

COMPTE-RENDU DE L'ASSEMBLEE GENERALE ANNUELLE de l'UPIGO du 23 et 24 juin 2017 à ATHÈNES (Grèce)

Allocution d'ouverture : Athanasios CHIONIS

Le président Chionis, à l'ouverture de la rencontre, souhaite la bienvenue à tous les participants venus d'Albanie, de Suisse, de France, de Grèce, de Guinée, du Mali, de la République Centrafricaine et au représentant de Médecins du Monde.

Rapport du secrétaire général : Moustapha TOURÉ

Après des moments de turbulence le bureau s'est engagé à une redynamisation de l'UPIGO. À cet effet, le Secrétaire Général a pris des contacts lors du congrès de la Société Africaine de gynécologie à Ouagadougou en vue de l'adhésion d'autres membres et de leur participation au prochain congrès.

Plusieurs échanges de correspondance entre le Secrétaire Général, le Président et le Trésorier/Past-Président ont permis l'élaboration des questionnaires sur les deux thèmes de la rencontre, le recueil des présentations et l'élaboration du programme de l'AG.

Rapport du trésorier : Guy SCHLAEDER

Le bilan détaillé a été présenté en séance plénière. Les comptes sont équilibrés et le Trésorier propose de lancer un appel de cotisation selon la répartition traditionnelle.

La session scientifique a été consacrée à deux thèmes principaux : la prévention du cancer du col de l'utérus en milieu défavorisé et les conditions d'exercice de la profession de sage-femme.

1^{er} THEME PRINCIPAL : PREVENTION DU CANCER DU COL DE L'UTERUS CHEZ LES FEMMES EN SITUATION DE PRECARITE. Coordination et résumé : Jean-Jacques BALDAUF

Jean-Jacques BALDAUF de Strasbourg (France) présente une analyse de la situation de la pauvreté dans 11 pays européens. Le lieu de résidence en zone rurale

majore les difficultés d'accès aux soins. Dans l'ensemble des pays la résidence en zone défavorisée impacte à la fois l'incidence du cancer du col (+ 25 %) et sa mortalité (+ 36 %). Dans les pays hors Union Européenne, les situations de précarité apparaissent majorées et il s'y ajoute les conséquences de l'analphabétisme (cf résumé ci-joint).

Il présente par la suite l'impact de l'organisation comme outil d'augmentation de couverture de la vaccination anti HPV et d'augmentation de l'impact du dépistage par frottis. Différentes expériences pilotes menées en France soulignent l'intérêt de l'implication des associations et des travailleurs sociaux, de l'utilisation d'outils de communication rédigés dans la langue des différents migrants et enfin de l'adaptation de l'offre de soins quant aux horaires pour améliorer la participation aux actions de préventions.

Patrick PETIGNAT et Pierre VASSILAKOS de Genève (Suisse) présentent les premiers résultats d'une campagne pilote de dépistage du cancer du col de l'utérus basé sur un test d'HPV. Elle est menée depuis 2010 dans des pays en voie de développement (CAMEROUN, MADAGASCAR) à l'initiative du Service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital Universitaire de GENEVE. Elle a bénéficié d'une coopération de près de 30 ans entre les facultés de médecine de GENEVE et de YAOUNDE. Pour améliorer l'acceptabilité, cette expérience pilote se base sur un auto-prélèvement vaginal en test de dépistage primaire dont la fiabilité est quasi équivalente aux prélèvements réalisés par un professionnel de santé. L'auto-test en prélèvement sec a été préféré pour son coût moins cher, son utilisation plus simple et les moindres risques domestiques par rapport à l'auto-prélèvement en milieu liquide. Leurs sensibilités pour la détection des infections HPV semble équivalentes. Des sessions d'éducation sanitaire (information du public) sont indispensables pour promouvoir l'auto-prélèvement et sa bonne utilisation. L'utilisation d'une technologie pouvant être transposée grâce à une unité mobile dans les zones de vie des femmes constitue un autre pré requis indispensable à une bonne couverture.

L'utilisation d'une technologie permettant un génotypage en vue d'un triage soit vers un traitement immédiat (en cas d'HPV 16, 18 ou 45), soit faire un examen du col avec application d'acide acétique puis de Lugol en vue du traitement des zones acidophiles et/ou iodo-négatives doit permettre d'améliorer la spécificité sans trop réduire la sensibilité. L'utilisation d'une technique permettant l'obtention du résultat

au bout de quelques heures afin de garantir une prise en charge thérapeutique dans la même journée selon génotypage ou triage positif permettant d'améliorer la compliance en réduisant le nombre de pertes de vues secondaires.

Dans les pays en voie de développement ce traitement secondaire devrait reposer sur une technique de destruction dont l'avantage principal réside dans la moindre morbidité obstétricale. L'utilisation d'une électrocoagulation pour la destruction des lésions dépistées requiert pour ces campagnes basées sur des unités mobiles, la disponibilité d'un groupe électrogène pour palier à une éventuelle panne de courant électrique.

Pour les pays en voie de développement cette expérience pilote a montré sa faisabilité y compris en-dehors des structures hospitalières. Il s'agit d'une piste intéressante supportable d'un point de vue économique, pouvant être répétée à plusieurs reprises durant la vie de la femme pour prévenir le cancer du col de l'utérus.

Moustapha TOURE, de Bamako (Mali), a présenté l'état du dépistage du cancer du col de l'utérus au MALI en soulignant l'absence de programme de prévention dans la plupart des pays en voie de développement, l'insuffisance de personnel et de matériel pour le dépistage basé sur le frottis cervico vaginal et l'intérêt comme alternative de l'inspection visuelle après application d'acide acétique et de Lugol comme méthode simple, peu coûteuse, peu contraignante, réalisable par du personnel soignant après une formation courte.

Les premiers résultats basés sur plus de 26000 patientes participantes montrent un taux positif d'environ 8 %. Les conclusions de ces premiers efforts permettent de souligner la faisabilité au niveau des centres médicaux communautaires grâce à un personnel motivé, à une attente de la population et à politique nationale de lutte contre le cancer, mais elles pointent également les difficultés de réalisation des gestes thérapeutiques en-dehors des structures hospitalières. L'extension de ces campagnes nécessitera d'envisager d'abord la création de ces possibilités de traitement décentralisé.

Abdoulaye SEPOU de Bangui (République Centre Africaine) présente la prévention du cancer du col en République Centre Africaine, qui se heurte non seulement à l'absence de politique de prévention au niveau national, mais également à une insuffisance importante de plateaux techniques et surtout de ressources humaines

(seulement 10 gynécologues, 1 spécialiste en cancérologie et 1 médecin anatomopathologiste pour tout le pays). Pour promouvoir la vaccination, il conviendrait de convaincre des agences humanitaires ~~pour~~ de subventionner la vaccination anti-HPV, d'informer et de sensibiliser la population sur l'intérêt de cette prévention afin de lever des tabous. Pour promouvoir le dépistage et le traitement des lésions pré-cancéreuses, il conviendrait d'utiliser la méthode d'inspection visuelle du col en déléguant des compétences et en formant les personnels de santé non médecins.

Evripidis BILIRAKIS d'Athènes (Grèce) présente l'état de la prévention du cancer du col de l'utérus en GRECE. En l'absence de programme de dépistage organisé, il est recommandé en Grèce de faire un frottis annuel à partir de l'année qui suit les premiers rapports sexuels. La vaccination anti-HPV est recommandée pour les jeunes filles entre 12 et 18 ans. Elle est gratuite et permet d'obtenir une couverture de l'ordre de 39 %. En Grèce, le nombre de femmes n'ayant jamais fait de frottis de dépistage a chuté de 31,2 % en 2009 à 21,3 % en 2014. A partir de cette date, la politique d'austérité a probablement abouti à l'inversion de cette courbe de participation.

Gjergji THEODOSI de Tirana (Albanie) présente l'expérience de la prévention du cancer du col en ALBANIE.

L'incidence annuelle dans ce pays est estimée à 6,2/100000 durant la période de 2004 à 2013. Dans ce pays, il n'y a ni programme organisé de dépistage encore principalement basé sur la cytologie, ni programme organisé de vaccination anti HPV, dont la couverture est faible (6 à 7 %) concernant essentiellement les jeunes filles de 16 à 20 ans et ne faisant pas l'objet d'une gratuité ou d'un remboursement.

André KIND de Bâle (Suisse) présente la prévention du cancer du col de l'utérus en SUISSE. Le dépistage est individuel dans ce pays dont les habitants disposent de revenus estimés au 4^e rang dans le monde. L'incidence du cancer du col de l'utérus est estimée à 3,6/100000 et par an. La mortalité par cancer du col est de 50 % supérieure pour les femmes de faible niveau d'éducation. La couverture vaccinale anti-HPV est proche de 50 % en 2012. En Suisse, l'incidence du cancer du col de l'utérus déjà faible pourrait être encore réduite grâce à l'organisation du dépistage et à la mise en œuvre d'une assurance qualité des différentes étapes.

DEUXIEME THEME PRINCIPAL :LES CONDITIONS D'EXERCICE DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME (SF)

Coordination et synthèse : Prof. Moustapha TOURE de Bamako, MALI
et Prof. Guy SCHLAEDER de Strasbourg (France).

L'Assemblée générale de 2017 a été l'occasion pour l'UPIGO d'effectuer une enquête internationale sur la profession de sage-femme. Nous avons recueilli le point de vue de sages-femmes de 8 pays différents : 5 pays « occidentaux », l'Australie, la Confédération helvétique, la France, la Grèce et la Suède et 3 pays africains, le Centrafrique, la Guinée et le Mali .

RESUMÉ *Nous avons effectué une enquête internationale grâce aux contributions de :Patricia DOOLEY, sage-femme, Royal Prince Alfred Hospital, Sydney (Australie); Régina Patricia PEPA-MAYKOUA SAMMY, sage-femme enseignante FACSS, (République Centrafricaine) ; Martha GISIN, sage-femme, magister en sciences médicales, Hôpital universitaire de Bâle (Confédération Helvétique) ; Sophie BECKER, sage-femme coordinatrice Hôpital régional de Mulhouse et Catherine BURGY sage-femme enseignante, Ecole de sages-femmes Strasbourg (France) ; Kalliopi Malfa , sage-femme indépendante, présidente de la société grecque de psychoprophylaxie (Grèce) ; Hawa KEITA, sage-femme, Hôpital national Ignace DEEN de Conakry (Guinée) ; Molobaly DIALLO, sage-femme, CHU/GT (Mali) ; Kaysa WESTLUND, sage-femme, magister en philosophie, secrétaire générale de l'Association Suédoise des Sages-femmes, Stockholm (Suède).*

SYNTHESE et COMMENTAIRES *Dans les pays occidentaux (AUS, CH, F, Gr, S) la concentration de SF est forte et va de 1SF pour 1500 habitants en Suède à 1 SF pour 5000 habitants en Australie. Dans les pays africains la densité est faible et va de 1 SF pour 9600 habitants au Mali à 1 SF pour 20.000 habitants en Guinée ; la densité de SF est particulièrement faible en milieu rural.*

Théoriquement la SF s'occupe partout de surveillance prénatale, d'accouchement et de suite de couches ; en fait sur le terrain la réalité est fort différente. Si la SF suédoise assure la majorité des examens prénataux et la majorité des accouchements, il n'en est pas de même dans d'autres pays « occidentaux » A l'extrême, en Grèce, ce n'est qu'une minorité de sages-femmes qui prennent en charge les examens prénataux ou les accouchements. La situation est encor

différente dans les 3 pays africains où les sages-femmes sont souvent débordées par le nombre des gestantes.

Les salaires sont relativement élevés en Europe. Le salaire mensuel brut en début de carrière est de 800€ à 1000€ en Grèce, de 2024€ en France et de 3100€ en Suède. Le salaire mensuel brut moyen est de 2900€ en Australie, de 5000€ en Suisse. En Afrique le salaire mensuel brut en début de carrière est de 120€ en Guinée, 127€ en Centrafrique et de 147€ au Mali.

Dans la plupart des pays, les SF souhaitent des améliorations dans leur exercice professionnel. C'est parfois une meilleure reconnaissance de leur métier. C'est parfois un élargissement de leurs compétences : les SF suisses aimeraient avoir le droit de suturer les épisiotomies, les SF africaines aimeraient avoir le droit de faire des échographies, certaines souhaiteraient pouvoir faire des césariennes.

COMMENTAIRES :Il existe relativement peu d'études internationales sur la profession de sage-femme. Nous sommes persuadés qu'une étude internationale approfondie permettrait de recueillir de précieuses données sur l'organisation de la profession, sur son impact sur la santé publique et sur l'économie de la santé. Une bonne répartition des tâches est le garant de la réussite de bien des organismes industriels ou commerciaux. A notre avis ceci est valable aussi pour l'organisation de la profession de sage-femme.

LES DIVERSES CONTRIBUTIONS à « Profession SAGE-FEMME »

LA PROFESSION DE SAGE-FEMME EN AUSTRALIE par Patricia DOOLEY.

Les études de sages femmes durent 3 ans après le niveau baccalauréat .Dans l'exercice de sa profession ,la sage-femme n'est pas autorisée à faire le suivi gynécologique ,ni la prescription pour une mammographie ou une échographie ; elle peut prescrire le Pap- test si elle a une accréditation ;.elle ne peut pas prescrire la contraception ;elle fait l'accouchement normal et gémellaire , l'accouchement du siège si elle est expérimentée ; elle peut faire l'épisiotomie et la suture, la réanimation du nouveau né mais sans intubation trachéale, elle peut faire également l'examen morphologique et neurologique du nouveau né et l'anesthésie locale. Par contre elle ne peut pas faire l'extraction manuelle du placenta, l'extraction par

ventouse ou par forceps, ni l'anesthésie loco régionale, générale ou péridurale.

Il y a 4.691 SF en Australie (Nursing and Midwifery Board 2017) Cela correspond à 1 SF pour environ 5300 habitants. Les sages femmes australiennes ne veulent pas modifier leur exercice professionnel. Le salaire brut annuel est en moyenne d'environ 56.000 AUD, soit environ 2900€ par mois.

Les autorités encouragent les sages femmes à la formation continue et à effectuer des accréditations pour des fonctions spécifiques.

LA PROFESSION DE SAGE FEMME en République Centrafricaine par Régina Patricia PEPA-MAYKOUA SAMMY.

En Centrafrique on devient sage- femme après 3ans d'étude La formation de sage femme dure 3 ans après baccalauréat. La SF peut demander des examens complémentaires (mammographie échographie etc.). La SF fait le prélèvement du frottis de dépistage du cancer du col et la prescription de médicaments, en particulier de contraceptif (pilules, stérilet, implant sous -cutanés).Les SF sont les premières responsables de la planification familiale. La SF effectue surveillance de la grossesse, accouchement normal (dilatation expulsion et délivrance du placenta), accouchement du siège, accouchement gémellaire, mais ne fait pas la césarienne. Elle réalise aussi l'incision et la suture de l'épisiotomie, la révision utérine, le décollement manuel du placenta ; la ventouse mais pas le forceps. La SF fait l'anesthésie locale, mais ne fait pas l'anesthésie locorégionale, générale ou péridurale ; ni l'intubation trachéale du nouveau-né. La SF effectue la prescription de médicaments durant l'accouchement, la réanimation néonatale mais pas l'intubation trachéale, l'examen neuro-morphologique du nouveau-né. La SF surveille les suites de couches et la croissance du nouveau-né. Ses tâches n'ont pas évolué durant les 10 dernières années.

Il y a seulement 513 SF pour tout le pays. La densité des SF est faible en Centrafrique : 1SF pour environ 10.000 habitants. Le salaire mensuel brut en début de carrière à l'hôpital public est de 83000 FCFA soit 127€.

La collaboration avec les autres professions médicales (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, anesthésistes -réanimateurs) se fait régulièrement.

Les SF de Centrafrique souhaiteraient des changements dans l'exercice de leur métier. Elles aimeraient en particulier apprendre et pratiquer l'échographie.

Elles souhaitent l'appui de l'UPIGO au niveau international.

LA PROFESSION DE SAGE-FEMME EN Confédération helvétique par Martina GISIN.

La sage-femme est formée en 4 années après le baccalauréat. La majorité des SF est employée à l'hôpital : près de 2000 en hôpital public, près de 400 en hôpital privé. Un peu moins de 1300 sont en pratique libérale, indépendantes (données 2016). Cela fait 1 SF pour environ 2200 habitants. La SF ne fait pas de surveillance gynécologique, ni la prise de frottis cervicaux de dépistage ni la prescription de contraception. La SF surveille les grossesses, fait l'accouchement normal, mais pas le siège ni les jumeaux. Elle fait les épisiotomies mais non leur suture, les anesthésies locales, les révisions utérines mais pas le décollement du placenta. Le salaire mensuel brut (bachelor degree) médian est de 6000 FCH soit environ 5000€. Les sages-femmes souhaiteraient avoir le droit de suturer les épisiotomies.

LA SAGE-FEMME EN FRANCE par Sophie BECKER et Catherine BURGUY.

En France, on devient sage-femme (SF) après 5 ans d'études après le baccalauréat. La SF française a des compétences assez larges. Elle est habilitée à effectuer des examens gynécologiques, à prélever un frottis cervical de dépistage, à prescrire des contraceptifs ou une mammographie. Du point de vue obstétricale la SF surveille la grossesse normale, peut prescrire certains médicaments, effectue l'accouchement normal, l'accouchement du siège, l'accouchement jumeau avec l'assistance d'un obstétricien et d'un anesthésiste, l'épisiotomie et sa suture, l'anesthésie locale, la révision utérine et le décollement manuel du placenta. Ventouses et forceps sont effectués par l'obstétricien. La prise en charge est le plus souvent faite en collaboration avec l'obstétricien.

Il y a 21.700 SF en France (2014 Ordre des SF). La densité des SF est de 1 SF pour environ 3000 habitants. En hôpital, le salaire mensuel brut est de 2024€ à 3718€ selon l'ancienneté et la qualification.

Les sages-femmes françaises souhaitent plus de reconnaissance de leurs capacités. et trouvent que leurs actes sont parfois en « concurrence » avec les gynécologues obstétriciens, ou d'autres médecins, ou les kinésithérapeutes.

LA PROFESSION DE SAGE-FEMME EN GRÈCE par Kalliopi Malfa.

.La sage-femme grecque est formée en 4 années après le baccalauréat. Il ya près de 6000 SF en Grèce dont 4000 environ en hôpital public ou privé. Cela fait environ 1SF pour 1800 habitants.La SF est habilitée à faire la surveillance gynécologique, à prélever les frottis cervicaux de dépistage, elle ne fait pas de prescription contraceptive.Du point de vue obstétrical, la SF est habilitée à surveiller la grossesse, à effectuer les accouchements normaux, mais ni l'accouchement du siège, ni les gémellaires. Elle peut réaliser les épisiotomies et leur suture, les anesthésies locales mais pas les ventouses ni les forceps. Elle ne fait pas les révisions utérines ou les décollements manuels du placenta, sauf en cas d'urgence et en l'absence d'obstétricien. Le salaire brut mensuel en début de carrière à l'hôpital est 800 à 1000€.

Du point de vue pratique il n'y a qu'une minorité de sages-femmes surveillant les grossesses ou pratiquant les accouchements ; la majorité des patientes est suivie par les obstétriciens.

LA PROFESSION DE SAGE-FEMME EN GUINEE par Hawa KEITA.

En Guinée on devient sage-femme après 3 ans d'étude après le baccalauréat. La SF ne fait pas de surveillance gynécologique mais prélève les frottis cervicaux de dépistage. Elle peut prescrire des médicaments et en particulier des contraceptifs. La SF effectue la surveillance prénatale, fait des accouchements normaux, des sièges et des gémellaires. Elle fait des épisiotomies et leur suture, la révision utérine et le décollement manuel du placenta, l'anesthésie locale, l'accouchement par ventouse

mais pas par forceps. En début de carrière le salaire mensuel net est de 1.200.000 francs guinéens, soit 120 euros. Leur nombre est très faible : 502 pour tout le pays. Cela fait 1 SF pour environ 20.000 habitants.

Les SF guinéennes souhaitent des améliorations dans l'exercice de la profession et en particulier au niveau de la formation permanente.

LA PROFESSION DE SAGE FEMME AU MALI par Molobaly DIALLO.

Au MALI on devient sage- femme après 3 ans d'étude après le baccalauréat. La SF demande examens complémentaires (mammographie échographie etc.). La SF fait le prélèvement de frottis de dépistage du cancer du col et la prescription de divers médicaments, elle prescrit les contraceptif (pilules, stérilet, implant sous - cutanés). Les SF sont les premières responsables de la planification familiale. La SF effectue surveillance de la grossesse, l'accouchement normal (dilatation expulsion et délivrance du placenta), l'accouchement du siège, l'accouchement gémellaire, mais ne fais pas la césarienne .Elle réalise aussi l'incision et la suture de l'épisiotomie, la révision utérine le décollement manuel de placenta ; la ventouse mais pas le forceps. La SF fait l'anesthésie locale, mais ne fait pas l'anesthésie locorégionale, générale ou péridurale ; elle peut faire la réanimation néonatale sans intubation trachéale. La SF effectue les examens neuro-morphologiques du nouveau -née ; la prescription de médicaments durant l'accouchement.

Il y a 1875 SF au Mali. La densité des SF est relativement faible : 1 SF pour environ 9600 habitants. Le salaire mensuel brut d'une sage femme en début de carrière en hôpital public est l'équivalent de 149€. Les tâches n'ont pas évolué durant les 10 dernières années.

Les rapports avec les autres professions médicales (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, anesthésies-réanimateurs) sont bons.

Les SF maliennes souhaiteraient des changements dans l'exercice de leur métier : formation en échographie, connaissance en pratique de la césarienne et de l'intubation du nouveau-née pour sa réanimation, possibilité de faire une anesthésie

locorégionale et péridurale. Elles souhaiteraient l'appui de l'UPIGO au niveau international.

LA PROFESSION DE SAGE-FEMME EN SUEDE par Kaysa WESTLUND.

En Suède on devient d'abord infirmière après 3 ans d'étude et ensuite, après une formation spécialisée de 18 mois, on devient sage-femme. La sage-femme suédoise a des compétences larges. Elle peut assurer un suivi gynécologique, elle peut prendre en charge la contraception, avec pose de stérilet, pose d'implant ou prescription de pilule contraceptive. Elle peut prescrire certains médicaments, par exemple des antibiotiques en cas de maladie sexuellement transmissible. Elle peut prélever le frottis de dépistage du cancer du col, ou prescrire une mammographie. Du point de vue obstétricale divers actes sont autorisés et pratiqués : surveillance de la grossesse normale, épisiotomie et sa suture, accouchement du siège, accouchement gémellaire, anesthésie locale et locorégionale par bloc honteux, accouchement par ventouse ou forceps, révision utérine et décollement manuel du placenta. Les sages-femmes assurent la majorité des consultations prénatales et aussi la majorité des accouchements en Suède. D'une façon générale lorsque la grossesse est normale et lorsque l'accouchement est normal, la prise en charge est assurée par la sage-femme. En cas de pathologie la prise en charge est assurée par l'obstétricien, souvent en collaboration avec la sage-femme. Le salaire de la sage-femme est élevé : entre environ 3100€ bruts par mois en début de carrière et 3800€ par mois en fin de carrière.

Il y a 6779 SF en Suède (2014) Leur densité est forte : 1 SF pour environ 1500 habitants. En matière de politique de santé en Suède on doit relever que si la surveillance prénatale est fortement décentralisée dans de nombreuses « mödravårdcentralen » (centres de soins maternels), l'accouchement est lui par contre, très centralisé dans de grosses maternités. Le service épidémiologique performant de la Suède est un appui précieux pour l'organisation des soins. Les sages-femmes suédoises souhaiteraient développer d'autres modalités d'exercice. Ainsi, elles souhaiteraient favoriser la « caseload midwifery » permettant un suivi personnalisé de chaque femme par la même sage-femme ou par le même groupe de sages-femmes, durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum immédiat

TROISIÈME SECTION :AUTRES PRÉSENTATIONS

A: Prevention of preterm birth in singletons by George Daskalakis Associate Professor, 1st Dept. of Obstetrics and Gynecology, Alexandra Hospital, University of Athens (Greece).

B: Cell –free DNA in screening for fetal aneuploidies by Panagiotis Benardis MD, DipFetMed(FMF) Consultant Obstetrician & Gynecologist, Fetal Medicine Specialist, Diploma in Fetal Medicine (FMF, London).

C:State of art Psychopharmacology in Postpartum Depression .An update by Nicholas Tsopelas, MD Associate Professor of Psychiatry, Former Associate Director of Psychosomatic Medicine, University Hospital of Pennsylvania

.D: Médecins du Monde/ Doctors of the World : experiences in the prevention of the cancer of the cervix with people in precarious situation by Giorgos PAPADOMANOLAKIS Athens (Greece)

Through special brochures in three languages (Greek,English,French) we try to inform them about the cervical smear .We have prepared these brochures in Arabic and Farsi/Dari but we have been advised not to distribute them to everybody cause somethings are still thought to be taboo and such actions could bring opposite results. We perform special designed courses, for diferent kind of gynecological matters in wich one of them is the cervical smear ,for the health practitioners that come in contact with these people at the policlinics and the camps.We can also mention here that, as a preventive measurement against the HPV , we provide ,when possible, free condoms.

Assemblée Générale statutaire de l'UPIGO à Athènes le 24 juin 2017

Les rapports du secrétaire général est approuvé à l'unanimité.

Le rapport du trésorier est approuvé à l'unanimité. L'appel de cotisation proposé par le trésorier est approuvé également.

Le bureau a été reconduit en totalité et se compose donc de :

Président : Athanassios CHIONIS (Grèce)

Secrétaire général : Moustapha TOURE (Mali)

Trésorier et past-président : Guy SCHLAEDER (France)

Conseiller scientifique : Jean-Jacques BALDAUF (France)

La prochaine assemblée générale aura lieu à Paris les 6 et 7 juillet 2018. Les thèmes principaux retenus sont la prévention de la prématurité et l'échographie de base à destination des sages-femmes africaines.

Liste des participants présents à Athènes :

ALBANIE :Gjergji THEODHOSI. **CENTRAFRIQUE** : Abdoulaye SEPOU ; Patricia

Regina PEPA-MAYKOUA-SAMMY.**GRÈCE**: Athaniassios CHIONIS; Nicolas

TSATSARIS; Giorgos; PAPADOMANOLAKIS; Nicolas TSOPELA ;Georges

DASKALAKIS; Panagiotis BERNADIS ; Kalliopi MALFA ; Evripidis BILIRAKIS

FRANCE: Jean-Jacques BALDAUF ; Sophie BECKER ; GUY SCHLAEDER ;

SUISSE: André KIND ; Patrick PETIGNAT ; Pierre VASSILAKOS ;

MALI: Moustapha TOURE ; Molobaly DIALLO ;

GUINÉE: Hawa KEITA;

A la fin de l'AG, l'ensemble des participants a chaleureusement remercié le président CHIONIS pour son aimable accueil et son excellente organisation.