de votre CLUD :**

Nbre de réunions / an :

Nbre de membres :

Nbre de participants en moyenne :

Pourcentage de médecins : %

Pourcentage de paramédicaux : %

Nbre d'IDE :

Nbre d'IADE :

Nbre de Kiné :

Nbre de psychologue :

Nbre de cadre :

Nbre de puéricultrice :

L'IRD est-il membre du Clud :

OUI

NON

Quel est son rôle :

-

-

-

-

**Identification de structures et de personnes ressources**

❶ Une structure douleur identifiée :

OUI

NON

Si oui

Consultation douleur

Unité d'évaluation et de traitement de la douleur

Centre douleur

**Une structure de soins palliatifs identifiée**

Unité mobile de soins palliatifs

Service de soins palliatifs

**② Infirmier ressource douleur identifiée :**

OUI

NON

Nombre total sur l'établissement :

Temps attribué en (ETP) :

%

DU douleur :

Quelle année : / Lieu :

Missions transversales :

OUI

NON

-si oui lesquelles :

-

-

L'IRD participe t'il à la consultation douleur :

OUI

NON

Si oui, quel est son rôle :

-

-

-

L'IRD participe t'il à l'action pédagogique (réseau)

OUI

NON

ou réunion d'expert douleur :

Nombre d'heure par an :

**③ Référents douleur identifiés**

OUI

NON

Par service

Nombre :

Par pôle

Nombre :

Nombre total sur l'établissement :

Avec DU douleur ?

## II - Actions d'information et de formation.

### A - Information du patient.

Dans le livret d'accueil :

OUI

NON

Questionnaire de sortie :

OUI

NON

Si oui, P% de réponses par rapport au nombre d'hospitalisés :

%

### B - Formation du personnel.

#### ① Intra établissement

Médecins

IDE

AS/ASH

Autres préciser :

#### ② Spécifique

Protoxyde d'Azote

Douleurs induites

Autres

#### ③ Formations extra-hospitalière

Médecins

IDE

AS/ASH

OUI

NON

Autres préciser :

## C – Protocoles – Procédures.

- ① Elaboration**
- Spécifiques
  - Médecins
  - IDE
  - AS/ASH
  - Autres préciser :

**② Diffusion**

- Générale à l'établissement
- A chaque pôle
- A chaque service

Existe-t-il un cahier douleur

OUI       NON

Si oui

Par pôle

Par service

**③ Application des protocoles dans les services**

**Systematique**

**A la demande**

**Non systematique**

## D – Evaluation de la douleur dans les services.

**①** Du patient à l'entrée

**Systematique**

**A la demande**

**Non systematique**

② Existe-t-il une cible douleur dans le dossier soins  OUI  NON

Autres :

③ Des pratiques professionnelles (EPP)  OUI  NON

Si oui

Staff pluridisciplinaires formalisés

Utilisation de référentiels validés

### E – Information intra établissement.

☞ Communication des CR du CLUD au personnel de l'établissement  OUI  NON

IRD participe t'il à sa réalisation  OUI  NON

☞ Bilan annuel présenté chaque année à la CME :  OUI  NON

IRD participe t'il à sa réalisation  OUI  NON

☞ Existe-t-il une lettre ou compte rendu du CLUD diffusée  OUI  NON

Si oui  Par service

Par pôle

IRD participe t'il à sa réalisation  OUI  NON

## III - BILAN de l'infirmier ressource douleur

- ☞ Bilan annuel IRD :  OUI  NON  
Si oui  Présenté au Clud  
 Présenté à la direction des soins
- ☞ Rédaction d'un référentiel IRD sur l'établissement  OUI  NON

❖ Travaux effectués : (liste sommaire)

Formations intra :

Protocoles / procédures :

Autres :

## IV - Projets CLUD / IRD

❖ Travaux en cours : (liste sommaire)

❖ Travaux prévus : (liste sommaire)

## V – Vos attentes.

Qu'attendez-vous de la journée de formation / information du **Groupe IRD des Pays de la Loire** ?

1°)

2°)

Que pensez-vous de l'idée de se rencontrer deux fois /an pour débattre de nos problèmes ?

1°)

2°)

Souhaitez-vous aborder durant cette journée ?

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - La présentation de difficultés liées à l'exercice (1h) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - L'étude de cas cliniques de patient douloureux         | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - L'approche de techniques spécifiques en douleur        | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - La visite de centre anti-douleur                       | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Notions pédagogiques ou médicales (1h)                 | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |



- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - Mise en commun de protocoles spécifiques | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Elaboration de fiches techniques douleur | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Autres :

1°)

2°)

Etes-vous adhérent(e) au REDO ?  OUI  NON

Avez-vous consulter le site du REDO  OUI  NON

Ce document est à transmettre par mail au correspondant départemental du groupe **avant le 30 juin 07**

Coordonnées : (les correspondants recevront un tableau permettant la saisie des données).

**Loire Atlantique :** [claire.cosset@chu-nantes.fr](mailto:claire.cosset@chu-nantes.fr)  
**Maine et Loire :** [sofijean@free.fr](mailto:sofijean@free.fr)  
**Mayenne :** [Marienoelle.gautier@wanadoo.fr](mailto:Marienoelle.gautier@wanadoo.fr)  
**Sarthe :** [blabbe-resodlsarthe@wanadoo.fr](mailto:blabbe-resodlsarthe@wanadoo.fr)  
**Vendée :** [hugues.agres@chd-vendee.fr](mailto:hugues.agres@chd-vendee.fr)

Merci à tous,

Hugues AGRES – Bernadette LABBE