

ANNEXE 1

Statuts de MUSUHUM :association partenaire

TITRE I. CREATION ET OBJET SOCIAL

Création.

Art.1 : Il est créé conformément aux lois et règlements en vigueur au Niger, ordonnance 84-06 du premier mars 84 portant régime des associations modifiée et complétée par la loi N° 91-006 du 20 mai 1991, un organisme non gouvernemental dénommé MUSUHUM. Mouvement Universel pour la Survie de l'Humanité.

Art.2 : Le MUSUHUM est un organisme non gouvernemental de développement à buts non lucratifs, apolitique, non confessionnel et à caractère associatif.

- Le MUSUHUM peut adhérer à tout Groupement d'associations nationales ou internationales poursuivant les mêmes objectifs.

Art.3 : Le siège est situé à Niamey à une adresse fixée par simple décision de l'Assemblée Générale.

- Il peut être transféré en tout autre lieu du territoire national ou dans autre pays sur décision de l'assemblée Générale.

Art.4 : La durée du mouvement est de 99 ans renouvelable.

Objet Social

Art.5 : L'objectif global du MUSUHUM est d'œuvrer pour le bien être de tout Homme par une prise en charge global de sa sante intégrant les facteurs alimentaire, éducatif et développement rural.

Art.6 : Le MUSUHUM a plusieurs **objectifs spécifiques** :

0 lutter contre tout fléau qui rend l'homme vulnérable à savoir la pauvreté, la maladie, la solitude, la guerre, la faim, l'analphabétisme l'ignorance sous toutes ses formes.

1 œuvrer pour le rapprochement des communautés, des ethnies, des peuples, des nations, et des groupes humains par la mise en œuvre de projets d'intérêt communs etc.

2 œuvrer pour un changement de toute mentalité qui met l'homme en situation de souffrance, de conflit ou de violence par le biais de l'éducation, et du développement économique et socioculturel.

3 œuvrer pour la protection et l'entretien de l'environnement physique et psychique de l'homme.

TITRE II : MEMBRES

Art.7 : Peut être membre du MUSUHUM toute personne physique ou morale qui adhère à ses idéaux dans le strict respect des textes qui le régissent.

Art.8 : le mouvement se compose de :

- membre Fondateur : c'est toute personne qui a contribué à la création du mouvement.

- membre actif : peut être membre actif toute personne qui accepte le présent statut et se soumet aux dispositions du règlement intérieur du mouvement.

Peut être aussi membre toute personne qui œuvre pour l'extension des idéaux du mouvement.

- membre d'honneur : la qualité de membre d'honneur peut être conférée à toute personne physique ou morale qui contribue au rayonnement du mouvement

- membre bienfaiteur : le titre de membre bienfaiteur est décerné sur décision de l'Assemblée Générale à une personne physique ou morale qui fait un don d'importance pour soutenir les actions du mouvement ou qui se rapproche du MUSUHUM de par ses actions et ses idéaux.

Adhésion et Perte de la qualité de membre

Art.9 : Pour être membre actif, il suffit de faire part au mouvement de toute action individuelle ou collective menée et qui cadre avec les objectifs de MUSUHUM et avoir reçu du mouvement une lettre approuvant l'action.

Le membre actif a droit au vote suivant le principe un homme une voix.

Il est éligible

Art.10 : La qualité de membre actif se perd par le décès, la démission ou l'exclusion (temporaire ou définitive) pour fautes graves.

TITRE III : ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

ORGANISATION

Art.11 : Les Organes Constitutifs de l'Association sont :

- L'Assemblée Général (A.G)
- Le Comité Directeur (C.D)
- Le commissariat aux comptes

Art.12 : **L'Assemblée Générale** est l'instance délibérative du mouvement.

Elle regroupe les membres du Comité Directeur et les membres actifs.

Elle définit les grandes orientations et dispose des pouvoirs les plus étendus

Elle élit les membres du Comité Directeur

Elle se réunit une fois par an en session ordinaire sur convocation du Président

Elle peut se réunir en session extraordinaire sur convocation du Président ou à la demande des 2/3 des membres du C.D

Elle fixe le montant des cotisations et le prix des cartes

Elle vote les programmes et budgets annuels
Elle adopte les rapports moraux et financiers du Comité Directeur
Elle est présidée par le Président, cependant, lorsqu'il s'agit d'élire les membres du Comité Directeur, l'Assemblée Générale sera présidée par son doyen d'âge assisté de deux scrutateurs
Elle se prononce sur les sanctions disciplinaires.
Elle se prononce sur la dissolution de l'ONG lorsqu'elle se réunit en session extraordinaire
Elle élit les commissaires aux comptes

Art.13 : Le Comité Directeur

Il veille au respect des décisions de l'Assemblée Générale

Il se réunit tous les 3 mois sur convocation du Président ou en cas de nécessité à la demande des 2/3 des membres

Art.14 : Le Comité Directeur comprend :

- Un Président
- Un Secrétaire Général
- Un Trésorier Général
- Un Secrétaire à l'Information et Sensibilisation
- Un Secrétaire à l'Organisation

Deux (2) Commissaires aux comptes et un coordinateur sont élus en dehors du bureau et des conseillers

TITRE IV : LES RESSOURCES

Art .18 : Les ressources du mouvement proviennent :

- de la vente des cartes
- des cotisations de ses membres
- des recettes issues de diverses activités
- des dons, legs ou toutes autres subventions autorisées par la loi.

Art.19 : Les Fonds du mouvement sont déposés dans un compte courant bancaire ou postal.

Art.20 : Les retraits de fonds ne peuvent avoir lieu que suite à la signature conjointe du Président et du Trésorier Général.

TITRE V : DISPOSITIONS GENERALES

Art.21 : Toute modification des présents statuts ne peut intervenir qu'en Assemblée Générale et à la majorité des 2/3 des membres.

Art.22 : La dissolution du mouvement ne peut être prononcée qu'en Assemblée Générale convoquée à cet effet et acquise à la majorité au moins des ¾.

Elle peut aussi provenir des pouvoirs publics conformément aux textes en vigueur

Art.23 : En cas de dissolution, l'actif du mouvement, après règlement des dettes, sera attribué à une œuvre de bienfaisance.

Art.24 : Le Règlement Intérieur complète et précise les présents statuts.

Fait à Niamey le 21 février 2007

Le président

ANNEXE 2

Le Niger : contexte général et de santé

Le Niger est l'un des pays les plus pauvres du monde, classé selon les années en dernière ou avant dernière position selon les critères de classement du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD).

Les grands défis sont de nourrir, éduquer et soigner

La croissance rapide de la population et le déficit agricole en rapport avec les difficultés de l'agriculture sahélienne entretiennent une disette chronique qui provoque une malnutrition d'une grande partie de la population.

La croissance démographique actuelle constitue un défi en ce sens : la population attendue au Niger en 2050 est de 50 millions d'habitants contre 10 millions en 2001 et 11,5 millions actuellement.

Avec 50 % de sa population âgée de moins de 15 ans, et près de 70 % de moins de 25 ans, le Niger est l'un des pays les plus jeunes du monde.

Il existe une très forte fécondité déterminée par les réflexes culturels pro natalistes, la religion, le mariage précoce et la pauvreté. L'EDS (enquête démographique et de santé de 1998) a montré que la fécondité désirée était supérieure à la fécondité observée, les besoins de planification familiale s'exprimaient à cette époque uniquement sur un désir d'espacer les naissances, et non de les limiter. La contraception est faiblement utilisée du fait de la disponibilité insuffisante et de la médiocre qualité des services de santé et de planification familiale. Notons par ailleurs que moins d'une femme adulte sur 10 est instruite, et que le mariage survient une fois sur deux au plus tard à 15 ans. Le poids de ces traditions est très important dans ce pays où le milieu rural représente 85 % de la population. L'usage de la contraception moderne est extrêmement peu répandu, de l'ordre de 10 %.

Par ailleurs, nourrir ne suffit pas : Eduquer et garantir une bonne santé sont nécessaires.

Sur le plan démographique les enfants de 6 à 12 ans scolarisables en primaire, passeront de 2,2 millions en 2000 à 3,2 millions en 2010 selon les projections démographiques. Ces chiffres donnent une idée du défi à relever, quand on sait qu'actuellement au plus 1/3 des enfants qui devraient être scolarisés sont actuellement à l'école, et que le taux d'alphabétisation est de 17 %.

L'espérance de vie moyenne est de 46 ans. Les indicateurs de mortalité maternelle et infantile sont extrêmement élevés. (mortalité infantile 121,69 décès/1.000 naissances normales. À titre de comparaison, en France il est de 4,26 décès/1.000)

Seul 47 % de la population bénéficie d'un accès facile aux services de santé, c'est à dire moins de 5 Km d'un centre médical. Les capacités d'achat de médicaments sont faibles, la disponibilité des traitements est également médiocre, y compris les contraceptifs. Ce contexte démographique et de santé rend extrêmement ardues les recherches de solutions. À ceci s'ajoute le déficit chronique de production nationale agricole, résultant d'une baisse de productivité, dans ce pays où seul 12 % de la superficie est cultivable, les sols pauvres, les pluies rares, et où l'environnement se dégrade.

La croissance démographique menace évidemment le secteur médical. Il existe une pénurie de personnel et une insuffisance de ressources humaines. Il existe actuellement un médecin pour 41730 habitants alors que l'OMS recommande 1 pour 10000. Une population 5 fois plus nombreuse dans 40 ans fait qu'il faudrait multiplier par 25 le nombre de médecins pour atteindre la norme requise par l'OMS. Pour faire face à cette situation le gouvernement nigérien a adopté un nombre considérable de déclarations : politique nationale de population en 92, politique nationale de la jeunesse en 98, stratégie de réduction de la pauvreté en 2002. L'initiative pour les pays pauvres et très endettés a permis de lancer en avril 2001 des ressources pour construire chaque année 1000 cases de santé 100 points d'eau et 100 mini barrages

Selon le dernier rapport du G8, (juillet 2005) 3 millions de morts évitables surviendraient en Afrique subsaharienne en l'absence d'intervention des pays riches.

Le Niger est donc confronté à des défis gigantesques pour augmenter le niveau de santé de la population,

tout particulièrement dans le domaine de la santé de la reproduction, et de la pandémie de VIH SIDA.

L'amélioration de la prise en charge sanitaire va de pair avec la prise en compte de la nécessité d'une véritable politique de planification familiale puisque le taux de fécondité extrêmement élevé au Niger est aussi là pour "compenser" la mortalité très élevée qui ne peut naturellement baisser que par une meilleure prise en charge sanitaire. L'avenir du Niger se joue donc à la fois sur la maîtrise démographique, la meilleure prise en compte des problèmes de santé, pour permettre d'améliorer le niveau socio-économique. Une vision globale est nécessaire.

SIDA Etat des lieux actuel au Niger

1. Prévention :

La prévalence estimée est de 0.85 %, avec une disparité entre les zones urbaines et rurales. (environ 2 % voire plus de prévalence à Niamey environ, ou dans les zones minières). Le nombre de patients atteints est estimable à 110000 environ, ce chiffre étant jugé probablement sous estimé par le corps médical. (ces chiffres datent d'il y a 3 ans environ)

Les individus n'ont pas l'habitude de se faire dépister. Il existe peu de centres de dépistage, ceux ci sont uniquement urbains. Le diagnostic est souvent clinique au stade de l'infection opportuniste. Le SIDA est considéré comme une maladie honteuse, un tabou, les personnes ne se font pas dépister, même en cas de symptômes, et la gêne est également présente chez le médecin pour annoncer le diagnostic, en raison du tabou qui entoure cette maladie. L'individu est rejeté par sa famille mais aussi la famille peut être rejetée par l'entourage.

Cet aspect est général en Afrique de l'ouest, conduisant les patients à s'expatrier pour les soins. Il n'est pas rare pour un médecin nigérien de soigner des burkinabés ou des ivoiriens, des béninois ou des togolais .

Il existe des programmes nationaux préventifs (gouvernementaux et associatifs) pour tenter de diminuer l'extension de la maladie. Dans un contexte religieux et culturel très prononcé, ces programmes insistent sur la fidélité, et sur l'utilisation de la prévention par préservatif qui est cependant mal vue par le monde religieux. L'utilisation du préservatif paraît honteuse et non appropriée par la majorité de la population. Globalement, le programme préventif national a beaucoup de difficultés à changer les mœurs de la population. SE rapprocher des groupes sociaux défavorisés mal touchés par le programme national, paraît être un défi à relever pour augmenter la protection des individus face à cette épidémie.

Le problème du SIDA peut être vu sous l'angle de la pauvreté matérielle et éducationnelle. Une famille bien nourrie et des enfants préviendront aussi la maladie à moyen terme, que l'usage du préservatif à court terme. Le défi n'est pas purement médical, mais à appréhender sous l'angle médico-psycho social et économique.

Il existe des centres de diagnostic anonymes et gratuits (association mieux vivre avec le SIDA) dont certains sont en lien avec le CTA (centre de traitement ambulatoire) pour la prise en charge curative. Cependant les centres de dépistage sont trop peu nombreux et peu intégrés dans l'idée que se fait de la population du circuit de soins.

2. Prise en charge curative

Le parcours actuel du patient Sidéen est semé d'embûches, tout d'abord en raison de la stigmatisation et de l'isolement dont il sait qu'il est la conséquence du diagnostic. Certains patients préfèrent rester dans l'ignorance de leur statut sérologique.

Le CTA (centre de traitement ambulatoire) dépiste et traite les patients. Ce centre est un centre de référence à l'échelle nationale, qui centralise la prise en charge thérapeutique sur l'ensemble du territoire. Un individu qui est malade du SIDA à Arlit est obligé d'aller à Niamey distant de plus de 1000 Km. A ces problèmes de distance, s'ajoutent donc des problèmes de logement, de nourriture, de déplacement sur place.

Le statut du centre permet de diagnostiquer rapidement et de mettre en route le traitement aussitôt. (en une journée environ). Cependant, actuellement plus aucun réactif n'est disponible. La plupart des structures étatiques ont ce problème de rupture régulière de stocks de réactifs, ou de médicaments, ce qui a pour conséquence une rupture de prise en charge des patients. Il n'existe pas de véritable continuité des soins.

Les médicaments nécessaires à la prise en charge sont disponibles sous forme de génériques au niveau du CTA, qui les donne gratuitement à l'heure actuelle. (aussi bien les antirétroviraux que les traitements des infections opportunistes) Il existe des incertitudes sur l'approvisionnement en médicaments, d'autre part cette politique est en contradiction avec l'initiative Nigérienne d'accès aux antirétroviraux (INAARV) qui prône la participation en fonction du pouvoir économique.

Cette contradiction est le reflet d'une certaine impuissance des structures en place à coordonner les soins avec efficacité et à obtenir les aides nécessaires. Par exemple, des fonds disponible par le " Global Found " (Fond mondial de lutte contre la tuberculose, le SIDA et le paludisme, dont le siège est à Genève) n'ont pas été utilisés faute de structuration inadéquate des coordination locales (CCM = country coordination mechanism).

Il n'existe pas non plus d'accompagnement en cas de problème d'autonomie, (transport, navette ..) ce qui ne permet pas aux soignés de se rendre au CTA ou d'en d'autres centres de soins en cas de handicap lié à la maladie. Les soins à domicile n'existent pas et la mauvaise observance du traitement, point particulier pointé par l'OMS dans ses rapports, en est la conséquence (aide à la prise des médicaments, aux soins d'hygiène , l'alimentation ..)

L'accompagnement de fin de vie et les soins palliatifs est uniquement dispensé par un dispensaire (dispensaire de SAGA qui est à Niamey)

La problématique du curatif est également celui du " marquage " de la population qui y a accès. Très vite les individus cherchent des structures plus anonymes, comme un dispensaire, qui ne peut leur offrir la gratuité, d'ou rapidement un défaut de prise en charge médicale qui aboutit en général au décès.

En conclusion l'accès à des soins minimaux de base n'est pas assuré pour la majorité de la population et la lutte contre le SIDA se heurte à des problèmes de coordination et d'efficacité des structures, tant sur le plan curatif que préventif. Cette difficulté de prise en charge ne pose pas que le problème de l'efficacité médicale, le facteur économique et culturel agit également défavorablement sur cette prise en charge.

Pourtant , des opportunités existent, tant du point de vue de la sensibilisation des populations, au niveau local, que de la mobilisation des fonds internationaux prévus à cet effet, que le Niger a du mal à utiliser.

IV / Bibliographie

Initiative nigérienne d'accès aux anti-rétroviraux (INAARV) Plan d'action 2003 /2006 Cabinet du premier Ministre. Coordination intersectorielle de Lutte contre les IST/ VIH/SIDA

Plan national multisectoriel de lutte contre les IST/VIH/SIDA 2003 /2006

Enquête socio économique sur la ville de Niamey.(Niamey urban program) World vision 1999

Rapport démographique Niamey Commune II. Ministère de l'intérieur République du Niger.

Nourrir, éduquer et soigner tous les Nigériens : la démographie en perspective (Johan F. May Soumana Harouna, Jean Pierre Guengant, IRD. Human Development III Africa Region. The World Bank, Washington, D.C.

CERMES. (2002) Enquête nationale de séro-prévalence de l'infection par le VIH dans la population générale âgée de 15 à 49 ans au Niger. Rapport final. Niamey : Centre de recherche médicale et sanitaire, CARE international et ministère de la santé publique et de la lutte contre les endémies.

Ont été également consultées les sources suivantes :

Ministère de l'urbanisme de l'habitat, section adressage.

Ministère de la santé. Direction de la santé publique.

Ministère de la santé. Direction de l'équipement

PNUD (programme des nations unies pour le développement) <http://www.undp.org/>

Indexmundi <http://www.indexmundi.com/fr/niger/>

ANNEXE 3

DISPENSAIRE KIRKISOYE

BILAN DES ACTIVITES

Le dispensaire de KIRKISOYE situé en périphérie de la commune III a été créé en 1994. Il est géré par un médecin nigérien. Ce document est un bilan aussi bien financier que des activités menées depuis l'ouverture.

Situation du dispensaire

A) Bâtiments

Ce dispensaire a été construit en plusieurs tranches avec une première partie réservée aux soins, à la consultation curative, à la mise en observation de certains malades et au secrétariat. Ce premier bâtiment est d'une superficie de 98 m².

Un deuxième bâtiment construit secondairement et d'une superficie de 100m² sert aux activités préventives. Il comprend :

- Une salle de consultation prénatale
- Une salle pour la consultation des nourrissons sains
- Une pharmacie
- Un magasin

B) Personnel

Le personnel est constitué pour l'instant :

- D'un médecin nigérien
- D'une sage femme
- D'un agent chargé de l'accueil et de la vente des médicaments
- De 2 Infirmiers auxiliaires
 - D'un gardien

Le dispensaire reçoit des stagiaires étrangers (en général Européens) depuis toujours.

C) Gestion du dispensaire

Ce dispensaire est à l'origine confessionnel, il a été construit sur un terrain appartenant à la Mission Catholique et une partie des constructions a été financée sur des fonds de cette mission. La gestion actuelle est autonome, en lien avec le comité de santé villageoise local.

D) Logistique

Il existe un véhicule, qui sert de véhicule de fonction au Médecin qui est handicapé fonctionnel.

La chaîne de froid comprend le réfrigérateur, les conservateurs de vaccins (glacières).

Le matériel médical comprend outre tout le matériel usuel , un échographe, un doppler, l'ECG.

E) Horaires d'ouverture

Les horaires d'ouverture sont les suivantes :

- Du lundi au vendredi de 7 h 30 à 15 h.
 - Le samedi et dimanche, permanence de 8 h à 10 h.

- Les après midi sont consacrés au suivi des activités génératrices de revenus, aux activités de développement (entretien des routes, reboisement de la commune, approvisionnement en eau potable ..) et aux activités sociales.

II) ACTIVITES

A) Descriptif

1°) Curatif

Le dispensaire a surtout une activité de consultation et de soins curatifs. Les consultations sont assurées par le Médecin après un tri par l'infirmière. Les petits soins sont assurés par l'infirmière.

2°) Développement social

En plus des activités curatives le dispensaire s'occupe d'activités sociales comme :

- Un projet féminin avec deux composantes :
- Possibilité de crédit alloué aux femmes à la maison pour qu'elles puissent créer de petits commerces de proximité.
- Formation des jeunes filles aux métiers manuels (couture, cuisine).
- Un projet touareg (réinsertion sociale des réfugiés touaregs qui ont fuit le nord pendant la grande sécheresse des années 1970)
- Un projet d'assainissement, de route et de reboisement du quartier.

B/ Résultats

En 10 ans d'existence, les résultats du dispensaire sont encourageants : Augmentation de la participation de la population, du niveau économique, approvisionnement correct en eau potable, arrivée du téléphone, de l'électricité, viabilisation des voies d'accès qui a permis le désenclavement du quartier.

En conclusion

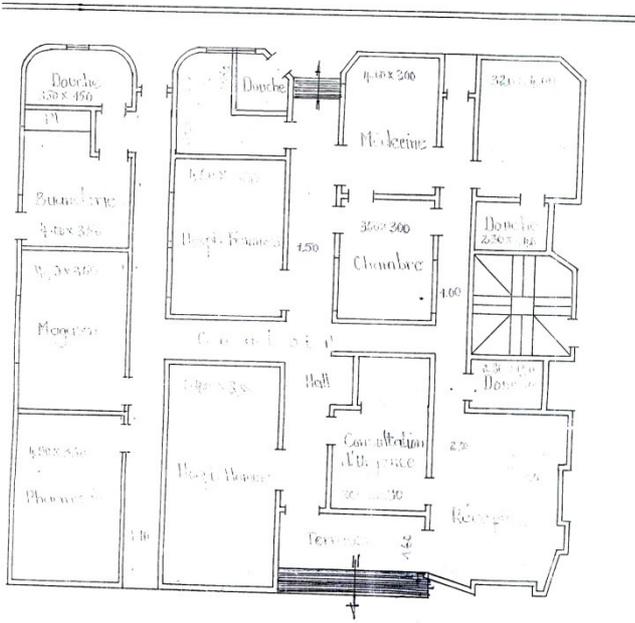
Globalement, on peut affirmer que le dispensaire ne fonctionnait pas sans une aide extérieure, et que les années aidant, il est devenu entièrement autonome.

ANNEXE 4

Les plans du bâtiment principal

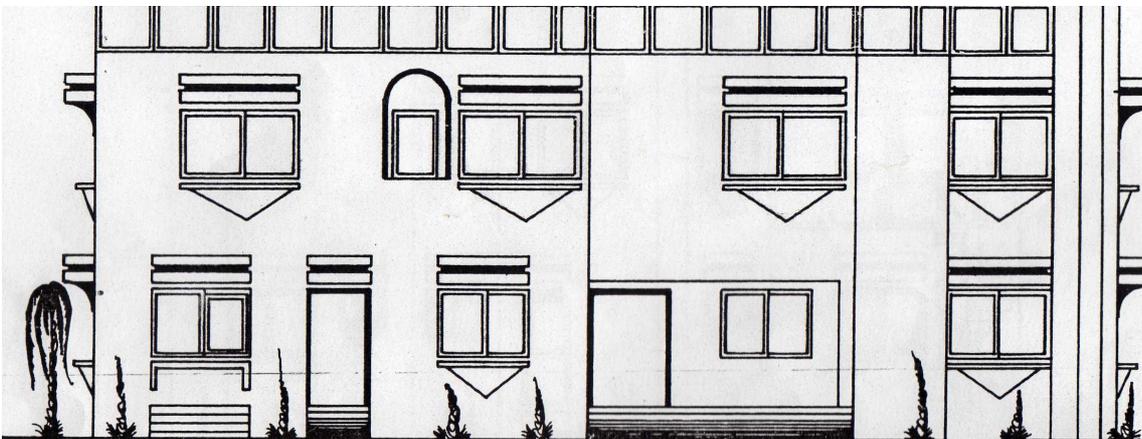
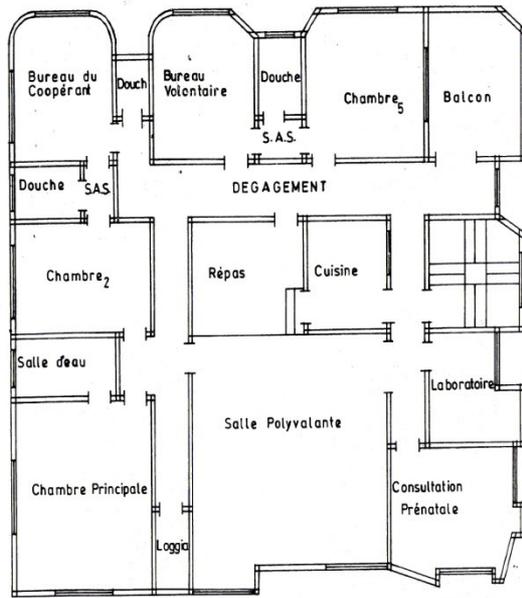
Rez de Chaussée

Etage



Rez-de-Chaussée





Le budget de construction

Le Compte d'exploitation prévisionnel

ANNEXE 5

CURRICULUM VITAE

IDENTITE

Nom : Wolo
Prénom : Jérôme
Date de naissance : 30 septembre 1960
Lieu de naissance : Niamey Niger
Nationalité : Nigérienne
Profession : Médecin
Religion : chrétienne
Situation Matrimoniale : Marié père de 4 enfants

SCOLARITE

Etudes primaires

Ecole Mission Garçon de Niamey

- 1973 : Obtention du certificat d'étude primaire (anticipé pour les élèves doués en classe de CM1)
- 1974 : Entrée en sixième

Etudes secondaires

Etudes secondaires premier degré : CEG3 Nouveau Marché

- 1978 : Obtention du Brevet d'Etudes du premier cycle(B.E.P.C)

Etudes secondaires second degré Lycée ISSA KOROMBE

- 1981 : Obtention du Baccalauréat série D (Mathématique physique chimie sciences naturelles)

Etudes universitaires

Faculté des sciences de la santé de Niamey NIGER

- 1992 : Obtention du doctorat en médecine (diplôme d'état) : Mention très honorable avec félicitation de tout le jury et échange avec les universités étrangères
- 2004 Formation en échographie gynécologique et obstétricale par le district sanitaire commune III de Niamey. Coopération médicale belge.
- -Août Septembre 2005 : Stage en sidologie : Traitement du VIH/Sida au CHU de ROUEN

Autres formations

- Dynamique sociale : Ministère du développement sociale : projet FAC N° 970083 00 appui au développement au Niger :

2001 : Attestation de formation en dynamique sociale

- Juillet 2005 Stage d'échographie gynéco obstétrical Clinique de Radiologie Maromme

.

ACTIVITES PROFESSIONNELLES

- 1980-1985 : Travail social à titre bénévole à la CARITAS de Niamey : Réinsertion sociale de groupes sociaux démunis, Counseling, assistance médicale,
- 1981-1985 : technicien au laboratoire de physiologie et exploration fonctionnelle à la faculté des sciences de la santé de Niamey.
- 1985-1993 : Animateur bénévole à la santé Mission catholique de Niamey.
- 1987-2004 : Travail social à titre bénévole: Réinsertion sociale de groupes sociaux démunis, Counseling, assistance médicale, sensibilisation sur le VIH/SIDA en lien avec plusieurs associations internationales :
- 1992-1994 : Chargé de projet d'un complexe socio-sanitaire pour la communauté religieuse « Pain de vie » à la rive droite de Niamey. Mission catholique de Niamey
- 1994-2004 : Médecin Responsable du CSI de Kirkissoye à Niamey au Niger
- 1989- 2002 : Correspondant local chargé de programme santé pour l'association humanitaire italienne « Comitato per la lotta Contro la fame »
- 1999- 2004 : Correspondant local chargé de programme santé pour l'association humanitaire française « Espoir Pour un Enfant »
- 1999-2004 : Représentant locale de EPN (Ecumenical Pharmaceutics Network) au Niger
- 1999-2003 : Président de l'association nigérienne humanitaire et de développement HINI DOBAY ZADA
- 2000-2004 : Correspondant local chargé de programme santé pour l'association humanitaire Française « Rencontres Africaines »
- 2002 Membre de jury international pour le diplôme supérieur en travail social Ministère français des affaires sociales arrêté du 01 juillet 2002
- 2004 : Autorisation d'ouverture du cabinet médical ALOMAR qui est le projet d'autonomisation du dispensaire Kirkissoye. PDG
- Septembre 2005 : Conférencier : Problématique des échanges Nord-Sud dans l'humanitaire. Conférence donnée à Narbonne et à Avignon en lien avec l'association Rencontres africaines Provence-Languedoc : Les bénéficiaires étant versés pour les actions de la dite association.
- Octobre 2005-juin 2007 : Coordination des programmes SIDA de la Croix rouge Française au Niger
- 5 juin 2007 : Lauréat 2007 du Prix GUY **CRESCENT** donné au musée Bourdelle à Paris par la fondation GEODIS. Prix qui encourage l'entrepreneuriat de ceux qui, malgré leur handicap sont engagés pour le bien être de leur contemporain et qui luttent contre l'adversité.
- Création du Centre Médico Social ALOMAR

ACTIVITE DE FORMATEUR

Juillet 2005 : Conférence : Problématique des échanges Nord/sud dans l'humanitaire Narbonne et Avignon.

- Novembre 2006 : Atelier de formation sur la prise en charge thérapeutique, psychologique et nutritionnelle de l'infection à VIH/SIDA au personnel médicale des centres prescripteurs d'ARV de Niamey.
- Septembre 2008 à Avignon : Conférencier sur la problématique des échanges nord-sud dans

l'humanitaire.

- Septembre 2008 à Eindhoven au Pays bas : Conférencier sur la problématique des échanges nord-sud dans l'humanitaire.
- Février 2009 à Kampala en Ouganda : Conférencier sur la problématique des échanges nord-sud dans l'humanitaire. Vers une redéfinition.

CONFERENCE ET ATELIER

- Août 1987 : Conférence internationale sur les énergies nouvelles : les médecines parallèles et les potentiels inexploités de l'homme à Cologne en Allemagne
- Mai 1999 Cote d'Ivoire : Atelier de formation sur l'usage rationnel de médicament organisé par le MAP (Médical Assistant Programme), EPN Eucuminal Pharmaceutical Network et sous le haut patronage l'OMS
- Octobre 1999 Conférence à Harare Zimbabwe : thème : « Mobilisons-nous tous pour la santé à l'horizon 2000 » organisé le programme pharmaceutique du WCC (World Council of Churches) basé à Genève
- Septembre 2003 ; PAG Meeting à Genève : Assemblée annuel de EPN : thème : Course pour l'accès aux ARV (anti- retro viraux pour les pays pauvres) sous le haut patronage de l'OMS
- Juillet 2004 Conférence Atelier à Ouaga : Coordination de la lutte contre le sida en Afrique francophone organisée par le PACANET « Panafrican Christian Network »
- Mai 2006 : En Allemagne, Conférence biannuelle de EPN (Ecumenical Pharmaceutics Network) : Recherche sur la mise en place d'un système de contrôle et de maîtrise de la qualité des médicaments dans le tiers monde
- Octobre 2007 : Conférence sur la « Bioéthique : quel déficit pour l'Afrique » organisée à la salle de conférence Ouaga 2000 au Burkina Faso.
- Mai 2009 Assemblée générale de l'OMS : Membre de la délégation des ONG du World Council of churches.

LANGUES PARLEES

Français : Couramment
Anglais : Passable
Djarma : couramment
Fon : couramment

LOISIRS/ SPORTS

Musique : auteur compositeurs de chansons liturgiques: sortie de quatre Albums
Lecture, cinéma, natation tennis de table

Docteur WOLO Jérôme

BP : 10137 Niamey - Niger

Tél : 00 227 21 88 15 05 Cel. : 00 227 94 27 69 88 ou 00 227 96 58 98 76

Email : jeromewolo@Yahoo.fr