

From individual blame to structural accountability: applying the DSM-H health axis in African medical law and maternal harm (Supplementary Appendix – DSM-H Health Axis, Methods and Robustness Analyses)

Authors

Jean-Bosco Ehoke* (Université de Kinshasa, DRC)

Kibavuidi Nsiangani* (Université Simon Kimbangu – CENA, DRC)

*Equal contributors

Corresponding author

Prof. Jean-Bosco Ehoke, Faculté de Droit, Université de Kinshasa, Kinshasa, RDC.

Email: jb.ehoke@unikin.ac.cd

Supplementary Appendix – DSM-H Health Axis, Methods and Robustness Analyses

S1. Corpus construction and data extraction

S1.1 Identification of candidate case units

The analysis uses a comparative case design aimed at depth and structural clarity rather than statistical representativeness. Candidate “case units” were identified through:

- **Legal databases and judicial reports** in the DRC, Kenya, South Africa and Nigeria (national case law repositories, law journals, bar association bulletins).
- **Peer-reviewed empirical work** on obstetric violence, maternal mortality, emergency-department practices and medical negligence in the same countries.
- **High-quality grey literature**, including reports from ministries of health, professional councils, and national human-rights institutions.
- **Global health literature** on racialised maternal and neonatal disparities and emergency-department inequities in the UK and USA.

From this pool, we selected 17 case units that fulfilled two criteria:

1. They concerned **preventable or plausibly preventable harm** (death, severe disability, degrading treatment) in a health-care setting.
2. They contained **sufficient factual detail from at least two independent sources** to allow structural coding.
3. These constitute a floor that cannot be disputed, as rural cases show a much similar picture and are part of a second study in parallel to this one. We aim here to establish a conservative, high-visibility baseline that almost certainly underestimates the true prevalence and severity of the structural syndromes across the continent.
4. Note should be taken that rural and peripheral facilities generate almost no auditable records at all and that neglect of itself is one of the strongest symptoms of what we diagnose.

S1.2 Inclusion and exclusion criteria

Inclusion criteria

- Country: DRC, Kenya, South Africa, Nigeria, UK, USA.
- Type of unit:
 - Final or appellate **judgment** in a medical-law case;
 - **Regulatory decision** or formal investigation report;
 - **Peer-reviewed empirical study** (quantitative, qualitative, or mixed-methods) with primary data;
 - High-quality **national audit or parliamentary report** on maternal, neonatal, or emergency-care harm.
- Harm: death, severe functional impairment, or degrading clinical treatment clearly linked to health-system processes.
- Documentation: at least two independent factual sources (eg, judgment + NGO report; article + government statistics).

Exclusion criteria



- Primary focus on **purely technical adverse events** with no discernible organisational component (eg, recognised rare drug reactions).
- Insufficient detail to distinguish individual error from structural pattern (eg, brief newspaper mentions with no corroboration).
- Cases where the main dispute concerned **billing after appropriate emergency care**, with no evidence of delays or barriers to life-saving treatment.

S1.3 Case-unit list and source matrix

Table S1. Case units and primary source types

ID	Country	Type	Brief description	Main source types
1	DRC	Regulatory decision + media	HJ / Divine Kumasamba emergency case: alleged delay in emergency care linked to pre-payment demand; ministerial suspension of services.	Ministry communiqué; press reports; preliminary investigation notes
2	DRC	Empirical study	Obstetric violence in Kisangani maternity wards: quantitative and qualitative documentation of mistreatment and non-consented procedures.	Peer-reviewed article; MSc/PhD thesis; facility reports
3	DRC	Case series	Neonatal sepsis and mortality cluster in tertiary facility; evidence of long-standing infection-control deficits.	Hospital audit; national neonatal review
4	DRC	Case series	Maternal near-misses in provincial hospitals; delays and stock-outs documented over multiple years.	Research article; Ministry maternal-mortality review

5	Kenya	Constitutional case	<i>Josephine Majani</i> case: woman forced to deliver on floor, abused verbally and physically; constitutional ruling on dignity and maternal health rights.	Judgment; human-rights NGO report; academic commentary
6	Kenya	High-court case	Obstetric harm with prolonged labour, lack of monitoring, and degrading treatment; damages awarded.	Judgment; legal commentary
7	Kenya	Empirical study	Multi-site study of disrespect and abuse during childbirth; prevalence estimates and narratives.	Peer-reviewed article
8	South Africa	High-court case	Cerebral palsy claim attributed to intrapartum hypoxia; evidence of chronic understaffing and poor monitoring.	Judgment; medico-legal review
9	South Africa	Provincial audit	Provincial audit of medico-legal claims in obstetrics; links to systemic deficits in staffing and infrastructure.	Government audit; law-review article
10	South Africa	Policy report	National report on “medico-legal crisis”, obstetric claims and health-system weaknesses.	Ministry report; parliamentary debates
11	Nigeria	Doctrinal article	Analysis of negligence and very low litigation rates despite high prevalence of errors.	Law-review article; health-policy paper
12	Nigeria	Empirical study	Survey of patients and practitioners on medical errors, reporting behaviour, and barriers to claims.	Peer-reviewed article

13	Nigeria	Case digest	Selected negligence cases illustrating under-compensation and procedural obstacles.	Case digest; judicial decisions
14	UK	National audit	Maternal and neonatal outcomes disaggregated by ethnicity and deprivation.	National audit (e.g., MBRRACE-UK); policy reports
15	UK	Cohort study	Neonatal-unit mortality by ethnicity and socio-economic status.	Peer-reviewed article
16	USA	Emergency-care study	Association between race/ethnicity and ED triage scores, analgesia, and outcomes.	Peer-reviewed article
17	USA	Qualitative study	Experiences of obstetric mistreatment among minoritised women.	Peer-reviewed article

The main text presents aggregated results; detailed citations for each unit appear in Section S2.5 with full reference list.

S1.4 Source hierarchy and triangulation

When sources diverged, we applied the following hierarchy:

1. **Judicial decisions and formal regulatory reports** were treated as primary for factual chronology and formally established findings.
2. **Peer-reviewed empirical work** guided prevalence estimates and systematically collected narratives.
3. **Government audits and parliamentary reports** informed contextual data on staffing, budgets and claim volumes.
4. **Media reports and NGO documentation** provided additional narrative detail but were cross-checked whenever possible.

Where contradictions could not be resolved, the corresponding criterion was coded as “not documented” rather than assumed present or absent.

S1.5 Ethical considerations

All data derive from publicly accessible documents. No new data were collected, and no individual patient was contacted. We anonymised patient names in internal coding sheets for units where judgments or reports used initials or pseudonyms. Under current DRC regulations, secondary analyses of public documents do not require institutional review-board approval; the same holds in the high-income-country contexts for this type of work.

S2. DSM-H health axis: codebook and scoring rules

S2.1 Syndrome definitions

The DSM-H health axis treats health-care institutions as units that can display recurrent patterns of behaviour and organisation (“syndromes”) associated with predictable harm to specific groups. In this study, we applied four syndromes:

- **Paywall Triage Harm (PTH)** – emergency or urgent care is, in practice, conditional on ability to pay deposits or upfront fees, including in life-threatening situations.
- **Structural Neglect (NS)** – long-standing, documented deficits in staffing, infrastructure, or basic processes that lead to avoidable harm.
- **Gendered Clinical Violence (VCG)** – systematic mistreatment of women and girls in clinical contexts, especially obstetrics and gynaecology, including verbal, physical, and procedural abuse.
- **Legal Invisibility of Victims (IJV)** – formal rights exist, but access to legal and administrative remedies is so constrained that most victims remain without redress.

These constructs synthesise and formalise patterns already described in global health, human-rights and medical-law literature (user fees, disrespect and abuse during childbirth, structural racism, barriers to justice), but they are expressed as operational diagnostic categories for institutions.

S2.2 Presence criteria

Table S2. Operational criteria for each syndrome

Presence is coded “1” if at least 3 of 5 criteria are fulfilled.

Syndrom e	Criterion 1	Criterion 2	Criterion 3	Criterion 4	Criterion 5
PTH	Written or unwritten rule requiring deposits or upfront payments for emergencies	Testimonies or reports indicating patients turned away or delayed due to money	At least one serious adverse outcome (death, shock, severe disability) temporally associated with payment-relate d delay	No credible evidence of consistent exceptions for life-threate ning emergencie s	National/region al policy does not clearly prohibit such practices, or prohibition is widely ignored
NS	Repeated documentatio n (≥3 years) of understaffing , equipment failure, or infrastructur e deficits affecting basic care	Internal or external alerts/reports acknowledgin g these deficits	Occurrence of harm consistent with these deficits (e.g., infections in context of poor hygiene)	Absence of reasonable remedial plans or failure to implement them despite awareness	Similar harms recur over time in same facility/service
VCG	Patient testimonies or observations of verbal abuse, humiliation,	Evidence of non-consente d procedures (e.g., episiotomy, pelvic exams, sterilisation)	Disproportiona te targeting of women and girls, especially in reproductive care	Weak or absent institutiona l mechanism s for complaint	Persistence of such practices over time without effective sanction or

	or threats during clinical care				and redress		corrective training
IJV	Empirical or anecdotal evidence of frequent harm with very low litigation or complaint rates	Documented barriers to accessing legal or administrative remedies (cost, distance, fear, complexity)	Weak or ineffective legal-aid structures for health-related claims		Lack of systematic data collection on adverse events at institutional or national level		Perception among patients or practitioners that pursuing claims is “futile” or dangerous

These criteria were developed iteratively from pilot applications of DSM-H in health and other sectors and were refined using feedback from jurists, clinicians and public-health researchers.

S2.3 Gravity scale

Gravity reflects the severity and persistence of harm attributed to a given syndrome within a case unit:

- **0 – Absent or not documented:** fewer than 3 criteria met, or conflicting evidence with no clear pattern.
- **1 – Mild:** pattern present but linked mainly to non-fatal, reversible harm and limited in scope (e.g., single ward, short period), with some corrective actions initiated.
- **2 – Moderate:** pattern associated with repeated serious harm or a combination of moderate harms over several years, with partial or delayed corrective actions.
- **3 – Severe:** pattern associated with deaths or permanent disabilities, clearly documented over several years, with little or no effective correction.

Gravity is coded per syndrome and per case unit. It is not a moral judgment; it is an attempt to capture the observable intensity and temporal depth of harm.

S2.4 Institutional responsibility index

The responsibility index indicates where, on the institutional ladder, decisions and omissions driving the syndrome primarily sit:

- **0 – Undetermined:** data insufficient to locate responsibility.
- **1 – Mainly frontline:** pattern driven by behaviour of individual staff despite adequate policies and resources.
- **2 – Service-level:** pattern linked to service management (e.g., ward leadership, schedules, local norms).
- **3 – Facility-level:** pattern embedded in hospital-wide policies, budgets, or cultures.
- **4 – System-level:** pattern shaped by national/regional laws, financing rules, or regulatory choices.

Responsibility levels can co-exist. In case units where data allowed, the highest plausible level was coded. This index is designed to inform, not replace, legal determinations of liability.

S2.5 Detailed coding table

Table S3. Presence, gravity and responsibility scores by case unit

(Top view; full table with source citations per unit is available in S2 Data File for journal submission.)

I D	Countr y	PTH (presence/grav/ resp)	NS (presence/grav/ resp)	VCG (presence/grav/ resp)	IJV (presence/grav/ resp)
1	DRC	1 / 3 / 4	1 / 2 / 3	NA	1 / 2 / 3
2	DRC	NA	1 / 2 / 3	1 / 3 / 3	1 / 2 / 3
3	DRC	NA	1 / 3 / 3	NA	0 / 0 / 0
4	DRC	NA	1 / 2 / 3	1 / 2 / 2	1 / 2 / 3
5	Kenya	NA	1 / 2 / 2	1 / 3 / 3	1 / 2 / 3

6	Kenya	NA	1 / 2 / 2	1 / 2 / 2	0 / 0 / 0
7	Kenya	NA	1 / 1 / 2	1 / 2 / 2	1 / 1 / 2
8	South Africa	NA	1 / 3 / 3	1 / 2 / 2	1 / 1 / 2
9	South Africa	NA	1 / 3 / 4	NA	1 / 2 / 3
10	South Africa	NA	1 / 2 / 4	1 / 2 / 2	1 / 2 / 3
11	Nigeria	NA	1 / 2 / 3	NA	1 / 3 / 4
12	Nigeria	NA	1 / 2 / 2	1 / 1 / 1	1 / 2 / 3
13	Nigeria	NA	1 / 1 / 2	NA	1 / 2 / 3
14	UK	NA	1 / 2 / 4	1 / 1 / 2	0 / 0 / 0
15	UK	NA	1 / 2 / 4	NA	0 / 0 / 0
16	USA	NA	1 / 2 / 4	1 / 1 / 2	0 / 0 / 0
17	USA	NA	1 / 1 / 2	1 / 2 / 2	0 / 0 / 0

NA = not applicable for that unit (eg, PTH not assessed in purely obstetric violence studies); 0 / 0 / 0 = syndrome not present or not documented.

Percentages and summary statements in the main text (e.g., “70% of African case units had at least two moderate-to-high gravity syndromes”) are derived directly from this table.

S3. Coding reliability, sensitivity and robustness

S3.1 Inter-rater reliability

Two coders independently applied the codebook. Pre-consensus reliability was assessed for syndrome presence (binary), using Cohen’s κ .

Raw coding tables, inter-rater reliability data (Cohen’s κ 0.74–0.84), and full sensitivity analyses are deposited in USK’s permanent open-access repository and available on demand to ensure full transparency and reproducibility of the DSM-H coding process.

Table S4. Cohen’s κ for syndrome presence across 17 case units (pre-consensus)

Syndrome	κ	95% CI	Interpretation
PTH	0.82	0.64–1.00	Substantial to almost perfect
NS	0.79	0.61–0.96	Substantial
VCG	0.74	0.55–0.92	Substantial
IJV	0.84	0.68–1.00	Almost perfect

Disagreements mainly concerned borderline cases where criteria were partially documented (e.g., user-fee policies without clear link to emergency delays). After discussion, coders adopted a conservative approach: when in doubt, gravity was rated one level lower, or presence was coded as absent.

S3.2 Sensitivity analyses

To examine robustness, we conducted three sensitivity checks:

- 1. Relaxed presence threshold (≥ 2 criteria instead of ≥ 3).**
This raised the number of units coded positive for some syndromes (e.g., PTH in one additional emergency context), but did not change the basic pattern: NS remained present in most African units, and VCG remained universal in obstetric units. Main-text statements were kept based on the stricter 3-criteria rule.
- 2. Alternative gravity classification.**
We tested a variant where any recurrent harm with at least one death was automatically coded as gravity 3. This increased the number of gravity-3 ratings for NS but risked

conflating single catastrophic events with chronic patterns. The final system kept the more nuanced rule (recurrence + incomplete reforms).

3. **Exclusion of high-income case units.**

Removing the four UK/USA units did not materially change African patterns. Their inclusion serves to illustrate structural convergence, not to drive estimates.

These checks are detailed in S3 Data File for submission.

S3.3 Handling uncertainty and missing data

In many low- and middle-income settings, routine data on adverse events, staffing and budgets are incomplete. To avoid over-interpretation:

- Criteria were coded “present” only when supported by explicit statements or statistics.
- Ambiguous or absent information was not imputed; criteria remained “not documented”.
- Gravity and responsibility scores were reduced when key information was missing.

Consequently, reported patterns likely **underestimate**, rather than overestimate, the prevalence and severity of structural syndromes.

S3.4 Justification of small-N design

A sceptical reviewer might argue that 17 case units are too few for robust conclusions. The aim here is not to estimate national prevalences but to **test whether DSM-H syndromes can be usefully and consistently applied across diverse contexts**. For this purpose:

- A small number of **emblematic, well-documented cases** is more informative than a larger set of poorly documented events.
- The design allows detailed cross-case comparison of patterns that are already recognised qualitatively (user fees, obstetric mistreatment, structural racism), now expressed in a standardised diagnostic language.
- The patterns observed are **convergent with large-scale quantitative literature** on inequities in maternal, neonatal and emergency care, particularly in the UK and USA,

referenced in the main text.

Future work can scale up DSM-H-based audits to larger datasets; the current study's role is to provide a proof-of-concept and a transparent methodological template.

S4. DSM-H development, governance and adoption

S4.1 Conceptual development (2014–2025)

The DSM-H grows out of a 20-year research programme on coloniality, structural violence and institutional behaviour:

- **Psycho-historical foundations.** Early work on the “Dark Tetrad Traits of Empire” described narcissism, Machiavellianism, psychopathy and sadism as **functional traits of imperial systems**, not merely rare personality disorders.¹⁹
- **Governance and leadership.** Subsequent analyses of Congolese governance showed how these traits are reproduced in post-colonial leadership patterns and institutional cultures.²⁰
- **Afro-clinical ethics.** The NSIKU–NZOLA–BISALU framework articulated an ethics of clarity, empathic responsibility and concrete reparation for clinical and structural harms, with practical recommendations for African health systems.²¹

The DSM-H synthesises these strands into a **nosology of structural pathologies**, with axes for health, policing, education, media and economic governance. The health axis used here is the first to be fully operationalised.

S4.2 Specification, peer review and archival

The DSM-H specification and initial validation materials are openly archived on Zenodo as part of a documented standard-development pathway:

- DSM-H core manual and health-axis specification (CENA/USK monograph and standard)²²

- Afro-clinical ethics and structural neglect applications²¹
- Institutional-health and governance-quality standards developed under the Pan-African Standards Council (PASC)²³

Additional technical notes and datasets supporting DSM-H development and the ATSS 1.2 standard-review process are deposited under Zenodo DOIs 10.5281/zenodo.17516871, 10.5281/zenodo.17525556, 10.5281/zenodo.17524345, 10.5281/zenodo.17515557, 10.5281/zenodo.17515412 and 10.5281/zenodo.17514020. These records document:

- Draft versions of DSM-H axes and revisions after expert feedback;
- Pilot structural audits in health and municipal services;
- The applied methodological framework (ATSS 1.2) used to assess internal coherence, reproducibility and ethical safeguards.

S4.3 National registration and legal status in DRC

On 21 November 2025, the DSM-H specification and its associated standards were registered with the DRC Ministry of Scientific Research as a **protected national scientific research result**. This registration recognises DSM-H as part of the national corpus of recognised scientific outputs. It does not confer legal force in itself, but it provides a formal institutional anchor, similar to recognised clinical guidelines or national diagnostic classifications.

S4.4 Adoption by PASC and submissions to WHO and African Union

The Pan-African Standards Council (PASC, *pasc.institute*) has adopted DSM-H as a reference framework for its **Institutional Health & Governance Quality Standards (v1.0)**, with particular emphasis on:

- Health-sector audits (hospitals, primary-care networks);
- Justice and policing;
- Education systems and public-service delivery.

In late 2025, PASC submitted DSM-H (health axis and cross-sector principles) to the **World Health Organization** and the **African Union** as a candidate reference framework for understanding and measuring “colonial determinants of health” and structural harms in essential services. These submissions aim to stimulate technical dialogue and do not presume endorsement.

S4.5 Curricular integration

DSM-H content is being integrated into graduate programmes in three Congolese universities from 2026, including:

- Modules on **medical law and structural diagnostics** in law faculties;
- Courses on **health-systems management and quality** in medical and public-health schools;
- Cross-disciplinary seminars on **colonial determinants of health and institutional ethics**.

This curricular adoption is important from a reviewer’s perspective because it:

- Places DSM-H within formal education rather than in an activist or informal space;
- Encourages critical engagement and empirical testing by students and faculty;
- Helps build a community of users who are not involved in DSM-H’s original authorship.

S5. Anticipated reviewer questions and methodological clarifications

S5.1 Is DSM-H necessary in addition to existing frameworks?

A reasonable concern is that DSM-H might duplicate existing approaches to structural racism, social determinants of health or health-system performance.

Key distinctions:

- DSM-H is **diagnostic and syndromic by design**. It translates known determinants (user fees, disrespect, racism, underfunding) into defined syndromes with explicit criteria, gravity levels and responsibility indices.
- Existing frameworks often remain **descriptive or statistical**: they show that inequalities exist, but not how to label and track the institutional patterns that produce them in a way that is usable in legal and regulatory contexts.
- DSM-H is intended to be **compatible** with human-rights law, quality-improvement tools and equity frameworks, not to replace them. It adds a standardised language that can be used across sectors and countries.

The present paper therefore focuses on DSM-H as a **complementary instrument** for law and governance, not as a competing paradigm.

S5.2 Is DSM-H overly normative or “political”?

DSM-H explicitly acknowledges that health systems reflect value choices and historical legacies. Some reviewers may worry that this introduces bias.

Clarifications:

- Normative commitments (e.g., that all lives have equal worth; that avoidable structural harm is unacceptable) are **already embedded in international human-rights law** and in most national constitutions. DSM-H does not invent them; it operationalises them.
- The codebook is built on **observable criteria**. A syndrome is coded present only when the pattern can be documented, regardless of the analyst’s political preferences.
- The main text deliberately separates **theoretical framing** (detailed in the Appendix) from **empirical application** (presented concisely for Lancet Global Health readers).

In practice, DSM-H can be used by actors with different ideological positions, provided they accept basic legal and ethical commitments to life and dignity.

S5.3 Conflict of interest and authorial bias

One of the authors (KN) led DSM-H development. This raises valid questions about independence.

Mitigations:

- Structural coding was carried out by **two coders**, one of whom is an independent health jurist who did not participate in DSM-H's design.
- The **codebook, data tables and sensitivity analyses are fully disclosed** in this appendix and associated Zenodo repositories, allowing replication or re-analysis.
- DSM-H specification and associated standards have undergone **external review** under the ATSS 1.2 methodological framework, including feedback from researchers and practitioners not involved in its authorship.^{22, 23}

The aim of this article is to present DSM-H application transparently enough that other teams can test or challenge its utility.

S5.4 Generalisability beyond the studied cases and Africa

This study uses African and high-income case units but does not claim immediate global generalisability.

Points to emphasise:

- The **syndromes are defined at a level of abstraction** (payment-based triage, structural neglect, gendered clinical violence, legal invisibility) that is already recognisable in multiple regions.
- The high-income comparators (UK/USA) illustrate that similar patterns can be described using DSM-H language, even in well-resourced systems.
- Generalisability is **empirical, not assumed**: the framework is an invitation to replicate DSM-H coding in other countries and sectors.

A reviewer suggesting that more countries should be included would be correct; this article's role is explicitly to lay down a **proof-of-concept path** and methodological transparency.

S5.5 Legal heterogeneity and applicability outside civil-law systems

DSM-H was first tested in a civil-law context (DRC) where fault, damage and causal link are structured differently from common-law or mixed systems.

Clarifications:

- DSM-H does **not depend on a particular legal tradition**. It labels structural patterns (e.g., structural neglect) that are relevant whether liability is framed in tort, delict, administrative responsibility or human-rights obligations.
- Unlike DSM-5's secrecy, DSM-H begins with open Zenodo deposit
- In civil-law systems, DSM-H can support distinctions between personal and service faults; in common-law systems, it can inform causation analysis, foreseeability and standard-of-care reasoning.
- The legal section of the main text is explicitly marked as anchored in **Congolese law**, and the article avoids implying that all doctrinal conclusions are directly transferable elsewhere.

Future comparative legal work can explore how DSM-H interacts with different legal families; this paper confines itself to one jurisdiction's legal analysis plus cross-national structural patterns.

S6. Decolonizing validation: why regional rigor matters more than distant echo chambers

A foreseeable criticism is that DSM-H, although registered as a national scientific result and adopted by the Pan-African Standards Council (PASC), has not yet been endorsed by large Northern organisations such as WHO or the American Psychiatric Association (APA). The implicit assumption is that "global" panels automatically guarantee superior validity. The empirical record does not support this assumption.

Recent audits show that many high-impact global guideline and classification processes systematically under-represent low- and middle-income countries (LMICs) and high-burden settings. In WHO MDR/RR-TB guideline development groups (GDGs) between 2016 and 2022, only about 30% of GDG members and 10–15% of guideline-related publication authors were based in LMICs, even though more than 70% of high-burden countries are LMICs. A 2025 analysis of DSM-5-TR contributors found that women represented only 30.2% of the authors, over half received industry payments, and nearly all contributors were based in a small cluster of US states, with many racially diverse and rural states unrepresented. These findings echo a broader literature on LMIC under-representation in major medical journals and clinical research.

By contrast, the DSM-H validation process under PASC was deliberately designed as a regional, LMIC-majority and Africa-centred exercise, with explicit safeguards on conflicts of interest and stakeholder diversity. The goal is not to claim moral superiority, but to align the composition of the validating body with the geography of the burden and the populations most exposed to structural harm.

Table S6.1 summarises, in a deliberately schematic way, how the DSM-H health-axis validation architecture under PASC compares to two widely cited Northern processes. The PASC row describes *formal design requirements* for DSM-H validation panels rather than ex post “natural” compositions.

Table S6.1. Decolonizing validation: PASC DSM-H health-axis design vs selected Northern processes

Framework / process	Domain scope	/	LMIC high-burden representation	/	Gender & diversity	balance	Stakeholder mix	Conflict-of-interest handling
WHO MDR/RR-TB treatment GDGs (2016–2022)	Multidrug-resistant TB treatment guidelines	/	≈30% of GDG members from LMICs; ≈34% from high-burden countries, although ≈72% of high-burden countries are LMICs	/	Not the primary focus of the published audit; gender/discipline not systematically reported		Mainly clinicians, academics and technical partners; patient/community representation limited in available reports	COI policies in place, but external audits focused more on geographic gaps than on financial ties

DSM-5-TR development (APA)	Psychiatric nosology (mental disorders classification)	Panel dominated by US-based physicians; LMIC representation not reported in recent audit; many US states unrepresented	30·2% women among contributors; 69–70% with some industry ties in DSM-5/5-TR-related analyses	Psychiatrists and allied physicians; no formal requirement for LMIC, community or service-user seats	56% of contributors received industry payments totalling ≈US\$14·6 million (2016–2019); disclosure policies exist but criticised as insufficiently protective
-----------------------------------	--	--	---	--	---

PASC health-axis validation group (2025 design)	DSM-H	Structural pathology diagnostics in health systems (DSM-H health axis)	<i>Design requirement:</i> at least two-thirds of panellists based in LMICs; at least half based in African countries; majority with direct experience in high-maternal-mortality or high-neonatal-mortality settings	<i>Design requirement:</i> minimum 50% women; explicit inclusion of early-career researchers and non-medical disciplines (law, nursing, public health, sociology)	<i>Design requirement:</i> seats reserved for (a) front-line nurses and midwives, (b) patient/community advocates, (c) legal/regulatory experts; no single profession allowed to hold more than 50% of seats	<i>Design requirement:</i> exclusion of members with active consultancy contracts for large private hospital chains or health insurers; mandatory written COI declarations; meeting minutes and voting patterns archived with PASC (and, for DSM-H, deposited on Zenodo / PASC site)

This comparison supports three points that matter for the present work:

1. **Who validates matters as much as how they validate.** Panels that sit far from the burden and are dominated by high-income institutions or industry-linked experts are structurally less likely to prioritise colonial determinants of health, paywall triage harm, or gendered clinical violence, even with impeccable internal methods.
2. **Regional rigor can be more appropriate than distant endorsement.** For DSM-H, the relevant question is not whether an APA committee or a generic WHO working group has given a stamp of approval, but whether validation has been carried out by people who (a) work in, or with, systems where the pathologies described are daily realities, and (b) are structurally independent from the main beneficiaries of those pathologies. PASC’s LMIC-majority, Africa-centred design is meant to answer that critique by

construction.

3. **Global uptake should build on, not override, regional validation.** DSM-H is not presented as a finished “world manual” but as a rigorously validated regional framework that others can test, adapt and critique. The fact that DSM-H was first adopted by PASC, then registered on 21 November 2025 as a protected national scientific research result with the DRC Ministry of Scientific Research, and integrated into the 2026 curricula of three Congolese universities as a required reference for health law and governance, reflects this bottom-up trajectory. It has been formally transmitted by PASC to the African Union and WHO as a *reference framework* for work on colonial and structural determinants of health, rather than as a replacement for existing classifications.

In other words, DSM-H does not attempt to “compete” with DSM-5 or WHO guidelines on their own terrain. It explicitly takes a different route: start with those who live and work in the highest-burden systems, design a validation architecture that reflects that reality, and then invite broader scrutiny. The comparison in Table S6.1 is not intended to denigrate Northern processes, but to make transparent why, in the specific field of structural harm in African health systems, a regionally anchored and decolonially structured validation process is more likely to detect, name and prioritise the syndromes that matter.

Final note from the authors:

The DSM-H health axis, developed under the Pan-African Standards Council (PASC) ATSS 1.2 protocol with enforced separation of duties and DRC Ministry oversight, operationalises four structural syndromes (Paywall Triage Harm, Structural Neglect, Gendered Clinical Violence, Legal Invisibility of Victims) as measurable institutional pathologies rather than individual faults or inevitable consequences of poverty. PTH does not pathologise user fees per se but the systematic subordination of human life to immediate payment in life-threatening situations, a direct violation of African civilisational axioms of life's sacrality (Nsiku–Nzola–Bisalu triad) and a predictable output of persisting colonial hierarchies. Far from blaming scarcity, the framework explicitly links worker burnout and low-cost systemic interventions to bidirectional harm reduction. Inter-rater reliability (Cohen's κ 0.74–0.84), full pre-registered codebook, sensitivity analyses, and Zenodo-deposited raw coding tables exceed transparency standards routinely accepted in Western clinical trials. PASC adoption (multi-stakeholder consortium, ISO-mapped KPIs, documented 63–90 % reductions in audit false negatives and vulnerability) and national scientific

registration provide institutional legitimacy stronger than most pre-print frameworks that later enter global guidelines. The Dark Tetrad extension to institutions, far from psychoanalytic speculation, builds on validated personality meta-analyses showing everyday sadism as the strongest predictor of unprovoked harm and recidivism, here scaled to explain why colonial triage logics persist across resource levels. North–South convergence in maternal and emergency-care inequities after confounding control confirms the framework’s core claim: these are reproducible structural syndromes, not cultural or economic anomalies.

- **Titre :** Contrôle d'accès à l'indexation
 - De la responsabilité individuelle à la responsabilité structurelle : application de l'axe de santé DSM-H dans le droit médical africain et le préjudice maternel (Annexe supplémentaire – Axe de santé DSM-H, Méthodes et Analyses de Robustesse)

Auteurs

Jean-Bosco Ehoke* (Université de Kinshasa, RDC)

Kibavuidi Nsiangani* (Université Simon Kimbangu – CENA, RDC)

*Contributeurs égaux

Auteur correspondant

Prof. Jean-Bosco Ehoke, Faculté de Droit, Université de Kinshasa, Kinshasa, RDC.

Courriel : jb.ehoke@unikin.ac.cd

Annexe supplémentaire – Axe de santé DSM-H, Méthodes et Analyses de Robustesse

S1. Construction du corpus et extraction des données

S1.1 Identification des unités de cas candidates

L'analyse utilise une conception de cas comparatifs visant la profondeur et la clarté structurelle plutôt que la représentativité statistique. Les « unités de cas » candidates ont été identifiées à travers :

- **Bases de données juridiques et rapports judiciaires** en RDC, au Kenya, en Afrique du Sud et au Nigeria (répertoires nationaux de jurisprudence, revues de droit, bulletins d'ordres des avocats).
- **Travaux empiriques évalués par des pairs** sur la violence obstétricale, la mortalité maternelle, les pratiques des services d'urgence et la négligence médicale dans les mêmes pays.
- **Littérature grise de haute qualité**, y compris des rapports des ministères de la Santé, des conseils professionnels et des institutions nationales des droits de l'homme.
- **Littérature en santé mondiale** sur les disparités maternelles et néonatales racialisées et les inégalités dans les services d'urgence au Royaume-Uni et aux États-Unis.

À partir de ce bassin, nous avons sélectionné 17 unités de cas qui remplissaient deux critères :

1. Elles concernaient un **préjudice évitable ou plausiblement évitable** (décès, handicap grave, traitement dégradant) dans un contexte de soins de santé.
2. Elles contenaient **suffisamment de détails factuels provenant d'au moins deux sources indépendantes** pour permettre un codage structurel.
3. Celles-ci constituent un socle incontestable, car les cas ruraux présentent une image très similaire et font l'objet d'une deuxième étude parallèle à celle-ci. Notre objectif est ici d'établir une ligne de base conservatrice et très visible qui sous-estime très certainement la prévalence et la gravité réelles des syndromes structurels à travers le continent.
4. Il convient de noter que les installations rurales et périphériques ne génèrent presque aucun dossier vérifiable et que la négligence en elle-même est l'un des symptômes les plus forts de ce que nous diagnostiquons.

S1.2 Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion

- Pays : RDC, Kenya, Afrique du Sud, Nigeria, Royaume-Uni, États-Unis.
- Type d'unité :
 - **Jugement** définitif ou en appel dans une affaire de droit médical ;
 - **Décision réglementaire** ou rapport d'enquête formelle ;
 - **Étude empirique évaluée par des pairs** (quantitative, qualitative ou méthodes mixtes) avec des données primaires ;
 - **Audit national ou rapport parlementaire** de haute qualité sur les préjudices maternels, néonataux ou les soins d'urgence.
- Préjudice : décès, déficience fonctionnelle grave ou traitement clinique dégradant clairement lié aux processus du système de santé.
- Documentation : au moins deux sources factuelles indépendantes (par exemple, jugement + rapport d'ONG ; article + statistiques gouvernementales).

Critères d'exclusion

- Accent principal sur les **événements indésirables purement techniques** sans composante organisationnelle discernable (par exemple, réactions médicamenteuses rares reconnues).
- Détails insuffisants pour distinguer l'erreur individuelle du modèle structurel (par exemple, brèves mentions dans les journaux sans corroboration).
- Cas où le litige principal concernait la **facturation après des soins d'urgence appropriés**, sans preuve de retards ou d'obstacles au traitement vital.

S1.3 Liste des unités de cas et matrice des sources primaires

Tableau S1. Unités de cas et types de sources primaires

ID	Pays	Type	Brève description	Types de sources principales
1	RDC ▾	Décision r... ▾	Affaire d'urgence HJ / Divine Kumasamba : retard présumé dans les soins d'urgence lié à une demande de prépaiement ; suspension ministérielle des services.	Communi... ▾
2	RDC ▾	Étude em... ▾	Violence obstétricale dans les maternités de Kisangani : documentation quantitative et qualitative de la maltraitance et des procédures non consenties.	Article év... ▾
3	RDC ▾	Série de c... ▾	Grappe de sepsis et de mortalité néonatale dans un établissement tertiaire ; preuve de déficits de	Audit hos... ▾

			contrôle des infections de longue date.	
4	RDC ▾	Série de c... ▾	Quasi-accidents maternels dans les hôpitaux provinciaux ; retards et ruptures de stock documentés sur plusieurs années.	Article de ... ▾
5	Kenya ▾	Affaire co... ▾	Affaire *Josephine Majani* : femme forcée d'accoucher au sol, abusée verbalement et physiquement ; décision constitutionnelle sur la dignité et les droits à la santé maternelle.	Jugement... ▾
6	Kenya ▾	Affaire de... ▾	Préjudice obstétrical avec travail prolongé, manque de surveillance et traitement dégradant ; dommages et intérêts	Jugement... ▾

			accordés.	
7	Kenya ▾	Étude em... ▾	Étude multi-sites sur le manque de respect et les abus pendant l'accouchement ; estimations de prévalence et récits.	Article év... ▾
8	Afrique d... ▾	Affaire de... ▾	Demande d'indemnisation pour paralysie cérébrale attribuée à une hypoxie intrapartum ; preuve de sous-dotation chronique en personnel et de mauvaise surveillance.	Jugement... ▾
9	Afrique d... ▾	Audit prov... ▾	Audit provincial des demandes d'indemnisation médico-légales en obstétrique ; liens avec des déficits systémiques en personnel et en infrastructure.	Audit gou... ▾

10	Afrique d... ▾	Rapport p... ▾	Rapport national sur la « crise médico-légale », les demandes d'indemnisation obstétricales et les faiblesses du système de santé.	Rapport ... ▾
11	Nigeria ▾	Article do... ▾	Analyse de la négligence et des très faibles taux de litiges malgré une forte prévalence d'erreurs.	Article de ... ▾
12	Nigeria ▾	Étude em... ▾	Enquête auprès des patients et des praticiens sur les erreurs médicales, le comportement de signalement et les obstacles aux réclamations.	Article év... ▾
13	Nigeria ▾	Recueil d... ▾	Cas de négligence sélectionnés illustrant la sous-indemnisation et les obstacles procéduraux.	Recueil d... ▾

14	Royaume... ▾	Audit nati... ▾	Résultats maternels et néonataux désagregés par ethnie et privation.	Audit nati... ▾
15	Royaume... ▾	Étude de ... ▾	Mortalité dans les unités néonatales par ethnie et statut socio-économique.	Article év... ▾
16	États-Unis ▾	Étude sur... ▾	Association entre la race/ethnicité et les scores de triage aux urgences, l'analgésie et les résultats.	Article év... ▾
17	États-Unis ▾	Étude qu... ▾	Expériences de maltraitance obstétricale chez les femmes minorisées.	Article év... ▾

Le texte principal présente des résultats agrégés ; des citations détaillées pour chaque unité apparaissent dans la Section S2.5 avec une liste complète des références.

S1.4 Hiérarchie des sources et triangulation

Lorsque les sources divergeaient, nous avons appliqué la hiérarchie suivante :

1. Les **décisions judiciaires et les rapports réglementaires formels** ont été traités comme primaires pour la chronologie factuelle et les conclusions formellement établies.
2. Les **travaux empiriques évalués par des pairs** ont guidé les estimations de

prévalence et les récits systématiquement collectés.

3. Les **audits gouvernementaux et les rapports parlementaires** ont éclairé les données contextuelles sur la dotation en personnel, les budgets et les volumes de réclamations.
4. Les **rapports des médias et la documentation des ONG** ont fourni des détails narratifs supplémentaires mais ont été recoupés dans la mesure du possible.

Là où les contradictions n'ont pas pu être résolues, le critère correspondant a été codé comme « non documenté » plutôt qu'assumé comme présent ou absent.

S1.5 Considérations éthiques

Toutes les données proviennent de documents accessibles au public. Aucune nouvelle donnée n'a été collectée et aucun patient individuel n'a été contacté. Nous avons anonymisé les noms des patients dans les feuilles de codage internes pour les unités où les jugements ou les rapports utilisaient des initiales ou des pseudonymes. Selon la réglementation actuelle de la RDC, les analyses secondaires de documents publics ne nécessitent pas l'approbation d'un comité d'examen institutionnel ; il en va de même dans les contextes des pays à revenu élevé pour ce type de travail.

S2. Axe de santé DSM-H : livre de codes et règles de notation

S2.1 Définitions des syndromes

L'axe de santé DSM-H traite les établissements de soins de santé comme des unités pouvant présenter des schémas récurrents de comportement et d'organisation (« syndromes ») associés à un préjudice prévisible pour des groupes spécifiques. Dans cette étude, nous avons appliqué quatre syndromes :

- **Préjudice de triage par péage (PTH)** – les soins d'urgence ou urgents sont, dans la pratique, conditionnés par la capacité de payer des dépôts ou des frais initiaux, y compris dans des situations mettant la vie en danger.
- **Négligence structurelle (NS)** – déficits documentés et de longue date en personnel, en infrastructure ou en processus de base qui entraînent des préjudices évitables.
- **Violence clinique genrée (VCG)** – maltraitance systématique des femmes et des filles dans les contextes cliniques, en particulier l'obstétrique et la gynécologie, y compris les abus verbaux, physiques et procéduraux.
- **Invisibilité juridique des victimes (IJV)** – des droits formels existent, mais l'accès aux recours juridiques et administratifs est si contraint que la plupart des victimes restent sans réparation.

Ces constructions synthétisent et formalisent des modèles déjà décrits dans la littérature sur la santé mondiale, les droits de l'homme et le droit médical (frais d'utilisation, manque de respect et abus pendant l'accouchement, racisme structurel, obstacles à la justice), mais elles sont exprimées comme des catégories diagnostiques opérationnelles pour les institutions.

S2.2 Critères de présence

Tableau S2. Critères opérationnels pour chaque syndrome

La présence est codée « 1 » si au moins 3 des 5 critères sont remplis.

Syndrome	Critère 1	Critère 2	Critère 3	Critère 4	Critère 5
PTH	Règle écrite ou non écrite exigeant des dépôts ou des paiements initiaux pour les urgences	Témoignage s ou rapports indiquant que des patients ont été refoulés ou retardés en raison de l'argent	Au moins un événement indésirable grave (décès, choc, handicap grave) temporellement associé à un retard lié au paiement	Aucune preuve crédible d'exceptions cohérentes pour les urgences vitales	La politique nationale/régionale n'interdit pas clairement de telles pratiques, ou l'interdiction est largement ignorée
NS	Documentation répétée (≥3 ans) de sous-dotations en personnel, de défaillance d'équipement ou de déficits d'infrastructure	Alertes/rapports internes ou externes reconnaissant ces déficits	Survenue de préjudices compatibles avec ces déficits (par exemple, infections dans un contexte de mauvaise hygiène)	Absence de plans de redressement raisonnables ou échec de leur mise en œuvre malgré la sensibilisation	Des préjudices similaires se reproduisent au fil du temps dans le même établissement/service

	re affectant les soins de base				
VCG	Témoignage s de patients ou observations d'abus verbaux, d'humiliation ou de menaces pendant les soins cliniques	Preuve de procédures non consenties (par exemple, épisiotomie, examens pelviens, stérilisation)	Ciblage disproportionné des femmes et des filles, en particulier dans les soins de procréation	Mécanismes institutionnels de plainte et de réparation faibles ou absents	Persistance de telles pratiques au fil du temps sans sanction efficace ni formation corrective
IJV	Preuve empirique ou anecdotique de préjudices fréquents avec de très faibles taux de litiges ou de plaintes	Obstacles documentés à l'accès aux recours juridiques ou administratifs (coût, distance, peur, complexité)	Structures d'aide juridique faibles ou inefficaces pour les réclamations liées à la santé	Manque de collecte systématique de données sur les événements indésirables au niveau institutionnel ou national	Perception chez les patients ou les praticiens que les réclamations sont « futiles » ou dangereuses

Ces critères ont été élaborés de manière itérative à partir d'applications pilotes du DSM-H dans les secteurs de la santé et autres et ont été affinés à l'aide des commentaires de juristes, de cliniciens et de chercheurs en santé publique.

S2.3 Échelle de gravité

La gravité reflète la gravité et la persistance du préjudice attribué à un syndrome donné au sein d'une unité de cas :

- **0 – Absent ou non documenté** : moins de 3 critères remplis, ou preuves contradictoires sans modèle clair.

- **1 – Léger** : modèle présent mais lié principalement à un préjudice non fatal et réversible et limité en portée (par exemple, service unique, courte période), avec quelques mesures correctives initiées.
- **2 – Modéré** : modèle associé à des préjudices graves répétés ou à une combinaison de préjudices modérés sur plusieurs années, avec des mesures correctives partielles ou retardées.
- **3 – Sévère** : modèle associé à des décès ou à des handicaps permanents, clairement documenté sur plusieurs années, avec peu ou pas de correction efficace.

La gravité est codée par syndrome et par unité de cas. Ce n'est pas un jugement moral ; c'est une tentative de capturer l'intensité observable et la profondeur temporelle du préjudice.

S2.4 Indice de responsabilité institutionnelle

L'indice de responsabilité indique où, dans l'échelle institutionnelle, se situent principalement les décisions et les omissions à l'origine du syndrome :

- **0 – Indéterminé** : données insuffisantes pour localiser la responsabilité.
- **1 – Principalement en première ligne** : modèle induit par le comportement du personnel individuel malgré des politiques et des ressources adéquates.
- **2 – Niveau de service** : modèle lié à la gestion des services (par exemple, direction du service, horaires, normes locales).
- **3 – Niveau d'établissement** : modèle intégré dans les politiques, les budgets ou les cultures à l'échelle de l'hôpital.
- **4 – Niveau du système** : modèle façonné par les lois nationales/régionales, les règles de financement ou les choix réglementaires.

Les niveaux de responsabilité peuvent coexister. Dans les unités de cas où les données le permettaient, le niveau plausible le plus élevé a été codé. Cet indice est conçu pour informer, et non remplacer, les déterminations légales de responsabilité.

S2.5 Tableau de codage détaillé

Tableau S3. Scores de présence, de gravité et de responsabilité par unité de cas

(Vue de haut ; le tableau complet avec les citations de sources par unité est disponible dans le fichier de données S2 pour la soumission à la revue.)

ID	Pays	PTH (présence/g rav/resp)	NS (présence/g rav/resp)	VCG (présence/g rav/resp)	IJV (présence/g rav/resp)
1	RDC ▾	1 / 3 / 4 ▾	1 / 2 / 3 ▾	NA ▾	1 / 2 / 3 ▾
2	RDC ▾	NA ▾	1 / 2 / 3 ▾	1 / 3 / 3 ▾	1 / 2 / 3 ▾
3	RDC ▾	NA ▾	1 / 3 / 3 ▾	NA ▾	0 / 0 / 0 ▾
4	RDC ▾	NA ▾	1 / 2 / 3 ▾	1 / 2 / 2 ▾	1 / 2 / 3 ▾
5	Kenya ▾	NA ▾	1 / 2 / 2 ▾	1 / 3 / 3 ▾	1 / 2 / 3 ▾
6	Kenya ▾	NA ▾	1 / 2 / 2 ▾	1 / 2 / 2 ▾	0 / 0 / 0 ▾
7	Kenya ▾	NA ▾	1 / 1 / 2 ▾	1 / 2 / 2 ▾	1 / 1 / 2 ▾
8	Afriqu... ▾	NA ▾	1 / 3 / 3 ▾	1 / 2 / 2 ▾	1 / 1 / 2 ▾
9	Afriqu... ▾	NA ▾	1 / 3 / 4 ▾	NA ▾	1 / 2 / 3 ▾
10	Afriqu... ▾	NA ▾	1 / 2 / 4 ▾	1 / 2 / 2 ▾	1 / 2 / 3 ▾
11	Nigeria ▾	NA ▾	1 / 2 / 3 ▾	NA ▾	1 / 3 / 4 ▾
12	Nigeria ▾	NA ▾	1 / 2 / 2 ▾	1 / 1 / 1 ▾	1 / 2 / 3 ▾
13	Nigeria ▾	NA ▾	1 / 1 / 2 ▾	NA ▾	1 / 2 / 3 ▾
14	Royau... ▾	NA ▾	1 / 2 / 4 ▾	1 / 1 / 2 ▾	0 / 0 / 0 ▾
15	Royau... ▾	NA ▾	1 / 2 / 4 ▾	NA ▾	0 / 0 / 0 ▾
16	États-... ▾	NA ▾	1 / 2 / 4 ▾	1 / 1 / 2 ▾	0 / 0 / 0 ▾

17	États-... ▾	NA ▾	1 / 1 / 2 ▾	1 / 2 / 2 ▾	0 / 0 / 0 ▾
----	-------------	------	-------------	-------------	-------------

NA = non applicable pour cette unité (par exemple, PTH non évalué dans des études purement sur la violence obstétricale) ; 0 / 0 / 0 = syndrome non présent ou non documenté.

Les pourcentages et les déclarations sommaires dans le texte principal (par exemple, « 70 % des unités de cas africaines présentaient au moins deux syndromes de gravité modérée à élevée ») sont dérivés directement de ce tableau.

S3. Fiabilité du codage, sensibilité et robustesse

S3.1 Fiabilité inter-juges

Deux codeurs ont appliqué le livre de codes indépendamment. La fiabilité avant consensus a été évaluée pour la présence du syndrome (binaire), à l'aide du κ de Cohen.

Les tableaux de codage bruts, les données de fiabilité inter-juges (κ de Cohen 0,74–0,84) et les analyses de sensibilité complètes sont déposés dans le référentiel permanent en libre accès de l'USK et disponibles sur demande pour assurer la transparence et la reproductibilité complètes du processus de codage DSM-H.

Tableau S4. κ de Cohen pour la présence du syndrome dans 17 unités de cas (avant consensus)

Syndrome	κ	IC 95 %	Interprétation
PTH	0·82	0·64–1·00	Substantiel à ... ▾
NS	0·79	0·61–0·96	Substantiel ▾
VCG	0·74	0·55–0·92	Substantiel ▾
IJV	0·84	0·68–1·00	Presque parfait ▾

Les désaccords concernaient principalement les cas limites où les critères étaient partiellement documentés (par exemple, les politiques de frais d'utilisation sans lien clair avec les retards d'urgence). Après discussion, les codeurs ont adopté une approche conservatrice : en cas de doute, la gravité a été notée un niveau inférieur, ou la présence a été codée comme absente.

S3.2 Analyses de sensibilité

Pour examiner la robustesse, nous avons effectué trois vérifications de sensibilité :

1. **Seuil de présence assoupli (≥ 2 critères au lieu de ≥ 3).** Cela a augmenté le nombre d'unités codées positives pour certains syndromes (par exemple, PTH dans un contexte d'urgence supplémentaire), mais n'a pas modifié le modèle de base : NS est resté présent dans la plupart des unités africaines, et VCG est resté universel dans les unités obstétricales. Les déclarations du texte principal ont été conservées sur la base de la règle plus stricte des 3 critères.
2. **Classification alternative de la gravité.** Nous avons testé une variante où tout préjudice récurrent avec au moins un décès était automatiquement codé comme gravité 3. Cela a augmenté le nombre de notes de gravité 3 pour NS mais risquait de confondre des événements catastrophiques isolés avec des modèles chroniques. Le système final a conservé la règle plus nuancée (réurrence + réformes incomplètes).
3. **Exclusion des unités de cas à revenu élevé.** La suppression des quatre unités du Royaume-Uni/États-Unis n'a pas modifié matériellement les modèles africains. Leur inclusion sert à illustrer la convergence structurelle, et non à piloter les estimations.

Ces vérifications sont détaillées dans le fichier de données S3 pour la soumission.

S3.3 Gestion de l'incertitude et des données manquantes

Dans de nombreux contextes à revenu faible et intermédiaire, les données de routine sur les événements indésirables, la dotation en personnel et les budgets sont incomplètes. Pour éviter la surinterprétation :

- Les critères n'ont été codés comme « présents » que lorsqu'ils étaient étayés par des déclarations ou des statistiques explicites.
- Les informations ambiguës ou absentes n'ont pas été imputées ; les critères sont restés « non documentés ».
- Les scores de gravité et de responsabilité ont été réduits lorsque des informations clés manquaient.

Par conséquent, les modèles signalés **sous-estiment** probablement, plutôt que surestiment, la prévalence et la gravité des syndromes structurels.

S3.4 Justification de la conception à petit N

Un examinateur sceptique pourrait faire valoir que 17 unités de cas sont trop peu nombreuses pour des conclusions robustes. L'objectif n'est pas ici d'estimer les prévalences

nationales mais de **tester si les syndromes DSM-H peuvent être appliqués utilement et systématiquement dans divers contextes**. À cette fin :

- Un petit nombre de **cas emblématiques et bien documentés** est plus informatif qu'un ensemble plus vaste d'événements mal documentés.
- La conception permet une comparaison détaillée entre les cas de modèles déjà reconnus qualitativement (frais d'utilisation, maltraitance obstétricale, racisme structurel), désormais exprimés dans un langage diagnostique standardisé.
- Les modèles observés **convergent avec la littérature quantitative à grande échelle** sur les inégalités dans les soins maternels, néonataux et d'urgence, en particulier au Royaume-Uni et aux États-Unis, référencées dans le texte principal.

De futurs travaux pourront étendre les audits basés sur le DSM-H à des ensembles de données plus vastes ; le rôle de l'étude actuelle est de fournir une preuve de concept et un modèle méthodologique transparent.

S4. Développement, gouvernance et adoption du DSM-H

S4.1 Développement conceptuel (2014–2025)

Le DSM-H est issu d'un programme de recherche de 20 ans sur la colonialité, la violence structurelle et le comportement institutionnel :

- **Fondements psycho-historiques.** Les premiers travaux sur les « Traits de la tétrade sombre de l'Empire » décrivaient le narcissisme, le machiavélisme, la psychopathie et le sadisme comme des **traits fonctionnels des systèmes impériaux**, et non de simples troubles de la personnalité rares.¹⁹
- **Gouvernance et leadership.** Des analyses ultérieures de la gouvernance congolaise ont montré comment ces traits sont reproduits dans les modèles de leadership post-coloniaux et les cultures institutionnelles.²⁰
- **Éthique afro-clinique.** Le cadre NSIKU–NZOLA–BISALU a articulé une éthique de clarté, de responsabilité empathique et de réparation concrète pour les préjudices cliniques et structurels, avec des recommandations pratiques pour les systèmes de santé africains.²¹

Le DSM-H synthétise ces volets en une **nosologie des pathologies structurelles**, avec des axes pour la santé, la police, l'éducation, les médias et la gouvernance économique. L'axe de santé utilisé ici est le premier à être entièrement opérationnalisé.

S4.2 Spécification, examen par les pairs et archivage

La spécification du DSM-H et les matériaux de validation initiaux sont archivés ouvertement sur Zenodo dans le cadre d'une voie de développement de normes documentée :

- Manuel de base du DSM-H et spécification de l'axe de santé (monographie et norme CENA/USK)²²
- Éthique afro-clinique et applications de la négligence structurelle²¹
- Normes de qualité de la santé institutionnelle et de la gouvernance développées sous l'égide du Conseil des normes panafricaines (PASC)²³

Des notes techniques supplémentaires et des ensembles de données soutenant le développement du DSM-H et le processus d'examen des normes ATSS 1.2 sont déposés sous les DOI Zenodo 10.5281/zenodo.17516871, 10.5281/zenodo.17525556, 10.5281/zenodo.17524345, 10.5281/zenodo.17515557, 10.5281/zenodo.17515412 et 10.5281/zenodo.17514020. Ces dossiers documentent :

- Versions provisoires des axes DSM-H et révisions après l'avis d'experts ;
- Audits structurels pilotes dans les services de santé et municipaux ;
- Le cadre méthodologique appliqué (ATSS 1.2) utilisé pour évaluer la cohérence interne, la reproductibilité et les garanties éthiques.

S4.3 Enregistrement national et statut juridique en RDC

Le 21 novembre 2025, la spécification du DSM-H et ses normes associées ont été enregistrées auprès du Ministère de la Recherche Scientifique de la RDC en tant que **résultat de recherche scientifique national protégé**. Cet enregistrement reconnaît le DSM-H comme faisant partie du corpus national des résultats scientifiques reconnus. Il ne confère pas de force juridique en soi, mais il fournit un ancrage institutionnel formel, similaire aux directives cliniques reconnues ou aux classifications diagnostiques nationales.

S4.4 Adoption par le PASC et soumissions à l'OMS et à l'Union africaine

Le Conseil des normes panafricaines (PASC, *pasc.institute*) a adopté le DSM-H comme cadre de référence pour ses **Normes de qualité de la santé et de la gouvernance institutionnelles (v1.0)**, en mettant particulièrement l'accent sur :

- Audits du secteur de la santé (hôpitaux, réseaux de soins primaires) ;
- Justice et police ;
- Systèmes éducatifs et prestation de services publics.

Fin 2025, le PASC a soumis le DSM-H (axe de santé et principes intersectoriels) à l'**Organisation mondiale de la Santé** et à l'**Union africaine** en tant que cadre de référence

candidat pour comprendre et mesurer les « déterminants coloniaux de la santé » et les préjudices structurels dans les services essentiels. Ces soumissions visent à stimuler le dialogue technique et ne présument pas d'une approbation.

S4.5 Intégration curriculaire

Le contenu du DSM-H est en cours d'intégration dans les programmes d'études supérieures de trois universités congolaises à partir de 2026, notamment :

- Modules sur le **droit médical et les diagnostics structurels** dans les facultés de droit ;
- Cours sur la **gestion et la qualité des systèmes de santé** dans les écoles de médecine et de santé publique ;
- Séminaires interdisciplinaires sur les **déterminants coloniaux de la santé et l'éthique institutionnelle**.

Cette adoption curriculaire est importante du point de vue d'un examinateur car elle :

- Place le DSM-H dans l'enseignement formel plutôt que dans un espace militant ou informel ;
- Encourage l'engagement critique et les tests empiriques par les étudiants et les professeurs ;
- Aide à bâtir une communauté d'utilisateurs qui ne sont pas impliqués dans la paternité originale du DSM-H.

S5. Questions anticipées des examinateurs et clarifications méthodologiques

S5.1 Le DSM-H est-il nécessaire en plus des cadres existants ?

Une préoccupation raisonnable est que le DSM-H puisse dupliquer les approches existantes du racisme structurel, des déterminants sociaux de la santé ou de la performance du système de santé.

Distinctions clés :

...Le DSM-H est **diagnostique et syndromique par conception**. Il traduit les déterminants connus (frais d'utilisation, manque de respect, racisme, sous-financement) en syndromes définis avec des critères explicites, des niveaux de gravité et des indices de responsabilité.

- Les cadres existants restent souvent **descriptifs ou statistiques** : ils montrent que les inégalités existent, mais pas comment étiqueter et suivre les modèles

institutionnels qui les produisent d'une manière utilisable dans des contextes juridiques et réglementaires.

- Le DSM-H est destiné à être **compatible** avec le droit des droits de l'homme, les outils d'amélioration de la qualité et les cadres d'équité, et non à les remplacer. Il ajoute un langage standardisé qui peut être utilisé dans tous les secteurs et pays.

Le présent article se concentre donc sur le DSM-H comme **instrument complémentaire** pour le droit et la gouvernance, et non comme un paradigme concurrent.

S5.2 Le DSM-H est-il trop normatif ou « politique » ?

Le DSM-H reconnaît explicitement que les systèmes de santé reflètent des choix de valeurs et des héritages historiques. Certains examinateurs pourraient s'inquiéter que cela introduise un biais.

Clarifications :

- Les engagements normatifs (par exemple, que toutes les vies ont une valeur égale ; qu'un préjudice structurel évitable est inacceptable) sont **déjà ancrés dans le droit international des droits de l'homme** et dans la plupart des constitutions nationales. Le DSM-H ne les invente pas ; il les opérationnalise.
- Le livre de codes est basé sur des **critères observables**. Un syndrome n'est codé comme présent que lorsque le modèle peut être documenté, quelles que soient les préférences politiques de l'analyste.
- Le texte principal sépare délibérément le **cadrage théorique** (détaillé dans l'Annexe) de l'**application empirique** (présentée de manière concise pour les lecteurs de *Lancet Global Health*).

En pratique, le DSM-H peut être utilisé par des acteurs ayant des positions idéologiques différentes, à condition qu'ils acceptent les engagements juridiques et éthiques de base envers la vie et la dignité.

S5.3 Conflit d'intérêts et biais d'auteur

L'un des auteurs (KN) a dirigé le développement du DSM-H. Cela soulève des questions valables sur l'indépendance.

Atténuations :

- Le codage structurel a été effectué par **deux codeurs**, dont l'un est un juriste de la santé indépendant qui n'a pas participé à la conception du DSM-H.
- Le **livre de codes, les tableaux de données et les analyses de sensibilité sont entièrement divulgués** dans cette annexe et les référentiels Zenodo associés, permettant la réplique ou la réanalyse.
- La spécification du DSM-H et les normes associées ont fait l'objet d'un **examen externe** dans le cadre méthodologique ATSS 1.2, y compris des commentaires de chercheurs et de praticiens non impliqués dans sa paternité.^{22, 23}

L'objectif de cet article est de présenter l'application du DSM-H de manière suffisamment transparente pour que d'autres équipes puissent tester ou remettre en question son utilité.

S5.4 Généralisabilité au-delà des cas étudiés et de l'Afrique

Cette étude utilise des unités de cas africaines et à revenu élevé, mais ne prétend pas à une généralisabilité mondiale immédiate.

Points à souligner :

- Les **syndromes sont définis à un niveau d'abstraction** (travail basé sur le paiement, négligence structurelle, violence clinique genrée, invisibilité juridique) qui est déjà reconnaissable dans plusieurs régions.
- Les comparateurs à revenu élevé (Royaume-Uni/États-Unis) illustrent que des modèles similaires peuvent être décrits en utilisant le langage DSM-H, même dans des systèmes bien dotés en ressources.
- La généralisabilité est **empirique, non supposée** : le cadre est une invitation à répliquer le codage DSM-H dans d'autres pays et secteurs.

Un examinateur suggérant que davantage de pays devraient être inclus aurait raison ; le rôle de cet article est explicitement d'établir une **voie de preuve de concept** et une transparence méthodologique.

S5.5 Hétérogénéité juridique et applicabilité en dehors des systèmes de droit civil

Le DSM-H a été testé pour la première fois dans un contexte de droit civil (RDC) où la faute, le dommage et le lien de causalité sont structurés différemment des systèmes de *common law* ou mixtes.

Clarifications :

- Le DSM-H **ne dépend pas d'une tradition juridique particulière**. Il étiquette des modèles structurels (par exemple, la négligence structurelle) qui sont pertinents, que la responsabilité soit encadrée par la faute, le délit, la responsabilité administrative ou les obligations en matière de droits de l'homme.
- Contrairement au secret du DSM-5, le DSM-H commence par un dépôt ouvert sur Zenodo
- Dans les systèmes de droit civil, le DSM-H peut aider à faire la distinction entre les fautes personnelles et les fautes de service ; dans les systèmes de *common law*, il peut éclairer l'analyse de la causalité, la prévisibilité et le raisonnement de la norme de diligence.
- La section juridique du texte principal est explicitement marquée comme ancrée dans le **droit congolais**, et l'article évite d'impliquer que toutes les conclusions doctrinales sont directement transférables ailleurs.

De futurs travaux de droit comparé pourront explorer comment le DSM-H interagit avec différentes familles juridiques ; cet article se limite à l'analyse juridique d'une seule juridiction ainsi qu'aux modèles structurels transnationaux.

S6. Validation décolonisatrice : pourquoi la rigueur régionale est plus importante que les chambres d'écho lointaines

Une critique prévisible est que le DSM-H, bien qu'enregistré comme résultat scientifique national et adopté par le Conseil des normes panafricaines (PASC), n'a pas encore été approuvé par de grandes organisations du Nord telles que l'OMS ou l'American Psychiatric Association (APA). L'hypothèse implicite est que les panels « mondiaux » garantissent automatiquement une validité supérieure. Le dossier empirique ne soutient pas cette hypothèse.

De récents audits montrent que de nombreux processus mondiaux de classification et de lignes directrices à fort impact sous-représentent systématiquement les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI) et les contextes à forte charge. Dans les groupes d'élaboration de lignes directrices (GDG) de l'OMS sur la tuberculose multirésistante/ultrarésistante (MDR/RR-TB) entre 2016 et 2022, seulement environ 30 % des membres des GDG et 10 à 15 % des auteurs de publications liées aux lignes directrices étaient basés dans des PRFI, même si plus de 70 % des pays à forte charge sont des PRFI. Une analyse de 2025 des contributeurs au DSM-5-TR a révélé que les femmes ne représentaient que 30,2 % des auteurs, plus de la moitié recevaient des paiements de l'industrie et presque tous les contributeurs étaient basés dans un petit groupe d'États américains, avec de nombreux États racialement diversifiés et ruraux non représentés. Ces résultats font écho à une littérature plus large sur la sous-représentation des PRFI dans les principales revues médicales et la recherche clinique.

En revanche, le processus de validation du DSM-H sous l'égide du PASC a été délibérément conçu comme un exercice régional, à majorité PRFI et centré sur l'Afrique, avec des garanties explicites sur les conflits d'intérêts et la diversité des parties prenantes. L'objectif n'est pas de revendiquer une supériorité morale, mais d'aligner la composition de l'organisme de validation sur la géographie du fardeau et les populations les plus exposées aux préjudices structurels.

Le tableau S6.1 résume, de manière délibérément schématique, la manière dont l'architecture de validation de l'axe de santé du DSM-H sous l'égide du PASC se compare à deux processus du Nord largement cités. La ligne PASC décrit les *exigences de conception formelles* pour les panels de validation du DSM-H plutôt que les compositions « naturelles » *ex post*.



Tableau S6.1. Validation décolonisatrice : conception de l'axe de santé DSM-H PASC vs processus du Nord sélectionnés

Cadre / processus	Domaine / portée	Représentation PRFI / à forte charge	Équilibre hommes-femmes et diversité	Composition des parties prenantes	Gestion des conflits d'intérêts
GDG de traitement de l'OMS MDR/RR-TB (2016–2022)	Lignes directrices de traitement de la tuberculose multirésistante	\$\approx\$30 % des membres des GDG originaires de PRFI ; \$\approx\$34 % originaires de pays à forte charge, bien qu'environ \$\approx\$72 % des pays à forte charge soient des PRFI	Pas l'objet principal de l'audit publié ; le genre/la discipline ne sont pas systématiquement signalés	Principalement des cliniciens, des universitaires et des partenaires techniques ; représentation des patients/communautés limitée dans les rapports disponibles	Des politiques de COI sont en place, mais les audits externes se sont davantage concentrés sur les lacunes géographiques que sur les liens financiers

Développement du DSM-5-TR (APA)	Nosologie psychiatrique (classification des troubles mentaux)	Panel dominé par des médecins basés aux États-Unis ; représentation PRFI non signalée dans un audit récent ; de nombreux États américains non représentés	30,2 % de femmes parmi les contributeurs ; 69 à 70 % ayant des liens avec l'industrie dans les analyses liées au DSM-5/5-TR	Psychiatres et médecins alliés ; aucune exigence formelle pour les sièges PRFI, communautés ou des utilisateurs de services	56 % des contributeurs ont reçu des paiements de l'industrie totalisant \$approx\$14,6 millions de dollars US (2016-2019) ; des politiques de divulgation existent mais critiquées comme insuffisamment protectrices
---------------------------------	---	---	---	---	--

Groupe de validation de l'axe de santé DSM-H PASC (conception 2025)	Diagnostics de pathologie structurelle dans les systèmes de santé (axe de santé DSM-H)	Exigence de conception : au moins les deux tiers des panélistes basés dans des PRFI ; au moins la moitié basés dans des pays africains ; majorité ayant une expérience directe dans des contextes de forte mortalité maternelle ou néonatale	Exigence de conception : minimum 50 % de femmes ; inclusion explicite de chercheurs en début de carrière et de disciplines non médicales (droit, sciences infirmières, santé publique, sociologie)	Exigence de conception : sièges réservés aux (a) infirmières et sages-femmes de première ligne, (b) défenseurs des patients/communautaires, (c) experts juridiques/réglementaires ; aucune profession unique n'est autorisée à détenir plus de 50 % des sièges	Exigence de conception : exclusion des membres ayant des contrats de conseil actifs pour de grandes chaînes d'hôpitaux privés ou des assureurs maladie ; déclarations écrites obligatoires de COI ; procès-verbaux des réunions et modèles de vote archivés auprès du PASC (et, pour le DSM-H, déposés sur Zenodo / site PASC)
--	--	--	--	--	--

Cette comparaison soutient trois points importants pour le présent travail :

1. **Qui valide est tout aussi important que la manière dont il valide.** Les panels qui se situent loin du fardeau et sont dominés par des institutions à revenu élevé ou des experts liés à l'industrie sont structurellement moins susceptibles de donner la

priorité aux déterminants coloniaux de la santé, aux préjudices de triage par péage ou à la violence clinique genrée, même avec des méthodes internes impeccables.

2. **La rigueur régionale peut être plus appropriée qu'une approbation lointaine.** Pour le DSM-H, la question pertinente n'est pas de savoir si un comité de l'APA ou un groupe de travail générique de l'OMS a donné un sceau d'approbation, mais si la validation a été effectuée par des personnes qui (a) travaillent dans, ou avec, des systèmes où les pathologies décrites sont des réalités quotidiennes, et (b) sont structurellement indépendantes des principaux bénéficiaires de ces pathologies. La conception à majorité PRFI et centrée sur l'Afrique du PASC est censée répondre à cette critique par construction.
3. **L'adoption mondiale devrait s'appuyer sur la validation régionale, et non la supplanter.** Le DSM-H n'est pas présenté comme un « manuel mondial » achevé, mais comme un cadre régional rigoureusement validé que d'autres peuvent tester, adapter et critiquer. Le fait que le DSM-H ait été d'abord adopté par le PASC, puis enregistré le 21 novembre 2025 comme résultat de recherche scientifique national protégé auprès du Ministère de la Recherche Scientifique de la RDC, et intégré aux programmes d'études 2026 de trois universités congolaises comme référence obligatoire pour le droit de la santé et la gouvernance, reflète cette trajectoire ascendante. Il a été formellement transmis par le PASC à l'Union africaine et à l'OMS en tant que *cadre de référence* pour les travaux sur les déterminants coloniaux et structurels de la santé, plutôt que comme un remplacement des classifications existantes.

En d'autres termes, le DSM-H ne tente pas de « concurrencer » le DSM-5 ou les lignes directrices de l'OMS sur leur propre terrain. Il emprunte explicitement une voie différente : commencer par ceux qui vivent et travaillent dans les systèmes les plus lourdement touchés, concevoir une architecture de validation qui reflète cette réalité, puis inviter à un examen plus large. La comparaison du tableau S6.1 n'est pas destinée à dénigrer les processus du Nord, mais à rendre transparentes les raisons pour lesquelles, dans le domaine spécifique des préjudices structurels dans les systèmes de santé africains, un processus de validation ancré au niveau régional et structuré de manière décoloniale est plus susceptible de détecter, de nommer et de prioriser les syndromes qui comptent.

Note finale des auteurs :

L'axe de santé DSM-H, développé sous le protocole ATSS 1.2 du Conseil des normes panafricaines (PASC) avec une séparation des tâches appliquée et une surveillance

du Ministère de la RDC, opérationnalise quatre syndromes structurels (Préjudice de triage par péage, Négligence structurelle, Violence clinique genrée, Invisibilité juridique des victimes) comme des pathologies institutionnelles mesurables plutôt que des fautes individuelles ou des conséquences inévitables de la pauvreté. Le PTH ne pathologise pas les frais d'utilisation en soi, mais la subordination systématique de la vie humaine au paiement immédiat dans des situations mettant la vie en danger, une violation directe des axiomes civilisationnels africains de la sacralité de la vie (triade Nsiku–Nzola–Bisalu) et un résultat prévisible des hiérarchies coloniales persistantes. Loin de blâmer la rareté, le cadre lie explicitement l'épuisement professionnel des travailleurs et les interventions systémiques à faible coût à la réduction bidirectionnelle des préjudices. La fiabilité inter-juges (κ de Cohen 0,74–0,84), le livre de codes complet pré-enregistré, les analyses de sensibilité et les tableaux de codage bruts déposés sur Zenodo dépassent les normes de transparence couramment acceptées dans les essais cliniques occidentaux.

L'adoption par le PASC (consortium multi-parties prenantes, ICP cartographiés ISO, réduction documentée de 63 à 90 % des faux négatifs d'audit et de la vulnérabilité) et l'enregistrement scientifique national (RDC) visent à garantir que le cadre soit **rigoureusement validé par ceux qui portent le fardeau structurel** plutôt que par ceux qui profitent de sa non-reconnaissance. Le DSM-H n'est pas un substitut, mais un **complément nécessaire au droit de la santé, aux droits de l'homme et à l'amélioration de la qualité**.