Ann. Soc. belge Méd. trop.
1979, **59**, Suppl., 127-136

L'ORGANISATION DE LA ZONE RURALE DE SANTE DE KASONGO, ZAIRE

par
P. DAVELOOSE
Hôpital I. M. T., BP 186, Kasongo, Zaïre

Résumé — Ayant pour but la dispensation de soins rationnels dans une zone rurale du Zaïre, le projet Kasongo s'est attaché à développer une méthodologie dont quatre aspects sont envisagés ici :

La couverture est concrétisée par un système d'inscription et étendue de façon effective.

Les soins, prodigués par une équipe, sont organisés de telle façon qu'ils permettent l'intégration des activités curatives et préventives et la continuité de la prise en charge du patient, selon ses besoins.

La participation repose sur un organe de décision, émanent de la population.

La supervision et l'évaluation sont considérés avant tout dans leur potentialité d'amélioration directe du fonctionnement du service.

L'auteur expose la réalisation concrète de ces aspects et analyse une série de problèmes connexes.

Le projet Kasongo est dirigé par l'URESP (Unité de Recherche et d'enseignement en Santé Publique), département de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, dans le cadre d'une convention passée avec le Commissariat d'Etat à la Santé du Zaïre.

Le but général du projet est une recherche sur l'organisation rationnelle des services médico-sanitaires et de la dispensation des soins dans une zone rurale du Zaïre. Le moyen retenu est la création d'une zone pilote, assurant le meilleur service possible dans les limites des ressources disponible, dans le pays au moment où commence le projet, c'est-à-dire en 1971. La zone proche de Kindu a été progressivement associée au projet en ce sens qu'on y met en application les méthodes élaborées à Kasongo.

La zone de Kasongo correspond à un territoire administratif de 16.500 km^2 ($\pm$ 150 $\times$ 100), habitée par 180.000 habitants (25.000 au chef-lieu Kasongo) et le reste réparti dans les villages de la zone. C'est une zone à vocation agricole où se pratiquent les cultures commercialisables de coton, riz, arachides et un peu de maïs. Le principal problème de cette zone est son terrible isolement, au centre du pays.

L'équipe de cadre comprend 6 médecins (2 Zaïrois, 4 Belges), une responsable du nursing (Belge) et 1 gestionnaire d'hôpital (Zaïrois). On peut compter sur une présence effective de 5 médecins. Comme une partie du temps de travail des médecins est vouée à la recherche et à l'enseignement, les services sanitaires mêmes fonctionnent avec moins de trois temps-médecin complets, soit environ 1 médecin pour 75.000 habitants.

La structure sanitaire de la zone est à 2 échelons : l'hôpital et les Centres de Santé (CS), unités de base principales du service.

Depuis cette année une école pour infirmiers ruraux a été ouverte.

L'hôpital comprend un service d'hospitalisation d'une capacité de 280 lits et d'autres services de référence pour les soins qui ne peuvent être pratiqués aux centres de santé : consultation par des médecins, interventions chirurgicales, radiologie, certains examens de laboratoire, pharmacie centrale...

Au point de vue du fonctionnement de l'hôpital, le programme s'est fixé deux objectifs principaux :

1. Rationnaliser les tâches internes en organisant le travail en équipe et en mettant au point des techniques qui permettent de déléguer le travail au personnel auxiliaire.
2. Restituer le travail de l'hôpital dans le système comme centre de référence vis-à-vis du CS de base et donc de faire abandonner par l'hôpital les soins de base qui sont effectués dans de meilleures conditions opérationnelles par le CS. En ce qui concerne les unités de base nous sommes en train de remplacer progressivement une organisation de dispensaires par un réseau de Centres de Santé (CS).

1. **Couverture**

Cela signifie qu'en fonction du personnel infirmier disponible nous avons prévu d'établir des CS responsables de plus ou moins 10.000 habitants. Cette répartition dépend évidemment des ressources actuellement disponibles, c'est-à-dire du personnel d'exécution et de supervision et du matériel. Un plan a divisé d'emblée l'ensemble de la zone en aires qui allaient être couvertes par chaque CS. Il a été établi après consultation de données du recensement officiel et après discussion sur les caractéristiques socio-économiques de chaque aire. Dans une première étape des centres de santé ont été ouverts.

Leur responsabilité se marque concrètement par l'inscription individuelle gratuite de tous les habitants de l'aire géographique concernée, effectuée lors d'un recensement sur le terrain par l'infirmier et le clerc du CS, avant l'ouverture du CS pour la grande majorité des gens, après pour les nouveaux venus; les noms, âge et lien de parenté sont consignés dans des dossiers, un par famille, qui sont disponibles pour consultation à tout moment au CS. Dans une deuxième étape, c'est-à-dire une fois qu'un centre de santé fonctionne, on essaie d'améliorer la couverture effective pour certains villages parfois distants de 15 à 20 km.

Nous avons donc commencé à installer des agents de santé communautaire, formés dans les CS, assurant certains soins curatifs et préventifs et une éducation sanitaire de base.

Des consultations préventives effectuées par le personnel des CS qui se déplace ont aussi été organisées dans certains villages éloignés.

2. **Soins**

C'est une équipe de 4 personnes qui assure à la population couverte des soins continus et intégrés.

Un infirmier-auxiliaire (ayant effectué entre 2 et 4 années post-primaires) assure la conduite de l'équipe, les consultations curatives, les examens

de laboratoire, l'administration des vaccins) et dirige les consultations de prévention.

Un clerc (ayant effectué entre 1 et 5 années post-primaires) exécute le travail administratif (inscriptions aux différentes activités, perception des paiements, comptabilité, gestion d'un système de rendez-vous, etc...).

Une aide médico-sociale (niveau primaire) administre les médicaments, dirige le programme de nutrition et assure en grande partie le travail social des visites à domicile des malades chroniques et des accouchées.

Un travailleur assure le nettoyage et l'acheminement des messages et des médicaments.

Les 3 dernières personnes sont payées par la communauté.

Les activités sont diverses : consultations curatives pour maladies aiguës et chroniques, consultations prénatales, consultations préventives pour enfants de moins de 5 ans, vaccinations, planning familial, programme spécial pour les malnourris, amélioration de l'hygiène du milieu.

Au point de vue du contenu des activités un mot pourrait être dit des consultations curatives. Le but du travail de l'infirmier étant avant tout de résoudre les problèmes importants solubles dans le cadre d'une région rurale, il faut lui donner les instruments qui lui permettent de dépister et de traîter les maladies qui sans son intervention causeraient des torts importants aux malades. Ce sont des instructions qui sous la forme d'un raisonnement à suivre, simple et écrit, lui permettent d'arriver par éliminations successives à la solution adaptée à chaque malade : un traitement ou la référence au médecin.

Les activités curatives et les activités préventives sont réalisées par le même personnel et au même endroit, l'aire couverte par le CS concerné et même le plus souvent le bâtiment du CS. Mais elles ne sont pas effectuées simultanément. Les matinées sont le plus souvent consacrées aux soins curatifs, les après-midi sont réservées aux soins préventifs. En effet, si on veut que le même personnel effectue toutes les activités, il lui faut du temps réservé spécialement aux activités préventives de peur que les besoins curatifs n'empiètent sur le temps consacré aux activités préventives. L'intégration résulte donc essentiellement du fait que les activités curatives et préventives sont la responsabilité commune pour une population définie d'une équipe réduite.

Comment cela se traduit-il concrètement ?

1. D'abord par le sens de la responsabilité pour une population que donne le système d'inscription au CS. Les dossiers familiaux contenant les noms de tous les habitants constituent un « rappel » pour une équipe soignant les malades, de l'existence de ceux qui ne se présentent pas pour une maladie.
2. L'éducation sanitaire, elle, est intégrée à toutes les activités. On essaie de trouver le moment le plus adéquat, le plus adapté, pour éduquer selon le thème. Par exemple, les conseils de nutrition sont prodigués systématiquement à toute mère dont l'enfant a été dépisté à risque, aussi bien à la consultation curative qu'à la consultation préventive des enfants qu'au programme spécial de nutrition.

3. Enfin, il existe un système de référence, entre chaque activité, explicité dans les instructions pour les patients et de leur famille

   Quelques exemples :

   — Le programme de vaccination est vérifié pour chaque enfant qui se présente à l'une des 4 activités possibles : vaccination, consultations curatives, programme nutritionnel, consultations préscolaires.
   — Chaque fois que l'infirmier, lors d'une consultation curative, constate qu'une femme est enceinte il lui explique l'utilité de la consultation prénatale et l'invite à y participer.
   — L'état de nutrition est systématiquement mesuré chez chaque enfant qui se présente à la consultation curative ou préventive et une éducation sanitaire est éventuellement entreprise ainsi qu'une invitation au programme nutritionnel s'il répond à certains critères.

4. Un corollaire de cette intégration des activités c'est qu'il faut les lancer toutes simultanément. Le problème se pose particulièrement lorsqu'il existe déjà des services de santé que l'on désire améliorer (c'est le cas le plus fréquent). Améliorer les dispensaires en y lançant une nouvelle activité à la fois mais simultanément dans tous les services, outre que cela amène de grandes difficultés de supervision, conduit aussi à lancer cette activité de façon incomplète puisque les activités qui y mènent (par référence) ou qui en découlent n'existent pas encore.

   Nous en avons fait l'expérience dans la zone associée de Kindu. En fait l'impossibilité de développer séparément ces activités indique la réalité de cette intégration.

   Les problèmes qui se posent :

1) Au stade initial, les activités préventives ont été lancées pour créer une préoccupation de prévention chez le personnel et dans la population. Ces activités ont été organisées de façon plus ou moins traditionnelles, basées sur des méthodes peu coûteuses : dépistage de certains risques, vaccinations, éducation. Au stade actuel un effort devra être fait pour améliorer l'efficacité de ces actions. Un premier pas a été réalisé en fixant pour chacune d'elles des objectifs mais il reste à étudier, expérimenter et évaluer.

2) Ce système intégré pose des problèmes du point de vue des vaccinations. Actuellement nous vaccinons une fois par mois dans chaque CS. Mais le manque de chaîne de froid et les communications difficiles nous interdisent de pratiquer aussi les vaccinations anti-coqueluche et anti-rougeole dans les CS ruraux. N'y aurait-il pas là des ressources à consacrer préférentiellement à une action reconnue comme une des plus efficaces qui soient ? Actuellement nous ne voyons pas quel budget déjà comprimé nous pourrions déplacer à cet effet.

3) Il reste une autre forme d'intégration à promouvoir, c'est l'intégration par les services des problèmes sanitaires dans les problèmes globaux de la population. L'intégration se fait assez bien au point de vue des préoccupations sociales parce que la population couverte est petite, bien connue, proche et de même niveau que le personnel. Mais l'intégration des soins, manière occidentale, à la

psychologie de la population reste déficiente. Un comité de la population nous aide à déterminer ce qui est acceptable ou pas. Nous restons aussi ouverts à la médecine traditionnelle avec laquelle nous n'avons pratiquement jamais de heurts, sans que des recherches aient systématiquement été réalisées. Mais il semble que rien encore n'ait été fait au point de vue d'une connaissance de la psychosomatique en milieu rural zaïrois.

Je voudrais maintenant développer plus particulièrement *la continuité des soins.*

1. La continuité du traitement au CS d'abord.
   Comme la continuité n'est de toute façon pas possible pour une population non définie, nous avons considéré que nous n'assurerions la continuité de soins curatifs (et évidemment les soins préventifs) qu'aux personnes inscrites au centre de santé.

   Voici quelques moyens mis en œuvre pour la rendre plus sûre.

   1) Au niveau des instructions mêmes de l'infirmier : le nombre de jours de traitement est prévu ainsi que le cheminement à suivre passé ce laps de temps. Si bien que les choses ne se terminent (provisoirement) au CS que lorsque le malade est jugé guéri ou qu'il est référé.
   2) En matière de paiement : les inscrits paient une somme modique forfaitaire (14 à 18 FB) au début de la maladie, valable jusqu'à la fin de l'épisode comprenant les consultations, examens de laboratoire et traitement au CS et tous les soins prescrits lors d'une référence éventuelle y compris l'hospitalisation et l'intervention chirurgicale. Les non-inscrits paient chaque jour où ils se présentent. L'objectif de continuité est, je pense, évident d'autant plus qu'un malade ne suivant pas son traitement est pénalisé et doit repayer après 3 jours d'interruption non programmée.
   3) Les maladies chroniques (tuberculose, lèpre, malnutrition et bientôt diabète et décompensation cardiaque chronique) et certaines activités préventives (prénatales, planning familial) font l'objet d'une attention spéciale grâce à un système de rendez-vous. Pour chacun est établie une fiche opérationnelle, condensant de façon standardisée, l'information médicale et indiquant clairement la date de la prochaine visite convenue avec le patient. Cette fiche est ensuite placée dans un échéancier (un casier de rendez-vous de 31 cases pour le mois en cours ou de 12 compartiments pour les autres mois). Chaque jour une vérification des fiches restant dans le casier permet de reconnaître les patients qui ne se sont pas présentés à la date prévue et de leur rappeler le rendez-vous convenu, d'abord par une invitation écrite, ensuite par une visite à domicile.

2. La continuité des traitements en dehors du CS est assurée par un système de référence :
   1) Du CS à la consultation secondaire de référence, aussi bien à partir des consultations curatives aiguës ou chroniques que préventives, pour tous les cas dont les investigations ou le traitement nécessitent des ressources non disponibles au CS (Laboratoire, radiographie,

lit d'hôpital, médecin, ...). La fiche individuelle de consultation est le lien entre les deux services. Les cas non prévus sont référés d'office (cela permettra d'améliorer les instructions).

2) D'un centre de Santé à l'autre : pour les maladies chroniques ou les activités préventives par simple transfert des dossiers familiaux et des fiches opérationnelles par l'intermédiaire d'un casier de courrier à l'hôpital et de cahiers de transmission.

3) De l'hôpital au CS pour tous les cas qui nécessitent une continuité des soins possible au CS. Le document d'information est soit la fiche individuelle (s'il s'agit d'une consultation médicale) soit un billet de sortie résumant l'hospitalisation de façon standardisée, soit d'une fiche opérationnelle établie par un service de référence.

3. La continuité de l'information pour un patient est assuré par une fiche de synthèse reprenant de manière standardisée les éléments significatifs des divers contacts du patient avec le service. Cette fiche est conservée dans le dossier de la famille au CS. La manipulation de toutes ces informations semble être bien faite par le personnel du CS.

4. Les questions qui restent posées :

— Dans les CS du chef-lieu, proches de l'hôpital, 10 p. cent des enfants malades sont référés et, parmi ces référés, 93 p. cent arrivent effectivement à la consultation secondaire. Mais la référence des patients du milieu rural est moins bien acceptée. Il y a certes un problème de moyens de transport à améliorer. Mais il y a aussi une étude à poursuivre sur l'utilité de ces références. Déjà des instructions différentes ont été faites pour le milieu rural et bien que les CS ruraux soient plus livrés à leurs seules ressources, on prend plus de risques avant de référer parce que trop de références inutiles deviendraient inacceptables.

— La rationalisation des soins se fait dans le cadre d'une sorte de contrat avec la population; on essaie de satisfaire les besoins ressentis par la population, de manière efficiente. Les demandes jugées superflues ou nuisibles par les techniciens ne font pas partie de ce contrat. Il n'est pas toujours facile pour ces techniciens d'éviter une certaine « dictature ». On espère que, par le biais de l'autogestion et de la compréhension du coût de toutes ces exigences, les stratégies réalistes proposées à la population pourront être discutées en connaissance de cause.

3. **Participation**

Un troisième aspect de l'organisation des CS concerne la participation de la population. On pourrait dire qu'elle est aussi nécessairement intégrée à toutes les activités afin de les rentabiliser. A Kasongo, un organe a été mis sur pied pour assurer un certain degré de participation.

Le Comité de Santé, composé des représentants des divers groupes de la population et se réunissant une fois par mois, est un organe obligatoire pour chaque CS; il permet d'être informé des problèmes qui se posent à la population à la fois au point de vue du fonctionnement du CS

et au point de vue de la santé elle-même. Le comité discute ces problèmes et y cherche des solutions. Il doit aussi diffuser dans la population les informations et conseils reçus et les décisions prises.

Depuis deux ans, les comités de santé prennent aussi progressivement en charge la gestion des CS. L'autofinancement des CS leur a été proposé, c'est-à-dire l'utilisation des recettes pour les dépenses de fonctionnement, y compris les salaires du personnel non-infirmier. A ce niveau, la participation consistait au début à être informé des bilans mensuels, à adapter les prix des consultations en vue de couvrir les dépenses et à approuver les dépenses extraordinaires. La comptabilité a été simplifiée par l'utilisation de forfaits les plus réalistes possibles en ce qui concerne les achats effectués par le CS à l'hôpital (médicaments et imprimés). Pour le moment, certains comités évoluent : ils ont nommé un trésorier chargé d'éplucher de plus près les comptes des bilans mensuels. Ils interviennent aussi dans les décisions concernant les dépenses de fonctionnement (proposant, par exemple, des mesures pour que la charge imposée par les imprimés soit moins grande et pour acheter des médicaments en dehors de l'hôpital).

Enfin, dans trois CS le comité travaille en collaboration plus ou moins étroite avec des comités de développement soutenus par des œuvres sociales religieuses.

Difficultés :

1. Les balances financières sont positives dans tous les CS sauf deux, mais l'équilibre reste précaire.
2. Les possibilités d'action des comités, quoique sérieusement augmentées par l'autogestion, restent encore limitées du fait des difficultés économiques du pays. Par exemple, il sera très difficile pour le comité de se procurer des médicaments en dehors du circuit de l'hôpital.
3. Le médecin superviseur supervise aussi cette participation, mais cela demande une vigilance qui sort de la routine pour qu'il soit suffisamment attentif à tout ce qui est suggéré, sous-entendu ou désiré par le comité de santé.
4. Enfin, pour des raisons pratiques, la population ne participe à l'élaboration des décisions que par le canal de ses représentants et le problème de la représentativité des membres du comité se pose comme dans toute démocratie.

4. **Supervision et évaluation**

4.1. *Supervision et évaluation*

4.1.1. La supervision est effectuée par le personnel qualifié. Elle est évidemment fort facilitée par l'existence d'instructions écrites constituant la référence commune pour le superviseur et les exécutants. Mais surtout comme le problème d'objectivité est résolu, la supervision peut dépasser le stade d'application des instructions et d'exécution du travail proprement dit pour s'attacher à faire comprendre l'esprit du programme et y replacer tout problème qui se pose, tant celui qui est soulevé par l'exécutant que celui qui est constaté par le superviseur.

Une mesure concrète permet de réaliser cette approche en profondeur : le personnel est supervisé par le même superviseur tout au long d'une période donnée (1 à 2 ans). La relation personnelle peut alors jouer. Les problèmes rencontrés deviennent alors le point de départ d'une formation du personnel. Ce processus de formation continue, à la demande, est utilisé plutôt que le système de sessions de recyclage.

4.1.2. L'évaluation se fait partiellement à partir de cette supervision confrontée alors aux objectifs exprimés du projet global ou des activités. Mais elle dépend aussi du recueil de certaines données choisies au préalable pour leur efficacité à mesurer la réalisation des objectifs. Ce choix est difficile. Voici ce que nous essayons de faire à Kasongo.

4.2. *Informations à recueillir*

Une *estimation préalable* de la situation n'aurait pu être qu'épidémiologique et demander un coût considérable pour être exhaustive. Nous n'en avions ni le temps ni les moyens techniques ni financiers. En outre nous ne pouvions pas au début du projet, savoir d'avance quelles données nous seraient nécessaires pour les décisions concrètes que nous devions prendre ultérieurement. Les paramètres les plus convaincants d'une action sanitaire seraient épidémiologiques et démographiques. Or, en dehors de campagnes intensives et monovalentes, les résultats sont lents à se manifester et ne peuvent pas être automatiquement attribués à la seule action des services de santé. C'est pourquoi dans une première phase nous avons trouvé plus réaliste de baser l'évaluation sur le fonctionnement des services. Nous nous sommes donc contentés d'estimations grossières, connues e.a. par les activités qu'avait menées précédemment à Kasongo l'Institut de Médecine Tropicale.

Les activités initiales se basaient également sur une expérience internationale. Cette stratégie suppose qu'on mette en place une *évaluation continue* à partir de ces activités de soins. Les informations les plus faciles à recueillir concernent évidemment le fonctionnement des services et leur résultat sur ceux qui les utilisent.

Je prendrai pour exemple le recueil des données de la consultation curative au centre de santé. Les données les plus simples comprennent le nombre mensuel de nouveaux cas et d'anciens cas permettant déjà de calculer le nombre moyen de visites pour chaque consultant et d'avoir une idée de la quantité de travail à effectuer par le personnel.

Les problèmes prévisibles peuvent aussi être évalués en routine. Aussi, nous enregistrons spécialement le nombre de personnes non inscrites qui se présentent pour les soins et qui risquent d'encombrer les services alors qu'ils seraient mieux traités dans leur propre centre de santé. L'autofinancement nous commande aussi d'enregistrer le nombre de patients ne payant pas et la charge que cela constitue pour le reste de la population.

Cela nous permet alors, en comparant les données de divers centres de santé ramenées au même dénominateur, de référer tous les services à la même performance, et en comparant le service avec lui-même au cours du temps de déterminer ses progrès ou ses reculs et enfin, les deux conclusions combinées nous permettent de déterminer des seuils

sous lesquels les activités ne peuvent pas tomber sans qu'on ne prenne des mesures spéciales pour les redresser...

Au fur et à mesure que se présentent des problèmes imprévus, un recueil supplémentaire devient parfois nécessaire, le plus souvent sur échantillon. Dans quels cas ?

1. Dans les cas où les données actuelles ne permettent pas de prendre une décision. Exemple : au moment de la répartition préalable des centres de santé dans la zone, les chiffres du recensement officiel trop approximatifs ne permettent pas, dans une certaine aire, de définir quelle population pourrait être regroupée autour de quel centre de santé. Nous y avons donc envoyé un de nos employés y faire le compte des habitants et cela même 2 années successives afin de dépister un éventuel exode de la population...
2. Si une difficulté survient, quelques nouvelles informations peuvent être utiles. Exemple : pour la consultation préscolaire, nous n'enregistrons que le nombre total de nouveaux inscrits, le nombre de nouveaux inscrits de moins de 1 an (ce qui peut nous donner une idée de la couverture de cette activité) et le nombre d'anciens cas qui se présentent (ce qui donne une idée de l'acceptabilité). Un problème s'est posé : il commençait à y avoir trop d'enfants aux séances. Cela avait d'ailleurs été prévu puisqu'on attendait les enfants une fois par mois. On a choisi de proposer des fréquences de visites moindres pour les enfants d'âge et de situation à moindres risques. Pour savoir quelle nouvelle stratégie nous permettrait de faire fonctionner la consultation sans surcharge, il a suffi d'une petite étude prospective recueillant les âges et les caractères de risque de tous les enfants qui se présentent effectivement à la consultation préscolaire pendant un mois.
3. Une troisième situation nécessite un recueil supplémentaire et provisoire de données : lorsque le recueil est trop lourd à effectuer en routine par le service. Un échantillon limité dans le temps et répété plus tard suffit par exemple pour connaître l'origine des patients qui utilisent les CS et donc les villages où un effort spécial de contact doit être entrepris.

   Si avec un peu de persévérance il est relativement facile d'organiser avec le personnel exécutant l'évaluation du fonctionnement des services, l'évaluation de l'efficacité réelle est beaucoup plus difficile et surtout beaucoup plus coûteuse.

   Ainsi pour évaluer ce que produisaient les instructions standardisées pour les soins aux enfants malades, il a fallu utiliser plusieurs méthodes. La supervision et l'analyse des données enregistrées en routine mais aussi l'observation des malades indépendamment de l'infirmier et même un enregistrement spécial par le médecin pour les malades référés. Et encore à ce moment-là ne connaissait-on pas l'efficacité objective de la consultation par l'infirmier mais seulement quelques données permettant de comparer le travail de l'infirmier-auxiliaire avec la décision qu'aurait prise un médecin placé dans les mêmes circonstances.

   Ce que nous n'avions toujours pas alors, ce sont des données épidémiologiques complètes sur toute la population. Ainsi nous avons commencé une enquête sur la malnutrition chez les enfants, sur ses réper-

cussions et sur la signification pronostique des mensurations recueillies, etc... Mais ces méthodes demandent un investissement considérable.

Organisation of the rural health zone of Kasongo, Zaire.

Summary — With the purpose of providing rational rase in a rural zone of Zaire, the Kasongo project has devoted itself to developing a methodology of which four aspects are faced here :

The coverage is concretized by a system of inscription and extended in an effective way.

The care, provided by a team, is organized in such a way that it permits the integration of curative and preventive activities and the continuity of the care for a patient, according to his needs.

The participation of the community functions through a decision organ issued from the population.

The supervision and evaluation are considered first of all in their potentiality of direct improvement of the functioning of the service.

The author exposes the concrete realization of this aspects and analyzes a series of connected problems.

Organisatie van de rurale gezondheidszone van Kasongo, Zaïre.

Samenvatting — Het Kasongo-projekt, dat zich tot doel stelt een rationele gezondheidszorg voor het Zaïrese platteland uit te werken, heeft zich er op toegelegd een gepaste methodologie te ontwikkelen waarvan hier vier aspekten behandeld worden :

De couverture van de bevolking, die nauwkeurig gekend is dank zij een systeem van inschrijving, wordt geleidelijk op een zinvolle manier uitgebreid.

De zorgen, verstrekt door een team, worden zo georganiseerd dat ze de integratie van curatieve en preventieve aktiviteiten en de kontinuïteit van de verantwoordelijkheid over de patiënt, naareglang zijn behoeften, mogeljik maken.

De inspraak van de bevolking berust op een beslissingsorgaan, uitgaande van die bevolking.

De supervisie en evaluatie worden zo opgevat dat zij op een eerste plaats zorgen voor een rechtstreekse verbetering van de werking van de dienst.

De auteur zet de konkrete realisatie van deze aspekten uiteen en ontleedt een reeks problemen die daarmee verbonden zijn.