

Modalités de référencement des matériels

La décision de référencement est prise par la Commission Matériels de sécurité du GERES sur la base d'une synthèse des avis émis en réunion de commission (cas de la plupart des matériels).

cf **Annexe 1** : Membres de la Commission Matériels

cf **Annexe 2** : Fiche de recueil d'avis sur le dispositif

Une évaluation complémentaire d'acceptabilité et de perception d'un gain de sécurité par les soignants, a été réalisée dans des hôpitaux du réseau GERES, pour certains matériels pour lesquels l'indication d'évaluation est mentionnée dans la fiche descriptive du matériel.

cf **Annexe 3** : Questionnaire type d'évaluation du matériel

Aucune évaluation du bénéfice réel apporté par un matériel de sécurité, en mesurant son impact sur la fréquence de survenue des AES après son implantation, n'a été réalisée.

Annexe 1 : Membres de la Commission Matériels de sécurité

- ↘ Béatrice ADJAMAGBO Cadre hygiéniste, HAD, AP-HP
- ↘ Xavier ARRAULT Pharmacien, GH Bichat-Claude Bernard, AP-HP, Paris
- ↘ Marie-Cécile BAYEUX-DUNGLAS Médecin, Département Etudes et Assistance Médicales, INRS
- ↘ Elisabeth BOUVET Président du GERES
- ↘ Céline CIOTTI Technicienne Biohygiéniste, GERES
- ↘ Claire FABIN Médecin du Travail, collaborateur GERES
- ↘ Anika FICHELE Responsable EPP médicales, GH Bichat Claude Bernard, AP-HP, Paris
- ↘ Ariane LEDEZ Infirmières, SMIT, GH Bichat Claude Bernard, AP-HP, Paris
- ↘ Isabelle LOLOM Technicienne Biohygiéniste, UHLIN, GH Bichat-Claude Bernard, AP-HP, Paris
- ↘ Yamina MERAH Médecin du Travail, CHR Robert Ballanger, Aulnay sous Bois
- ↘ Brigitte MIGUERES Médecin Hygiéniste, HAD, APHP, CCLIN Paris-Nord
- ↘ Gérard PELLISSIER Président de la Commission, GERES
- ↘ Micheline PERNET CS Hygiéniste, collaborateur GERES
- ↘ Bruno RIPAULT Médecin du Travail, CHU d'Angers
- ↘ Christiane SADORGE CSS, collaborateur GERES

EXEMPLE DE FICHE D'ÉVALUATION DES MATÉRIELS

Établissement : _____
 Suivi du test par : _____ Service : _____
 Fonction : _____ Téléphone : _____
 Date de début de l'essai : □□□□□□□□□□ Date de fin de l'essai : □□□□□□□□□□

Code de l'évaluateur : _____
 Service : _____ Fonction : _____
 Matériel utilisé habituellement : _____
 Nombre de matériels testés : _____

ÉVALUATION Cochez la case correspondante	1/ MATÉRIEL TESTÉ			2/COMPARÉ À VOTRE MATÉRIEL HABITUEL		
	Très satisfaisant	Satisfaisant	Non satisfaisant	Meilleur	Equivalent	Moins bon
CONDITIONNEMENT						
Présentation						
Facilité d'identification du produit						
PRODUIT						
Passage de la peau						
Facilité de réalisation du geste						
Temps de réalisation du geste						
Facilité d'apprentissage						
Utilisation par un gaucher						
Confort du patient						
Compatibilité avec les autres matériels						
Facilité de l'élimination dans un conteneur						
SÉCURITÉ						
Facilité de mise en sécurité						
Efficacité de la sécurité						
QUALITÉ GLOBALE DU PRODUIT						

INCIDENTS OCCASIONNÉS PENDANT LE TEST :

AES Dysfonctionnement du matériel, précisez : _____

Une formation préalable à l'utilisation de ce matériel vous semble-t-elle nécessaire ? OUI NON

Principale qualité du matériel testé : _____

Principal défaut du matériel testé : _____

Quel matériel préférez-vous utiliser ?

Le matériel testé Votre matériel habituel Un autre matériel, précisez : _____

Commentaires : _____
