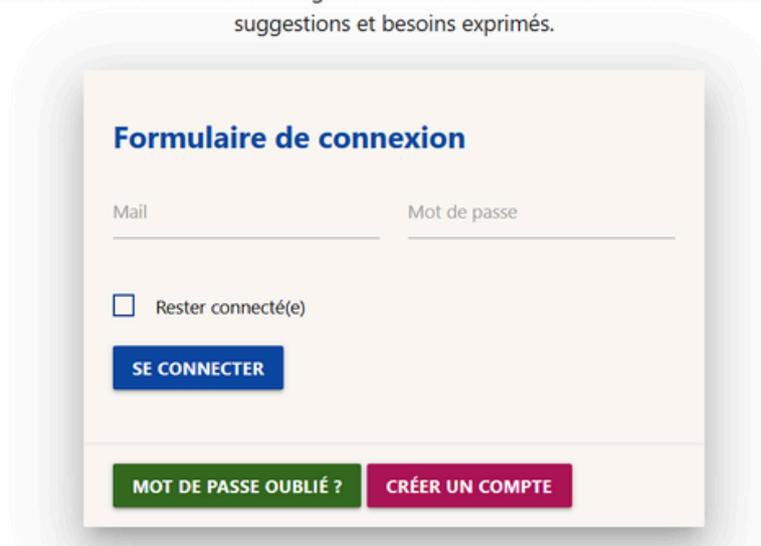


PLATEFORME D'AIDE À L'ÉTUDE D'IMPACT DES OUTILS DES BOITES D'ACTION MULTIMODALES MATIS

MÉTHODOLOGIE

Se rendre sur https://my.preventioninfection.fr/etude_impact/ et cliquer sur **créer un compte**

Bienvenue sur l'application permettant de réaliser une étude d'impact des boîtes d'action multimodales (BAM) MATIS. L'objectif étant d'identifier et valoriser les actions réalisées mais également de recueillir les éventuelles difficultés rencontrées ainsi que les suggestions et besoins exprimés.



The screenshot shows a login form with the following elements:

- Title: **Formulaire de connexion**
- Input fields: "Mail" and "Mot de passe" (Password).
- Checkbox: Rester connecté(e)
- Button: **SE CONNECTER**
- Footer links: **MOT DE PASSE OUBLIÉ ?** and **CRÉER UN COMPTE**

Compléter le formulaire d'inscription en acceptant la [politique de confidentialité](#)

Formulaire d'inscription

J'accepte la [politique de confidentialité](#) et de protection des données conformément à la réglementation en vigueur*

Nom* Prénom*

Mail*

Mot de passe* 

10 caractères minimum

Confirmation mot de passe* 

10 caractères minimum

*Champs obligatoires.

CRÉER MON COMPTE **ANNULER**

Indiquer une
adresse mail
valide

Le message
suivant apparait :

Un email vient de vous être envoyé afin de confirmer votre compte.

Vérifier ses mails et cliquer sur le lien pour valider l'inscription.

Une fois inscrit, cliquer sur « [Se connecter](#) » pour accéder à la page d'accueil

Choisir la **BAM** concernée pour l'étude d'impact en cliquant sur **outils à évaluer**



BAM 1 - Hygiène
des mains

BAM 2 - Péril fécal

BAM 3 - Hygiène
respiratoire

Actuellement seule
la BAM péril fécal
est accessible

3

Compléter le questionnaire en ligne

Fiche de saisie

*Champs obligatoires

Votre fonction*

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Directeur | <input type="checkbox"/> Gestionnaire des risques ou qualité |
| <input type="checkbox"/> EMH | <input type="checkbox"/> Profession libérale |
| <input type="checkbox"/> EOH | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> Formateur | |

Votre lieu d'exercice*

- Etablissement de santé
- Etablissement médico-social
- Libéral
- Autre

Votre région d'exercice*

Sélectionner

Nom de votre structure (facultatif, sera inscrit sur le poster en fin d'évaluation)

1-Période d'utilisation des outils de la BAM péril fécal**(si plusieurs utilisations d'outils sur des périodes différentes, inscrire la période englobant l'ensemble des utilisations des outils).*

Date de début

Date de fin

jj/mm/aaaa



jj/mm/aaaa

**2-Outils utilisés***

- Outil d'évaluation médico-économique : Gex-simulator
- Outil de formation des professionnels : E-learning Péril fécal

Outils de communication-sensibilisation :

- Vidéos pour les professionnels
- Affiches pour les visiteurs
- Plaquette pour les patients/résidents
- Campagne fluo pour les professionnels
- Tous les outils de la BAM**

3-Période de l'étude d'impact : sur quelle période avez-vous pu mesurer les impacts des outils utilisés ?**(si plusieurs outils évalués, inscrire la période englobant l'ensemble des évaluations).*

Date de début

Date de fin

jj/mm/aaaa



jj/mm/aaaa

**4-Evaluation de la portée générale des outils**

4-1 Effectif total de professionnels, patients ou résidents ayant eu accès aux outils utilisés*

4-2 Y a-t-il eu des échanges / restitutions avec des professionnels suite à l'utilisation du/des outil(s) ?*

- Oui
- Non
- Programmé

4-3 L'utilisation du/des outil(s) a-t-elle entraîné la mise en place d'un plan d'action et/ou de mesures complémentaires ?*

- Oui réalisé
- Oui en cours ou programmé
- Non
- Non pas nécessaire (exemple : pas d'écart majeur en cas d'évaluation, etc)

Si oui, préciser les mesures réalisées, programmées ou en cours :

> Mesures concernant la stratégie de gestion des excréta

- Oui Non En discussion

> Mesures concernant une formation spécifique

- Oui Non En discussion

> Mesures de remplacement ou d'achat de matériel

- Oui Non En discussion

> Mesures concernant l'organisation ou les procédures

- Oui Non En discussion

> Autre mesure :

Evaluation de l'impact sur les connaissances

5-Avez-vous évalué ou mesuré les connaissances du public ciblé après l'utilisation de ces outils ?
 (e-learning, vidéos ou plaquette patient)

- Oui
- Non
- En cours ou programmé

Si oui

5-1 Comment avez-vous réalisé cette évaluation ?

- Mesures avant et après l'utilisation des outils
- Mesures après l'utilisation des outils uniquement

5-2 Les outils utilisés ont-ils contribué à améliorer les connaissances du public ciblé ?
 Donnez une évaluation entre 0 (pas du tout contributif) et 10 (très contributif)

Evaluation de l'impact sur la sensibilisation

6-Avez-vous évalué ou mesuré l'état de sensibilisation (représentation, opinion, point de vue, sentiment d'être concerné, importance donné au sujet, prise de conscience) du public ciblé après l'utilisation de ces outils ?*

- Oui
- Non
- En cours ou programmé

Si oui

6-1 Comment avez-vous réalisé cette évaluation ?

- Mesures avant et après l'utilisation des outils
- Mesures après l'utilisation des outils uniquement

6-2 Les outils utilisés ont-ils contribué à améliorer la sensibilisation du public ciblé ?
 Donnez une évaluation entre 0 (pas du tout contributif) et 10 (très contributif)

Evaluation de l'impact sur les pratiques (attitudes, application des recommandations, qualité de réalisation)

7-Avez-vous évalué ou observé les pratiques du public ciblé après l'utilisation de ces outils ?*

- Oui
- Non
- En cours ou programmé

Si oui

7-1 Comment avez-vous réalisé cette évaluation ou observation ?

- Mesures avant et après l'utilisation des outils
- Mesures après l'utilisation des outils uniquement

7-2 Les outils utilisés ont-ils contribué à améliorer les pratiques du public ciblé ?
 Donnez une évaluation entre 0 (pas du tout contributif) et 10 (très contributif)

7-3 Précisez le domaine concerné par ces améliorations de pratiques :

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Port de gants | <input type="checkbox"/> Gestion de la toilette du patient/résident | <input type="checkbox"/> Hygiène des mains |
| <input type="checkbox"/> Port de tablier | <input type="checkbox"/> Non utilisation des douchettes | <input type="checkbox"/> Organisation d'équipe |
| <input type="checkbox"/> Port de surblouse | <input type="checkbox"/> Entretien des WC | <input type="checkbox"/> Signalement interne |
| <input type="checkbox"/> Gestion des bassins | <input type="checkbox"/> Entretien des locaux | <input type="checkbox"/> Autre |

8-Evaluation de votre satisfaction : donnez une note entre 0 et 10 à ces outils*

9-Difficultés rencontrées, points forts (*facultatif*)

 Commentaires libres

Cliquer sur valider pour enregistrer et télécharger votre synthèse

VALIDER

Cliquer sur mon **historique** pour retrouver les études d'impact réalisées



Mon historique Mon compte 

Déconnexion de la plateforme



Cliquer sur mon **compte** si besoin de modifier votre compte