

Correction mortalité maternelle

Edition relue

COMPTE RENDU de l'ASSEMBLEE GENERALE de l'UPIGO
FLORENCE 24-25 octobre 2022

L'assemblée générale de l'Union Professionnelle Internationale des Gynécologues Obstétriciens (UPIGO) après quelques années d'interruption à cause de la pandémie à corona virus s'est enfin tenue à Florence en Italie du 24 au 25 Octobre 2022 à la grande satisfaction des membres.

On prit part à cette rencontre les délégués des pays membres suivants :

France , Italie , Grèce , Mali , Mauritanie , Centrafrique

On note la présence de deux sages-femmes du Mali.

Après avoir souhaité la bienvenue aux participants, l'hôte de la rencontre le Prof TROPEA Piero Francisco s'est réjoui de les accueillir à la bibliothèque Nationale de Florence qui représente tout un symbole pour la ville

Un tour de table pour la présentation des participants qui ont tour à tour fait le point défis actuels et la situation de leur profession au niveau des pays

La présentation du programme scientifique par le Prof Guy SCHLAEDER est adoptée et comprend les cinq thèmes scientifiques suivants :

1- mortalité maternelle en Afrique subsaharienne (Abdoulaye SEPOU)

2- Les raisons de l'inflation du taux de césarienne (Cherif Akladios)

3--Formation des sages femmes d'Afrique Subsaharienne en échographie obstétricale de base (Moustapha Toure)

4- Prévention du cancer du col en France (Prof. Jean-Jacques BALDAUF)

5- Les salles de naissances à Florence (Marco SANTINI)

6 Bref historique UPIGO par Guy SCHLAEDER

Un programme social relatif à la visite de la Bibliothèque nationale de Florence est proposé par le Prof TROPEA hôte de la rencontre.

PRESENTATION DES THEMES

Theme I Problématique de la mortalité maternelle en Afrique subsaharienne (Abdoulaye SEPOU)

Depuis la conférence internationale de Nairobi en 1987 sur la maternité sans risque, la communauté internationale a pris conscience de la gravité de la mortalité maternelle dans le monde et surtout dans les pays en développement

Selon l'OMS en 2020 287.000 femmes sont décédées dans le monde suite à une complication de la grossesse, de l'accouchement ou des suites de couches. Près de 70% de ces décès, soit environ 200.000 décès par an, surviennent en Afrique subsaharienne. Cela correspond pour l'Afrique subsaharienne 2 avions remplis de 275 jeunes femmes qui s'écrasent chaque jour.

La comparaison des taux de mortalité dans les différentes régions du monde nous permet de comprendre l'ampleur du problème

- Monde 211 décès pour 100 000 naissances vivantes
- Afrique subsaharienne 542
- Afrique du Nord 112
- Asie centrale et du Sud 151
- Amérique latine et Caraïbes 73
- Amérique du Nord 18 Europe 10
- Australie et Nouvelle Zélande 7

Les principales causes de décès sont les suivants

- Les infrastructures sanitaires et le plateau technique.
- Le manque de personnel soignant.
- La population (accessibilité, participation au processus de soins).

L'environnement social

Les principales complications, qui représentent 75% de l'ensemble des décès maternels, sont les suivantes :

- Hémorragie sévère (pour l'essentiel après l'accouchement) ;
- Infections (habituellement après l'accouchement) ;
- Hypertension durant la grossesse (prééclampsie et éclampsie) ;
- Complications du VIH
- Avortements clandestins.

Toutes ces causes sont évitables si le personnel assurant la prise en charge est qualifié, dispose des moyens thérapeutiques et pose le diagnostic à temps sur une population ayant eu accès à la formation sanitaire

PROPOSITIONS DE SOLUTIONS

- Renforcement des capacités nationales dans le domaine de la santé maternelle
- Prévention des grossesses non désirées :
 - La prise en charge des urgences obstétricales
 - La sécurisation des produits de la santé de la reproduction (SPSR)
 - La Mobilisation des différentes ressources en faveur de la lutte contre la mortalité maternelle
- Climat socio-politique apaisé

Conclusion

La mise en œuvre des propositions faites devrait contribuer à réduire la mortalité maternelle dans les pays au sud du Sahara.

Pour cela, l'engagement de chacun et de tous est nécessaire

ThemeII

Pourquoi le taux de césarienne augmente ?

Cherif AKLADIOS, Jean Jacques Baldauf et Bruno langer

Pour rappel le taux recommandé pour l'OMS est de 15% et de 20% en France

Après une présentation de la situation mondiale des taux de césarienne dans le monde. On aborda la situation en Europe où l'on enregistre des variations entre

39% en Italie à 17% en Suède pour ensuite se focaliser sur la situation en France où l'on enregistre une augmentation de 10,9 % en 1981 à 21,7% en 2010

- On note cependant une variation entre les régions en France
- Pourquoi le taux ne cesse d'augmenter ?
- Technique bien rodée
- Changement de la population cible
- Définition de la phase de dilatation à revoir
- Les problèmes médico-légaux et consentement des patientes lors de situations particulières : siège, gémellaire, utérus cicatriciel, macrosomie
- Césarienne de convenance 10% en France

Autres causes :

- Baisse de la compétence des accoucheurs
- Confort pour la programmation du jour de naissance
- revenus plus élevés en cas de césarienne
- peur de l'accouchement par voie basse

Conclusion

On assiste à une augmentation croissante du taux de césarienne. Cette situation peut s'expliquer par : le changement de profil des patientes et une crainte des procès lors de problèmes de la voie basse.

- La césarienne moins risquée

L'obstétrique est devenue plus prudente Le confort de pouvoir programmer le jour de la naissance, Des revenus plus élevés pour les médecins et cliniques privées en cas de césarienne.

La peur de l'accouchement par voie vaginale dans certains pays est à revoir

Les aspects médico légaux doivent être pris en compte lors des déclenchements et des césariennes de convenance.

Devant ce taux trop élevé une évaluation régulière et précise pourrait améliorer notre pratique

Theme III Formation des sages femmes d'Afrique subsaharienne en échographie Obstétricale de base (Moustapha Toure)

Il s'agit d'un projet initié par l'Union Professionnelle Internationale des Gynécologues Obstétriciens (UPIGO) à l'intention des sages-femmes du Burkina, de la Centrafrique, Guinée Equatoriale, du Mali, de la Mauritanie, du Tchad –

L'objectif est de former ce personnel clé de la santé reproductive en échographie obstétricale de base afin de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Une vingtaine de sages femmes sont concernées par le présent projet

La formation se déroulera à Bamako par des formateurs de l'UPIGO en partenariat avec la société malienne de gynécologie obstétrique sous le parrainage de la Fondation Amadou Toure pour l'Enfance va durer Un mois dont une semaine de phase théorique et trois semaines de phase pratique dans les centre hospitaliers universitaires, le centre hospitalier Mère Enfant le Luxembourg de Bamako et quelques grandes polycliniques privées .

Ce premier groupe ayant bénéficié de cette formation de formateurs est appelé à transmettre les compétences et connaissances acquises aux collègues en fonction de certains critères géographiquement d'équipement.

Un carnet spécifique de compte rendu d'échographie et un registre de suivi des activités seront confectionnés pour la mise en œuvre des activités.

Des contacts ont été établis par l'entremise de la Fondation ATT pour l'Enfance auprès des partenaires de la Ligue Islamique Mondiale /Arabie Saoudite pour le financement du projet.

A l'issu de la présentation Les participants ont accueilli favorablement le projet le Prof TROPEA a souligné l'aspect médico-légal de la pratique de l'échographie par les sages-femmes en Afrique. Les précisions sur le type d'activité qui ne concerne pas l'étude morphologique, source de conflit médico-légal ont été rassurant.

Le prof Guy SCHLAEDER a insisté sur la nécessité d'enregistrer les principales données cliniques de la grossesse, de l'accouchement, des suites de couches et l'état du nouveau-né. Cela permettra entres autres d'évaluer ultérieurement la pertinence de notre projet. Proposition jugée pertinente par les participants.

Le processus indiqué avec des directives précises pour la soumission du projet avec / version en anglais est en cours. La requête sera adressée à la Ligue des Musulmans d'Afrique à Jeddah (Monsieur Omar Mahdi H. Wadi adviser on

urgent relief Kingdom of Saudia Arabia PO BOX 14 843 Tel ; 966 532 792 698)
Le secrétaire général est chargé de l'élaboration du document en concertation avec les autres membres de l'UPIGO ,document qui sera transmis à l'adresse indiquée sous la signature du président de l'UPIGO par la Fondation pour l'Enfance

D'autres requêtes sont à adresser par l'UPIGO à L'Union Européenne, au Bureau Régional UNFPA et UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre et de l'OMS pour le financement du projet Initiateur: Union Professionnelle Internationale des Gynécologues et Obstétriciens (UPIGO)

En résumé : FORMATION DES SAGES-FEMMES AFRICAINES EN ECHGRAPHIE

PAYS :Mali, Mauritanie, Burkina Faso, Tchad, Centrafique, Guinée Equatoriale.

Public cible : 20 sages-femmes

Durée 1 mois ou 1 semaine théorie SOMAGO et UPIGO 3
semaines pratique : Centres universitaires et cliniques privées SOMAGO

Lieu de formation Bamako-MALI

Theme IV Prévention du cancer du col en France

Prof. Jean-Jacques BALDAUF

Département de Gynécologie et d'Obstétrique ; Hôpital de Hautepierre ; Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, 67098 Strasbourg Cedex, France.

Introduction

L'histoire naturelle rend le cancer du col particulièrement accessible au dépistage. En effet le délai d'évolution des lésions précancéreuses vers la lésion invasive est généralement long et permet d'envisager la répétition des examens de dépistage à des intervalles suffisamment espacés pour découvrir et traiter efficacement ces lésions afin de prévenir le cancer.

L'infection persistante de la muqueuse cervicale par un papillomavirus humains (HPV) constitue une condition nécessaire au développement du cancer du col utérin et de ses lésions précancéreuses. Une vaccination prophylactique qui induit la production d'anticorps neutralisants dirigés contre la capsid virale des deux types d'HPV responsables d'au moins 70% des cancers du col, a été développée.

Mise en œuvre dans des conditions optimales, cette vaccination prévient l'infection à papillomavirus et ses conséquences avec une efficacité proche de 100 % et constitue ainsi une mesure de prévention primaire du cancer du col de l'utérus et de ces lésions précurseurs.

Le dépistage : une mesure de prévention secondaire très efficace

L'absence de dépistage constitue le facteur de risque majeur de cancer du col de l'utérus dans l'ensemble des pays. Les experts de l'OMS et du Centre International contre le Cancer s'accordent pour dire que le meilleur remède contre le cancer est l'organisation du dépistage avec un système d'invitation des femmes.

Le frottis cervical reste la méthode de référence pour le dépistage du cancer du col utérin. Il s'agit d'un examen simple, peu onéreux, d'une innocuité totale dont la spécificité dans l'ensemble supérieure à 95% constitue le point fort, en évitant les explorations diagnostiques dispendieuses et anxiogènes voir les surtraitements en cas de test faussement positif. Le dépistage est recommandé chez les femmes de 25 à 65 ans, réitéré selon un rythme triennal, après deux frottis négatifs à un an d'intervalle. En 2019 deux modifications majeures ont été mises en place en France. L'organisation au niveau national conforme aux recommandations européennes et l'utilisation du test HPV à partir de l'âge de 30 ans en remplacement du frottis.

Un état des lieux en France publié par Santé Public France le 24 janvier 2022 montre que 59% des femmes françaises de 25-65 ans ont été dépistées durant la période 2018-2020 soit + 1% par rapport à 2018. Ce chiffre est loin de l'objectif de couverture de 70% et cette couverture n'est que de 45% pour les femmes âgées entre 60-65 ans.

A l'inverse le test HPV a bien été intégré dans le dispositif du dépistage puisqu'il représente 65% des dépistages réalisés au cours des 6 premiers mois de 2021. Par contre les centres régionaux du dépistage chargés de l'organisation ne sont actuellement pas encore capables d'assurer correctement le suivi des résultats positifs ne disposant en moyenne que de 12,6 % des résultats.

La vaccination ANTI-HPV : une mesure de prévention complémentaire au dépistage.

La vaccination prophylactique a pour but de prévenir l'infection par l'induction d'anticorps neutralisants contre les protéines L1 de la capside virale des virus

HPV. Le vaccin le plus utilisé au monde est le vaccin nonavalent ciblant 2 types d'HPV responsables de 90 % des lésions condylomateuses et 7 types d'HPV oncogènes impliqués dans 92% des cancers du col mais aussi dans la carcinogénèse du vagin, de la vulve, de l'anus, du pénis et de la sphère ORL.

Les autorités sanitaires françaises ont fait le choix d'un programme fondé sur la prescription par le médecin afin que la décision de vaccination soit prise en pleine responsabilité et dans le respect des convictions de chacun. Cette vaccination n'est donc ni organisée, ni pratiquée en milieu scolaire contrairement à beaucoup de pays dans le monde.

Depuis mars 2007, cette vaccination a fait l'objet de plusieurs recommandations d'utilisation dont la dernière propose de vacciner les filles et les garçons âgés de 14 ans à 19 ans. La couverture vaccinale reste sous-optimale puisque la proportion de jeunes filles ayant reçu le schéma complet à l'âge 19 ans est à peine de 40 %. Ce chiffre est un des plus faibles en Europe. Il s'explique par la crainte d'effets secondaires et les polémiques liées à des observations cliniques sans que des analyses scientifiques pertinentes confirment une réelle « relation de cause à effet »

Actuellement : le vaccin contre les HPV est recommandé chez les filles et les garçons entre 11 et 14 ans. Une vaccination plus tardive est possible jusque l'âge de 19 ans dans le cadre du rattrapage vaccinal. Le vaccin peut être fait le même jour que d'autres vaccin

Les questions concernant la tolérance et l'innocuité de ces deux vaccins préoccupent légitimement à la fois les patientes, leurs parents, les professionnels de santé et les autorités sanitaires du pays. Grâce à une pharmacovigilance mondiale portant sur plus de 130 pays et territoires ayant introduit la vaccination HPV dans leurs programmes nationaux de vaccination depuis 2006 et sur plus de 370 Millions de Doses distribuées avec un recul de plus de 12 ans le profil de tolérance de cette vaccination est bien établi

Conclusions

Pour une efficacité maximale les jeunes filles doivent être vaccinées avant la survenue d'une infection HPV (cette vaccination n'étant pas curative), et en respectant le schéma vaccinal (3 doses en 6 mois). Le dépistage reste indispensable même chez les patientes vaccinées en raison du risque de cancers du col liés à des types HPV non ciblés par les vaccins ou à une infection

préexistantes à la vaccination. La complémentarité entre le dépistage et la vaccination mise en oeuvre de façon optimale devrait aboutir à une réduction du risque individuel de cancer du col de l'ordre de 98 %.

Theme V BIRTH CENTER IN FLORENCE Marco SANTINI

Birth Center are places where pregnancy, birth and postnatal care is provided by midwives and from which women are transferred to consultant-led units when complications occur.

BC for low-risk pregnancies Large maternity wards have to give answers to this specific needs of privacy, self-empowerment, wellness in birth experience.

Our answer is the “Daisy Project.”

BC with its daisy shaped two floor building, linked to the Ob/Gyn Dept. Where a team of midwives, Ob/Gyn consultants and a psychological support unit, collaborate in a more personal care program.

Space management

The main idea is to offer an homogeneous perinatal low risk pregnancy path.

On the ground floor there are counseling facilities, obstetricians' office (from 36 w.), breast feeding support, after birth support, neonatology office, cocooning pool, meeting room.

On the first floor there are five birth rooms, each for a 60 h stay: a Midwives' Led Unit specific attention to a personal and deeper dimension of birth.

The team Midwives, psychologist, obs /gyn; consultants, neonatologist, dietitians, physiotherapist, water trainer

Gold standard, safety, and wellness

In the Anglo-Saxon world the aspect of economic efficiency of BC due to lower costs for deliveries, as opposed to those in large Consultant Led Units, is very much taken into account.

The issue of unnecessary medical assistance in physiology must be approached from the woman's experience point of view.

With "La Margherita" we suggest a model aimed at complementarity in the name of safety and the possibility for each woman to get a better birth experience.

Difficultés, freins:

Meticulous work during the consultations intended for the selection of women at low risk.

The management of unforeseeable complications in the absence of the doctor during labor a transfer to the medicalized delivery room of the Obstetrics department of the CHU, 30 m. away from the birth center.

Relatively slow patient turnover. The number of places (5 labor rooms) in relation to the large number of requests and the current length of stay (48 hours after delivery).

Conclusion

A multidisciplinary cultural project aimed at promoting physiology during pregnancy, childbirth, assistance and support for expectant couples. a place dedicated to the extension of the physiology and the personalization of obstetrical care. An architectural project that values the aspirations and experiences of the pregnant woman in particular and of the couple in general an opportunity to develop integrated professional skills in the field of obstetrics, to transform them and to reinvest them in training and in new projects.

Thème VI UPIGO : bref historique par Guy SCHLAEDER

L'Union Professionnelle Internationale des Gynécologues et Obstétriciens – UPIGO - a été fondée à Paris en 1953. Quelques mois plus tard, en 1954, fut fondée la FIGO à Genève.

Dans l'esprit de ses fondateurs, l'UPIGO est le pendant professionnel de la FIGO dont les visées sont principalement scientifiques.

Alors que la FIGO connut très rapidement une extension mondiale, l'UPIGO limita longtemps son action à l'Europe.

Dès le début, et ce, bien avant le traité de Rome, l'UPIGO a été un fervent partisan de l'unification de l'Europe. Elle se consacra à la mise en route de la nouvelle Europe gynécologique et joua un rôle-clé dans la création de l'Union Européenne des Médecins Spécialistes ou UEMS. Sur 13 membres fondateurs, 6 étaient gynécologues.

L'UPIGO fut la première organisation internationale à s'occuper de l'harmonisation de la formation des spécialistes en Europe. Ce sont 2 commissions créées par l'UPIGO qui élaborèrent les premières recommandations européennes pour la formation des gynécologues obstétriciens à Debrecen en 1995.

L'UPIGO est reconnue par le Conseil de l'Europe comme une OING - organisation non gouvernementale - et y bénéficie d'un statut participatif. Elle a ainsi participé, entre autres, à plusieurs rapports parlementaires concernant la sexualité, la prévention en matière de santé ou l'égalité de l'accès aux soins.

Le territoire géographique de l'UPIGO, longtemps limité à l'Europe, s'est élargi à l'Afrique à partir de l'AG de Marrakech en 2001. Plusieurs pays africains de la SAGO - Société Africaine de Gynécologie-Obstétrique, participent à l'UPIGO. Le Mali, la Mauritanie et la République Centrafricaine sont des partenaires particulièrement actifs. L'UPIGO fut ainsi sensibilisée aux problèmes de mortalité maternelle, particulièrement élevée dans la région subsaharienne. Le thème central de la dernière Assemblée générale de l'Union, en 2022 à Florence, a porté sur l'utilisation de l'échographie par les sages-femmes africaines pour améliorer la qualité de leurs soins.

Rapport du Secrétaire Général

Après une perturbation de nos activités dues à la pandémie à Coronas virus, nous sommes heureux de la tenue de notre Assemblée générale dans cette belle ville de Florence.

Ces dernière année l'UPIGO a eu comme objectif principal la formation des sages-femmes de certains pays de l'Afrique de l'Ouest Francophones (Burkina Faso – Mauritanie –Mali et du centre (Centrafrique – Tchad plus la Guinée Equatoriale en prévision) en Echographie Obstétricale de base.

Plusieurs contacts ont été faits dans ce sens dans le cadre de la recherche de financement notamment auprès de l'Union Européenne et de la mission des Nations Unies au Mali sans succès.

Nous continuons à explorer d'autres pistes auprès de la fondation Amadou Toumani Toure pour l'Enfance (de l'ancien président du Mali feu Amadou Toumani Toure) actuellement dirigée par son épouse sagefemme de profession.

Lors d'une mission humanitaire d'une ONG Saoudienne courant Novembre à Bamako, par l'entremise de la FPE nous avons eu des échanges relatives à notre projet avec par le conseiller chargé des urgences Mr Omar Mahdi H.Wadi adviser on urgent Relief Kingdom of Saudia Arabia PO box 14843 Jeddah 21434 Email smar.mahdi@themwix.org mobile +966 12 6512333. Au cours de cet entretien il nous a été indiqué de suivre des procédures afin de faire acheminer le dossier de notre projet par l'entremise de la Fondation pour l'Enfance à l'adresse ci-dessus mentionnée.

Le dossier doit comprendre :

1 le récépissé de création de l'UPIGO et la SAGO DE LA SOMAGO et des autres partenaires,

2 une note de présentation de ces sociétés savantes avec les rapports d'activités (au moins de la dernière année)

3La présentation des principaux acteurs (formateurs),

4 l'accord des associations de sages-femmes des pays concernés par la formation,

4 la traduction en anglais des documents (requête)

Des correspondances seront adressées aux associations de sages-femmes / ordre et association des sages femmes des pays concernés.

Une lettre de l'association au niveau sous régional est à étudier pour faciliter les procédures

Nous proposons de contacter par le président de l'UPIGO, le bureau régional de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA pour l'Afrique de l'Ouest et du centre

et le ministère de la santé et du développement social du Mali et les autres partenaires potentiels pour appui dans le cadre de ce projet.

NB : Le programme de formation proposé a été élaboré avec le président de la SOMAGO

Dans le cadre de nos activités futures au regard des contraintes actuelles pour l'obtention des visas pour les participants d'Afrique nous proposons d'organiser (si ces contraintes demeurent toujours) la prochaine Assemblée Générale en Afrique et de la coupler avec la formation des sages-femmes en échographie si les conditions de financement sont réunies.

Les procédures de visa peuvent être entreprises tôt pour lever ces contraintes.

Nous proposons d'inviter des jeunes médecins et sages-femmes des pays hôtes pour la redynamisation par l'adhésion de jeunes membres.

L'UPIGO doit également se pencher sur la recherche de sponsor pour la prise en charge des voyages des participants Africains

Des réflexions seront engagées sur ces propositions

ASSEMBLEE GENERALE STATUTAIRE

Le trésorier a fait la situation des comptes de l'UPIGO approuvée par l'assemblée générale. Les comptes sont équilibrés. Un appel à cotisation est fait en reprenant à nouveau les taux habituels pour chaque pays.

Pour le Mali 400€ la Mauritanie 400€ la Centrafrique 400€ la Grèce 950€ la France 2800€.

L'assemblée a procédé au vote pour le renouvellement des membres du bureau qui se compose comme suit :

President : Prof TROPEA Piero Francesco (Italie) en remplacement du Prof Chionis en fin de mandat

Vice-présidente : Prof Aissata BAL (Mauritanie) en remplacement du Prof TROPEA en fin de mandat

Past-président : Athanasios CHIONIS (Grèce)

Trésorier chargé des relations avec l'Afrique : Prof Guy SCHLAEDER (France) reconduit

Secrétaire général : Prof Moustapha Toure (Mali) reconduit

Conseiller scientifique : Prof Jean Jacques Baldauf (France)

Pour discuter et favoriser la participation des africains à l'AG 2023 nous avons décidé une réunion extraordinaire du bureau par ZOOM le 10.3.23 et pris les décisions suivantes :

Date de l'Assemblée générale 2023 : les 6 et 7 octobre 2023, quelques jours avant la FIGO qui se tiendra du 9 au 12 Octobre

Lieu : Paris.

Avant programme scientifique :

1. Le point sur le projet de formation en 'échographie pour les sages-femmes africaines par Moustapha Touré
2. La réaction des sages-femmes africaines à l'arrivée de l'échographie avec une enquête dans plusieurs pays africains du sud sahélien par Aissata BAL
3. L'Attente des femmes pour leur accouchement (En Afrique par SEPOU ; en Europe par Santini) et aspect médico-légal par TROPEA.
4. Contributions gynécologiques

L'endométriome par Nesrin Varol d'Australie sur proposition de Moustapha Touré avec la collaboration des strasbourgeois Baldauf et Akladios. (Invitation acceptée par le Dr Nesrin Varol)

-Le syndrome de l'ovaire polykystique par Athanasios CHIONIS.

Par ailleurs nous proposons d'accepter des communications libres pour encourager les jeunes collègues à participer à l'AG de l'UPIGO et de mieux faire connaissance de nos travaux.

Moustapha propose que Aissata BAL, SEPOU et lui-même se renseignent sur les participations à la FIGO des confrères dans leur pays respectifs pour prendre contact avec eux en vue de leur participation à l'Assemblée Générale de l'UPIGO

Nous remercions le Prof SCHLAEDER pour son engagement constant à nos côtés pour la marche de l'UPIGO.

L'assemblée générale a félicité le Past président pour sa contribution à l'UPIGO durant son mandat.

L'assemblée générale a félicité le nouveau président pour son élection.

Le volet social a consisté à la visite de la prestigieuse bibliothèque de Florence qui a une riche histoire

Un diner festif a couronné la fin du séjour à Florence

Edit 2.4.23 MT/gS