



Plaidoyer pour le développement de l'endoscopie en Afrique Subsaharienne

“Il est toujours sage de regarder en avant, mais il est difficile de regarder plus loin qu'on ne peut voir.”
Winston Churchill

C'est intéressant de penser régulièrement à cette phrase d'un homme d'état ayant exercé une influence non négligeable pendant la deuxième guerre mondiale. Pour lire ces mots, je laisse le lecteur m'imaginer aussi dans une attitude de guerre à laquelle je nous invite tous, des patients aux prestataires. Oui, je disais que nous devons être en guerre, mais sans crépitements de balle, non contre Hitler et les Nazis, mais contre la léthargie ; une léthargie du développement de l'endoscopie et qui embrase nos pays, surtout ceux de l'Afrique subsaharienne, ASS (1). Et à la place de ces chars, de ces kalachnikovs et AKA 47, des bombes, de toutes les armes que l'on ait pu imaginer, y compris la bombe atomique, il faut s'armer de beaucoup d'abnégation.

Il y a des décennies, l'on pouvait facilement comprendre que les pays à ressources limitées aient eu beaucoup d'obstacles à l'expansion de la pratique de l'endoscopie. Tant de barrières non autrement surmontables existaient ; des barrières liées notamment à la formation, à l'équipement, à l'électricité et au coût pour le patient. Pourrait-on dire que ces obstacles sont surmontés aujourd'hui ? Dans une certaine mesure oui, mais de manière négligeable. Cependant, lorsque l'on est attentif, on peut regarder plus loin que l'on ne voit. En effet, nous pouvons aujourd'hui profiter du développement enregistré dans le domaine de la communication (internet), avec l'expérience de la formation à distance qui a été amplifiée et imposée par la pandémie à COVID-19 du marché international qui est facilement accessible en ligne, des facilités liées au fret, de l'existence des équipements à faible consommation d'énergie, du développement des énergies renouvelables... Ces différentes avancées nous fournissent autant d'atouts qui faciliteraient le développement de l'endoscopie même dans des milieux les plus reculés. La génération actuelle devrait saisir ces opportunités pour honorer nos maîtres qui, en dépit de ces gigantesques obstacles, ont pu garder la flamme jusqu'à elle. Frantz Fanon disait : « *Chaque génération doit dans une relative opacité découvrir sa mission, la remplir ou la trahir* ».

Dans les pays en voie de développement, je pense pour ma part, que la génération actuelle, née à l'époque de l'ordinateur, des jeux vidéo, d'internet et de toutes ces technologies diversifiées, a une responsabilité. Il faut donc faire avancer les choses dans beaucoup de domaines de développement, notamment dans le domaine de l'endoscopie en exploitant toutes ces facilités disponibles.

La pratique de l'endoscopie n'est donc pas un luxe, comme pourraient croire certaines âmes dont je décourage la pensée. Bien au contraire, pour la pratique médicale, depuis plusieurs décennies, l'endoscopie est devenue une nécessité, quel que soit le domaine. Dans les mots qui vont suivre, il sera présenté quelques arguments devraient nous inciter au réveil maintenant et faire du développement de l'endoscopie dans nos pays subsahariens, une question d'actualité.

Etat de la pratique de l'endoscopie en Afrique subsaharienne

L'endoscopie se réfère à l'action d'explorer un organe creux ou une cavité de l'organisme en utilisant des instruments spéciaux (2), notamment un endoscope. Ce terme comprendrait donc aussi le terme « laparoscopie » étant donné qu'il fait référence à une cavité de l'organisme (2). C'est dans ce sens large que le terme « endoscopie » est utilisé dans les présents écrits.

Bien qu'il puisse être constaté une pratique endoscopique faible en ASS, il n'existe quasiment pas de données globales publiées à ce jour. L'introduction de cette pratique dans les domaines diversifiés en ASS remonte vers les années 60, intensifiée progressivement vers les années 80 et 90 (3-4), et bien plus tardivement dans certains pays (5). Les données disponibles sont généralement issues soit de la pratique dans certains hôpitaux ou des enquêtes dans un domaine précis de l'endoscopie. Une enquête récente sur la pratique de l'endoscopie digestive a montré une insuffisance remarquable des centres d'endoscopie



digestive en ASS avec une moyenne de 1 centre pour 2281900 habitants (6). En ce qui concerne la pratique chirurgicale digestive et gynécologique, les proportions de la voie laparoscopique sont généralement de moins de 20 % (3) dans plusieurs hôpitaux, principalement des villes, bien qu'elles augmentent progressivement ces dernières années.

Intérêt du développement de l'endoscopie en Afrique subsaharienne

De la même manière que nous voulons de bonnes routes, des systèmes bancaires optimaux, de bonnes équipes de football, d'une connexion internet haut débit etc., nous devrions vouloir, dans le domaine médical, que la pratique de l'endoscopie s'optimise dans nos milieux. En effet, cette pratique s'intègre dans le développement normal de la médecine aujourd'hui. Sans la pratique de l'endoscopie, le chirurgien aura de plus en plus du mal à être formé dans nos pays, car beaucoup de livres d'anatomie et de chirurgie s'écriront en ayant une vue endoscopique. Et puisse que jusque-là nous n'avons pas suffisamment écrit ces livres-là nous-mêmes, la crainte est que dans quelques années, le praticien dans nos pays, s'il n'évolue pas, ne trouvera pas facilement le livre qui lui décrirait sa chirurgie par voie classique. Il nous faut donc tout naturellement une adaptation à l'évolution des choses !

Un autre aspect est que les chirurgiens qui participent aux échanges scientifiques sur le plan international se sont certainement déjà rendus compte des difficultés à présenter des séries chirurgicales de nos pays. En effet, si nous ne faisons attention, la pratique chirurgicale de nos pays va être en grande partie désuète et ne pourra pas être présentée à la face du monde. Il nous faut donc nous rattraper et intensifier cette pratique, en utilisant les facilités qui sont les nôtres.

Une durée d'hospitalisation plus courte, un ressenti douloureux peu intense, une reprise du travail plus rapide sans oublier l'avantage esthétique et tant d'autres, sont des atouts qui placent l'endoscopie comme abord de référence surtout dans la pratique de la chirurgie. Ces avantages l'emportent largement sur les désavantages surmontables ; notamment une courbe d'apprentissage plus longue et le coût élevé d'investissement et de fonctionnement. L'endoscopie a tellement d'avantages que des populations plus larges que possibles devraient en bénéficier car considérée comme la meilleure option. Lorsque l'on regarde la constitution de plusieurs pays africains, la meilleure option à la santé est un droit garanti dans cette loi-mère. En plus, pour parler de la couverture santé universelle prônée dans nos pays, un des piliers importants est les soins de qualité, et l'endoscopie dans beaucoup de domaines représente un aspect de ces soins de qualité (7). Des praticiens dans certains pays africains ont déjà compris les enjeux du développement de l'endoscopie et se sont mis au travail. A ces propos, il convient d'attirer l'attention des décideurs dans certains pays, sur le fait que dans un avenir proche, les pays qui auront fait des avancées considérables bénéficieront du tourisme médical au détriment des pays qui resteront à la traîne.

Et si malgré ces quelques arguments ; parce qu'il y en a d'autres, nous ne nous mettons pas à développer la pratique de l'endoscopie dans nos milieux, alors ce sont les patients qui nous obligeront à nous y mettre. Nous devons tous être acteurs de cela car cette affaire nous concerne tous. Cette pensée de Aimé Césaire pourrait bien être empruntée à propos : « *Et surtout mon corps aussi bien que mon âme, gardez-vous de vous croiser les bras en l'attitude stérile du spectateur, car la vie n'est pas un spectacle, car une mer de douleurs n'est pas un proscenium, car un homme qui crie n'est pas un ours qui danse* ».

Défis et recommandations pour le changement

Il n'y a pas besoin de faire les mêmes chemins que ceux qui ont commencé au moment où la technologie n'était pas encore arrivée au point où elle est actuellement. Il y a moyen de faire beaucoup mais avec très peu ; en mettant en place des solutions simples. Nous devons être inventifs, capables d'adapter les choses dans l'environnement qui est le nôtre. Nous devons apprendre à être de bons praticiens pour utiliser le moins possible d'instruments avancés, mais en améliorant notre dextérité avec un apprentissage qui va nous permettre d'être meilleurs. En effet, les défis de la pratique de l'endoscopie sont multiples en ASS. On peut citer l'insuffisance de commodités de base telle que l'électricité (8), le manque d'infrastructure devant permettre l'accès aux milieux ruraux qui représente près de 58 % des populations subsahariennes (9),

e5431



l'insuffisance des centres de formation avec comme conséquence le nombre insuffisant des praticiens endoscopistes (3,7) et l'inexistence d'un marché africain bien développé.

En outre, la collaboration pour des échanges d'acquis entre différents milieux, différents pays, est une réalité qui n'est pas encore encrée dans l'état d'esprit du praticien en Afrique subsaharienne. Il n'est pas rare, mais plutôt curieux de constater, dans nos pays à ressources limitées, des endoscopistes qui évoluent à vases clos. Plusieurs prestataires veulent apprendre des occidentaux. Chaque unité fournit des efforts pour avoir un mentor venu de loin alors qu'il peut déjà faire de grands pas avec celui qui est juste à côté. De même, ceux qui ont appris, mystifient tellement les choses et ne sont pas psychologiquement enclins à apprendre aux autres. La conséquence est que le nombre de ceux qui pratiquent croît trop lentement et des sociétés nationales d'endoscopie ont du mal à se mettre en place, ensuite à fonctionner dans ces pays. Il faut donc que ce paradigme change, que les africains valorisent leurs acquis, qu'ils se créent une classe de formateurs et qu'une fois la masse critique atteinte que l'évolution chemine vers l'issue que nous espérons tous ; le développement de l'endoscopie. Tant que ces enjeux ne seront pas compris, le cercle vicieux demeurera et le développement du marché endoscopique, encore inexistant en Afrique subsaharienne, qui finalement devra accélérer la pratique de l'endoscopie, tardera à venir. Les sociétés africaines et internationales (10) qui sont engagées dans le développement de la pratique de l'endoscopie pourraient jouer un rôle très important dans l'accompagnement des pays de l'Afrique subsaharienne.

Je terminerai encore par Winston Churchill qui avait dit : *“La critique peut être désagréable, mais elle est nécessaire. Elle est comme la douleur pour le corps humain : elle attire l'attention sur ce qui ne va pas.”*

Mots-clés : Afrique subsaharienne, endoscopie, plaidoyer

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v17i2.1>

Reçu le 8 octobre 2023

Accepté le 31 janvier 2024

Conflit d'intérêt

L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêt.

Emmanuel Nzau-Ngoma, MD, MPH, PhD

Courriel : emdango@gmail.com/emmanuel.nzau@unikin.ac.cd

Département de Gynéco-obstétrique

Université de Kinshasa, République démocratique du Congo

Références

1. Mwachiro M, Topazian HM, Kayamba V, Mulima G, Ogutu E, Erkie M *et al.* Gastrointestinal endoscopy capacity in Eastern Africa. *Endosc Int Open* 2021; **9**: E1827–E1836.
2. Antoniou SA, Antoniou GA, Koutras C, Antoniou AI. Endoscopy and laparoscopy: a historical aspect of medical terminology. *Surg Endosc* 2012; **26** : 3650–3654.
3. Tshimpi A, Makulo JR, Mbendi S. Résultats d'une enquête sur l'endoscopie digestive interventionnelle en Afrique Subsaharienne. *Ann Afr Med* 2017 ; **11** (1): e2702 – e2703.
4. Danfakha F, Doucoure A, Belem B, Niang M, Sangaré Y, Touré H, *et al.* L'endoscopie bronchique dans le diagnostic des pathologies respiratoires à Dakar. *Health Sci Dis* 2023 ; **24** : 143-149.
5. Sani R, Garba RM, Harouna YD, Chaibou MS, Faucheron JL. Bilan de quatre années d'activité de chirurgie laparoscopique à l'Hôpital national de Niamey au Niger. *Rev Int Sc Méd* 2009 ; **11** : 54-58
6. Tchente Nguefack C, Essola B, Ohandja Ayina PMJ, Beugheum C, Masson A, Nana Njamen T *et al.* Etats des lieux de la pratique de chirurgie coelioscopique dans les hôpitaux de la ville de Douala en 2017. *Rev Med Brux* 2021 ; **42** : 455 – 462.
7. Onoh RC, Ezeonu PO, Lawani LO, Ajah LO, Ezegwui HU, Ejikeme BN. Experiences and challenges of gynecological endoscopy in a low- resource setting, Southeast Nigeria. *Trop J Obstet Gynaecol* 2018 ; **35** : 30- 37.



8. Organisation Internationale de la Francophonie. Les agences d'électrification rurale en Afrique subsaharienne. Les politiques de maîtrise de l'énergie. Fiche technique Prisme n°7. Disponible sur https://www.ifdd.francophonie.org/media/docs/publications/238_Agences_er_afr_subсах.pdf (date d'accès : le 24 novembre 2023)
9. World Bank Data. Rural population (% of total population) - Sub-Saharan Africa. The World Bank Group, année de publication: 2022 ; <https://data.worldbank.org/indicator/SP.RUR.TOTL.ZS?end=2022&locations=ZG&start=1960> (date d'accès : le 24 novembre 2023).
10. Bhat P, Hassan C, Desalegn H, Aabakken L. Promotion of gastrointestinal endoscopy in Sub-Saharan Africa: What is needed, and how can ESGE and WEO help? *Endosc Int Open* 2021 ; **09**: E1001–E1003.

Voici comment citer cet article : Nzau-Ngoma E. Plaidoyer pour le développement de l'endoscopie en Afrique subsaharienne. *Ann Afr Med* 2024; **17** (2): e5430-e5433. <https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v17i2.1>



Advocacy for the development of endoscopy in Sub Saharan Africa

“It is always wise to look ahead, but difficult to look further than you can see.”
Winston Churchill

I regularly think of this sentence of a statesman who exercised a significant influence during the Second World War. To read these words, I let the reader imagine me also in an attitude of war to which I invite all of us, from patients to providers. Yet, I'm talking about a bullet-less war, not against Hitler and the Nazis, but against lethargy affecting sub-Saharan Africa countries in implementing endoscopic imaging in care systems (1). Instead of investing in lethal weapons such as tanks, AK-47s, nuclear bombs, we need to arm ourselves with a lot of abnegation.

Decades ago, it was easy to understand that resource-limited countries had many barriers to expanding endoscopy practice. So many barriers not otherwise surmountable existed; barriers related in particular to training, equipment, electricity and cost to the patient. Could we say that these obstacles are overcome today? To some extent, yes, but to a negligible extent. However, when we are attentive, we can look further than we see. Indeed, we can now benefit from the development recorded in the field of communication (internet), with the experience of distance training that has been amplified and imposed by COVID-19, from the international market that is easily accessible online, facilities related to freight, the existence of energy-efficient equipment, and the development of renewable energies... These various advances provide us with so many assets that would facilitate the development of endoscopy even in the most difficult environments. The current generation should seize these opportunities to honor our masters who, despite these gigantic obstacles, were able to keep the flame up to it. Frantz Fanon said:” Each generation must discover its mission, fulfill it or betray it, in relative opacity.”

In developing countries, I think that the current generation, born in the era of computers, video games, the Internet and all these diversified technologies, has a responsibility. So, we need to move forward in many areas of development, particularly in endoscopy, by taking advantage of all the facilities available.

The practice of endoscopy is therefore not a luxury, as might believe some souls whose thought I discourage. On the contrary, for medical practice, for several decades, endoscopy has become a necessity, whatever the field. In the words that will follow, I will give some arguments that should push us to wake up now and make the development of endoscopy in our sub-Saharan countries, a topical issue.

State of the practice of endoscopy in sub-Saharan Africa

Endoscopy refers to the act of exploring a hollow organ or cavity of the body using special instruments (2), including an endoscope. This term would therefore also include the term “laparoscopy” since it refers to a body cavity (2). It is in this broad sense that the term “endoscopy” is used in these writings.

Although endoscopic practice may be low in sub-Saharan Africa, there is virtually no overall data published to date. The introduction of this practice in diversified fields in sub-Saharan Africa dates back to the 1960s, gradually intensified in the 1980s and 1990s (3,4), and much later in certain countries (5). The available data are usually coming either from practice in some hospitals or surveys in a specific field of endoscopy. A recent survey on the practice of digestive endoscopy showed a remarkable insufficiency of digestive endoscopy centers in sub-Saharan Africa with an average of 1 center per 2,281,900 inhabitants (6). Regarding digestive and gynecological surgical practice, the proportions of the laparoscopic surgery are generally less than 20 % (3) in several hospitals, mainly cities, although they are gradually increasing in recent years.

Interest of endoscopy development in sub-Saharan Africa



In the same way we want good roads, optimal banking systems, good football teams, high-speed internet connection etc., we should want, in the medical field, to optimize the practice of endoscopy in our environments. Indeed, this practice is part of the normal development of medicine today. Without the practice of endoscopy, the surgeon will have more and more difficulty to be trained in our countries, because many books of anatomy and surgery will be written with an endoscopic view. And may it be that until then we have not sufficiently written these books ourselves, the fear is that in a few years, the practitioner in our countries, if he does not evolve, will not easily find the book that would describe his surgery by conventional way. We therefore naturally need to adapt to the evolution of things!

Another aspect is that surgeons who participate in international scientific exchanges have certainly already realized the difficulties presenting surgical series from our countries. Indeed, if we are not careful, the surgical practice of our countries will be largely obsolete and will not be able to be presented to the world. We must therefore catch up and intensify this practice, using our facilities.

A shorter hospital stays, a painless feeling, a faster return to work without forgetting the aesthetic advantage and so many others, are assets that place endoscopy as a first reference especially in the practice of surgery. These advantages far outweigh the surmountable disadvantages; including a longer learning curve and high cost of investment and operation. Endoscopy has so many advantages that populations larger than possible should benefit as it is considered the best option. When we look at the constitution of several African countries, the best option for health is a right guaranteed in this mother law. In addition, to talk about universal health coverage advocated in our countries, one of the important pillars is quality care, and endoscopy in many areas represents an aspect of this quality care (7). Practitioners in some African countries have already understood the challenges of endoscopy development and are getting to work. In these regards, it is worth drawing the attention of decision-makers in some countries to the fact that in the near future, countries that have made considerable progress will benefit from medical tourism to the detriment of countries that will lag behind.

And if despite these few arguments; because there are others, we do not start to develop the practice of endoscopy in our environments, then it is the patients who will force us to do it. We must all be actors in this because this case concerns us all. This thought from Aimé Césaire could well be borrowed about: "Beware, my body and my soul, beware above all of crossing your arms and assuming the sterile attitude of the spectator, for life is not a spectacle, a sea of griefs is not a proscenium, and a man who wails is not a dancing bear.

Challenges and recommendations for change

We don't need to make the same paths that started when the technology had not yet reached the point it is now. There is a way to do a lot with very little; by implementing simple solutions. We must be inventive, able to adapt things in our environment. We must learn to be good practitioners to use as few advanced instruments as possible, but improving our dexterity with a learning that will allow us to be better. Indeed, the challenges of endoscopy practice are multiple in sub-Saharan Africa. One example is the lack of basic amenities such as electricity (8), the lack of infrastructure allowing access to rural areas which represents nearly 58% of sub-Saharan populations (9), the inadequacy of training centers resulting in an insufficient number of endoscopist practitioners (3.7) and the non-existence of a well-developed African market.

In addition, collaboration for the exchange of knowledge between different backgrounds, different countries, is a reality that is not yet anchored in the mindset of the practitioner in sub-Saharan Africa. It is not uncommon, but rather curious to see, in our countries with limited resources, endoscopists who evolve in isolation. Many providers want to learn from Westerners. Each unit makes an effort to have a mentor come from afar when he can already make great strides with the one next door. Similarly, those who have learned mystify so much and are not psychologically inclined to teach others. The consequence is that the number of those who practice is growing too slowly and national endoscopy societies are struggling to set up and then to function in these countries. It is therefore necessary that this paradigm changes, that Africans value, their achievements, that they create a class of trainers and, that once the critical mass is reached that, evolution moves towards the outcome that we all hope for; the development of endoscopy.



Until these issues are understood, the vicious circle will remain and the development of the endoscopic market, still non-existent in sub-Saharan Africa, which will ultimately have to accelerate the practice of endoscopy, will be slow to come. African and international companies (10) that are engaged in the development of endoscopy practice could play a very important role in supporting sub-Saharan Africa countries.

I will close the present opinion piece with a quote from Winston Churchill: “Criticism may not be agreeable, but it is necessary. It fulfils the same function as pain in the human body. It calls attention to an unhealthy state of things”.

Keywords: advocacy, endoscopy, sub-Saharan Africa

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v17i2.1>

Received: October 8th, 2023

Accepted: January 31st, 2024

Conflict of interest

The author declares no conflict of interest.

Références

1. Mwachiro M, Topazian HM, Kayamba V, Mulima G, Ogutu E, Erkie M *et al.* Gastrointestinal endoscopy capacity in Eastern Africa. *Endosc Int Open* 2021; **9**: E1827–E1836.
2. Antoniou SA, Antoniou GA, Koutras C, Antoniou AI. Endoscopy and laparoscopy: a historical aspect of medical terminology. *Surg Endosc* 2012; **26**: 3650–3654.
3. Tshimpi A, Makulo JR, Mbendi S. Résultats d’une enquête sur l’endoscopie digestive interventionnelle en Afrique Subsaharienne. *Ann Afr Med* 2017 ; **11** (1): e2702 – e2703.
4. Danfakha F, Doucoure A, Belem B, Niang M, Sangaré Y, Touré H *et al.* L’endoscopie bronchique dans le diagnostic des pathologies respiratoires à Dakar. *Health Sci Dis* 2023 ; **24** : 143-149.
5. Sani R, Garba RM, Harouna YD, Chaïbou MS, Faucheron JL. Bilan de quatre années d’activité de chirurgie laparoscopique à l’Hôpital national de Niamey au Niger. *Rev Int Sc Méd* 2009 ; **11** : 54-58
6. Tchente Nguéack C, Essola B, Ohandja Ayina PMJ, Beugheum C, Masson A, Nana Njamen T *et al.* Etats des lieux de la pratique de chirurgie coelioscopique dans les hôpitaux de la ville de Douala en 2017. *Rev Med Brux* 2021 ; **42** : 455 – 462.
7. Onoh RC, Ezeonu PO, Lawani LO, Ajah LO, Ezegwui HU, Ejikeme BN. Experiences and challenges of gynecological endoscopy in a low- resource setting, Southeast Nigeria. *Trop J Obstet Gynaecol* 2018 ; **35** : 30- 37.
8. Organisation Internationale de la Francophonie. Les agences d’électrification rurale en Afrique subsaharienne. Les politiques de maîtrise de l’énergie. Fiche technique Prisme n°7. Disponible sur https://www.ifdd.francophonie.org/media/docs/publications/238_Agences_er_afr_subsah.pdf (date d’accès : le 24 novembre 2023)
9. World Bank Data. Rural population (% of total population) - Sub-Saharan Africa. The World Bank Group, année de publication: 2022 ; <https://data.worldbank.org/indicator/SP.RUR.TOTL.ZS?end=2022&locations=ZG&start=1960> (date d’accès : le 24 novembre 2023).
10. Bhat P, Hassan C, Desalegn H, Aabakken L. Promotion of gastrointestinal endoscopy in Sub-Saharan Africa: What is needed, and how can ESGE and WEO help? *Endosc Int Open* 2021 ; **09**: E1001–E1003.

Cite this article as: Nzau-Ngoma E. Advocacy for the development of endoscopy in Sub-Saharan Africa. *Ann Afr Med* 2024; **17** (2): e5434-e5436. <https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v17i2.1>