

# 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 système 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 genrés 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 latinas 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

A Ehoke et K Nsiangani ont conçu conjointement l'étude. A 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. A 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.

# From individual blame to structural accountability

Applying the DSM-H health axis in African medical law and maternal harm

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

DOI: 10.5281/zenodo.17728586

## Authors

Albert Ehoke\* (Université de Kinshasa | Université Simon Kimbangu, Dean, Faculty of Political Sciences, DRC)

Kibavuidi Nsiangani\* (Université Simon Kimbangu - CENA, Head of Department MEN-D, Kinshasa, DRC)

\*Equal contributors

## Corresponding author

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

## Abstract

### Background

Preventable deaths and severe harm in African health systems are frequently recorded as isolated “complications” or individual negligence, which obscures structural determinants of risk. The 2025 suspension of emergency services at HJ Hospital and Centre Médical Diamant in Kinshasa, following the death of Divine Kumasamba after delayed care linked to payment demands, illustrates how financial barriers and organisational cultures limit access to life-saving treatment. Similar patterns appear in obstetric violence in Kisangani, landmark Kenyan cases, South Africa’s medico-legal crisis, and under-litigated negligence in Nigeria.

## Methods

We applied the health axis of the DSM-H (Diagnostic and Statistical Manual of Human Structural Pathologies, 2025) to 17 purposively selected case units: emblematic African cases or studies (DRC n=4, Kenya n=3, South Africa n=3, Nigeria n=3) and high-income comparators (USA/UK n=4). Four syndromes were coded: Paywall Triage Harm (PTH), Structural Neglect (NS), Gendered Clinical Violence (VCG), and Legal Invisibility of Victims (IJV). Each has five observable criteria, a gravity scale (0-3), and an institutional responsibility index (0-4). Two coders (one DSM-H developer, one independent health jurist) coded all cases; Cohen's kappa was 0.74-0.84 before consensus. Technical details and theoretical background are presented in the Supplementary Appendix. The 17 case units are treated as structural probes rather than statistical units for prevalence estimation.

## Findings

Across 12 African case units, 70% presented at least two syndromes of moderate-to-high gravity. NS was present in 10/12, VCG in 8/8 obstetric units, PTH in 5/6 emergency-care units, and IJV in 7/12. Northern comparators showed analogous patterns of NS and VCG affecting minoritised patients despite higher resources, with Black women facing maternal mortality ratios two to four times those of white women.

## Interpretation

Fault-focused medico-legal frameworks in the DRC and elsewhere under-detect institutional pathologies. The DSM-H health axis offers a measurable taxonomy that complements law by making structural harm visible and actionable. Integrating such tools into regulation, clinical governance, and legal education could shift responses from individual blame to preventable systemic reform.

---

## Introduction

Preventable deaths and serious harm in African health systems are often documented as isolated “complications”, “accidents”, or individual negligence. This case-by-case framing limits the visibility of structural determinants and constrains opportunities for systemic reform. In September 2025, the Ministry of Health of the Democratic Republic of Congo (DRC) suspended emergency services at HJ Hospital and Centre Médical Diamant in Kinshasa after the death of Divine Kumasamba, a young woman in acute abdominal distress whose care was reportedly delayed because she could not immediately pay the full requested advance. The case triggered rare regulatory action and intense public debate about access to urgent care.

Similar motifs appear elsewhere on the continent. Studies of obstetric violence in Kisangani describe routine verbal abuse, non-consented procedures, and humiliation during labour. In Kenya, cases such as Josephine Majani exposed women forced to deliver on the floor and mistreated by staff, leading courts to recognise violations of dignity and maternal health rights. South Africa’s medico-legal crisis in obstetrics has been driven by rising claims linked to preventable injuries and infections despite long-standing awareness of staffing and

infrastructure gaps. In Nigeria, researchers document widespread negligence but very low litigation, citing poverty, legal inaccessibility, and mistrust of institutions.

Standard medico-legal frameworks in the DRC and neighbouring countries focus on the triad of fault, damage, and causal link, complemented by provisions on patient information and hospital responsibility. These tools are indispensable, yet they struggle to name and quantify structural determinants of harm such as pre-treatment payment triage, normalised obstetric disrespect, chronic understaffing, or the persistence of colonial-era hierarchies in service organisation. Much clinical violence remains legally invisible, and reforms tend to target individuals rather than systems.

This article addresses three questions. First, how do emblematic African cases and studies appear when read through a structural diagnostic lens rather than solely through individual fault? Second, can the DSM-H (Diagnostic and Statistical Manual of Human Structural Pathologies, 2025) health axis provide a coherent taxonomy and scoring system for such harm? Third, what are the legal, policy, and clinical implications of framing deaths such as that of Divine Kumasamba as expressions of structural syndromes rather than isolated errors?

We situate this work at the intersection of Congolese medical law, empirical research on obstetric and clinical violence in Africa,

and an emerging decolonial framework for diagnosing institutional pathologies. The DSM-H was developed in DRC, registered as a protected national scientific result, and adopted by the Pan-African Standards Council (PASC) as a reference framework for structural assessments in health, education, justice, and governance. In this article, we use its health axis operationally; the underlying theoretical architecture, including the Nsiku-Nzola-Bisalu ethics triad and psycho-historical analyses of coloniality, is presented in detail in the Supplementary Appendix.

The DSM-H framework extends the foundational concept of structural violence popularised by Paul Farmer, moving from a broad description of social suffering to a more precise, actionable nosology of institutional behaviour. While Farmer identified how large-scale social forces become embodied as individual pathology, the DSM-H identifies specific service faults that translate these forces into clinical harm. This clinical-legal bridge is particularly relevant in African jurisprudence; in the Kenyan context, for example, a narrow focus on individual medical negligence often fails to capture the institutional omissions that characterise systemic failures in maternal care. By operationalising these omissions into diagnostic syndromes, the DSM-H offers evidentiary tools that can help meet legal thresholds of foreseeability and standard of care.

## **Congolese medical law and structural blind spots**

### **Rights, obligations, and prejudice**

Congolese medical law is anchored in constitutional guarantees of the right to life and dignity and in civil-law principles governing obligations and responsibility. Patients are not mere contractual partners; they are rights-holders in a structurally asymmetrical relationship. Doctrine, as consolidated in the Manual of Medical Law authored by one of us, emphasises that health-care facilities carry reinforced safety obligations, especially in emergency and maternity services. These obligations extend beyond the technical performance of individual practitioners to encompass patient flows, triage, delays, and practical access conditions.

Civil liability rests on fault, damage, and causation. Fault may be technical (for example, an inappropriate procedure), organisational (for example, foreseeable interruption of emergency coverage), or informational (for example, failure to provide adequate disclosure for consent). The notion of prejudice is central: bodily prejudice (loss of integrity), moral prejudice (suffering, indignity), and economic prejudice (costs, loss of income). Under

current practice, however, chronic organisational failures are often diluted into generic “lack of resources”, which weakens both proof of fault and full recognition of prejudice.

Penal and disciplinary routes apply general offences, such as involuntary homicide and non-assistance to a person in danger, and professional codes. They are rarely used in cases of systemic failure because evidentiary burdens fall on individuals, and institutional responsibility is difficult to frame. Administrative liability, which distinguishes personal fault from service fault for public or delegated facilities, remains under-utilised as a vehicle for structural accountability.

Unlike certain high-income jurisdictions, the DRC has no comprehensive no-fault compensation scheme for severe medical accidents. Courts are therefore pushed either to stretch the notion of individual fault in complex cases or to characterise serious events as “inevitable complications”, leaving victims without redress. This is unfair to patients and clinicians alike: patients see preventable harm go unrecognised; clinicians may be blamed for failures rooted in policy and organisation.

## **Colonial legacies and global mirrors**

These legal and institutional difficulties do not arise in a vacuum. Historical work on colonial medicine shows that African health policies were explicitly structured around

racial and economic hierarchies, with service networks designed to protect European enclaves and productive zones while limiting provision for African populations to labour maintenance and epidemic control. Investment rationales frequently invoked alleged racial differences in “resistance” and “economic value”, implicitly treating some bodies as more expendable.

Post-independence health systems inherited this unequal architecture. Structural adjustment and user fees consolidated environments in which access to care depends more on socio-economic and spatial position than on a universal right. Local elites often manage these institutions within a horizon shaped by external conditionalities and internalised hierarchies, leaving some patients literally able to die at the hospital gate without triggering systemic review. Earlier psycho-historical work by one of us characterised such configurations in terms of an institutional “dark tetrad” - narcissism, Machiavellianism, psychopathy, and banal sadism - operating at the level of structures rather than individuals.

These patterns are not uniquely African. Robust literature from high-income countries documents structural racism in health systems, where skin colour and class shape access, quality, and outcomes independently of income and insurance. Recent analyses of more than 700,000 neonatal unit admissions in England and Wales show higher mortality among babies of Black mothers compared with white

mothers after adjustment for known obstetric and socio-economic factors. In emergency departments in North America, minoritised patients experience longer waits, lower triage scores, and a lower probability of receiving strong analgesia at comparable levels of clinical severity. Women of African descent report patterns of obstetric mistreatment strikingly similar to those documented in Nigerian and Congolese settings.

Taken together, these data make it difficult to frame Congolese pay-to-enter emergency policies or obstetric violence in Kisangani as isolated local anomalies. They point instead to a shared architecture of structural harm, shaped by colonial histories and contemporary political economy, in which some lives are systematically afforded less protection.

## **Re-anchoring law in Congolese civilisational principles**

As Congolese jurists, we consider that law is not a neutral technical layer; it is the codified expression of civilisational principles. When an independent country continues to treat imported norms as “modern law” and its own legal traditions as secondary or merely “customary”, it effectively lives under a form of legal coloniality.

In the DRC, this duality is visible in health and family law. During the colonial period,

Belgian norms on issues such as sexual maturity were imposed, defining it at 11 and then 13 years of age, in stark contrast with Congolese traditions where sexual initiation was not a matter of a fixed number but of psychological, cognitive, and physical readiness assessed within communal processes. Continuing to apply such thresholds without debate erases a sophisticated indigenous understanding of protection and development.

In *Pan-Africanism Reimagined and Aliénation*, one of us argued that many post-colonial laws still subordinate themselves to frameworks designed elsewhere, often for external interests. If the deep logic of those frameworks is to prioritise economic productivity and geopolitical stability over the inviolability of each person, it is unsurprising that they struggle to address structural injustice in health. Law born from a colonial culture is structurally more likely to leave colonial forms of injustice unaddressed.

We therefore argue that reforming health law in the DRC should explicitly start from local civilisational principles, including the sacrality of life, the inviolability of the body, and community-based responsibility for the vulnerable. The DSM-H health axis does not replace the Code; it operationalises these principles by treating institutions as capable of “illness” and by measuring how far they have drifted from the duty to protect life. The associated theoretical framework is detailed in the appendix; in the main text we focus on its operational use.

# The DSM-H health axis as a complementary framework

Individual-focused diagnostic manuals such as DSM-5 offer no tools to characterise institutions that predictably harm certain groups. The DSM-H addresses this gap by treating structures - hospitals, schools, police forces, media organisations, administrations - as potential “patients” with observable pathologies.

The health axis defines four core syndromes for this study: Paywall Triage Harm (PTH), the systematic conditioning of emergency care on ability to pay, including in life-threatening situations; Structural Neglect (NS), chronic, well-documented deficits in staffing, equipment, or basic procedures that produce avoidable harm; Gendered Clinical Violence (VCG), routine verbal, physical, or procedural abuse of women in clinical settings, especially obstetrics; and Legal Invisibility of Victims (IJV), contexts in which victims formally have rights but, in practice, face such barriers that redress is rare.

Each syndrome carries three elements: a set of five observable criteria; a gravity score from 0 (absent) to 3 (severe, with repeated serious harm and no meaningful reform); and an institutional responsibility index from 0 (undetermined) to 4 (primarily

driven by policies and decisions at higher levels).

In relation to law, these syndromes do not create new offences. They provide a language for describing the structural backdrop against which individual acts occur, informing assessments of service fault, prioritisation of regulatory interventions, and the design of preventive duties, such as explicit bans on emergency deposits. The full codebook appears in the Supplementary Appendix; here we summarise the empirical application.

Table 1. DSM-H health axis syndromes and illustrative links to Congolese medical law

Syndrome	Description	Illustrative observable criteria (>=3/5)	Primary legal anchor in Congolese doctrine
Paywall Triage Harm (PTH)	Urgent care systematically conditioned on ability to pay.	Deposit required before emergency care; delays or refusal linked to payment; serious outcome attributable to delay; no consistent exceptions; weak enforcement of bans.	Violation of reinforced safety obligation; breach of the right to life.

Structural Neglect (NS)	Chronic deficits producing avoidable harm.	Repeated alerts (>12 months) about staffing or equipment; known deficits ignored; harm consistent with deficits; no credible remedial plan; recurrence over time.	Organisational or service fault; administrative liability.
Gendered Clinical Violence (VCG)	Routinised mistreatment of women in clinical settings.	Verbal abuse or threats; non-consented procedures; denial of analgesia; disproportionate targeting of women; weak complaint mechanisms.	Moral prejudice; violation of dignity and bodily integrity.
Legal Invisibility of Victims (IJV)	Formal rights exist but redress is practically inaccessible.	Very low litigation despite harm; cost, fear, or distance barriers; weak legal aid; no systematic adverse-event reporting; perception that claims are futile.	Denial of effective remedy; erosion of constitutional rights.

## Methods

### Study design and corpus

We conducted a comparative structural case analysis using the DSM-H health axis. The unit of analysis was the “case unit”, defined as either (a) a formally documented legal case (judgment, regulatory decision) concerning medical harm; or (b) a peer-reviewed empirical study or detailed report documenting clinical mistreatment.

We purposively assembled a corpus of 17 case units: DRC (n=4): the HJ/Divine Kumasamba emergency case; one empirical study on obstetric violence in Kisangani; and two documented obstetric or neonatal harm clusters with regulatory or media coverage. Kenya (n=3): the Josephine Majani case and two other maternal-rights cases involving abusive conditions and delayed care. South Africa (n=3): representative obstetric malpractice judgments and policy reports from the period of rapidly escalating medico-legal claims. Nigeria (n=3): doctrinal analyses and empirical reports on negligence and under-litigation. USA/UK (n=4): large-scale quantitative studies and reviews on racialised maternal or neonatal disparities and emergency-department inequities, selected as comparators.

### Epistemological approach: structural probes and historical prediction

The heterogeneity of the source material - judicial decisions, regulatory rulings, and empirical studies - is intentional: we treat each case unit as a structural probe capable of revealing institutional pathology, instead of a statistical data point for prevalence estimation. Just as a biopsy and an MRI are distinct modalities used to detect the same underlying tumor, legal judgments and clinical observations serve here as distinct modalities to detect the same structural syndromes.

The diagnostic criteria applied are the operationalised forms of the “Dark Tetrad” structural traits identified in Nsiangani (2010, 2014) and mathematically modelled in earlier analyses of colonial governance. We showed then that the “dark tetrad traits of empire” mathematically predict a spectrum of consequences on multiple levels of society, including in health and the administration of justice. The evolution to the “DSM-H” nomenclature follows review by the Pan-African Standards Council (PASC) to align with standardisation frameworks. Consequently, the 2025 case units serve as validatory textbook confirmations of these earlier predictive models, demonstrating that syndromes such as Paywall Triage Harm are not random accidents, but predictable outputs of the institutional architecture described fifteen years ago. We use the dark tetrad traits as functional traits of imperial systems, and operational diagnostic categories based on observable institutional behaviours and policies.

## DSM-H coding

For each case unit, we extracted factual elements relevant to the four syndromes (PTH, NS, VCG, IJV). The full codebook appears in Appendix S2. Briefly, each syndrome was coded as present if at least three of five criteria were met based on extracted data.

For example, PTH criteria included documented policies or practices conditioning emergency care on deposits, evidence of delays directly linked to payment, and at least one serious outcome plausibly attributable to those delays. NS criteria included repeated reports of understaffing or equipment failure, documented alerts or internal reports, and avoidable harm consistent with these deficits. VCG criteria included convergent testimony on verbal abuse, non-consented procedures, or denial of analgesia in obstetric care. IJV criteria included very low litigation rates despite documented harm, cost or fear barriers, and lack of accessible complaint mechanisms.

Gravity (0-3) and responsibility (0-4) were then assigned using predefined thresholds, with examples in Table 1.

## Coding procedure and reliability

Two coders participated. One (KN) contributed to DSM-H development and has clinical experience; the other is an independent health jurist with no

involvement in DSM-H design and experience in medical-law teaching. Both coders received the same case summaries with anonymised identifiers.

Coding proceeded in three stages. First, independent coding: each coder independently assigned presence or absence, gravity, and responsibility scores for each syndrome in each case. Second, reliability assessment: we calculated Cohen's kappa for presence or absence of each syndrome across the 17 case units; kappa ranged from 0.74 to 0.84 across syndromes, indicating substantial agreement. Third, consensus: discrepancies were discussed and resolved conservatively, erring on lower gravity when evidence was ambiguous. Appendix S2 reports pre- and post-consensus distributions.

The study used only secondary data in the public domain, with no direct patient contact; formal ethical approval was therefore not required under current DRC regulations.

## Limitations

The purposive sampling and limited corpus do not aim at representativeness. The analysis has visibility bias towards cases with documentation and advocacy. Quality and detail vary across sources, and coding retains an interpretive component despite explicit criteria. To address these concerns, the source document refers readers to full coding tables, sensitivity analyses, and

source matrices in the Supplementary Appendix.

## Results

The Institutional Responsibility Index (0-4) allows for a granular mapping of the drivers of harm. In Case ID 1 (Divine Kumasamba), the assignment of a Level 4 (System) score indicates that the fatal delay was not a result of individual staff forgetfulness (Level 0) or a single facility's error (Level 3), but a predictable output of national-level regulatory tolerance for pre-treatment payment demands. This distinction is vital for moving beyond individual blame toward systemic regulatory reform.

## Overview of syndromes in African case units

Across the 12 African case units, the majority demonstrated clear structural signatures (Table 2). Structural Neglect (NS) was present in 10/12 units, often with gravity scores of 2 or 3. Typical features included chronic understaffing in maternity wards, persistent equipment failures, and long-documented deficits in infection control.

Gendered Clinical Violence (VCG) was identified in all 8 obstetric case units, with gravity 2-3. Empirical studies from Kisangani reported non-consented procedures and verbal abuse in more than half of observed births, while Kenyan and

South African cases described humiliating treatment, unnecessary exposure, and denial of analgesia.

Paywall Triage Harm (PTH) was present in 5/6 emergency-care case units, including the HJ case. In HJ, convergent sources indicated that the ability to pay determined speed and completeness of access, with at least one death plausibly linked to such delays.

Legal Invisibility of Victims (IJV) occurred in 7/12 African case units. Despite evidence of widespread harm, litigation and formal complaints remained rare, reflecting cost barriers, fear of retaliation, lack of accessible information, and weak legal-aid structures.

Table 2. Summary of DSM-H syndrome coding in 12 African case units

Country & setting	Units (n)	PTH >= gravity 2	NS >= gravity 2	VCG >= gravity 2	IJV >= gravity 2 / Units with >=2 syndromes
DRC (emergency & maternity)	4	3/4	4/4	3/4	2/4; 4/4 units with >=2 syndromes
Kenya (maternal-rights litigation)	3	1/3	3/3	3/3	3/3; 3/3 units with >=2 syndromes

& studies)					syndromes
South Africa (obstetric medico-legal crisis)	3	0/3	3/3	2/3	2/3; 3/3 units with >=2 syndromes
Nigeria (negligence & under-litigation)	3	1/3	2/3	2/3	3/3; 3/3 units with >=2 syndromes
Total African units	12	5/6 emergency units	10/12	8/8 obstetric units	7/12; 70% (10/12) with >=2 syndromes

Gravity scale: 0 = absent, 1 = mild, 2 = moderate, 3 = severe or repeated deaths without reform.

Overall, 70% of African case units presented at least two syndromes of moderate-to-high gravity (>=2). Several units combined high-gravity NS and VCG with IJV, indicating environments where repeated, gendered harm coexisted with weak avenues for redress.

### Case illustrations

In the HJ/Divine Kumasamba case, PTH was coded with gravity 3 and responsibility 4. Emergency care in a life-threatening

situation was effectively conditioned on ability to pay a substantial deposit. The responsibility index reflected the interaction of facility-level policies and broader regulatory tolerance for pre-treatment payment in emergencies.

In Kisangani maternity settings, VCG and NS interacted. Overcrowding and chronic staff shortages (NS) created conditions conducive to rushed, non-consented procedures and dismissive communication (VCG). Women’s testimonies described being insulted, slapped, or left unattended during labour. Despite this, formal complaints were rare, supporting IJV coding.

In South African obstetric litigation, NS dominated. Expert reports highlighted preventable injuries linked to longstanding deficits in neonatal intensive-care capacity, lack of protocols, and overloaded staff. Gravity scores reflected the scale of harm and the length of time critical risks were known.

In Nigerian case units, NS and IJV formed a recurrent pairing. Reports documented poor infection control and basic care failures. Patients and families often did not pursue claims, citing mistrust and cost. Authors argued that legal frameworks formally existed but remained inaccessible.

### North-South convergence

The four high-income comparators showed patterns analogous to African syndromes, albeit in different institutional settings.

Studies from the UK and USA reported maternal mortality ratios two to four times higher for Black women compared with white women, even after adjustment for socio-economic and clinical variables. Emergency-department research documented lower triage scores and reduced likelihood of receiving strong analgesics for minoritised patients at comparable severity. Qualitative work on obstetric mistreatment among Black and Latina women in North America described experiences of disbelief, neglect, and coercion similar to African testimonies.

We did not apply the full DSM-H coding scheme to these high-income units, but the patterns align with NS and VCG. The presence of such signatures in high-resource environments supports the hypothesis that structural determinants, rather than absolute resource levels alone, shape preventable harm.

Table 3. Illustrative structural signatures in high-income comparators (not formally coded)

Setting	Population affected	Key finding	Structural syndrome analogue
England & Wales neonatal units (2012-2022)	Babies of Black vs White mothers	Approximately 1.8x higher mortality after socio-economic and	NS (+ possible VCG)

		clinical adjustment.	
USA emergency departments	Black and Hispanic vs White patients	Lower triage priority, longer waits, reduced strong analgesia at equivalent severity.	NS + PTH analogue
USA obstetric care	Black and Latina vs White women	Higher rates of verbal abuse, non-consented procedures, and disbelief of pain.	VCG
UK maternity services	Black vs White women	Maternal mortality ratio 3-4x higher; mistreatment themes mirror African testimonies.	VCG + NS

## Interpretation

Our findings suggest that events currently described as “accidents”, “complications”, or isolated negligence in African health systems often bear clear structural signatures when examined through the DSM-H health axis. The predominance of Structural Neglect and Gendered Clinical

Violence, frequently combined with Legal Invisibility of Victims, points to environments where certain types of harm are predictable products of how services are organised, funded, and governed.

Although developed with a focus on the Congolese civil-law system, the DSM-H is designed to be legally tradition-neutral. In civil-law jurisdictions, it provides a structured evidentiary basis to distinguish personal fault from service fault (*faute de service*). In common-law jurisdictions, such as the Kenyan and UK comparators, the framework’s emphasis on predictability and systemic negligence maps directly onto the legal requirements for establishing foreseeability and the standard of care.

## Implications for Congolese medical law

For Congolese law, the DSM-H health axis offers a complementary layer rather than a competing paradigm. It helps translate long-recognised doctrinal intuitions into operational categories.

Service fault and structural responsibility. When NS or PTH are documented with high gravity and responsibility indices, it becomes easier to argue that harm arises from service faults rather than solely from individual acts. This can support administrative liability and targeted regulatory measures.

Recognition of prejudice. Systematic VCG and NS underline that prejudice is not only

bodily and economic; it is also moral and civic, affecting dignity, trust, and citizenship. Legal reasoning that explicitly acknowledges these dimensions may more accurately capture the harm suffered.

Preventive duties. DSM-H indicators can inform the design of positive obligations, such as explicit statutory bans on deposit-based triage in emergencies, minimum staffing and training levels in maternity wards, and mandatory reporting and monitoring of obstetric mistreatment.

We argue that integrating DSM-H-style structural diagnostics into medical law aligns with Congolese civilisational principles of life's sacrality. It allows law to name and address institutional "illnesses" that erode this sacrality, rather than confining its gaze to individual fault in isolation.

## Policy and governance applications

Central to the legal utility of this framework is the distinction between personal fault (individual medical error) and service fault (institutional failure). The Institutional Responsibility Index (0-4) provides the material evidence required for administrative liability by quantifying where the driver of a syndrome resides. A case coded at Level 4 (System) indicates that the resulting harm was not an unforeseeable accident but a predictable output of national-level regulatory or financing policies. In civil-law jurisdictions,

this establishes *faute de service* by proving the institution's standard operation was inherently defective; in common law, it establishes a breach of the standard of care by demonstrating that the harm was a foreseeable consequence of systemic neglect.

Beyond courts, DSM-H indicators can be incorporated into health-system governance. Regulation: ministries and regulatory agencies can use DSM-H gravity and responsibility scores as triggers for audits, conditional authorisations, or targeted support. Facilities with high PTH scores could be required to abolish emergency deposits as a condition of operation.

Hospital management: hospital boards can include NS and VCG indicators in dashboards, track them over time, and make them part of performance evaluations. For example, regular patient-experience surveys can feed into VCG monitoring.

Education: integrating DSM-H concepts into medical, nursing, and law curricula can train future professionals to recognise structural harm and understand their role in preventing it.

The DSM-H has already been adopted by PASC as a reference for institutional-health standards and is being introduced in postgraduate curricula in several Congolese universities from 2026. Its broader theoretical underpinnings, including the Nsiku-Nzola-Bisalu ethics triad and the notion of institutional dark tetrad traits, are

unpacked in the appendix to keep the main text focused on empirical and policy dimensions.

## Limitations and next steps

This study has clear limitations. The sample is small and purposively selected; it captures high-visibility cases rather than a representative cross-section. Source quality varies, and some gravity scores rest on incomplete information. Coding involves interpretive judgement despite explicit criteria.

Nevertheless, the patterns observed are consistent across multiple countries and align with independent quantitative literature on inequities in maternal and emergency care in both African and high-income settings. As such, they provide a plausible proof of concept for DSM-H-based structural diagnosis.

Next steps include applying the DSM-H health axis to larger, systematically collected datasets, such as hospital incident reports, validating gravity thresholds against outcomes, and co-developing DSM-H-informed regulatory tools with ministries, professional councils, and civil-society organisations.

## Conclusion

Deaths like that of Divine Kumasamba, obstetric violence in Kisangani, Kenyan rulings on degrading childbirth conditions,

South Africa's obstetric litigation, and Nigeria's under-litigated negligence are not a series of unfortunate events. They reflect recurrent patterns shaped by history, policy, and institutional design. Current medico-legal frameworks in the DRC and similar contexts remain essential, but they were not built to diagnose and quantify such patterns.

The DSM-H health axis offers a structured way to make these pathologies visible. By naming syndromes such as Paywall Triage Harm, Structural Neglect, Gendered Clinical Violence, and Legal Invisibility of Victims, and by scoring their gravity and responsibility, it provides a taxonomy that can complement law, inform policy, and guide governance. The deeper theoretical framework is African-centred and decolonial, but its operational forms speak the language of global health equity and implementation science.

Ultimately, the question is whether health systems will continue to respond to preventable deaths by isolating a few practitioners or whether they will accept that structures themselves can fall ill and require treatment. Integrating DSM-H-style diagnostics into Congolese and African health law is one way to move from individual blame to structural accountability, and from episodic outrage to durable protection of the lives that law is meant to hold sacred.

## Data transparency note

This study adheres to the SRQR (Standards for Reporting Qualitative Research) guidelines. The DSM-H coding manual and the underlying case-unit matrix (S2 and S3 data files) are identified in the source publication as part of the Supplementary Material. Theoretical constructs regarding institutional pathologies are operationalised through the Pan-African Standards Council (PASC) framework to support cross-border reproducibility.

## Contributors

A Ehoke and K Nsiangani jointly conceived the study. A Ehoke led the legal analysis and framing. K Nsiangani led DSM-H development and structural coding. Both authors contributed to data interpretation and manuscript drafting and approved the final version.

## Declaration of interests

K Nsiangani is the principal developer of the DSM-H framework. To minimise bias, all structural codings were double-checked by an independent jurist, and the source publication points readers to full codebooks and procedures in the Supplementary Appendix. A Ehoke declares no competing interests.

## Acknowledgments

We thank the Pan-African Standards Council (PASC) and the Université Simon Kimbangu - CENA for institutional support, and

colleagues at UNIKIN for comments on earlier drafts. No specific funding was received for this work.

## References

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.