

MEDECIN SUR UN TOURNAGE DE FILM AU KENYA

D. JEAN

• Correspondance : Dr D. JEAN, Service de médecine néonatale et réanimation infantile, CHR de Grenoble, BP 217X, 38043 Grenoble Cedex.
• E-Mail : domi.jean@free.fr •

Med. Trop. 2003 ; **63** : 564-566

J'ai accompagné une équipe de tournage française au Kenya pendant 2 mois 1/2, de janvier à mars 2003. La présence d'un médecin français sur un tournage n'est pas systématique. Dans le cas présent cette intervention était exigée par l'assurance en raison de la présence constante d'animaux sauvages dans l'environnement et en raison de scènes de cascades.

Mes activités médicales habituelles en France sont celles d'une pédiatre spécialisée en néonatalogie et infectiologie : ces spécialités sont assez éloignées de ce type d'aventure. Néanmoins, une expérience de terrain en situation isolée, cultivée dès la fin de mes études de médecine m'a engagée à répondre à cette offre : après un certificat de médecine exotique chez le Professeur Gentilini, j'avais travaillé dans un dispensaire de brousse au Cameroun, puis comme médecin d'un poste de secours au Népal, pour des expéditions à haute altitude, ou sur des bases polaires scientifiques. Travaillant une partie de l'année comme guide de trekking pour une agence de voyages, généralement sur les destinations les plus engagées, les plus isolées, les plus élevées et les plus froides... ce fut donc agréable, pour une fois, d'avoir chaud !

Sur ce type de mission, la plus grosse partie du travail a lieu avant le départ et malheureusement souvent dans l'urgence en

raison d'un recrutement tardif : chaque participant au tournage a reçu une fiche d'informations médicales générales de type « conseils aux voyageurs » adaptée à notre destination et notre environnement prévisible. Un questionnaire médical confidentiel a été renseigné, afin d'optimiser la préparation de la pharmacie et du matériel médical en fonction des antécédents personnels, le tout devant être obtenu si possible à moindre coût.



Figure 2 - Famille Massaï (© D. Jean).

Quelques points particuliers de l'activité médicale

Prophylaxie antipaludique pour l'équipe française

Chaque personne de l'équipe (ou presque) ayant une fonction spécifique non remplaçable, la production avait prévu de prendre en charge une prophylaxie antipaludique maximale (répulsifs et chimio-prophylaxie) afin de ne pas prendre le risque de perdre une journée de tournage, ce qui aurait coûté très cher. L'option possible, du fait de la présence d'un médecin sur place, de diagnostiquer et traiter précocement une crise éventuelle n'a donc été retenue que pour l'équipe kenyane. La production avait néanmoins sous-estimé le coût d'une telle prévention, car l'autre impératif étant évidemment d'utiliser une chimio-prophylaxie présentant un risque minimal d'effets secondaires, la Malarone® a largement grevé le budget. Signalons que le prix d'une boîte de Malarone® peut varier de 36,80 € à 45 € selon la pharmacie, différence impressionnante, surtout quand on en achète 35 boîtes !

Sept personnes ont pris du Lariam®, six de la Malarone®, une de la doxycycline et trois n'ont rien pris (séjours fréquents et prolongés au Kenya pour la préparation avant le tournage). Mes critères de choix ont été les suivants : j'ai donné du Lariam® à

Contexte général

Le tournage s'est déroulé sur 9 semaines en 4 lieux différents du sud Kenya, dans les grandes réserves d'animaux ou à proximité. L'hébergement s'est fait la moitié du temps en camping, l'autre moitié en lodge. L'équipe française comportait 17 personnes et l'équipe kenyane de techniciens, chauffeurs, et personnel de camping selon les lieux variait de 20 à 40 personnes. Treize acteurs Massaï ont été présents sur la totalité du tournage, auxquels s'ajoutaient selon les périodes d'autres acteurs pendant quelques jours ou des figurants embauchés à la journée, jusqu'à 250 au maximum ! La charge médicale était donc très variable, avec un minimum de 50 personnes en permanence et quelques pointes d'activité : les figurants Massaï, qui du fait de leur vie nomade dans des régions sous-médicalisées, n'ont pas l'habitude de voir des médecins, profitaient d'une telle présence dès qu'ils l'avaient repérée !



Figure 1 - Dans la savane kényane (© D. Jean).

SUR PLACE SUR PLACE SUR PLACE

ceux qui en avaient déjà pris lors de voyages antérieurs sans problèmes de tolérance, de la Malarone® à ceux qui avaient des contre-indications au Lariam® (1 personne), des antécédents d'effets secondaires (1 personne) ou ne souhaitaient pas utiliser ce produit... La doxycycline, qui aurait allégé le budget, a été acceptée par 1 seule personne, les autres estimant qu'elles auraient autre chose à penser qu'à se protéger du soleil... Cette seule personne a du l'arrêter suite à un effet secondaire très rare : une photo-onycholyse impressionnante touchant les 10 doigts (alors même qu'elle n'a eu aucun coup de soleil). Le décollement unguéal a continué à s'étendre plusieurs jours après l'arrêt de la prise médicamenteuse, heureusement sans atteindre la matrice ; la partie atteinte a donc été progressivement éliminée avec la pousse des ongles, ce qui a tout de même pris 5 mois ! Le risque de photo-onycholyse est connu des dermatologues lors des traitements d'acné par cyclines mais n'avait encore jamais été rapporté dans le cadre de prophylaxie antipaludique.

Deux personnes sous Malarone® l'ont arrêtée dès les premiers jours :

- l'une pour vomissements répétés (que j'ai attribués au proguanil, car elle avait eu une intolérance identique à la Savarine® lors d'un voyage précédent) ; une tentative de reprise de la Malarone® sur le 2^e lieu de tournage où il y avait beaucoup plus de moustiques a eu le même effet ; cette personne avait par ailleurs une contre-indication au Lariam® et aux cyclines et a donc poursuivi le séjour sans prophylaxie ;

- l'autre sujet avait des troubles digestifs vagues dont l'attribution à la Malarone® était discutable, et il a pu en reprendre effectivement sans problème à partir du 2^e lieu de tournage.

A noter qu'une personne qui avait présenté antérieurement des chutes de cheveux importantes sous Savarine® (effet secondaire possible du proguanil) n'a pas eu ce problème sous Malarone®.

Toutes les personnes sous Lariam® l'ont bien toléré, ce qui était attendu puisque les indications avaient été sélectionnées.

Répulsifs

Chaque membre de l'équipe a reçu en début de séjour un flacon de Mosiguard® (citriodiol) pour la peau et un flacon de Biovectrol® (étofenprox) pour les vêtements, commercialisés par SMI et obtenus à tarif préférentiel. J'avais également emporté un peu d'Insect écran®, Repel insect® et Cinq sur cinq®, pour répondre aux habitudes de certains participants. La plupart ont négligé d'en mettre dans la journée



Organiser la couverture médicale d'un film, cela ne s'improvise pas

Avec environ 170 jours de couverture médicale sur les tournages l'année dernière, nous avons pu tirer les leçons de ces expériences. En effet, être médecin sur un tournage est parfois bien déroutant. Ce qui frappe le plus au début, et qui est un piège, ce sont les attentes (entre les plans, entre les prises de vue...). Cette attente est facteur de risque, car elle ne doit pas endormir la vigilance du médecin. Cette vigilance doit être de tout instant, et surtout ne pas se borner aux acteurs, mais aussi aux équipes techniques, de manière à avoir un rôle de prévention. Si les cascadeurs ont une bonne préparation, et sont attentifs aux risques qu'ils maîtrisent, il n'en est souvent pas de même pour les travailleurs sur les tournages. Engager quelqu'un qui travaille en hauteur à s'assurer et s'attacher, vérifier les trajectoires des véhicules ou des projectiles, forcer les gens à porter des protections indivi-

duelles (casque, lunettes...) fait partie du travail. Mais il est une population qui est plus particulièrement exposée aux accidents, c'est celle qui est derrière la caméra, et en particulier le cameraman, qui au moment de l'action, ne voit rien d'autre que ce qui est dans son viseur, avec une perte totale de références visuelles, souvent dans des positions ne permettant pas de réagir promptement à un danger. Parfois, lorsque cela est possible, et lorsque le risque est identifié, on fait usage d'une « crash-box », contenant la caméra, mais cela est limité à des plans très courts, et fixes, car on ne peut mettre de chargeur de film important. L'organisation des tournages, malheureusement, avec les aléas de la météo, ou du planning des acteurs, ou de la disponibilité du site où doit se tourner la scène, ne permet que rarement de prévoir ce qui va se passer le lendemain. Il faut donc avant tout être toujours prêt. Cela aussi est vrai pour le matériel : tout doit être contrôlé tous les jours : scope défibrillateur, trousse d'intubation, kits de perfusion, oxygène, matelas coquille et parfois en plus, le seul moyen de

transporter ce matériel, c'est l'épaule du médecin. Mais le rôle du médecin ne s'arrête pas là ! Il doit aussi, être prêt à suturer, faire tous les petits actes que l'on fait aux urgences, soigner une colique néphrétique... Car on est souvent loin de tout, et il n'est pas question de perdre de précieuses heures en attente dans un service d'urgence. Urgentiste obligatoirement, prévisionniste aussi, et enfin médecin généraliste, c'est le minimum que l'on demande à un médecin sur un tournage, mais parfois cela ne sera pas suffisant, selon le lieu (médecine tropicale) ou les caractéristiques des tournages (médecine hyperbare pour les tournages sous l'eau par exemple) les compétences devront être multiples ■

Pour en savoir plus

E. OZANNE

3 Place de la porte de Vanves
75014 PARIS FRANCE
Tel. +33 (0) 4 37 49 62 72
Fax : +33 (0) 4 37 49 62 71
E-Mail : contact@mjpf.com

et ne l'ont utilisé que le soir. Voici quelques observations relevées sur le terrain de l'utilisation de ces répulsifs :

- Mosiguard® assure une bonne protection contre les piqûres de moustiques, apparemment un peu inférieure à celle du DEET à 50% (variable selon les personnes), mais il est plus agréable à utiliser car on n'éprouve pas le besoin de se laver pour enlever le produit avant de se coucher comme avec le DEET, ce qui est facile en hôtel mais impossible en camping ;

- Biovectrol® tachant les vêtements ! (part au lavage), il n'a quasiment pas été utilisé et son efficacité n'a pu être estimée ; suite au signalement de ce problème, SMI ne conserve l'étofenprox que pour l'imprégnation des moustiquaires.

Pour le diagnostic rapide du paludisme, j'avais emporté une boîte de tests « Now ICT Malaria Pf/Pv » des laboratoires Fumouze. J'en ai trouvé l'utilisation très facile, et très utile pour le confort intellectuel du médecin isolé, à la fois pour confirmer un diagnostic de paludisme mais aussi pour éliminer ce diagnostic dans d'autres cas et économiser des traitements inutiles. J'ai fait une douzaine de tests, avec 2 résultats positifs : il s'agissait de 2 Massaï, qui avaient réellement un tableau évocateur de paludisme, et ont guéri rapidement sous traitement. Au départ, je pensais que ce test ne serait vraiment utile que chez les Français, les autochtones risquant d'avoir un test positif indépendamment de tout épi-

sode aigu ; mais j'ai fait plusieurs tests chez des Massaï qui venaient me réclamer un traitement antipaludique pour des symptômes qui me semblaient insuffisants... et ils étaient tous négatifs. Les Massaï étaient persuadés qu'ils avaient le paludisme dès qu'ils avaient mal à la tête ou au dos... Après le test négatif, ils se contentaient d'aspirine ou de paracétamol et tout allait bien... A noter que les Kenyans plus urbanisés (nos chauffeurs en particulier) voyagent avec du Fansidar® qu'ils prennent au moindre doute, sans doute un peu trop souvent.

En dehors du paludisme

L'essentiel de l'activité a conduit à consommer antiseptiques, compresses, pansements, aspirine, paracétamol, Smecta®, en grandes quantités. Parmi les pathologies observées au cours de cette mission, peuvent être signalés :

- plusieurs cas de turista, traités par Smecta® associé ou non à l'opéramide, 2 cas plus sévères traités par fluoroquinolone, dont une dysenterie bactérienne avec fièvre à 40°C et altération de l'état général, d'évolution rapidement favorable sous ciprofloxacine ;

- une amibiase intestinale chez un Massaï, d'évolution rapidement favorable sous Flagyl® ;

- deux abcès dentaires qui se sont soldés par une extraction dentaire à Nairobi

Son Place Son Place Son Place



Figure 3 - Guerrier Massai (© D. Jean).



Figure 4 - Guerriers Massai (© D. Jean).

(en début de séjour), et bien que tous les participants soient théoriquement allés voir leur dentiste avant de partir ;

- une évacuation nocturne par 4x4 avec une jonction à mi-parcours (3 h de route) avec une ambulance sur l'hôpital de Nairobi, pour hématomose par rupture de varices œsophagiennes. Ce cas a été le plus grave et le plus stressant du séjour. Heureusement l'hématomose est restée limitée et la perfusion de macromolécules n'a pas été nécessaire, ce qui aurait été inconfortable en 4x4 sur piste. Je n'avais évidemment pas de sonde de Blackmore, ignorant tout des antécédents de cette personne vivant au Kenya. A noter que les ambulances privées kenyanes sont très bien équipées. Pour les évacuations de jour, il existe un système très performant par voie aérienne : les flying doctors ;

- un accident de circulation, spectaculaire mais finalement sans gravité : le camion de régie, qui roulait vraisemblablement trop vite lors d'un transfert sur piste s'est renversé dans un virage, les deux occupants n'ont eu qu'une grosse frayeur et quelques contusions (l'un d'eux a tout de même fait un aller-retour à Nairobi le lendemain pour infirmer radiologiquement une suspicion de fracture du coude) ; le camion était beaucoup plus abîmé !

Vecteurs potentiels autres que les moustiques

Les tiques étaient très nombreuses en zone de savane ; les Massai brûlent périodiquement la savane pour les détruire car c'est un fléau pour leurs troupeaux. Détail intéressant : les hommes avaient plus souvent que les femmes à retirer des tiques, qui commençaient par s'accrocher aux poils des jambes avant de remonter se fixer plus haut, généralement au niveau inguinal. Il n'y a eu aucune pathologie attribuable aux tiques, ni pendant le séjour, ni après le retour.

Il y avait également d'assez nombreuses mouches tsé-tsé dans le Parc de Tsavo, avec quelques piqûres (douleur usée et résultat impressionnant pendant 2-3 jours) ; souvent on sent la mouche se préparer à piquer et on peut la chasser à temps. D'après les Kenyans, il n'y a pas de maladie du sommeil dans ce secteur.

Aspects médicaux spécifiques concernant nos acteurs Massai

Les acteurs principaux étaient des «guemiers». Il s'agit d'une étape importante dans la vie d'un Massai, non systématique, mais la plupart la souhaitent car c'est très valorisant. Entre 15 et 25 ans environ, (cette période tendant actuellement à se raccourcir), les guerriers vivent entre eux, avec 2 objectifs principaux :

- montrer leur bravoure, traditionnellement en tuant un lion à la lance, ce qui est théoriquement interdit actuellement, mais peut encore se produire occasionnellement en cas d'attaque du troupeau familial ;

- être beaux (cheveux longs tressés, peintures rituelles, bijoux multiples) et séduire les filles, ce qui marche très bien... et comme ils partagent tout lors de cette période de vie communautaire, y compris les filles (chacun pouvant avoir une quinzaine de copines «régulières»), ils partagent aussi les pathologies. Gonorrhée et syphilis sont considérées comme faisant partie de la vie normale chez les hommes jeunes. J'ai traité 2 guerriers en début de séjour : l'un pour gonorrhée associée à un chancre, l'autre pour gonorrhée seule. J'ai administré un traitement de 8 jours de ceftriaxone IM dans les 2 cas, compte tenu de l'ancienneté des symptômes, avec un bon résultat clinique. La vie nomade et les échanges multiples rendent impossibles le traitement des partenaires...

Quant aux jeunes filles, je n'ai pas eu l'occasion d'en soigner pour ces patholo-

gies ni de me faire une idée des dégâts éventuels ultérieurs gynéco-obstétricaux. Les «copines» des guerriers sont des filles très jeunes, non excisées ; les relations sont théoriquement interdites avec les femmes excisées, l'excision ayant lieu peu de temps avant le mariage. Quand la période de guerrier prend fin, chacun se marie avec une jeune fille choisie par les parents, qui en principe n'est jamais une ex-copine.

Nos acteurs principaux avaient passé une visite médicale à Nairobi avant l'embauche et la souscription d'un contrat d'assurance pour eux. Ils étaient tous en bonne santé mais plusieurs avaient des antécédents de gonorrhée, syphilis et paludisme. Le contrat d'assurance précisait bien qu'il ne couvrait que le risque d'accident et excluait ces pathologies !

Aucun n'avait eu de dépistage VIH. Mon impression, peut-être fautive, est que gonocoque et syphilis circulent depuis des générations chez les Massai, mais que le virus du Sida n'est pas encore présent ; par contre, si quelqu'un l'introduit dans la communauté, ce sera une catastrophe ! Il y a certainement urgence pour des actions préventives. Les deux seuls qui étaient allés à l'école et parlaient anglais ont abordé le sujet, ils connaissaient l'intérêt des préservatifs sans être prêts pour autant à les utiliser, les autres n'ont aucune connaissance du danger.

Aucun n'était vacciné, en particulier contre le tétanos, ou s'ils l'avaient peut-être été un jour, ils n'avaient aucun document pouvant en attester. Une des caractéristiques du sourire Massai est l'absence des 2 incisives inférieures : vers l'âge de 4-5 ans, une vieille femme expérimentée les arrache, c'est un critère de beauté, et cela permet en outre, en cas de tétanos, de nourrir l'enfant à l'aide d'une paille pendant la durée du trismus, s'il a la chance de survivre... Quand la 2^e dentition apparaît, on recommence ! ■