

MOURIR ACCOMPAGNÉ, PROJET *CAPACITANT* D'UNE FEMME PAUVRE

JUSTINE MBELU KASHALA

Doctorante Université de Deusto et centre Helesi/Louvain
justinewayezu@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Notre réflexion repose sur le cas d'une femme enceinte qui meurt en attente d'une césarienne. La relecture de sa situation et l'engagement qui en résulte donnent à penser à une prise en charge holistique et *capacitante*. Ce fait prépare une dynamique d'autonomie économique jusqu'à l'instauration d'un accompagnement du début de vie, de fin de vie et de deuil à la manière de la patiente et bien intégrée dans la communauté.

Cette réflexion gravite autour de quatre points. Dans le premier, nous présentons la description détaillée du cas déclencheur d'un système de solidarité qu'est la mort d'une femme enceinte et ses conséquences sociales. Dans le deuxième, il s'agira de l'analyse du cas. Le troisième point est la proposition d'une modalité d'accès aux soins en contexte de pauvreté. Nous terminerons par un élargissement théologique dans la perspective proposée par Alain Thomasset¹.

Mots-clés: accouchement, pauvreté, soins palliatifs, *capacitation*, système de santé, théologie.

1. LE CAS DÉCLENCHÉUR DU SYSTÈME DE SOLIDARITÉ²

1.1. Description du cas

Une prestataire de soins de santé rapporte le désir d'une femme enceinte qui meurt en souhaitant être accompagnée par les autres femmes, la communauté des vulnérables. « Il n'y a pas de place pour vous. » Cette phrase de rejet a été adressée à une femme enceinte en quête d'une césarienne d'urgence, la femme de quartier Malueka est venue à un centre du quartier pour accoucher normalement, elle a vécu quelques heures en compagnie des autres femmes dans la salle de douleur, assumant leur dernier moment de l'étape de porter naturellement une vie, une grossesse. Tout d'un coup sa situation bascule, elle présente des complications qui rendent l'accouchement par voie basse difficile, elle doit passer à une césarienne d'urgence. Elle n'est pas préparée à cette situation, ni économiquement, ni psychologiquement. Le centre de santé Malueka n'a pas de salle d'opération, elle doit être adressée ailleurs. Elle quitte les autres femmes de sa communauté de base, des périphéries comme elle, pour être sauvée elle avec son enfant ou bien l'un des deux. Après cette sortie, la femme n'est pas prise en charge par

manque d'argent ou soi-disant « il n'y a pas de place pour vous » plusieurs centres publics comme privés refusent d'accueillir la femme. Quand l'équipe de soins veut continuer à chercher, la femme formule une demande en disant aux prestataires de la ramener dans son milieu de vie, qu'elle puisse mourir au milieu des autres femmes pauvres et vulnérables, que sa fin de vie soit assistée par d'autres femmes enceintes.

Ce retour vers le centre d'origine est un événement qui a déclenché un mouvement qui a mobilisé toutes les femmes du quartier de Malueka. La femme est ramenée vers ce centre de Malueka mais elle est morte sur le chemin de retour. Son corps est exposé au centre dans le quartier. Toutes les femmes enceintes, les autres femmes du quartier, sont choquées et révoltées dans leur situation de profonde vulnérabilité. Les femmes demandent à leur tour à la religieuse de faire quelque chose pour que pareils cas ne se présentent plus. Cette situation des femmes qui mouraient soit dans l'ambulance soit à l'hôpital sans être prises en charge par manque d'argent fut la base de l'organisation de réunions et de débats des autorités politiques, sanitaires et religieuses, mais les décisions prises pour répondre à ces problèmes tardent à être réalisées. La mort de cette femme fut la dernière goutte d'eau qui a réveillé les femmes. Un réseau de solidarité des femmes enceintes débute en 1999 et évolue avec le temps. Ce mouvement de solidarité des femmes est accompagné par une structure nommée BDOM (Bureau diocésain des œuvres médicales). Nous parlerons des conséquences et des impacts sociaux de ce cas en retraçant le contexte du système de santé en RDC (République démocratique du Congo) ainsi que la création du réseau de solidarité des femmes.

1.2. Contexte du système de santé en RDC

Nous sommes appelés à retracer brièvement la situation du système de santé dans lequel ce cas de décès a eu lieu. Le pays est horriblement affecté à presque tous les niveaux par des conflits et des pillages.

Le pays a une population de plus de 70 millions (EDS 2007), dont les 3/4 vivent avec moins de 1 \$ (dollar) par jour. Son système de santé fonctionne à trois niveaux dont le niveau périphérique avec la zone de santé comme unité opérationnelle de soins, le niveau provincial et le niveau central. La mortalité maternelle et infantile avait atteint des chiffres alarmants vers les années 1990 à cause des conflits et de la situation socioéconomique. Les indicateurs de santé sont parmi les pires de l'Afrique. Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est de 148 décès pour 1000 naissances vivantes, celui des enfants de moins de 1 an est de 92 décès pour 1000 naissances vivantes (EDS-RDC 2007). La mortalité maternelle atteignait 1289 décès pour 100 000 naissances vivantes (MICS 2 – 2001) et selon l'EDS 2007, 549 décès pour 100 000 naissances vivantes. Le financement de soins se fait par paiement direct, ce qui exclut les pauvres. Un accouchement normal eutocique coûte de 15 à 100 euros, une césarienne varie entre 300 et 3000 euros. La situation des pillages et les conflits civils appauvrissent la population et l'accès aux services sociaux devient un luxe.

1.3. Conséquences sociales et impact de cet événement

1.3.1. Réseau de solidarité des femmes enceintes

Circonstance de la création évolution du réseau

Le système de solidarité des femmes enceintes débute à un moment où la population et tout le système social et économique du pays est en délabrement. On note des conflits tant civils qu'armés, renforcés par des pillages de 1991 et de 1993. Ceux-ci ont eu comme conséquences les ruptures des stocks en médicaments et des intrants opératoires ainsi que les destructions des infrastructures des soins et des services sociaux. Les premières victimes furent les pauvres, les femmes enceintes, et les enfants. Le nombre de décès augmente et les décisions prises pour résoudre le problème sont restées lettre morte. Le décès de la femme de Malueka oriente les choses autrement, on restreint le cadre de réflexion et les

femmes enceintes elles-mêmes vont financer les urgences de césarienne. La solidarité devrait en réalité être une attitude de toute la population de ce quartier ou bien de toutes les femmes, mais petit à petit la seule solution qui germe est celle de voir les femmes enceintes impliquées pour sauver les cas de césarienne.

Le réseau de solidarité fut lancé en 1998 pour démarrer effectivement en 1999 avec tout au début 16 maternités. Chaque année, les maternités des milieux périphériques attendent plus de 50 000 femmes enceintes. Concrètement, la femme enceinte paye 12 euros dont 10 euros pour l'accouchement et 2 euros destinés à la solidarité des urgences des césariennes; cet argent est payé selon les moyens de chaque femme, mensuellement ou par trimestre selon les possibilités de chacune. Vers les années 1999-2000, plus de 27 maternités sur 30 appliquent le système de «cagnotte». Le coût du paquet de services pour une césarienne est estimé à 160 euros pour l'hôpital Saint-Joseph et à 110 pour les centres hospitaliers. Ce forfait est reparti en deux: la femme en urgence de césarienne ne paie que le montant d'un accouchement dystocique. Plus concrètement, la caisse prend en charge un montant de 95 euros et la femme paie donc le reste, soit 15 euros. C'est sur la base de ce grand nombre de femmes que la caisse s'est fondée en envisageant de sauver de 500 à 600 femmes par an, si toutes les femmes payent 2 euros. Les femmes dans leur pauvreté redressent la situation de 9 000 autre en urgence de césarienne et de 100 femmes victimes de violence sexuelles. Les centres concernés appartiennent au BDOM, qui est ici décrit pour nous comme une structure capacitante.

1.3.2. Une expérience possible grâce à une structure bien organisée

Le réseau de solidarité des femmes enceintes de Kinshasa prend source dans un système qui englobe les pauvres. Le Bureau Diocésain des Œuvres Médicales de Kinshasa, (BDOM), est situé sur la 13^e rue à LIMETE industriel, ville de Kinshasa. Il est chargé d'assurer la coordination, la supervision

et l'évaluation des activités déployées dans toutes les formations médicales de l'Archidiocèse de Kinshasa. Pour mener à bien sa mission, le BDOM a subdivisé la ville de Kinshasa en 4 zones (*pools*) organisées autour de l'Hôpital de référence Saint-Joseph. Dans l'ensemble, le BDOM gère 50 centres de santé, 10 centres hospitaliers, 30 maternités et 20 centres nutritionnels. La vision du BDOM repose sur sa foi et sur une conception de la dignité humaine en vue de promouvoir le bien-être pour tous, avec la participation de tous. Il s'appuie sur le mandat reçu de l'État dans le cadre de sa politique des soins de santé primaires et sur la mission que lui a assignée l'Église. Le BDOM travaille avec l'État et d'autres partenaires afin que les Kinois deviennent eux-mêmes agents de leur développement. La couverture sanitaire est de plus d'1 500 000 habitants, répartis dans les 24 Zones de Santé sur les 35 que compte la ville de Kinshasa; 1055 agents travaillent au BDOM. L'UNICEF, le Caritas développement, le FNUAP (fond des Nations-Unies pour le développement) et PARSS (projet d'appui et de réhabilitation de secteur de santé) sont partenaires du BDOM. Rejoignant ce que dit C. Fino lorsqu'elle traite de l'hôpital en tant que figure sociale de l'Église, nous voyons que le BDOM a été pour le système relativement aux femmes une figure sociale qui a rendu certains faits possibles, surtout en matière des gestions de finances. La première action favorisante du BDOM, le mérite qui le rend vrai témoin de la dignité humaine, est qu'il choisit les communautés des pauvres pour y installer des centres de santé et des maternités³. Le centre où a eu lieu l'événement de la mort de cette femme est un centre qui fait partie du BDOM. À cause de cela, le BDOM a restreint le cadre de réflexion et sollicité l'adhésion des maternités pour aider les femmes enceintes à soutenir les urgences de césariennes. Le fond des pauvres mis en commun apporte un changement dans la transformation rapide de 12 maternités en centre hospitaliers, et la création à Saint-Joseph de 3 salles d'opérations pour les césariennes. Le fonds de la caisse de solidarité inclut aussi la prise en charge

de réparation chirurgicale de dégâts causés par les violences sexuelles.

1.3.3. Solidarité et lieu d'accompagnement des femmes violées

La solidarité des femmes enceintes est féminine, elle fait parler les timides et ouvre au dialogue des femmes violées. Le problème des femmes en quête de césarienne fait que les bénéficiaires sont aussi les femmes violées qui nécessitent une chirurgie de réparation de dégâts causés par les violences sexuelles. Le viol dans le contexte du pays constitue une arme de guerre. Des femmes sont détruites car le violeur utilise des instruments tranchants, des couteaux, des bâtons ou une arme. La femme est détruite. Pour revivre, elle doit subir une chirurgie de réparation. Le phénomène des femmes violées en Afrique s'accompagne d'une destruction double de la personne qui a honte et opte pour le silence, un silence qui tue. Ce réseau de solidarité nous révèle un aspect très particulier relatif aux femmes qui en se retrouvant avec les autres femmes ayant subi les mêmes humiliations se débloquent, parlent et se réconfortent. Leur accorder la parole dans cette étude leur donne d'avantage de capacité et nous amène à comprendre que les autres femmes sont comme des accompagnatrices. Il se crée une complicité interne dans la solidarité. La femme violée trace une nouvelle vie et retrouve la communauté en voulant aussi aider les autres personnes et en acceptant de parler du bienfait de la charité des femmes. Au regard de ce que dit Paul Ricœur⁴ : « L'autre n'est pas seulement la contrepartie du même mais appartient à la constitution intime de son sens. » On voit dans les gestes des femmes un souci de bien commun, un souci de l'autre. Elles efface la honte des femmes violées et les dirige vers une « allégresse » solidaire. Ces femmes vivent une proximité qui accompagne en premier les autres femmes souffrantes. Une femme témoigne qu'elle ne peut pas oublier cet attachement et cette compassion qu'elle a vécus en voyant les autres femmes oublier leurs douleurs pour ouvrir leur sac et sortir soit un médicament, une seringue ou de l'argent pour sauver sa voi-

sine en manque, on affecte ce qui est meilleur pour soi à l'autre. La solidarité des femmes enceintes est un réseau de soutien financier mais aussi en réalité un lieu de *capacitation* et de narration *capacitante* pour les femmes violées. Un possible modèle à pérenniser, comme le cas des femmes de Gombe Matadi.

1.3.4. Gombe Matadi réseau de mutualisation de risque

La naissance d'un groupe de solidarité et de mutualisation du risque financier lié à la césarienne dans la zone de santé de Gombe Matadi est une conséquence qui découle de l'expérience de Kinshasa bien que le démarrage de ce réseau de Gombe Matadi n'ait pas connu de circonstances identiques. Dans cette partie de la RDC, les femmes ont des bassins très étroits, elles connaissent les mariages précoces, et des cas de césariennes antérieures. Tous ces éléments les exposent à des complications d'accouchement par voie basse ; le recours à la césarienne dans cette région pour sauver la vie de la femme et ou de l'enfant est plus fréquent. Comme il s'avère que la population en milieu rural n'a pas les mêmes possibilités, économiquement la contribution de chaque femme est de 0,74 euros au lieu de 2 euros comme à Kinshasa. La difficulté est qu'il n'y a que les femmes enceintes qui contribuent pour les femmes nécessitant la césarienne. La question est de savoir pourquoi les autres membres de la communauté ne peuvent pas soutenir les femmes⁵ ?

2. ANALYSE DU CAS

Partant de ce cas concret de la femme enceinte en quête de césarienne et qui meurt dans l'ambulance en présence des prestataires des soins, voici quelques éléments de relecture.

2.1. Capabilité et *capacitation* collectives du vulnérable

Notre cas évoque l'incapacité ou le défaut de se tenir en vie, et pourtant, parlant de *capabilité* Martha Nussbaum signale que : « une vie humainement digne exige un minimum absolu qui est un seuil de dix capacités centrales. Les individus doivent être capables de poursuivre une vie humainement digne et minimalement épanouie⁶. » Dominique Jacquemin ajoute que ces capacités au nombre de dix énumérées par Nussbaum sont comme une charte de droits fondamentaux et en même temps une liste de critères d'évaluation de la qualité de la vie des individus et des peuples⁷. Dans cette expérience de la femme enceinte qui meurt on peut lire une nécessité de rétablir la dignité humaine qui se trouve bafouée à cause d'un manque des moyens tant économiques que techniques. On y trouve aussi beaucoup de problèmes liés à l'éthique des prestataires de soins mais notre attention se fixe plus sur les *capabilités* émanant de cette expérience où la femme qui meurt invite à une ligne de conduite pour revendiquer la vie. Il en ressort un besoin d'affiliation dans un réseau de solidarité *capacitant* dans le but de contrôler, dans le moment présent son environnement comme pauvre, vulnérable mais collectivement *capacitante* et apte à créer un modèle d'accès aux soins *capacitants*. L'image de la femme qui meurt dans l'ambulance fut relue comme une autonomie dans le choix de comment peut être gérée non seulement une fin de vie à la maternité mais également un début de vie qui est une fin de vie dans les entrailles pour le bébé. Le désir de la dame de Malueka va continuer, un désir qui veut tout simplement dire que plus jamais aucune femme ne meure comme moi par manque d'argent. Les autres femmes continuent cette volonté d'autonomie du sujet, car ce sont aujourd'hui les femmes enceintes qui sont maîtres de la prise en charge des cas de césariennes et de réparations de cas de violence sexuelle. Un désir qui fait appel à l'association de femmes enceintes

dans l'équipe interdisciplinaire des soins à la maternité et à la consultation prénatale. La femme réclame un accompagnement du début de la vie et de la fin de la vie.

2. 2. Les soins palliatifs en cas d'urgence de césarienne et à la maternité

Le séminaire sur les soins palliatifs et le partage d'expériences ne nous donne pas la tranquillité d'esprit dans la vie courante. Comment continuer à vivre à côté de réalités qui font sombrer l'humanité? Comme le dit bien Dominique Jacquemin : « Quand l'éthique court le risque d'une objectivation rationnelle : « risque de réduire le sujet souffrant aux seules catégories construites » [...] réfléchir à toutes les tentatives de modélisation du corps qui, instrumentalisés, se trouve vidé de sa propre habitation en humanité⁸. » Comme mère Thérèse l'évoque aussi à propos de la solitude et de l'abandon : « La plus grande souffrance est de se sentir seul sans amour, abandonné de tous⁹. » Les prestataires de soins qui étaient avec la femme de Malueka ont expérimenté le résultat de l'humiliation et du rejet de la femme et de l'enfant. Pour moi, je pense déjà à une cellule de soins palliatifs mobile, en plein cheminement dans l'ambulance. Avec comme vrai sujet cette femme qui meurt, qui meurt avec un projet, être accompagnée.

L'accompagnement exigé est un peu spécial, un point focal de soins palliatifs où les malades eux-mêmes collaborent et coopèrent dans une démarche de guérison, de début de vie ou de fin de vie plus digne. Accompagner comme nous avons toujours coutume de l'entendre fait penser à marcher à côté en laissant l'accompagné libre de choisir son chemin et le rythme de son pas. Si nous nous référons à la définition de P. Verspieren : « Accompagner quelqu'un, ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre; mais c'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas¹⁰ ».

Un accompagnement nécessite une présence, et ici nous avons une présence des prestataires qui constituent un monde qui va subir le premier coup et le premier choc de perte d'une femme et de son bébé. Ce qui importe ici, c'est l'apprentissage d'un événement qui restaure l'humanité. Le droit à la santé, le droit à la vie d'une femme enceinte et de la protection d'un enfant à naître restent des rêves. C'est pour cette raison que les femmes pauvres endossent l'auto-détermination de vivre autrement en faisant un geste, en s'engageant dans ce réseau. Bien que le travail de l'accouchement soit comme les soins intensifs ou le service d'urgence, le temps est très bref entre la vie et la mort. Une cellule d'accompagnement est d'une grande nécessité pour soutenir dignement le début de la vie tout comme le processus de fin de vie.

2.3. Un cas similaire à un deuil compliqué

Voulant conclure sa communication sur le deuil madame Catherine Diné cite cette phrase « L'instant de conclure prend sa véritable dimension humaine par la présence de ces sages hommes ou sages-femmes. Ce sont les derniers veilleurs, les derniers phares d'humanité pour les bateaux qui s'éloignent¹¹. » La mort de la femme de Malueka nous fait penser au lien entre le deuil et la résilience. La douleur du deuil entraîne chez les femmes un déclenchement des capacités de résilience comme ce que dit Hanus : « L'épreuve des deuils ouvre, le plus souvent, la porte à ces capacités de résilience, résilience habituelle, ordinaire en quelque sorte tirant du plus profond de nous des ressources que nous ne connaissions pas jusqu'alors¹². » En voulant dissocier deuil et résilience, M. Hanus montre qu'il y a des deuils difficiles à vivre comme « la perte ou la mort d'un enfant, les accidents, les suicides, les morts avant et autour de la naissance... ; certains peuvent même devenir pathologiques¹³ ». Dans le deuil spécial de la femme de Malueka, il y a un deuil compliqué, car il y a la mort d'un enfant et de sa mère. Les deux meurent à cause de l'impossibilité d'accès aux soins. Les proches dans cette expérience, ce sont les femmes qui sont au cen-

tre, les prestataires de soins du centre et toute la communauté de Malueka. L'OMS et toutes les organisations de droit de l'homme insistent en disant qu'une femme ne peut pas mourir en voulant donner la vie. Maria Catherine¹⁴ le stipule bien : « Mourir en donnant la vie. Des risques accrus pour les femmes du Sud », dans les pays du Sud, il y a encore bon nombre des femmes qui meurent en donnant ou en voulant donner la vie.

2.4. Le souhait d'un mourant honoré par les prestataires de soins

Les prestataires des soins du centre Malueka acceptent la demande de celle qui meurt en voulant donner la vie, son corps et le corps de son enfant sont exposés au centre ; la révolution de ces femmes est *capacitante* et occasionne le démarrage du réseau de solidarité des femmes enceintes de Kinshasa. On voit s'introduire d'une manière tacite la réflexion sur la fin de vie. L'entrée brusque de cette réflexion a bousculé les décideurs et voilà que s'instaure un réseau de solidarité des femmes pour sauver les urgences de césariennes et les réparer les dégâts des violences sexuelles

2.5. Une autonomie financière anticipée

Le coût d'un accouchement normal en RDC est évalué entre 15 et 100 euros mais une césarienne d'urgence varie entre 300 et 3 000 euros. À regarder de près une personne pauvre est exclue directement de soins ; c'est ainsi que plusieurs femmes devenaient des prisonnières des hôpitaux ou mouraient sans prise en charge à cause du manque de ressources. Avec le système de solidarité, les bénéficiaires sont assurées à l'avance grâce à un prépaiement anticipé des frais de césarienne d'urgence. Toutes sont stupéfaites quand on leur demande juste de payer 10 ou 15 euros après une césarienne ou une chirurgie de réparation pour les victimes de violences sexuelles.

Les femmes comprennent qu'elles peuvent pré-financer d'autres activités de la vie en planifiant et en renforçant collectivement leur autonomie économique dans d'autres secteurs. Une transforma-

tion très remarquable, car cette œuvre des femmes a entraîné la transformation des 12 centres de santé en centres hospitaliers, et entraîné l'ouverture à l'hôpital général de référence de 3 autres salles d'opération et d'une salle spéciale pour les urgences de césariennes et de réparations des dégâts chez les femmes violées.

Les femmes pauvres dans le réseau parviennent à leur manière à prépayer un accouchement; cette dimension économique procure de la tranquillité à la femme qui va accoucher et affronter l'étape de la douleur.

2.6. D'autres expériences de capacitation

La *capacitation* du pauvre, du vulnérable et de la personne handicapée n'est pas toujours de l'ordre de l'argumentation et de la théorie, elle demeure un fait réel du vécu des hommes et des femmes dans diverses communautés. Nous allons énumérer quelques expériences de *capacitation* vécues dans le pays et ailleurs dans le monde.

En premier lieu, nous évoquons, la *capacitation* des enfants de la rue de Kinshasa. L. Mukandu et M. Botbol-Baum montrent bien comment par une narration *capacitante*, les enfants de la rue de Kinshasa ont pu élaborer une stratégie propre et un schéma de traitement adaptés. Cette *capacitation* des enfants de la rue de Kinshasa dans la prise en charge des soins de santé est un exemple d'une référence technique et du vouloir profond de l'être qui intègre un schéma de traitement mais l'adapte à sa situation, c'est un plan de soins élaboré par et avec les malades eux-mêmes¹⁵.

En deuxième lieu, nous parlons des enfants rejetés comme enfants sorciers et accueillis dans des centres d'encadrement. Certains d'entre eux devenus encadreurs des autres enfants rejetés posent un regard particulier et *capacitant* sur les autres enfants appelés comme eux enfants sorciers. Le fait de subir le même sort facilite la compréhension de la souffrance de l'autre surtout celui qui suit un parcours commun. Certains cas d'enfants sont évoqués dans les travaux de M. Botbol-Baum sur la rumeur des enfants appelés enfants sorciers (Botbol-Baum, 2005)¹⁶.

En troisième lieu, nous citons le groupe Sewa et autant d'autres groupe et association de promotion sociale en Inde et en Amérique latine, qui montrent la capacitation des pauvres tel qu'évoquer dans les travaux d'A. Sen et M. Nussbaum¹⁷.

3. DE L'EXPÉRIENCE DES FEMMES À UN MODÈLE DES SOINS CAPACITANT

Ce cas isolé des femmes enceintes parle au cœur d'un système de santé et répond à des préoccupations majeures. La Charte internationale des droits de l'homme des Nations Unies du 10 décembre 1948 stipule que la santé est un droit fondamental¹⁸. Le système de santé que nous voulons concevoir doit valoriser le sujet qui devient acteur principal du système de soins, participe et incite à la transformation de la communauté, au bien-être d'un plus grand nombre, un système où la personne est valorisée dans sa dignité, un système qui fait la promotion holistique de la personne humaine et de la femme, un système lieu de capacitation et d'épanouissement.

Il s'agit d'un système qui ne met pas l'argent au premier rang mais qui **privilégie la dignité et l'humanisation**. Dans le réseau de solidarité des femmes enceintes, une femme raconte que « dans ce réseau on fait priorité à la vie on ne demande pas d'abord l'acompte ». On se préoccupe de sauver la femme et l'enfant. Il n'y a pas de discrimination, l'accouchée et la césarisée payent le même montant, il n'y a pas de prisonniers des hôpitaux. La plus grande caractéristique à rechercher dans notre modèle de soins sera la dignité humanisante. Nous sommes parvenus à penser un système qui sera un lieu de *capacitation collective* nécessitant des personnes capables, car c'est de cette force individuelle que nous avons besoin pour établir des réseaux de solidarité dynamique. Dans le contexte actuel de notre pays, le changement des conditions de vie en général et plus particulièrement l'accès aux soins de santé peuvent être possibles avec la mise en commun des ressources individuelles. Nous avons besoin d'hommes et de

femmes capables de se faire confiance mutuellement et de faire confiance aux institutions, et à la manière des pauvres de former un réseau qui consolide. **Une autonomie et une liberté de choix** à chaque étape de la vie. Que ça soit dans la façon d'être soigné et accompagné, dans la maladie ou moment où notre esprit s'absentera peu à peu. Se prendre en charge économiquement même en versant un petit montant procure la joie. L'autonomie souhaitée ne découle pas de la gratuité de soins, car pour ces femmes du réseau, la gratuité entraîne une léthargie; elles préfèrent payer à la manière des pauvres.

4. ÉLARGISSEMENT THÉOLOGIQUE DE L'EXPÉRIENCE

Nous verrons comment les femmes sont actrices de l'émancipation, actrices de la performance qui fait grandir l'être et qui fait grandir l'autre. La relecture de l'expérience et l'engagement des acteurs eux-mêmes est un lieu de *capacitation* et un lieu théologique. Une démarche d'étude de terrain révélant au sujet son rapport à son action collective, et la contemplation du sujet qui se révèle dans ses capacités d'acteur et de co-acteur d'une promotion de la personne par l'hospitalité devient un lieu théologique.

Le vivre ensemble a bénéficié en grande partie de la tradition chrétienne, car si nous observons ce que ces femmes sont en train de réaliser nous en avons plein de références dans la tradition biblique. Prenons l'exemple des vertus d'hospitalité, commenté par A. Thomasset¹⁹. L'hospitalité chrétienne invite à voir en l'autre dans le besoin le prochain que nous sommes appelés à servir (Luc 10, 29-37); la promesse de la solidarité de Matthieu 25 où j'étais malade et en prison. Selon Thomasset, la vulnérabilité fait partie intégrante de notre commune humanité, nous devons nous considérer comme proches de l'humanité. En appliquant la justice, la solidarité, la compassion l'hospitalité nous entrons dans la logique de Dieu. Les femmes enceintes parlent de Dieu. Il faut lire le commentaire que fait Katrin Langewiesche du

livre de C. Fino²⁰ sur l'hospitalité: « L'hospitalité qu'elles mettent en œuvre peut être comprise comme la concrétisation de la charité du Christ, en tant que charité pratique. Et celle-ci a des effets qui se déploient au-delà du giron de la foi. » Il parle de changement visible chez les Indiens. « Ce changement dans le comportement des Indiens révèle que les sœurs, par leurs pratiques, ont su manifester comment « l'espérance chrétienne, qui tient que les liens d'humanité ne sont pas détruits par la mort, permet de restaurer l'appartenance au clan en cas de maladie ». L'invitation de Catherine Fino aux soignants croyants d'aujourd'hui a sa valeur. Les soignants de partout sont invités comme ces sœurs d'antan « à prendre des initiatives et même des risques (personnels, professionnels et politiques), au nom de la charité ». Pour que celle-ci reste vive. La mort de cette femme, et la solidarité qui en résulte font de cette approche de *capacitation* des femmes vulnérable un lieu de révélation de Dieu et un lieu d'humanisation profonde.

CONCLUSION

Partant du respect de la demande de la femme qui meurt en quête d'une césarienne, un réseau de solidarité s'installe peu à peu. Les femmes enceintes membres de ce réseau font l'expérience d'atteindre et de franchir les portes du vulnérable en renforçant leur *capacitation* collective par une approche de solidarité, qui préfigure un modèle d'accès aux soins et une charité devenant *capacitation* du vulnérable.

NOTES

1. A. THOMASSET, *Les vertus sociales: justice, solidarité, compassion, hospitalité, espérance. Une éthique théologique* (Donner raison, Théologie), Namur, Lessius, 2015.
2. N. KUILU et coll. *Approche de solidarité des femmes enceintes*, Kinshasa ESP, 2010.
3. N. KUILU et coll., *Approche de solidarité des femmes enceintes* (Mémoire inédit) ESP, Université de Kinshasa, 2010.

4. P. RICŒUR, *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990, p. 413.
5. T. BUKELE, *Mutualisation de risque à la zone de santé de Gombe Matadi*, dans *Rapport d'évaluation*, Unicef, 2014.
6. M. NUSSBAUM, *Capabilités: Comment créer les conditions d'un monde plus juste?* Paris, Climat, 2012, p. 57.
7. D. JACQUEMIN, «Autonomie: lieux d'expérience contemporaine de la dignité», dans *Cahiers francophone des soins palliatifs*, vol. 14, no 2, p. 31.
8. D. JACQUEMIN, «La spiritualité comme médiation entre rationalité et existence?», dans *Frontières*, vol. 24, no 1-2, 2011-2012, p. 123-128.
9. MÈRE TERESA, 190 paroles courtes de la Bienheureuse Mère Teresa, *www.evangelium-vitae.org* '... ' Vie spirituelle consulté le 22 mars 2016.
10. P. VERSPIEREN, *Définition de l'accompagnement* cité dans *Accompagner le deuil*, Séminaire soins palliatifs, février 2016.
11. C. DIRICHX, *Accompagner le deuil*, Séminaire sur les soins palliatifs, Helesi, février 2016.
12. M. HANUS, «Deuil et résilience: différences et articulation», dans *Frontières*, p. 21.
13. M. HANUS, *Idem*, p. 20.
14. M. CATHERINE, «Mourir en donnant la vie, des risques accrus pour les femmes du Sud», dans *Études*, 11/2004 (Tome 401) p. 473-482 [En ligne]. [www.cairn.info/revue-etudes-2004-11-page-473].
15. M. BOTBOL-BAUM et L. MUKANDU, «Renforcer les capacités des enfants de la rue. Une manière de lutter durablement contre le sida en RDC/Congo.», *Revue tiers monde*, no 207, juillet-septembre 2011, p. 189-206.
16. M. BOTBOL-BAUM (éd.), *Bioéthique dans les pays du Sud: Récits de médecins africains*, Paris, L'Harmattan, 2005.
17. M. NUSSBAUM, «*Capabilités*», *comment créer les conditions d'un monde plus juste?*, Harvard University Press, 2011, traduction française, Climats, Flammarion 2012, p. 13-34.
18. NATIONS UNIES, «Déclaration universelle des droits de l'homme, proclamée par Assemblée Générale des Nations-Unies du 10 décembre 1948», *Bulletin des Nations Unies*, vol IV, n° 1 du premier janvier 1949 article 25, p. 6.
19. A. THOMASSET, *Les vertus sociales*, p. 271.
20. C. FINO, *L'hospitalité, figure sociale de la charité. Deux fondations hospitalières à Québec* «Théologie à l'université», Paris, Desclée de Brouwer, 2010, Cité par K. LANGEWIESCHE, dans *Archives de sciences sociales des religions*, 160, 2012, p. 173.