

« Recommandations de Pratique clinique (RPC) » de l'OMS, à propos du partogramme: Staff clinique matinal comme instrument d'implantation, une expérience du service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital Provincial Maroua.

^{1,2}Tebeu PM, ¹Toindouba J, ¹Zégui P, ³Moussa A, ⁴Bray Zoua D, ⁵Mevoula Onana D et ⁶AQUASOU.

¹Service de Gynécologie Obstétrique, Hôpital Provincial de Maroua, Cameroun

²Ligue d'Initiative et de Recherche Active pour la Santé et l'Education de la Femme (LIRASEF)

³Service de Gynécologie Obstétrique, et coordination des soins, Hôpital Provincial de Maroua

⁴Service de Gynécologie Obstétrique, et Direction, Hôpital Provincial de Maroua, Cameroun

⁵Délégation Provinciale de la Santé Publique pour l'Extrême Nord, Maroua, Cameroun

⁶AQUASOU, Programme d'Amélioration de la Qualité et de l'Accès aux soins Obstétricaux d'Urgence

Correspondance

Tebeu Pierre Marie, MD.
Service de Gynécologie Obstétrique
Hôpital Provincial de Maroua,
Cameroun
Tel: ++237 767 55 33
Email: pmtebeu@yahoo.fr

Website: http://www.gfmer.ch/Activites_internationales_Fr/Tebeu.htm

Remerciements:

L'introduction du partogramme dans les salles d'accouchement de Maroua est l'œuvre du Programme AQUASOU. Le programme AQUASOU, Maroua est piloté par une équipe française composée de Marc-Eric Gruénais (IRD Marseille) ; Patrick F. Thonneau (RSFR/Université de Toulouse – INSERM) et Robert Toubon (Equilibres et Populations). Le Dr Dongmo Roger (HP Ebolowa) a coordonné le projet sur Maroua du début au premier semestre 2005. L'Equipe de travail remercie infiniment tout le personnel de la salle d'accouchement du service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital Provincial de Maroua à savoir, Oumarou Abiba; Nkal Viviane; Amadou Haman; Abba Oumaté; Tezore; Djenabou; Bogodof et Yeboune, pour leur volonté et leur adhésion à l'utilisation du partogramme.

Résumé

Introduction : Le partogramme est utilisé pour enregistrer toutes les observations faites chez une femme en travail afin de prendre des décisions en cas d'anomalie. Un programme français de maternité à moindre risque dénommé AQUASOU (Programme d'Amélioration de la Qualité et de l'Accès aux soins Obstétricaux d'Urgence) a mis en place le partogramme dans les différentes maternités de Maroua, Cameroun depuis le mois de Décembre 2003. Dix-huit mois après son introduction, beaucoup de difficultés restent observées dans son utilisation. Ainsi il était nécessaire de voir si l'implantation de ce partogramme peut se faire à travers la systématisation du staff clinique matinal.

Matériel et méthode : Depuis le 28 juillet 2005, à l'Hôpital Provincial de Maroua, nous organisons de manière systématique la revue quotidienne des dossiers de la salle d'accouchement au cours d'un staff clinique matinal. Le staff identifie les dysfonctionnements observés dans l'utilisation du partogramme. Les raisons des dysfonctionnements sont discutées et les solutions sont proposées pour une amélioration. Tout le personnel a un rôle de suivi de l'amélioration de la qualité des services. Nous avons évalué l'impact du staff clinique matinal comme cadre d'amélioration de la qualité de l'utilisation du partogramme sur 5 semaines allant du 25 juillet au 27 août 2005. L'analyse est faite en séquences d'une semaine ou période.

Résultats : Pendant la première période de l'étude, nous avons noté que 38% des 143 partogrammes étaient bien ouverts. Le taux de partogrammes bien ouverts s'améliore rapidement pour atteindre 97% à dernière période. En première période de l'étude, 1 sur les 6(20%) partogrammes qui nécessitaient une réévaluation après 2 heures a été revu à temps, contre 5 sur les 8(63%) à la dernière période. En première période de l'étude, aucun des 6 partogrammes qui montraient une traversée de la ligne d'alerte n'a été signalé, contre 3 sur les 4 (75%) à la dernière période. Sur la période de l'étude, seule une femme a traversé la ligne d'action, ceci en première période et le cas n'a pas été sitôt reporté.

Conclusion et recommandations: Nous avons prouvé sur la base des premiers résultats obtenus que l'implantation du partogramme peut se faire à travers la systématisation du staff clinique matinal. Cette stratégie mérite d'être systématisée dans le programme de travail d'autres maternités.

Mots clés : Partogramme, implantation, staff clinique matinal, systématisation.

Introduction

Dans le but d'une maternité sans risque, le manuel « Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement » réalisé conjointement par l'OMS, le FUNUAP, l'UNICEF et la Banque Mondiale a été officiellement lancé en 2001 (De Bernis 2001). La surveillance du travail de l'accouchement à travers le partogramme est une recommandation de cet ouvrage (WHO et al. 2003). Le partogramme est un instrument sur lequel sont enregistrées toutes les observations faites chez une femme en travail afin de prendre des décisions en cas d'anomalie (WHO 1988). Initialement, le partogramme devrait comporter même les événements de la phase latente du travail, ce qui suppose qu'il devrait être ouvert dès la perception des contractions utérines et même en absence de dilatation (WHO 1988, WHO 1993). La phase latente du travail peut durer jusqu'à 12 heures de temps et cette phase est rarement associée à une complication du travail. Enregistrer tous les événements de la phase latente apparaît comme une perte d'énergie. D'autre part, le travail latent pose un problème de diagnostic différentiel avec le faux travail, et plusieurs partogrammes pourraient être alors ouverts inutilement. Ainsi le partogramme OMS a été modifié pour le rendre plus simple et facile à utiliser. La phase latente a été enlevée et l'ouverture du partogramme commence à la phase active quand le col est dilaté de 4 cm (WHO 2003).

Un programme français de maternité à moindre risque dénommé AQUASOU (Programme d'Amélioration de la Qualité et de l'Accès aux soins Obstétricaux d'Urgence) a mis en place le partogramme dans les différentes maternités de Maroua, Cameroun depuis le mois de Décembre 2003 (Gruénais et al. 2002 ; Gruénais et al. 2003). Ainsi, deux sages-femmes françaises expérimentées et ayant une formation en santé publique ont fait des missions avec comme objectifs de répondre aux attentes des personnels de santé en matière de formation obstétricale. Ces formations ont porté sur la surveillance de l'accouchement avec l'utilisation du partogramme et les conduites à tenir en fonction des données collectées via ce partogramme. Le programme a constitué un groupe de travail spécifique (**SUPARTO**) chargé de poursuivre ces formations au cours du premier semestre 2004, constitué de quatre sages-femmes camerounaises. Dix-huit mois après son introduction du partogramme, beaucoup de difficultés restent observées dans son utilisation. Ainsi il était nécessaire de voir si l'implantation du partogramme peut se faire à travers un autre cadre qu'est le staff clinique matinal.

Objectif

Le but de cette étude est d'évaluer à partir des premiers résultats obtenus l'impact du staff clinique matinal sur l'implantation du partogramme à l'Hôpital Provincial de Maroua. Le staff se propose ainsi d'améliorer les compétences du personnel en l'adaptant à une pratique selon les recommandations de l'OMS.

Population et méthode

Type et cadre d'étude

Il s'agit d'une étude clinique, monocentrique, descriptive et longitudinale de l'amélioration de la qualité de service à la maternité de l'Hôpital Provincial de Maroua, Cameroun. Les partogrammes ont été analysés pendant une période de cinq semaines allant du 25 juillet 2005 au 27 Août 2005. L'équipe de travail du service de Gynécologie obstétrique de l'Hôpital provincial de Maroua est constitué d'un gynécologie obstétricien et d'une dizaine de personnels paramédicaux répartis en cinq groupes de travail. Le groupe de permanence est exempté des garde et comprend la major et le coordinateur . Les autres quatre groupes sont composés d'un infirmier accoucheur assisté de manière inconstante d'un infirmier assistant stagiaire, ils sont rotatifs avec un système de trois groupes actifs pour 24 heures et un groupe de repos.

Environnement obstétrical

Maroua, capitale de la province de l'Extrême Nord du Cameroun a environ 1.5 millions d'habitants. Il est avec ses 271 000 habitants, l'une des cinq plus importantes villes du pays. Vingt-sept pour-cent des accouchements dans cette région surviennent chez les adolescentes (10-19 ans). Huit pour-cent des accouchements surviennent chez les très jeunes adolescentes (10-16 ans) (Tebeu et al. 2005a, non publiée). Les accouchements par césariennes représentent 4,41% de tous les accouchements et 39% de césariennes sont indiquées pour disproportion foeto pelvienne (Tebeu et al. 2005b, non publiée). Le taux de mortinatalité est de 6% en général (Tebeu et al. 2005c, non publiée), mais avec un pic de 27% pour les accouchements dans un contexte chirurgical (Tebeu et al. 2005d, non publiée). Il n'est malheureusement pas possible de reporter clairement le nombre de femmes ayant accès à un personnel qualifié lors de l'accouchement.

Indicateurs du bon usage du partogramme

Le partogramme est un instrument sur lequel sont enregistrées toutes les observations faites chez une femme en travail afin de prendre des décisions en cas d'anomalie. Le partogramme doit être ouvert

sur la ligne d'alerte en début de la phase active du travail qui est objectivée par une dilatation à 4 cm. Il est important de s'assurer que la femme est bien en travail, ce qui se traduit par des contractions utérines régulières avec au moins une contraction toutes les 10 minutes, de bonne tonicité, qui durent 40 à 60 secondes. A ces événements du travail actif s'ajoutent d'autres paramètres qui doivent être évalués avant l'ouverture du partogramme, à savoir l'appréciation de la nature de la présentation et de la position, l'état de la poche des eaux, et le rythme cardiaque fœtal. Une fois ouvert, le partogramme doit être réévalué toutes les deux heures ou plus tôt à la demande. La traversée de la ligne d'alerte doit justifier d'un transfert suivant qu'on se trouve dans un Centre de santé ou d'une alerte du médecin à compétence obstétricale lorsqu'on est dans un hôpital.

Dans le cadre de ce travail nous avons choisi comme indicateurs d'une bonne utilisation du partogramme essentiellement 4 critères, à savoir l'ouverture sur la ligne d'alerte, l'intervalle normal de 2 heures entre les réévaluations de la progression du travail, la signalisation en cas de franchissement de la ligne d'alerte et de la ligne d'action.

Organisation du staff clinique

Nous avons mis en place le staff clinique matinal comme cadre d'évaluation quotidienne des pratiques obstétricales dans le service, y compris l'utilisation du partogramme. Le staff matinal commence à 8 heures du matin et dure 20 à 30 minutes. Ce staff a lieu de lundi à Vendredi. Il est composé en général de 4 à 8 personnes. Les membres du staff sont représentés par le groupe de deux personnels de permanence qui sont exemptées du programme de garde à savoir le major et le coordinateur du service, le groupe qui a passé la nuit et le groupe qui va commencer la journée (les groupes ont au maximum 2 personnes), le surveillant général de l'hôpital assiste au staff selon sa disponibilité. Le gynécologue obstétricien a un rôle de superviseur. Le staff est dirigé par le major et le coordinateur qui sont les infirmiers administrateurs du service.

Le staff passe en revue systématiquement tous les dossiers de la salle d'accouchement et les dossiers des patientes hospitalisées dans le service. Le staff veille à l'application stricte « *des recommandations de pratique clinique* » de l'OMS au nombre desquelles l'utilisation du partogramme. Il essaie ainsi d'améliorer les compétences du personnel en l'adaptant à une pratique selon les recommandations de l'OMS. Les dossiers qui présentent un écart par rapport à la pratique recommandée sont identifiés et documentés sur une feuille de rapport pré-établi (annexe 1). Les dysfonctionnements retrouvés sont notés, des solutions proposées, des recommandations sont

mentionnées, tout personnel a une responsabilité de suivi de l'amélioration de la qualité du service, le major et le coordinateur sont responsables de l'application des recommandations du staff.

Dépouillement

Nous avons procédé à un dépouillement sur une durée de 35 jours allant du 25 juillet au 27 août 2005. Nous avons revu les partogrammes pour des éventuelles informations complémentaires. Nous avons divisé l'observation en 5 périodes d'une semaine chacune. Les différentes données sur les critères désignés pour la bonne utilisation du partogramme ont été collectées.

Analyse statistique

Le logiciel Excel a été utilisé pour l'analyse des données. Nous avons identifié les dossiers de tous les accouchements de la période de l'étude (n=157). Nous avons exclu de l'analyse les femmes qui ont eu un accouchement à domicile ou en chemin (n=14). En fin de compte 143 partogrammes ont été analysés. Les informations sur l'utilisation du partogramme ont été notées au fil du temps et les proportions sont calculées.

Résultats

Pendant la période de l'étude, nous avons eu au total 157 accouchements. Cent quarante-trois accouchements ont nécessité un suivi au partogramme repartis sur les cinq périodes de l'étude avec chronologiquement, 26, 29, 31, 28, et 28 accouchements (Tableau 1).

Pendant la première période de l'étude, nous avons noté que 38% des 143 partogrammes étaient bien ouverts. Le taux de partogrammes bien ouverts s'améliore rapidement pour atteindre 97% à dernière période (Tableau 2)(Figure 1).

Les différents critères de bonne l'utilisation du partogramme sont présentés dans le tableau 1. En première période de l'étude, 1 sur les 6(20%) partogrammes qui nécessitaient une réévaluation après 2 heures a été revu à temps, contre 5 sur les 8(63%) à la dernière période. En première période de l'étude, aucun des 6 partogrammes qui montraient une traversée de la ligne d'alerte n'a été signalé, contre 3 sur les 4(75%) à la dernière période. Sur la période de l'étude, seule une femme a traversé la ligne d'action, ceci en première période et le cas n'a pas été sitôt reporté.

Discussion

Nous avons réalisé une étude dans le but d'évaluer l'impact du staff clinique matinal sur l'implantation des recommandations de pratique clinique de l'OMS, avec comme modèle l'utilisation du partogramme.

Pendant la période de l'étude, nous avons eu au total 143 accouchements qui ont nécessité un suivi au partogramme. Cette observation permet de constater que nous avons à surveiller et à accoucher environ 4 parturientes par jour, cette activité nous paraît suffisante pour permettre un bon encadrement du personnel. Le découpage des séquences d'analyse des effets du staff sur la pratique du personnel en périodes de sept jours pourrait apparaître insuffisant. Mais le fait qu'il y ait quatre groupes rotatifs et un groupe permanent avec rôle de coordination, que l'activité de la maternité soit importante, que le staff soit quotidien et didacticiel permet de considérer ce découpage comme acceptable.

Pendant la première période de l'étude, nous avons noté que seulement 38% des partogrammes étaient bien ouverts. Cette observation nous permettait de conclure que, même si le partogramme est utilisé depuis décembre 2003, la qualité de son utilisation reste non satisfaisante. Le taux de partogramme bien ouvert s'améliore rapidement dès la deuxième période pour atteindre 97% à la dernière période. Mieux que la stratégie jusque là dans le cadre du programme AQUASOU, le staff matinal tel que nous le pratiquons, montre ainsi son efficacité dans la capacitation du personnel sur l'utilisation du partogramme.

Dans la stratégie jusque là utilisée par le programme AQUASOU, deux sages-femmes françaises expérimentées et ayant une formation en santé publique ont fait des missions avec comme objectifs de répondre aux attentes des personnels de santé en matière de formation obstétricale. Ces formations ont porté sur la surveillance de l'accouchement avec l'utilisation du partogramme et les conduites à tenir en fonction des données collectées via ce partogramme. Les personnels des dix maternités ont bénéficié de ces formations qui se sont déroulées directement dans les lieux d'accouchement avec utilisation de cas concrets (Gruénais et al. 2003). La stratégie de l'encadrement initial par les sages-femmes françaises expérimentées dans le suivi de l'accouchement semble très importante dans la mesure où cette formation servait premièrement de rappel pour leurs paires camerounaises qui, bien que formées avaient perdu le réflexe par manque d'utilisation de l'instrument partogramme, et secondairement pour les auxiliaires infirmières et infirmières assistantes des salles d'accouchement comme première confrontation à un instrument qui pourrait mieux les rapprocher de leurs parturientes et leurs permettre de mieux exercer ce travail qui est l'art de l'accouchement. Il semble donc à priori difficile de comprendre pourquoi le partogramme a eu autant de difficultés dans son implantation à l'hôpital provincial de Maroua, mais

probablement que les missions de dix jours étaient insuffisantes pour un encadrement de ce genre visant au même moment 10 maternités. Quoiqu'il en soit, ce problème de durée de séjour des sages-femmes françaises ne semble pas totalement expliquer les faits observés dans la mesure où un relais aux sages-femmes françaises a été mis en place afin de pérenniser les acquis de ces formations et, en particulier, de s'assurer de l'utilisation systématique du partogramme. Ainsi, le programme avait constitué un groupe de travail spécifique (**SUPARTO**) chargé de poursuivre ces formations au cours du premier semestre 2004, et quatre sages-femmes camerounaises (Maroua) occupant des fonctions de responsabilité dans leurs maternités respectives et ayant acquis (ou connaissant déjà) le management du partogramme, constituent ce groupe de travail.

Il paraît que même si la formation initiale ou post initial avait été bien réalisée et le groupe de relais constitué, il manquait un cadre spécifique d'auto-évaluation et de stimulation à l'utilisation du partogramme. Le staff clinique matinal semble répondre à ce besoin, néanmoins, son efficacité est prouvée dans l'amélioration du suivi de l'accouchement à l'Hôpital provincial de Maroua.

Bien d'autres cadres d'amélioration de la qualité des services obstétricaux sont reconnus et recommandés, nous pouvons citer par exemple la formation pendant les rondes en salle, le symposium autour d'un thème, l'audit clinique sur des cas, et l'audit clinique basé sur des critères autour d'un thème (NICE 2002, Amina Sahel et al. 2005, Gruénais et al. 2005b). Même s'ils diffèrent par leur approche méthodologique, ces cadres visent tous à mettre en place des changements nécessaires à l'amélioration de la qualité des pratiques.

Il avait été convenu au début du programme, lors des missions AQUASOU de 2003 et 2004, que chaque responsable de maternité devait organiser des staffs sur une base mensuelle, à propos des cas de décès maternels et/ou les cas compliqués (césariennes, transferts), le gynécologue devait venir tous les deux mois assister à ces staffs en organisant des discussions. En pratique, ces staffs ont bien été organisés malgré une fréquence assez irrégulière (Gruénais et al 2005a). Ces staffs ont un mérite de s'intéresser de manière détaillée à un nombre limité de cas, ce qui pourrait permettre des analyses plus détaillées. Il est particulièrement intéressant pour une équipe avec une bonne formation de base. Toutefois, le caractère mensuel du staff apparaît insuffisant lorsqu'il faut adapter de manière soutenue et durable une équipe à une nouvelle pratique.

En première période de l'étude, 1 sur les 6 (20%) partogrammes qui nécessitaient une réévaluation après 2 heures a été revu à temps, contre 5 sur les 8 (63%) à la dernière période. Il s'avère que le

staff matinal n'a pas beaucoup amélioré le respect d'intervalle de 2 heures entre les évaluations. Il ne s'agirait cependant pas tout simplement du manque de capacitation du personnel, mais plutôt de l'inadéquation entre le nombre des accoucheurs et la charge de travail. Il n'y a qu'un accoucheur par équipe, qui est assisté de manière inconstante par une stagiaire. Les accoucheurs ne cessent de déplorer leur déficit. Pire encore, ils ne cessent de rappeler la difficulté qu'ils ont à assumer conjointement le travail en salle d'accouchement, les soins en hospitalisation, et l'assistance à une éventuelle césarienne. Les mêmes raisons expliquent le défaut de signalisation immédiate en cas de la traversée de la ligne d'alerte. En première période de l'étude, des 6 partogrammes qui montraient une traversée de la ligne d'alerte aucun n'a été signalé, et 3 sur les 4 (75%) étaient signalés à la dernière période, cette amélioration reste non satisfaisante.

Conclusion et recommandations

Nous avons prouvé sur la base des premiers résultats obtenus que l'implantation du partogramme peut se faire à travers la systématisation du staff clinique matinal, que cette implantation est effective à l'Hôpital Provincial de Maroua. Comme moyen pour l'implantation du partogramme, le staff matinal semble très adapté. Cette stratégie devrait être revalorisée et même systématisée dans le programme de travail d'autres maternités de la province. Il pourrait même être institutionnalisé dans tout le pays. Toutefois, le déficit en accoucheuses apparaît comme un obstacle majeur au bon usage du partogramme malgré une bonne formation.

Références

1. De Bernis L. Integrated Management of Pregnancy and childbirth (IMPAC). Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors. Preface to the second printing. 2001.
2. WHO, UNDP, UNICEF, World Bank. Preface to the second printing. Using the partograph. Integrated Management of Pregnancy and childbirth (IMPAC). Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors. 2003; C65-C71.
3. WHO. The partograph. A managerial tool for the prevention of prolonged labour. Section II, a user's manual. The WHO maternal and child Health Unit, Division of Family Health, Geneva 1988; 2.

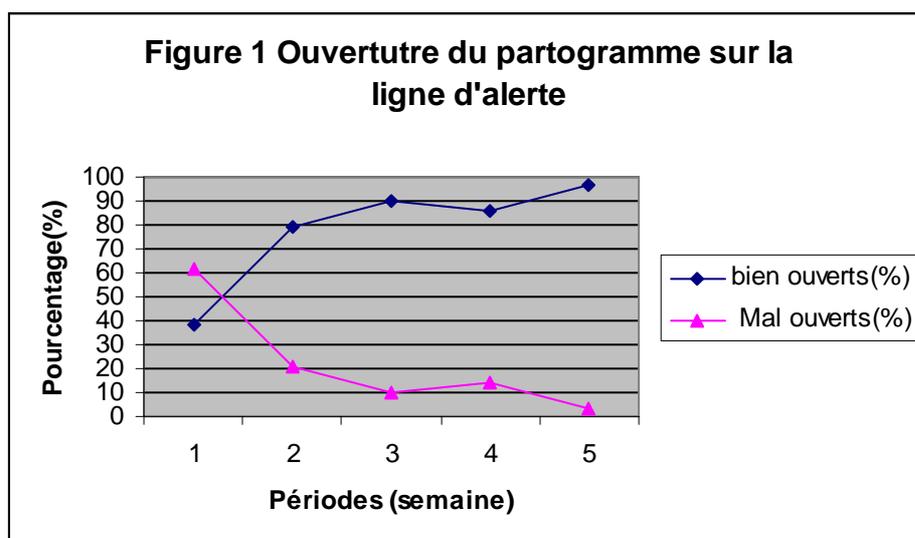
4. OMS. Prévention des anomalies dans la durée du travail: guide pratique. Le partogramme. Partie I. principes et stratégie. Programme Santé Maternelle et Maternité sans risque. Division de la Santé de la famille. OMS, Genève.1993 ;8.
5. Gruénais M E, Thonneau PF. Les activités du service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital provincial de Maroua. Programme d'Amélioration de la Qualité et de l'Accès aux Soins Obstétricaux d'Urgence dans les pays en voie e développement(AQUASOU). Projet FSP 2001-149, Composante 2 – Cameroun. Rapport de mission, 19 au 30 août 2005 (b).
6. Gruénais M E, Thonneau PF, Toubon R. Programme d'Amélioration de la Qualité et de l'Accès aux Soins Obstétricaux d'Urgence dans les pays en voie de développement (AQUASOU), Rapport de mission, 11 au 22 avril 2005 (a).
7. Gruénais M E, Thonneau PF, Toubon R, Service de Coopération et d'Action Culturelle, Secteur Sanitaire et Social, Ambassade de France. République française, Ministère des affaires étrangères, Direction générale de la coopération, Fonds de solidarité prioritaire. Programme d'Amélioration de la Qualité et de l'Accès aux Soins Obstétricaux d'Urgence dans les pays en voie e développement (AQUASOU), Rapport de mission, 11-23 novembre 2002.
8. Gruénais M E, Thonneau PF, Toubon R, Calvez T, Leturcb V, Torchy A. Programme d'Amélioration de la Qualité et de l'Accès aux Soins Obstétricaux d'Urgence dans les pays en voie de développement (AQUASOU). Projet FSP 2001-149, Composante 2 – Cameroun. Rapport de mission, 6 – 20 décembre 2003.
9. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Principles for best practice in clinical audit. Abingdon, Radcliffe Medical Press, 2002 (ISBN 1-85775-976-1).
10. Amina Sahel, Mohamed Lardi, Debrouwere V. Audit clinique. Guide à l'intention des équipes des services hospitaliers. Royaume du Maroc; Ministère de la santé; direction des soins ambulatoires. Editions 2005.

Tableau 1 : Récapitulatif de l'examen des différents partogrammes ouverts dans la période

Période	Période 1	Période 2	Période 3	Période 4	Période 5
Limites de la période	25-07-05/ 31-07-05	01-08-08/ 7-08-05	08-08-05/ 14-08-05	15-08-05/ 21-8-05	22-08-05/ 27-8-05
Nombre de jours	7	7	7	7	7
Partogrammes ouverts	N=26	N=29	N=31	N=28	N=28
Ouverture					
Bonne	10	23	28	25	27
Mauvaise	16	6	3	3	1
Délai de surveillance					
Bon	1	3	6	11	5
Mauvais	5	6	5	-	3
Signalisation à l'alerte					
Bonne	0	1	1	-	3
Mauvaise	6	1	1	-	1
Signalisation à l'action					
Bonne	-	-	-	-	-
Mauvaise	1	-	-	-	-

Tableau2 : Ouverture du partogramme sur la ligne d'alerte

	Partogrammes bien ouverts	
	Nombre	Pourcentage(%)
Periode 1 26	10	38,5
Periode 2 29	23	79,3
Periode 3 31	28	90,3
Periode 4 29	25	86,2
Periode 5 28	27	96,4



Annexe 1 : Rapport du staff

Hôpital Provincial de Maroua, Service de Gynécologie Obstétrique

STAFF DU

1- PRESENTATION DE CAS :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2 – PROBLEMES RENCONTRES :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3 – SOLUTIONS ENVISAGEES :

.....
.....
.....
.....

4 – RECOMMANDATIONS :

.....
.....
.....
.....

5 – SUIVI DES RECOMMANDATIONS :

.....
.....

6 – RESPONSABLES :

.....
.....
.....