

# De la faute individuelle à la responsabilité structurelle : application de l'axe santé du DSM-H au droit médical africain et aux préjudices maternels

Ehoke, A.; Nsiangani, K. (2025). V. CEMA - USK - Journal of Epistemology, 29(2), 1.

## Auteurs

Albert Ehoke\* (Université de Kinshasa | Université Simon Kimbangu, Doyen, Faculté des Sciences politiques, RDC)

Kibavuidi Nsiangani\* (Université Simon Kimbangu - CENA, Chef du département MEN-D, Kinshasa, RDC)

\*Contributeurs à égalité

## Auteur correspondant

Pr Albert Ehoke, Faculté de Droit, Université de Kinshasa, Kinshasa, RDC. Courriel : [jb.ehoke@unikin.ac.cd](mailto:jb.ehoke@unikin.ac.cd)

Mots-clés: Responsabilité structurelle, DSM-H, droit médical africain, pathologies institutionnelles, violence structurelle, équité en santé, Préjudice par Triage Payant (PTH), Négligence Structurelle (NS), Violence Clinique Genrée (VCG), Invisibilité Juridique des Victimes (IJV), cadre décolonial, République démocratique du Congo (RDC)

## Résumé

### Contexte

Les décès évitables et les dommages graves dans les systèmes de santé africains sont fréquemment consignés comme de simples « complications » isolées ou comme des négligences individuelles, ce qui masque les déterminants structurels du risque. La suspension, en 2025, des services d'urgence de l'Hôpital HJ et du Centre Médical Diamant à Kinshasa, après le décès de Divine Kumasamba à la suite d'une prise en charge retardée en lien avec des exigences de paiement, illustre la manière dont les barrières financières et les cultures organisationnelles limitent l'accès aux traitements vitaux. Des schémas comparables apparaissent dans les violences obstétricales à Kisangani, dans des affaires marquantes au Kenya, dans la crise médico-légale sud-africaine et dans les négligences peu judiciairisées au Nigeria. Cette présente recherche aborde la question sous l'angle systémique et propose des axes de prévention systémique et un cadre juridique axé sur la prévention et la responsabilité structurelle.

### Méthodes

Nous avons appliqué l'axe santé du DSM-H (Diagnostic and Statistical Manual of Human Structural Pathologies, 2025) à 17 unités de cas sélectionnées de manière raisonnée : des cas ou études africains emblématiques (RDC n=4, Kenya n=3, Afrique du Sud n=3, Nigeria n=3) et des comparateurs issus de pays à revenu élevé (États-Unis/Royaume-Uni n=4). Quatre syndromes ont été codés : Paywall Triage Harm (PTH), Structural Neglect (NS), Gendered Clinical Violence (VCG) et Legal Invisibility of Victims (IJV). Chacun comporte cinq critères observables, une échelle de gravité (0-3) et un indice de responsabilité institutionnelle (0-4). Deux codeurs (un développeur du DSM-H et un juriste indépendant de la santé) ont codé tous les cas ; le kappa de Cohen variait de 0,74 à 0,84 avant consensus. Les détails techniques et l'arrière-plan théorique sont présentés dans l'appendice supplémentaire. Les 17 unités de cas sont traitées comme des sondes structurelles plutôt que comme des unités statistiques destinées à estimer une prévalence.

### Résultats

Parmi les 12 unités de cas africaines, 70 % présentaient au moins deux syndromes d'une gravité modérée à élevée. NS était présent dans 10/12 unités, VCG dans 8/8 unités obstétricales, PTH dans 5/6 unités de soins d'urgence et IJV dans 7/12. Les comparateurs du Nord ont montré des configurations analogues de NS et de VCG touchant des patientes et patients minorisés malgré

---

des ressources plus importantes, les femmes noires faisant face à des ratios de mortalité maternelle deux à quatre fois supérieurs à ceux des femmes blanches.

### Interprétation

Les cadres médico-légaux centrés sur la faute, en RDC comme ailleurs, sous-détectent les pathologies institutionnelles. L'axe santé du DSM-H offre une taxonomie mesurable qui complète le droit en rendant les dommages structurels visibles et actionnables. L'intégration de tels outils dans la régulation, la gouvernance clinique et l'enseignement juridique pourrait déplacer la réponse de la seule faute individuelle vers une réforme systémique préventive et surtout, servir de base de prévention systémique en amont des incidents et contribuer significativement à améliorer les conditions de prise en charge.

## Introduction

Les décès évitables et les dommages graves dans les systèmes de santé africains sont souvent documentés comme des « complications », des « accidents » ou des négligences individuelles isolés. Ce cadrage au cas par cas limite la visibilité des déterminants structurels et restreint les possibilités de réforme systémique. En septembre 2025, le ministère de la Santé de la République démocratique du Congo (RDC) a suspendu les services d'urgence de l'Hôpital HJ et du Centre Médical Diamant à Kinshasa après le décès de Divine Kumasamba, une jeune femme souffrant d'une détresse abdominale aiguë dont la prise en charge aurait été retardée parce qu'elle ne pouvait pas payer immédiatement l'avance demandée. L'affaire a provoqué une action réglementaire rare et un débat public intense sur l'accès aux soins urgents.

Des motifs similaires apparaissent ailleurs sur le continent. Les études sur les violences obstétricales à Kisangani décrivent des

insultes verbales routinières, des procédures non consenties et des humiliations pendant le travail. Au Kenya, des affaires telles que celle de Josephine Majani ont révélé des femmes contraintes d'accoucher à même le sol et maltraitées par le personnel, conduisant les juridictions à reconnaître des violations de la dignité et des droits à la santé maternelle. La crise médico-légale sud-africaine en obstétrique a été alimentée par l'augmentation des demandes liées à des lésions et infections évitables, malgré la connaissance ancienne des manques de personnel et d'infrastructure. Au Nigeria, des chercheurs documentent une négligence répandue mais une très faible judiciarisation, en invoquant la pauvreté, l'inaccessibilité du droit et la défiance envers les institutions.

Les cadres médico-légaux standards en RDC et dans les pays voisins se concentrent sur la triade faute, dommage et lien de causalité, complétée par des dispositions relatives à l'information du patient et à la responsabilité hospitalière. Ces outils sont indispensables, mais ils peinent à nommer

et à quantifier les déterminants structurels du dommage tels que le triage fondé sur le paiement avant traitement, la banalisation du manque de respect obstétrical, le sous-effectif chronique ou la persistance de hiérarchies héritées de l'époque coloniale dans l'organisation des services. Une grande partie de la violence clinique reste juridiquement invisible, et les réformes ciblent plus souvent les individus que les systèmes.

Cet article répond à trois questions. Premièrement, comment des cas et études africains emblématiques apparaissent-ils lorsqu'on les lit à travers une grille diagnostique structurelle plutôt qu'à travers la seule faute individuelle ? Deuxièmement, l'axe santé du DSM-H (Diagnostic and Statistical Manual of Human Structural Pathologies, 2025) peut-il fournir une taxonomie cohérente et un système de cotation pour ce type de dommage ? Troisièmement, quelles sont les implications juridiques, politiques et cliniques du fait d'appréhender des décès comme celui de Divine Kumasamba comme l'expression de syndromes structurels plutôt que comme des erreurs isolées ?

Nous situons ce travail à l'intersection du droit médical congolais, de la recherche empirique sur les violences obstétricales et cliniques en Afrique, et d'un cadre décolonial émergent pour le diagnostic des pathologies institutionnelles. Le DSM-H a été développé en RDC, enregistré comme résultat scientifique national protégé, et adopté par le Pan-African Standards Council (PASC) comme cadre de référence pour les

évaluations structurelles en santé, en éducation, en justice et en gouvernance. Dans cet article, nous utilisons son axe santé de manière opérationnelle ; l'architecture théorique sous-jacente, y compris la triade éthique Nsiku-Nzola-Bisalu et les analyses psychohistoriques de la colonialité, est présentée en détail dans l'appendice supplémentaire.

Le cadre DSM-H prolonge le concept fondateur de violence structurelle popularisé par Paul Farmer, en passant d'une description large de la souffrance sociale à une nosologie plus précise et opérationnelle des comportements institutionnels. Alors que Farmer montrait comment de vastes forces sociales s'incarnent dans la pathologie individuelle, le DSM-H identifie des fautes de service spécifiques qui traduisent ces forces en dommages cliniques. Ce pont clinico-juridique est particulièrement pertinent pour la jurisprudence africaine ; dans le contexte kényan, par exemple, une focalisation étroite sur la seule négligence médicale individuelle ne parvient souvent pas à saisir les omissions institutionnelles qui caractérisent les défaillances systémiques des soins maternels. En opérationnalisant ces omissions sous forme de syndromes diagnostiques, le DSM-H offre des outils probatoires susceptibles d'aider à satisfaire aux seuils juridiques de prévisibilité et de standard de soins.

# Le droit médical congolais et ses angles morts structurels

## Droits, obligations et préjudice

Le droit médical congolais s'ancre dans les garanties constitutionnelles du droit à la vie et à la dignité ainsi que dans les principes civilistes régissant les obligations et la responsabilité. Les patients ne sont pas de simples partenaires contractuels ; ils sont titulaires de droits dans une relation structurellement asymétrique. La doctrine, telle qu'elle est consolidée dans le Manuel de droit médical rédigé par l'un de nous, souligne que les structures de soins supportent des obligations renforcées de sécurité, particulièrement dans les services d'urgence et de maternité. Ces obligations vont au-delà de la seule performance technique des praticiens et englobent les flux de patients, le triage, les délais et les conditions pratiques d'accès.

La responsabilité civile repose sur la faute, le dommage et la causalité. La faute peut être technique (par exemple, une procédure inappropriée), organisationnelle (par exemple, une interruption prévisible de la couverture des urgences) ou informationnelle (par exemple, l'absence

d'une information adéquate permettant un consentement éclairé). La notion de préjudice est centrale : préjudice corporel (atteinte à l'intégrité), préjudice moral (souffrance, indignité) et préjudice économique (coûts, perte de revenus). Dans la pratique actuelle, toutefois, les défaillances organisationnelles chroniques sont souvent diluées dans un générique « manque de moyens », ce qui affaiblit à la fois la preuve de la faute et la pleine reconnaissance du préjudice.

Les voies pénales et disciplinaires mobilisent des infractions générales, telles que l'homicide involontaire et la non-assistance à personne en danger, ainsi que les codes professionnels. Elles sont rarement utilisées dans les cas de défaillance systémique, car la charge probatoire pèse sur les individus et la responsabilité institutionnelle demeure difficile à qualifier. La responsabilité administrative, qui distingue la faute personnelle de la faute de service pour les établissements publics ou délégués, reste sous-utilisée comme vecteur de responsabilité structurelle.

À la différence de certains systèmes à revenu élevé, la RDC ne dispose pas d'un régime global d'indemnisation sans faute pour les accidents médicaux graves. Les juridictions sont donc poussées soit à étirer la notion de faute individuelle dans des affaires complexes, soit à qualifier les événements graves de « complications inévitables », laissant les victimes sans réparation. Cela est injuste tant pour les patients que pour les cliniciens : les

premiers voient un dommage évitable rester sans reconnaissance ; les seconds peuvent être tenus pour responsables de défaillances enracinées dans les politiques publiques et l'organisation.

## Héritages coloniaux et miroirs globaux

Ces difficultés juridiques et institutionnelles ne surgissent pas dans le vide. Les travaux historiques sur la médecine coloniale montrent que les politiques sanitaires africaines étaient explicitement structurées autour de hiérarchies raciales et économiques, avec des réseaux de services conçus pour protéger les enclaves européennes et les zones productives tout en limitant la prise en charge des populations africaines au maintien de la force de travail et au contrôle des épidémies. Les justifications d'investissement invoquaient fréquemment de prétendues différences raciales de « résistance » et de « valeur économique », traitant implicitement certains corps comme plus dispensables que d'autres.

Les systèmes de santé postindépendance ont hérité de cette architecture inégalitaire. L'ajustement structurel et les frais à l'usage ont consolidé des environnements dans lesquels l'accès aux soins dépend davantage de la position socio-économique et spatiale que d'un droit universel. Les élites locales gèrent souvent ces institutions dans un horizon façonné par des conditionnalités externes et des hiérarchies intériorisées, si bien que certains patients peuvent

littéralement mourir à la porte de l'hôpital sans déclencher un examen systémique. L'un de nous a caractérisé plus tôt de telles configurations en termes de « dark tetrad » institutionnelle — narcissisme, machiavélisme, psychopathie et sadisme banal — opérant au niveau des structures plutôt que des individus.

Ces schémas ne sont pas propres à l'Afrique. Une littérature robuste issue de pays à revenu élevé documente le racisme structurel dans les systèmes de santé, où la couleur de peau et la classe sociale façonnent l'accès, la qualité et les résultats indépendamment du revenu et de l'assurance. Des analyses récentes portant sur plus de 700 000 admissions en unités néonatales en Angleterre et au pays de Galles montrent une mortalité plus élevée chez les bébés de mères noires que chez ceux de mères blanches après ajustement des facteurs obstétricaux et socio-économiques connus. Dans les services d'urgence d'Amérique du Nord, les patients minorisés subissent des attentes plus longues, des scores de triage plus faibles et une moindre probabilité de recevoir des antalgiques puissants pour une sévérité clinique comparable. Les femmes d'ascendance africaine rapportent des formes de maltraitance obstétricale remarquablement proches de celles documentées au Nigeria et en RDC.

Pris ensemble, ces éléments rendent difficile de présenter les politiques congolaises d'urgences conditionnées par le paiement ou les violences obstétricales à Kisangani comme de simples anomalies

locales isolées. Ils pointent plutôt vers une architecture partagée du dommage structurel, façonnée par les histoires coloniales et l'économie politique contemporaine, dans laquelle certaines vies bénéficient systématiquement de moins de protection.

## **Ré-ancrer le droit dans les principes civilisationnels congolais**

En tant que juristes congolais, nous considérons que le droit n'est pas une couche technique neutre ; il constitue l'expression codifiée de principes civilisationnels. Lorsqu'un pays indépendant continue à traiter des normes importées comme du « droit moderne » et ses propres traditions juridiques comme secondaires ou simplement « coutumières », il vit en réalité sous une forme de colonialité juridique.

En RDC, cette dualité est visible dans le droit de la santé et de la famille. Pendant la période coloniale, des normes belges ont été imposées sur des questions telles que la maturité sexuelle, fixée à 11 puis 13 ans, en contraste net avec les traditions congolaises où l'initiation sexuelle n'était pas une affaire de chiffre fixe mais de préparation psychologique, cognitive et physique appréciée dans des processus communautaires. Continuer d'appliquer de tels seuils sans débat efface une compréhension autochtone sophistiquée de la protection et du développement.

Dans *Pan-Africanism Reimagined* et *Aliénation*, l'un de nous a soutenu que nombre de lois postcoloniales demeurent subordonnées à des cadres conçus ailleurs, souvent pour des intérêts externes. Si la logique profonde de ces cadres est de privilégier la productivité économique et la stabilité géopolitique au détriment de l'inviolabilité de chaque personne, il n'est pas surprenant qu'ils peinent à traiter l'injustice structurelle en santé. Un droit né d'une culture coloniale est structurellement plus susceptible de laisser intactes des formes coloniales d'injustice.

Nous soutenons donc que la réforme du droit de la santé en RDC devrait partir explicitement de principes civilisationnels locaux, notamment la sacralité de la vie, l'inviolabilité du corps et la responsabilité communautaire envers les personnes vulnérables. L'axe santé du DSM-H ne remplace pas le Code ; il opérationnalise ces principes en traitant les institutions comme capables de « tomber malades » et en mesurant à quel point elles se sont éloignées du devoir de protéger la vie. Le cadre théorique associé est détaillé en annexe ; dans le texte principal, nous nous concentrons sur son usage opérationnel.

## **L'axe santé du DSM-H comme cadre complémentaire**

Les manuels diagnostiques centrés sur l'individu, tels que le DSM-5, n'offrent aucun outil pour caractériser des institutions qui nuisent de manière prévisible à certains groupes. Le DSM-H comble cette lacune en traitant les structures — hôpitaux, écoles, forces de police, organisations médiatiques, administrations — comme des « patients » potentiels présentant des pathologies observables.

L'axe santé définit quatre syndromes centraux pour cette étude : Paywall Triage Harm (PTH), c'est-à-dire le conditionnement systématique des soins d'urgence à la capacité de payer, y compris dans des situations mettant la vie en danger ; Structural Neglect (NS), soit des déficits chroniques et bien documentés en personnel, équipement ou procédures de base produisant des dommages évitables ; Gendered Clinical Violence (VCG), soit des abus verbaux, physiques ou procéduraux routiniers envers les femmes en contexte clinique, en particulier en obstétrique ; et Legal Invisibility of Victims (IJV), c'est-à-dire des contextes dans lesquels les victimes disposent formellement de droits mais se heurtent, en pratique, à de telles barrières que les recours demeurent rares.

Chaque syndrome comporte trois éléments : un ensemble de cinq critères observables ; un score de gravité allant de 0 (absent) à 3 (grave, avec répétition de dommages sérieux et absence de réforme significative) ; et un indice de responsabilité institutionnelle allant de 0 (indéterminé) à 4 (principalement imputable à des

politiques et décisions prises à des niveaux supérieurs).

Au regard du droit, ces syndromes ne créent pas de nouvelles infractions. Ils fournissent un langage permettant de décrire le contexte structurel dans lequel les actes individuels surviennent, d'éclairer l'appréciation de la faute de service, la hiérarchisation des interventions réglementaires et la conception de devoirs préventifs, tels que l'interdiction explicite des avances exigées en urgence. Le codebook complet figure dans l'appendice supplémentaire ; nous en résumons ici l'application empirique.

Tableau 1. Syndromes de l'axe santé du DSM-H et liens illustratifs avec le droit médical congolais

Syndr ome	Descript ion	Critères observables illustratifs (>=3/5)	Ancrage juridiqu e principa l dans la doctrine congolai se
Payw all Triag e Harm (PTH )	Soins urgents systéma tiqueme nt conditio nnés par la	Avance exigée avant les soins d'urgence ; retards ou refus liés au paiement ;	Violatio n de l'obligat ion renforcé e de sécurité ;

	capacité de payer.	issue grave liée au retard ; politique explicite ou pratique répétée ; absence de réforme significative après alerte.	atteinte au droit à la vie.
Structural Neglect (NS)	Déficits chroniques produisant des dommages évitables.	Alertes répétées (>12 mois) sur le personnel ou l'équipement ; déficits connus ignorés ; dommages cohérents avec ces déficits ; rapports internes ou externes ; absence de plan correctif crédible.	Faute d'organisation ou de service ; responsabilité administrative.

Gendered Clinical Violence (VCG)	Maltraitance routinisée des femmes dans les contextes cliniques.	Insultes verbales ou menaces ; procédures non consenties ; refus d'analgésie ; exposition disproportionnée ; témoignages convergents répétés.	Préjudice moral ; atteinte à la dignité et à l'intégrité corporelle.
Legal Invisibility of Victims (IJV)	Des droits formels existent, mais la réparation est pratiquement inaccessible.	Contentieux très faible malgré le dommage ; barrières de coût, de peur ou de distance ; aide juridique faible ; mécanismes de plainte peu accessibles ; faible suite institutionnelle.	Déni de recours effectif ; érosion des droits constitutionnels .

## Méthodes

### Plan d'étude et corpus

Nous avons mené une analyse comparative de cas structurels à l'aide de l'axe santé du DSM-H. L'unité d'analyse était l'« unité de cas », définie soit comme (a) une affaire juridique formellement documentée (jugement, décision réglementaire) relative à un dommage médical ; soit comme (b) une étude empirique évaluée par les pairs ou un rapport détaillé documentant une maltraitance clinique.

Nous avons constitué de manière raisonnée un corpus de 17 unités de cas : RDC (n=4) : le cas d'urgence HJ/Divine Kumasamba ; une étude empirique sur les violences obstétricales à Kisangani ; et deux groupes documentés de dommages obstétricaux ou néonataux ayant fait l'objet d'une couverture réglementaire ou médiatique. Kenya (n=3) : l'affaire Josephine Majani et deux autres affaires relatives aux droits maternels impliquant des conditions abusives et des retards de prise en charge. Afrique du Sud (n=3) : des jugements représentatifs de faute obstétricale et des rapports de politique publique issus de la période de forte montée des contentieux médico-légaux. Nigeria (n=3) : des analyses doctrinales et des rapports empiriques sur la négligence et la sous-judiciarisation. États-Unis/Royaume-Uni (n=4) : de grandes études quantitatives et des revues sur les disparités maternelles ou néonatales racialisées et les inégalités dans les services

d'urgence, sélectionnées comme comparateurs.

### Approche épistémologique : sondes structurelles et prédiction historique

L'hétérogénéité des matériaux de source — décisions judiciaires, décisions réglementaires et études empiriques — est intentionnelle : nous traitons chaque unité de cas comme une sonde structurelle capable de révéler une pathologie institutionnelle, plutôt que comme un point statistique destiné à estimer une prévalence. De la même manière qu'une biopsie et une IRM sont deux modalités distinctes utilisées pour détecter une même tumeur sous-jacente, les jugements juridiques et les observations cliniques servent ici de modalités distinctes pour détecter les mêmes syndromes structurels.

Les critères diagnostiques appliqués sont les formes opérationnalisées des traits structurels de la « Dark Tetrad » identifiés dans Nsiangani (2010, 2014) et modélisés mathématiquement dans des analyses antérieures de la gouvernance coloniale. Nous avons alors montré que les « dark tetrad traits of empire » prédisent mathématiquement un spectre de conséquences à plusieurs niveaux de la société, notamment en santé et dans l'administration de la justice. L'évolution vers la nomenclature « DSM-H » fait suite à la revue du Pan-African Standards Council

(PASC) afin de l'aligner sur les cadres de normalisation. En conséquence, les unités de cas de 2025 servent ici de confirmations validatrices, de type manuel, de ces modèles prédictifs antérieurs, démontrant que des syndromes tels que Paywall Triage Harm ne sont pas des accidents aléatoires mais des produits prévisibles de l'architecture institutionnelle décrite il y a quinze ans. Nous utilisons les traits de la dark tetrad comme des traits fonctionnels des systèmes impériaux, ainsi que comme des catégories diagnostiques opérationnelles fondées sur des comportements et politiques institutionnels observables.

## Codage DSM-H

Pour chaque unité de cas, nous avons extrait les éléments factuels pertinents au regard des quatre syndromes (PTH, NS, VCG, IJV). Le codebook complet figure en annexe S2. En bref, chaque syndrome était codé comme présent lorsque au moins trois des cinq critères étaient satisfaits sur la base des données extraites.

Par exemple, les critères du PTH incluaient des politiques ou pratiques documentées conditionnant les soins d'urgence au versement d'avances, des preuves de retards directement liés au paiement, et au moins une issue grave plausiblement attribuable à ces retards. Les critères du NS incluaient des signalements répétés de sous-effectif ou de pannes d'équipement, des alertes ou rapports internes documentés, et des dommages évitables cohérents avec ces déficits. Les critères du

VCG incluaient des témoignages convergents sur des insultes verbales, des procédures non consenties ou un refus d'analgésie en obstétrique. Les critères du IJV incluaient de très faibles taux de contentieux malgré des dommages documentés, des barrières de coût ou de peur, et l'absence de mécanismes de plainte accessibles.

La gravité (0-3) et la responsabilité (0-4) ont ensuite été attribuées à l'aide de seuils prédéfinis, avec des exemples au tableau 1.

## Procédure de codage et fiabilité

Deux codeurs ont participé. L'un (KN) a contribué au développement du DSM-H et possède une expérience clinique ; l'autre est un juriste indépendant de la santé, sans implication dans la conception du DSM-H, mais expérimenté dans l'enseignement du droit médical. Les deux codeurs ont reçu les mêmes résumés de cas avec des identifiants anonymisés.

Le codage a procédé en trois étapes. Premièrement, codage indépendant : chaque codeur a attribué de manière indépendante la présence ou l'absence, ainsi que les scores de gravité et de responsabilité, pour chaque syndrome dans chaque cas. Deuxièmement, évaluation de la fiabilité : nous avons calculé le kappa de Cohen pour la présence ou l'absence de chaque syndrome à travers les 17 unités de cas ; il variait de 0,74 à 0,84 selon les syndromes, ce qui indique un accord

substantiel. Troisièmement, consensus : les divergences ont été discutées et résolues de manière prudente, en retenant le niveau de gravité le plus bas lorsque les preuves étaient ambiguës. L'annexe S2 présente les distributions avant et après consensus.

L'étude n'a utilisé que des données secondaires appartenant au domaine public, sans contact direct avec des patients ; une approbation éthique formelle n'était donc pas requise au regard de la réglementation actuellement en vigueur en RDC.

## Limites

L'échantillonnage raisonné et la taille limitée du corpus ne visent pas la représentativité. L'analyse présente un biais de visibilité en faveur des cas ayant donné lieu à une documentation et à un plaidoyer. La qualité et le niveau de détail varient selon les sources, et le codage conserve une part interprétative malgré des critères explicites. Pour répondre à ces réserves, le document source renvoie le lecteur aux tableaux de codage complets, aux analyses de sensibilité et aux matrices de sources figurant dans l'appendice supplémentaire.

## Résultats

L'indice de responsabilité institutionnelle (0-4) permet une cartographie fine des moteurs du dommage. Dans le cas ID 1 (Divine Kumasamba), l'attribution d'un score de niveau 4 (Système) indique que le retard fatal n'était pas le résultat d'un

simple oubli du personnel (niveau 0) ni de l'erreur d'un seul établissement (niveau 3), mais le produit prévisible d'une tolérance réglementaire de niveau national à l'égard des exigences de paiement avant traitement. Cette distinction est cruciale pour dépasser la seule faute individuelle et aller vers une réforme réglementaire systémique.

## Vue d'ensemble des syndromes dans les unités de cas africaines

Parmi les 12 unités de cas africaines, la majorité présentait des signatures structurelles nettes (tableau 2). Structural Neglect (NS) était présent dans 10/12 unités, souvent avec des scores de gravité de 2 ou 3. Les traits typiques comprenaient un sous-effectif chronique dans les maternités, des pannes persistantes d'équipement et des déficits longtemps documentés dans le contrôle des infections.

Gendered Clinical Violence (VCG) a été identifiée dans les 8 unités de cas obstétricales, avec une gravité de 2 à 3. Les études empiriques menées à Kisangani faisaient état de procédures non consenties et d'insultes verbales dans plus de la moitié des accouchements observés, tandis que les cas kényans et sud-africains décrivaient des traitements humiliants, une exposition inutile et un refus d'analgésie.

Paywall Triage Harm (PTH) était présent dans 5/6 unités de soins d'urgence, y compris dans le cas HJ. Dans HJ, des sources

convergentes indiquaient que la capacité de payer déterminait la rapidité et l'exhaustivité de l'accès, avec au moins un décès plausiblement lié à ces retards.

Legal Invisibility of Victims (IJV) apparaissait dans 7/12 unités de cas africaines. Malgré l'existence de preuves de dommages largement répandus, les contentieux et plaintes formelles demeuraient rares, ce qui reflète des barrières de coût, la peur de représailles, le manque d'information accessible et la faiblesse des structures d'aide juridique.

Tableau 2. Résumé du codage des syndromes DSM-H dans 12 unités de cas africaines

Pays et contexte	Unités (n)	PT H >= 2	NS >= 2	VC G >= 2	IJV >= 2 / Unités avec >=2 syndromes
RDC (urgences et maternité)	4	3/4	4/4	3/4	2/4 ; 4/4 unités avec >=2 syndromes

Kenya (contentieux sur les droits maternels et études)	3	1/3	3/3	3/3	3/3 ; 3/3 unités avec >=2 syndromes
Afrique du Sud (crise médico-légale obstétricale)	3	0/3	3/3	2/3	2/3 ; 3/3 unités avec >=2 syndromes
Nigeria (négligence et sous-judiciarisation)	3	1/3	2/3	2/3	3/3 ; 3/3 unités avec >=2 syndromes
Comparateurs Nord (États-Unis/R.-U., illustratifs)	4	—	—	—	—

Échelle de gravité : 0 = absent, 1 = léger, 2 = modéré, 3 = grave ou décès répétés sans réforme.

Au total, 70 % des unités de cas africaines présentaient au moins deux syndromes d'une gravité modérée à élevée ( $\geq 2$ ). Plusieurs unités combinaient un NS et un VCG de forte gravité avec IJV, indiquant des environnements où des dommages répétés et genres coexistaient avec de faibles voies de réparation.

## Illustrations de cas

Dans l'affaire HJ/Divine Kumasamba, le PTH a été codé avec une gravité de 3 et une responsabilité de 4. Les soins d'urgence dans une situation mettant la vie en danger étaient effectivement conditionnés à la capacité de verser une avance substantielle. L'indice de responsabilité reflétait l'interaction entre des politiques propres à l'établissement et une tolérance réglementaire plus large à l'égard du paiement préalable en situation d'urgence.

Dans les maternités de Kisangani, VCG et NS interagissaient. La surpopulation et le sous-effectif chronique (NS) créaient des conditions propices à des procédures précipitées, non consenties, et à une communication méprisante (VCG). Les témoignages des femmes décrivaient des insultes, des gifles ou des abandons pendant le travail. Malgré cela, les plaintes formelles restaient rares, ce qui soutenait le codage IJV.

Dans le contentieux obstétrical sud-africain, NS dominait. Les rapports d'experts mettaient en évidence des lésions évitables liées à des déficits anciens de capacité en

soins intensifs néonataux, à l'absence de protocoles et à la surcharge du personnel. Les scores de gravité reflétaient l'ampleur du dommage et la durée pendant laquelle les risques critiques étaient connus.

Dans les unités de cas nigérianes, NS et IJV formaient une association récurrente. Les rapports documentaient un contrôle infectieux défaillant et des manquements aux soins de base. Les patients et leurs familles n'engageaient souvent pas de recours, invoquant la défiance et le coût. Les auteurs soutenaient que les cadres juridiques existaient formellement mais demeuraient inaccessibles.

## Convergence Nord-Sud

Les quatre comparateurs à haut revenu ont montré des schémas analogues aux syndromes africains, bien que dans des contextes institutionnels différents. Des études menées au Royaume-Uni et aux États-Unis rapportaient des ratios de mortalité maternelle deux à quatre fois plus élevés pour les femmes noires que pour les femmes blanches, même après ajustement des variables socio-économiques et cliniques. Les recherches en services d'urgence documentaient des scores de triage plus faibles et une probabilité réduite de recevoir des antalgiques puissants pour les patients minorisés à gravité comparable. Les travaux qualitatifs sur la maltraitance obstétricale vécue par des femmes noires et latinas en Amérique du Nord décrivaient des expériences d'incrédulité, de négligence

et de coercition similaires aux témoignages africains.

Nous n'avons pas appliqué le schéma complet de codage DSM-H à ces unités à haut revenu, mais les motifs observés s'alignent sur NS et VCG. La présence de telles signatures dans des environnements riches en ressources appuie l'hypothèse selon laquelle ce sont les déterminants structurels, et non le seul niveau absolu de ressources, qui façonnent les dommages évitables.

Tableau 3. Signatures structurelles illustratives dans des comparateurs à haut revenu (non codés formellement)

Contexte	Population concernée	Résultat principal	Analogie de syndrome structurel
Unités néonatales d'Angleterre et du pays de Galles (2012-2022)	Bébés de mères noires vs blanches	Mortalité environ 1,8 fois plus élevée après ajustement socio-économique et clinique	NS (+ VCG possible)

Services d'urgence aux États-Unis	Patients noirs et hispaniques vs blancs	Priorité de triage plus faible, attentes plus longues, moindre recours à des antalgiques puissants à sévérité équivalente	Analogie NS + PTH
Soins obstétricaux aux États-Unis	Femmes noires et latines vs femmes blanches	Taux plus élevés d'insultes verbales, de procédures non consenties et d'incrédulité face à la douleur.	VCG
Services de maternité au Royaume-Uni	Femmes noires vs femmes blanches	Ratio de mortalité maternelle 3 à 4 fois plus élevé ; les thèmes de maltraitance reflètent	VCG + NS

		les témoignages africains	
--	--	---------------------------	--

## Interprétation

Nos résultats suggèrent que des événements actuellement décrits comme des « accidents », des « complications » ou des négligences isolées dans les systèmes de santé africains portent souvent des signatures structurelles nettes lorsqu'ils sont examinés à travers l'axe santé du DSM-H. La prédominance de Structural Neglect et de Gendered Clinical Violence, fréquemment associées à Legal Invisibility of Victims, renvoie à des environnements où certains types de dommages sont des produits prévisibles de la manière dont les services sont organisés, financés et gouvernés.

Bien qu'élaboré en se concentrant sur le système civiliste congolais, le DSM-H a été conçu pour être neutre à l'égard des traditions juridiques. Dans les juridictions de droit civil, il fournit une base probatoire structurée permettant de distinguer la faute personnelle de la faute de service. Dans les systèmes de common law, tels que les comparateurs kényan et britannique, l'accent mis par le cadre sur la prévisibilité et la négligence systémique correspond directement aux exigences juridiques de prévisibilité et de standard de soins.

## Implications pour le droit médical congolais

Pour le droit congolais, l'axe santé du DSM-H offre une couche complémentaire plutôt qu'un paradigme concurrent. Il aide à traduire des intuitions doctrinales reconnues de longue date en catégories opérationnelles.

Faute de service et responsabilité structurelle. Lorsque NS ou PTH sont documentés avec des indices élevés de gravité et de responsabilité, il devient plus aisé de soutenir que le dommage procède de fautes de service plutôt que des seuls actes individuels. Cela peut appuyer la responsabilité administrative et des mesures réglementaires ciblées.

Reconnaissance du préjudice. Le caractère systématique du VCG et du NS souligne que le préjudice n'est pas seulement corporel et économique ; il est aussi moral et civique, affectant la dignité, la confiance et la citoyenneté. Un raisonnement juridique qui reconnaît explicitement ces dimensions peut mieux saisir le dommage subi.

Devoirs préventifs. Les indicateurs DSM-H peuvent éclairer la conception d'obligations positives, telles que des interdictions statutaires explicites du triage fondé sur les avances en situation d'urgence, des niveaux minimaux de personnel et de formation dans les maternités, ainsi que le signalement et le suivi obligatoires des maltraitements obstétricaux.

Nous soutenons que l'intégration, dans le droit médical, de diagnostics structurels de type DSM-H s'aligne sur les principes civilisationnels congolais de la sacralité de la vie. Elle permet au droit de nommer et de traiter des « maladies » institutionnelles qui érodent cette sacralité, au lieu de limiter son regard à la seule faute individuelle prise isolément.

## **Applications en politiques publiques et en gouvernance**

Au cœur de l'utilité juridique de ce cadre se trouve la distinction entre faute personnelle (erreur médicale individuelle) et faute de service (défaillance institutionnelle). L'indice de responsabilité institutionnelle (0-4) fournit la matière probatoire requise pour la responsabilité administrative en quantifiant l'endroit où réside le moteur d'un syndrome. Un cas codé au niveau 4 (Système) indique que le dommage résultant n'était pas un accident imprévisible, mais un produit prévisible de politiques nationales de régulation ou de financement. En droit civil, cela établit la faute de service en prouvant que le fonctionnement normal de l'institution était en lui-même défectueux ; en common law, cela établit une violation du standard of care en démontrant que le dommage était une conséquence prévisible d'une négligence systémique.

Au-delà des tribunaux, les indicateurs DSM-H peuvent être intégrés à la

gouvernance du système de santé. Régulation : les ministères et agences de régulation peuvent utiliser les scores de gravité et de responsabilité DSM-H comme déclencheurs d'audits, d'autorisations conditionnelles ou de soutiens ciblés. Les structures présentant des scores PTH élevés pourraient être tenues de supprimer les avances en urgence comme condition de fonctionnement.

Gestion hospitalière : les conseils d'administration des hôpitaux peuvent inclure les indicateurs NS et VCG dans leurs tableaux de bord, les suivre dans le temps et les intégrer aux évaluations de performance. Par exemple, des enquêtes régulières sur l'expérience des patients peuvent alimenter le suivi du VCG.

Formation : l'intégration des concepts du DSM-H dans les cursus de médecine, de soins infirmiers et de droit peut former les futurs professionnels à reconnaître les dommages structurels et à comprendre leur rôle dans leur prévention.

Le DSM-H a déjà été adopté par le PASC comme référence pour les standards de santé institutionnelle et il est introduit à partir de 2026 dans des curricula de troisième cycle de plusieurs universités congolaises. Ses fondements théoriques plus larges, y compris la triade éthique Nsiku-Nzola-Bisalu et la notion de traits institutionnels de dark tetrad, sont détaillés dans l'appendice afin de maintenir le texte principal centré sur les dimensions empiriques et politiques.

## Limites et étapes suivantes

Cette étude présente des limites claires. L'échantillon est petit et sélectionné de manière raisonnée ; il capte des cas fortement visibles plutôt qu'une coupe représentative. La qualité des sources varie et certains scores de gravité reposent sur des informations incomplètes. Le codage comporte une part de jugement interprétatif malgré des critères explicites.

Néanmoins, les schémas observés sont cohérents à travers plusieurs pays et s'alignent sur une littérature quantitative indépendante portant sur les inégalités en matière de soins maternels et d'urgence, tant dans les contextes africains que dans les pays à haut revenu. À ce titre, ils fournissent une preuve de concept plausible pour un diagnostic structurel fondé sur le DSM-H.

Les prochaines étapes incluent l'application de l'axe santé du DSM-H à des ensembles de données plus vastes et collectés de manière systématique, tels que les rapports d'incidents hospitaliers, la validation des seuils de gravité au regard des résultats observés, et la co-construction d'outils réglementaires informés par le DSM-H avec les ministères, les ordres professionnels et les organisations de la société civile.

## Conclusion

Des décès comme celui de Divine Kumasamba, les violences obstétricales à Kisangani, les décisions kényanes relatives à des conditions d'accouchement dégradantes, le contentieux obstétrical sud-africain et les négligences peu judiciairisées au Nigeria ne constituent pas une simple série d'événements malheureux. Ils reflètent des schémas récurrents façonnés par l'histoire, les politiques publiques et la conception institutionnelle. Les cadres médico-légaux actuels en RDC et dans des contextes comparables restent essentiels, mais ils n'ont pas été conçus pour diagnostiquer et quantifier de tels schémas.

L'axe santé du DSM-H offre une manière structurée de rendre visibles ces pathologies. En nommant des syndromes tels que Paywall Triage Harm, Structural Neglect, Gendered Clinical Violence et Legal Invisibility of Victims, et en notant la gravité et la responsabilité, il fournit une taxonomie qui peut compléter le droit, éclairer les politiques publiques et guider la gouvernance. Son cadre théorique profond est afrocentré et décolonial, mais ses formes opérationnelles parlent le langage de l'équité mondiale en santé et de la science de l'implémentation.

En définitive, la question est de savoir si les systèmes de santé continueront à répondre aux décès évitables en isolant quelques praticiens, ou s'ils accepteront que les structures elles-mêmes puissent tomber malades et nécessiter un traitement. Intégrer des diagnostics de type DSM-H dans le droit congolais et africain de la santé

constitue une manière de passer de la faute individuelle à la responsabilité structurelle, et de l'indignation épisodique à une protection durable des vies que le droit est censé tenir pour sacrées.

## Note sur la transparence des données

Cette étude respecte les lignes directrices SRQR (Standards for Reporting Qualitative Research). Le manuel de codage DSM-H et la matrice sous-jacente des unités de cas (fichiers de données S2 et S3) sont identifiés dans la publication source comme faisant partie du matériel supplémentaire. Les construits théoriques relatifs aux pathologies institutionnelles sont opérationnalisés au travers du cadre du Pan-African Standards Council (PASC) afin de favoriser la reproductibilité transfrontalière.

## Contributeurs

J-B Ehoke et K Nsiangani ont conçu conjointement l'étude. J-B Ehoke a dirigé l'analyse et le cadrage juridiques. K Nsiangani a dirigé le développement du DSM-H et le codage structurel. Les deux auteurs ont contribué à l'interprétation des données et à la rédaction du manuscrit, puis ont approuvé la version finale.

## Déclaration d'intérêts

K Nsiangani est le principal développeur du cadre DSM-H. Afin de réduire les biais, tous les codages structurels ont été revérifiés par un juriste indépendant, et la publication source renvoie le lecteur aux codebooks et procédures complets figurant dans l'appendice supplémentaire. J-B Ehoke ne déclare aucun intérêt concurrent.

## Remerciements

Nous remercions le Pan-African Standards Council (PASC) et l'Université Simon Kimbangu - CENA pour leur appui institutionnel, ainsi que les collègues de l'UNIKIN pour leurs observations sur les premières versions. Aucun financement spécifique n'a été reçu pour ce travail.

## Références

1. Farmer PE. Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor. Berkeley: University of California Press; 2003.
2. Farmer PE, Nizeye B, Stulac S, Keshavjee S. Structural violence and clinical medicine. *PLoS Med.* 2006;3(10):e449. doi:10.1371/journal.pmed.0030449.
3. Kimani M. Medical Negligence in Kenya: A Legal and Ethical Perspective. Nairobi: LawAfrica Publishing; 2018.
4. Shalev S. A Sourcebook on Solitary Confinement. London: Mannheim Centre for Criminology; 2008.

6. Packard RM. *White Plague, Black Labor: Tuberculosis and the Political Economy of Health and Disease in South Africa*. Berkeley: University of California Press; 1989.
7. Vaughan M. *Curing Their Ills: Colonial Power and African Illness*. Stanford: Stanford University Press; 1991.
8. Hunt NR. *A Colonial Lexicon: Of Birth Ritual, Medicalization, and Mobility in the Congo*. Durham: Duke University Press; 1999.
9. Lagarde M, Palmer N. The impact of user fees on health service utilization in low- and middle-income countries: How strong is the evidence? *Bull World Health Organ*. 2008;86(11):839-48. doi:10.2471/BLT.07.049197.
10. Ridde V, Morestin F. A scoping review of the literature on the abolition of user fees in health care services in Africa. *Health Policy Plan*. 2011;26(1):1-11. doi:10.1093/heapol/czq021.
11. Rowden R. The ghosts of user fees past: exploring accountability for victims of a 30-year economic policy mistake. *Health Hum Rights*. 2013;15(2):175-85.
12. Gee GC, Ford CL. Structural racism and health inequities: old issues, new directions. *Du Bois Rev*. 2011;8(1):115-32. doi:10.1017/S1742058X11000130.
13. Bailey ZD, Krieger N, Agénor M, Graves J, Linos N, Bassett MT. Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. *Lancet*. 2017;389(10077):1453-63. doi:10.1016/S0140-6736(17)30569-X.
14. Williams DR, Lawrence JA, Davis BA. Racism and health: evidence and needed research. *Annu Rev Public Health*. 2019;40:105-25. doi:10.1146/annurev-publhealth-040218-043750.
15. Saberian S, Taylor-Robinson D, et al. Inequalities in neonatal unit mortality in England and Wales: a retrospective cohort study, 2012-2022. *Lancet Child Adolesc Health*. 2025;9(12):857-67.
16. University of Liverpool. Study reveals stark socio-economic and ethnic inequalities in neonatal units. Liverpool: University of Liverpool; 2025.
17. NHS Race and Health Observatory. Mapping existing policy interventions to tackle ethnic health inequalities in maternal and neonatal health in England: Scoping review. London: NHS Race and Health Observatory; 2022.
18. Five X More. Black maternity experiences: Experiences of Black women and birthing people in the UK. London: Five X More; 2025.
19. Owens PL, Moore BJ, Mutter R, Barrett ML. Patient race, ethnicity, and care in the emergency department: a scoping review of the literature. *Can J Emerg Med*. 2020;22(2):245-59. doi:10.1017/cem.2019.417.

- 
20. Joseph JW, Allen IE, Hinami K, Meltzer DO. Association of race, ethnicity, and primary language with emergency department triage scores and outcomes. *JAMA Netw Open*. 2023;6(10):e2336569. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.36569 .
21. Vedam S, Stoll K, Taiwo TK, et al. The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reprod Health*. 2019;16:77. doi:10.1186/s12978-019-0729-2.
22. Garcia LM. Obstetric violence in the United States and other high-income countries: an integrative review. *Sex Reprod Health Matters*. 2024;31(1):2322194.
23. Kisa A. Structural racism as a fundamental cause of health inequities. *Int J Equity Health*. 2025;24:26.
24. Nsiangani K. *The Dark Tetrad Traits of Empire: Clinical Patterns of Narcissism, Machiavellianism, Psychopathy and Sadism in Colonial Power*. Kinshasa: CENA/Université Simon Kimbangu; 2014.
25. Nsiangani K. *From Mvemba Nzinga to Modern Puppets: Colonial Patterns of Leadership in Contemporary Congo*. Kinshasa: CENA/USK; 2016.
26. Nsiangani K. NSIKU-NZOLA-BISALU comme cadre d'éthique afro-clinique: réparer la négligence médicale en Afrique et dans la diaspora sous psycho-pathologies néo-coloniales. *RAEST*. 2025. doi:10.5281/zenodo.17517090.
27. Nsiangani K. *DSM-H: Diagnostic and Statistical Manual of Human Structural Pathologies*. Kinshasa: Université Simon Kimbangu - CENA; 2025.
28. Pan-African Standards Council. *Institutional Health & Governance Quality Standards (v1.0): Building on DSM-H for Structural Assessments*. Dakar: PASC Institute; 2025.
29. Nsiangani K. *Pan-Africanism Reimagined*. Kinshasa: Katiopia; 2010.
30. Nsiangani K. *Aliénation*. Kinshasa: Katiopia; 2010.