



**HAL**  
open science

**Course landaise : étude rétrospective d'un an sur les traumatismes déclarés en compétitions organisées par la FFCL, évaluation de la prise en charge et du suivi en médecine générale**

Carla Girod

► **To cite this version:**

Carla Girod. Course landaise : étude rétrospective d'un an sur les traumatismes déclarés en compétitions organisées par la FFCL, évaluation de la prise en charge et du suivi en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01627123

**HAL Id: dumas-01627123**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01627123>**

Submitted on 31 Oct 2017

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE BORDEAUX  
-  
FACULTE DE MEDECINE

Année 2017

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Médecine générale

Présentée et soutenue publiquement le 23 octobre 2017

Par

**GIROD Carla**

Née le 30 Juin 1988 à Paris

**Course landaise : étude rétrospective d'un an sur les  
traumatismes déclarés en compétitions organisées par la  
FFCL.  
Evaluation de la prise en charge et du suivi en médecine  
générale.**

Président du jury

Monsieur le Professeur Jean-Marc VITAL

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Gilles BLAQUIERE

Jury

Professeur Kamran SAMII

Docteur Mathieu POIRIER

Professeur William DURIEUX

## Remerciements

A Monsieur le Professeur Jean-Marc Vital,

Chef de service de l'Unité de Pathologie rachidienne et chef de pôle Orthopédie au CHU Pellegrin de Bordeaux

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse.

Je vous remercie de l'intérêt et de l'apport de vos connaissances et de votre expérience à la critique de ce travail de thèse.

Je vous prie d'accepter l'expression de mon profond respect et de ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Kamran Samii,

Professeur des Universités d'Anesthésie Réanimation au CHU de Pellegrin de Bordeaux et au Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail.

Soyez assuré de ma gratitude.

A Monsieur le Professeur William Durieux,

Professeur associé du Département de médecine générale

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail de thèse.

Soyez assuré de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Mathieu Poirier,

Docteur en Chirurgie Vasculaire, Praticien hospitalier de chirurgie vasculaire du Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.

Je vous remercie de l'intérêt et de l'apport de vos connaissances que vous avez bien voulu apporter à la critique de ce travail.

Soyez assuré de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Gilles Blaquière,  
Médecin urgentiste au centre Hospitalier de Mont-de-Marsan et médecin fédéral de la FFCL

Vous me faites l'honneur de diriger ce travail de thèse.

J'ai eu le plaisir d'améliorer ma formation médicale à vos côtés. Je vous remercie pour votre confiance, vos conseils, votre expérience mais surtout votre disponibilité.

Veillez trouver à travers ce travail l'expression de mon profond respect et de ma gratitude.

*A tous ceux qui m'ont accompagnée durant mon cursus et mes amis les plus chers :*

Aux médecins et infirmiers du service des Urgences de Mont-de-Marsan pour tout ce que vous m'avez appris. J'ai apprécié travailler à vos côtés.

Au Docteur Jean-Claude Gaillard pour votre enthousiasme au quotidien et votre aide lorsque je travaillais à vos côtés.

A tous mes co-internes avec qui j'ai travaillé durant ces 3 années d'internat. Un clin d'œil à Camille et Olivier, « le trio des urgences ». Vous m'avez aidée lorsque j'en avais besoin. Travailler à vos côtés a été un pur bonheur. Merci !

A Lucas et Choupinet qui ont su me supporter durant près de 3 ans. A Charlotte la quatrième coloc et surtout ma coupine ! A BP et la Fuerza Bruta (et le beau temps d'Argentine).

Merci à vous 4 d'être là pour moi, pour tous ces souvenirs. Je vous aime.

A Pauline Q, Pauline G, Laurène (mes petites parisiennes adorées), Agathe, Pauline H et Hugo (vous savez que vous pouvez compter sur moi pour le baby-sitting).

Merci à vous tous pour tous ces moments passés ensemble, nos vacances, nos diners, nos jeux de société... Vous êtes parfaits ne changez pas !

A mes acolytes bordelais : Claire, Léo, Alex. Merci pour votre soutien et votre joie de vivre. Merci évidemment à toute la clique d'un « nain terne », pour ces fous rires et ces photos mémorables.

A Mont-de-Marsan : Jess (merci pour tout ma biche), Coralie et Alix (pour nous supporter moi et mon désordre. Merci pour votre soutien les filles !), Margot (et nos dures journées boulot), Gauthier,

Audrey, Nico, Lannou, Jules, Marie H, Clément, Corentin, Bastien, Ronan, Loulou, Adrien. A nos soirées et tous ces bons moments passés.

A Béa, Amélie, Julie, Aubert, Guillaume, mes amis de Russie, de longue date. Je ne vous oublie pas.

A Baptiste, pour ton soutien et ta patience. Et surtout merci de supporter ma mauvaise humeur.

### *A ma famille :*

A mon père, pour toute la fierté avec laquelle tu me regardes, l'amour que tu me portes.  
Je t'aime fort mon papoo.

A ma mère, pour ton soutien inconditionnel, ta sincérité et ton amour sans faille.  
Je t'aime.

A ma sœur Zouchka, pour toute l'aide que tu m'as apportée. Pour ta maladresse, ta tête dans les étoiles, ta sincérité.

Ne change pas, je t'aime fort !

A grand-père et grand-mère, pour tout ce que vous m'apportez, tous ces moments si chers à la Rouvière.

Aux Prada, pour les thés, le ciné, les révisions...

Merci de veiller sur moi.

A toute la cousinade Eudes que je n'oublie pas.

Aux Beslot bien évidemment.

Et aux absents : Nane, Cacan, Christine, Eric.

Je pense fort à vous.

## Serment d'Hippocrate

« **A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

# Table des matières

Remerciements	
Serment d'Hippocrate.....	p5
Table des matières .....	p6
Glossaire .....	p8
Introduction .....	p9
Première partie .....	p10
I : Un peu d'histoire .....	p11
1 : Historique de la tauromachie .....	p11
2 : Les différents spectacles taurins .....	p12
3 : Les origines de la course landaise .....	p12
4 : La FFCL .....	p14
II : Le déroulement des courses landaises .....	p15
1 : Les acteurs .....	p16
A : L'écarteur .....	p16
B : Le sauteur .....	p17
C : Les hommes en blanc.....	p17
D : La vache .....	p18
2 : La formation .....	p18
3 : Le règlement .....	p19
4 : Les arènes .....	p19
III : Les risques traumatologiques en course landaise .....	p20
1 : Evolution de la médecine adaptée à la tauromachie .....	p20
A : En Espagne .....	p20
B : En France .....	p23
2 : Situation actuelle en France .....	p28
A : Exemple d'arènes françaises .....	p28
B : Les blocs opératoires mobiles .....	p29
C : Le règlement actuel de la FFCL .....	p30

3 :	Les blessures en tauromachie .....	p30
A :	Les blessures taurines .....	p31
B :	Les blessures civiles .....	p34
C :	Les principes de prise en charge du blessé taurin .....	p34
D :	La mutuelle des toreros landais .....	p36
4 :	La lutte antidopage .....	p36
 <b>Deuxième partie</b> .....		 p38
I :	Objectifs .....	p39
II :	Matériel et méthode .....	p39
1 :	La base donnée .....	p39
2 :	Les paramètres .....	p39
A :	Les paramètres généraux .....	p39
B :	Les paramètres médicaux .....	p40
III :	Mesures éthiques et règlementaires .....	p40
IV :	Résultats .....	p40
1 :	Paramètres généraux .....	p41
2 :	Paramètres médicaux .....	p41
 <b>Troisième partie</b> .....		 p52
I :	Discussion autour de l'étude .....	p53
II :	Comparaison des résultats existants .....	p57
III :	Evolution et perspectives .....	p60
 <b>Conclusion</b> .....		 p65
 <b>Annexes</b> .....		 p67
 <b>Bibliographie</b> .....		 p73
 <b>Résumé</b> .....		 p76

## Glossaire

**AFCT** : association française de chirurgie taurine.

**AFLD** : agence française de lutte contre le dopage.

**AUT** : autorisation d'utilisation thérapeutique.

**Afeitado** : pratique frauduleuse visant à raccourcir les cornes d'un taureau.

**Aficion** : goût prononcé pour un art ou pour un jeu.

**Aficionado** : désigne les personnes aimant la corrida et en connaissant les principes.

**Callejon** : couloir séparant la piste des gradins.

**CNIL** : comité national de l'informatique et des libertés.

**Cuadrilla** : désigne l'équipe à laquelle appartient le torero.

**FFCL** : fédération française de la course landaise.

**Fiesta brava** : ensemble des spectacles taurins.

**Ganaderia** : endroit où s'élève les bêtes braves. Le propriétaire est le ganadero.

**Lidia** : ensemble des actions que le torero initie et réalise pour mener son combat, en mettant en valeur les qualités de l'animal et en réduisant ses défauts.

**Plaza de toro** : l'arène.

**Redondel** : la piste.

**Talanquère** : désigne les cloisons en planches qui séparent l'arène des gradins.

**Temporada** : période donnée, pendant laquelle se déroulent les différentes courses.

**Torero** : nom générique de tous les combattants de l'arène.

**Tumade** : coup porté par la vache à l'homme lors d'une course landaise.

**UVTF** : union de villes taurines de France.

**Vache nouvelle** : vache dans leur troisième année, entrant dans l'arène pour la première fois, sans corde.

# INTRODUCTION

« *La course landaise : un sport, une passion, une tradition...* »

La course landaise telle qu'on la connaît aujourd'hui s'est construite à travers l'histoire et les interdits. C'est à la détermination de tout un peuple que l'on doit cette singulière tauromachie. Véritable tradition populaire, elle illustre parfaitement la culture du Sud-Ouest.

Jeu taurin unique, la course landaise est aussi un sport à risques, où tous les acteurs peuvent être blessés à tout moment.

Avec les progrès de la médecine au cours du temps, on pourrait penser que nous sommes parvenus à une prise en charge optimale des toreros blessés. Mais en dépit de progrès réels et considérables, des difficultés persistent tant pour la prise en charge sur place, que pour le suivi de ces sportifs.

L'objectif de notre travail est d'apporter à la connaissance du praticien de médecine générale les spécificités traumatiques consécutives à cette discipline. Mais aussi de les sensibiliser à la problématique de la consultation de sportifs.

Il y a peu de données épidémiologiques sur les courses landaises et aucune publication médicale à ce jour.

Ce travail servirait de base de communication pour les médecins généralistes, afin de les aider dans le suivi de leurs patients sportifs et lors de la médicalisation des courses landaises.

Nous avons également souhaité aborder la problématique du dopage et du rôle du médecin généraliste dans la prévention et la prescription adaptées en lien avec l'Agence Française de Lutte contre le Dopage.

## **1<sup>ère</sup> PARTIE**

## **I : Un peu d'histoire**

### **1 : Historique de la tauromachie**

Le dictionnaire définit la tauromachie comme « l'art de combattre les taureaux selon certaines règles ». Ce phénomène existe depuis 2000 ans avant JC. Les taureaux étaient des figures divinatoires, empreintes de nombreux fantasmes. (1)(2)

Certains sont même gravés dans la roche, représentés dans des scènes de chasse dans des grottes, comme la grotte de Lascaux ou encore celle d'Almatira. (3)(4)

Même si l'origine des jeux taurins est une incertitude, l'ensemble de la littérature tend à montrer que les affrontements entre les hommes et les animaux sont connus depuis l'antiquité.

En Crète, Minos organisait des jeux au cours desquels les hommes devaient dans un premier temps étreindre les cornes du taureau en effectuant des figures, puis l'animal était mis à mort dans la seconde partie du spectacle.

Rome avait également ses jeux et ses combats, organisés par Jules Caesar. (1)(5)

La corrida espagnole contemporaine est née en Andalousie entre le XVIIIème et le XIXème siècle, initialement à but caritatif pour les hôpitaux. (2)

Elle s'est développée et est devenue un héritage culturel soutenu par les aficionados. (3)

En France, c'est au milieu du XIXème siècle que la corrida connaît son essor, sous le règne de l'impératrice Eugénie.

Initialement installée à Bayonne et Biarritz, elle gagne peu à peu les régions au-delà des Pyrénées grâce à l'exposition universelle. (1)(2)(6)

Au cours du XIXème siècle, les jeux taurins se développent dans les abattoirs avec des bêtes mises à mort, puis petit à petit gagnent le public jusqu'au sud-est de la France. (2)(4)

Mais cette expansion et le développement des jeux taurins en France ne se sont pas faits sans difficulté. Les sympathisants ont dû faire face à plusieurs oppositions, notamment avec l'interdit de la loi Gramont mis en application par la Société protectrice des animaux.

En 1951, par décision législative, la tauromachie est reconnue légitime dans les villes où est établie « une tradition locale et ininterrompue », organisée avec « les mêmes aspirations et les mêmes affinités ». (1)(2)(6)(7)

Et c'est le 22 avril 2011 que les jeux taurins sont inscrits à l'inventaire du Patrimoine immatériel français. (4)

## **2 : Les différents spectacles taurins**

*La corrida espagnole* : l'homme combat le taureau à pied. Le spectacle se déroule en trois temps : (1)(2)(5)(8)(9)

- la pique
- la banderilla
- la muleta

*La corrida portugaise* : ici, l'homme est à cheval. Il effectue des démonstrations d'équilibre et de dressage. L'animal ressort vivant du combat. (2)

*La course camarguaise* : c'est une course à la cocarde, pratiquée comme son nom l'indique dans le sud-est de la France. Elle consiste à retirer un trophée (la cocarde) de la frontale de l'animal.

*La course landaise* : très différente de la corrida, elle appartient tout de même à la famille des jeux taurins. C'est un sport règlementé, qui se pratique uniquement avec des vaches.

L'homme doit tromper l'animal par des écarts et des sauts, rappelant les exploits crétois. (2)(10)

## **3 : Les origines de la course landaise**

Plusieurs manuscrits retrouvés montrent l'ancienneté des courses dans la tradition locale, et ce bien avant le XIX<sup>ème</sup> siècle et l'impératrice Eugénie. (1)(8)

Le premier manuscrit relatant un lâché de taureaux dans les rues de Bayonne date de 1289.

La course landaise telle qu'elle est connue aujourd'hui, s'est construite à travers l'histoire et les interdits.

En 1565, une course est organisée à Bazas en l'honneur du roi Charles IX.

En 1567, un interdit général sur les combats de taureaux et de bêtes féroces est déclaré par le Pape Pie V, sous peine d'excommunication, d'anathème et de refus de la sépulture ecclésiastique.

A partir de 1570, des courses clandestines voient le jour dans tout le sud-ouest.

Mais les interdits se poursuivent.

En 1616, un arrêt signifié par le Parlement de Bordeaux interdit les courses à Bazas, de même en 1620.

L'existence des courses va être remise en question à de multiples reprises, mais le refus d'obéissance de tout un peuple permet leur pérennisation.

En 1628, le peuple se révolte face à l'évêque de Bazas.

En 1634, l'évêque d'Aire interdit à son tour les courses, mais de nouvelles manifestations et rébellions viennent perturber ces décisions.

En 1756, les courses sont tolérées tant qu'elles sont organisées hors des villes.

L'interdit d'Etigny stipule « qu'il serait inutile que les magistrats voudraient empêcher ces courses par des règlements ou des ordonnances, le peuple ne s'y soumettrait point. »

En 1766, Richelieu interdit les courses. Il reviendra sur sa décision en 1773 : « le goût dominant des peuples d'Armagnac pour les courses nous oblige à observer une certaine tolérance. »

En 1802, les derniers interdits sont levés par Bonaparte. Les courses sont autorisées dans les landes sous certaines conditions de sécurité.

A partir de ce moment, le nom de courses landaises fût adopté et leur nombre ne cesse de croître.

La technique se précise peu à peu.

C'est en 1831 que la « feinte » est inventée à Laurède.

Les premiers sauteurs apparaissent en 1850.

Mais peu à peu le bétail landais se fait rare en raison des changements écologiques. Apparaît alors le bétail espagnol. Mais celui-ci devient vite trop dangereux, c'est alors que seules les vaches sont utilisées pour les courses. On est en 1853.

Peu à peu, les courses landaises deviennent un spectacle, une distraction pour le peuple à l'occasion des fêtes de village.

La profession d'écarteur fait son apparition, les meilleures prestations étaient récompensées. L'affaire devint commerciale.

Les cuadrillas voient le jour avec les ganaderos qui s'attachent à une équipe d'écarteurs pour présenter la meilleure affiche.

Malheureusement, les courses sont de nouveau menacées. Avec les prix prévus pour les vainqueurs, les petits villages ne peuvent plus faire face, et le public boude les courses.

En 1952, le club taurin d'Eauze crée le challenge d'Armagnac, une compétition intra cuadrilla, qui prend exemple sur les championnats de football et de rugby. L'émulation provoquée apporte très vite une qualité de spectacle inespérée.

Et c'est en 1953 que la création de la Fédération Française de la Course Landaise (FFCL) finalisa les bases de la course.

#### **4 : La Fédération Française de la Course Landaise**

Agréée par le Ministère des Sports et des Loisirs en 1973, cette association est le garant du caractère officiel sportif de la course landaise. (1)(10)(11)

Son but est d'encourager, d'aider et de développer la formation sportive et culturelle pour tous les pratiquants et membres dirigeants de la course landaise. Elle privilégie son accès à tous.

Le siège de la FFCL se trouve à Saint-Pierre-du-Mont.

Font partis de la Fédération :

- les personnes licenciées morales ou physiques ;
- les acteurs et des ganaderos ;
- les membres donateurs et bienfaiteurs agréés par le conseil d'administration.

Le conseil d'administration se réunit au minimum quatre fois par an, et une assemblée générale est réunie au moins une fois par an.

Son rôle est d'orienter et contrôler la politique générale de la Fédération, essentiellement concernant les règlements intérieur, disciplinaire ou encore médical, avec l'application de la législation médicale édictée par le Ministère des Sports et la lutte antidopage.

C'est la FFCL qui délivre les licences annuelles. Le retrait ne peut se faire que pour un motif disciplinaire.

Elle organise les différentes épreuves sportives et publie leur calendrier.

La Fédération veille à l'application de la charte déontologique du sport, établie par le comité national olympique du sport français. (10)(11)(12)

## II : Le déroulement des courses landaises

La course landaise se décline en plusieurs compétitions formelles, régies par la FFCL, sur une période donnée.

La temporada s'étend de fin juin à fin septembre. Elle se conclut par le Championnat de France (le 1<sup>er</sup> octobre pour cette année 2017). (10)

L'organisation des courses se fait en 2 catégories qui offrent des spectacles différents.

*Les courses en compétition, avec les différents championnats et trophées. (1)(10)*

- Les challenges (de l'Armagnac et des Landes-Béarn) : les participants font face à leur propre bétail, pour une démonstration de leur meilleure performance. Un jury note chacun des écarts, points ajoutés aux autres cumulés tout au long de la saison. L'écarteur ayant remporté le plus de points gagne le challenge. Les points sont comptabilisés par cuadrilla.
- Les concours : le règlement doit être approuvé par la FFCL. Les concours se courent avec plusieurs vaches de différentes cuadrillas, avec plusieurs hommes représentant plusieurs cuadrillas. Il y a une phase d'élimination, tant pour les hommes que pour les bêtes. Se déroule ensuite la seconde partie avec les sélectionnés. Contrairement aux challenges, les hommes participent de façon individuelle.

L'émulation que provoquent les concours est plus forte car les risques pris par les concurrents sont plus importants, et l'enjeu est plus grand.

Au cours du temps, plusieurs trophées ont vu le jour. (10)(13)

- Le championnat de France né en 1956 se déroule en fin de temporada. Il juge les risques et celui qui a le mieux géré sa saison parmi les hommes sélectionnés au cours des challenges.
- Le trophée Bernard Huguet créé en 1958, récompense les sauteurs.
- Le trophée de la corne d'or, créé en 1959.
- Le championnat de France des jeunes.
- L'escalot, qui est une compétition de la FFCL. Il capitalise tous les points de chaque acteur tout au long de la saison et récompense le meilleur.

### *Les courses hors compétitions*

- Courses de première catégorie auxquelles les élèves de l'école taurine peuvent participer. Il n'y a aucune figure pointée.
- Les courses de promotion ou courses secondes, auxquelles ne participent que les licenciés de deuxième catégorie.
- Les courses avenir.
- Les concours deuxième catégorie.
- Les courses festivals.
- Les courses mixtes.
- Les courses de démonstration.
- Les intervaches (jeux d'arènes).
- La course de bienfaisance.

### **1 : Les acteurs**

#### **A : L'écarteur**

Il est reconnaissable par sa tenue. Il porte un pantalon blanc, un boléro coloré brodé de paillettes dorées ou argentées, rembourré au niveau des épaules et du dos, dont l'ébauche a vu le jour en 1860.  
(1)(10)

Sous cet attirail, l'écarteur est protégé pour parer les coups. Il cache des protège-tibias, parfois une coquille, une large bande de flanelle autour de la taille parfois remplacée par un corset orthopédique.

Il se place au centre de l'arène et appelle la vache (phase de la citée) qui se trouve face à lui.

La bête est placée par le cordier en bout de piste. La corde a plusieurs rôles, le placement de l'animal, le contrôle de l'axe de la course, ou le contrôle de l'animal en cas de prise de l'homme.

Au dernier moment, l'homme pivote sur lui-même par un mouvement du corps, faisant passer la tête de la vache au creux de ses reins.

Il existe plusieurs types d'écarts dont les plus connus sont :

- la feinte ;
- l'écart sur le saut qui provoque la charge de la vache.

On distingue l'écart extérieur ou en dehors, qui se pratique du côté opposé au cordier, protégeant l'écarteur d'une charge de l'animal, et les écarts en dedans, mieux notés mais plus risqués car l'écarteur n'est pas protégé par le teneur de corde.

Plus la bête passe près de l'homme, plus l'écart a de la valeur. Si l'écarteur ne réalise pas sa figure dans le bon rythme, il peut être victime d'une tumade qui peut être plus dangereuse s'il s'agit d'un écart en dedans.

### **B : Le sauteur**

Lui est habillé de blanc, il est gymnaste le plus souvent, pour pouvoir franchir les 1m40 (minimum) de la vache au garrot.

Le sauteur s'élance du centre de l'arène vers la vache, et saute par-dessus celle-ci au dernier moment.

Il existe plusieurs types de sauts :

- le saut à la course, qui sert d'entraînement le plus souvent. Il s'agit d'un simple saut en longueur ;
- le saut pieds joints : le sauteur a les pieds dans un béret et les jambes liées par une cravate. C'est le saut le plus difficile et le plus dangereux, il est réalisé sans élan ;
- le saut de l'ange, inventé en 1960, réalisé après une courte course, il est sans doute le plus élégant ;
- le saut périlleux ou sa variante le saut périlleux vrillé.

Les sauteurs affrontent des vaches de plus petit gabarit que les écarteurs, mais la moindre erreur peut avoir de graves conséquences.

### **C : Les hommes en blanc**

Ils sont indispensables au déroulement de la course.

Parmi eux :

- les entraîneurs : ils placent la vache et font en sorte qu'elle file droit après l'écart ou le saut (1<sup>er</sup> entraîneur). Ils ont un rôle essentiel dans la formation des vaches nouvelles (2<sup>nd</sup> entraîneur)
- le cordier : il guide la vache par une corde reliée par une têtère. Il peut intervenir pour limiter les coups de tête ou pour éviter que la vache ne dévie après l'écart ou le saut. Le coup de corde est très précis et s'adapte à chaque bête. Peu exposé au danger, il reste proche de la talanquère

## **D : La vache**

Appelée coursière, elle est traditionnellement issue d'élevage de taureaux de combat. Les vaches sont sélectionnées pour leur bravoure et leur noblesse, et viennent pour la plupart d'élevages espagnols ou camarguais.

En 2013, il existe 13 ganaderos. Les vaches font leurs premiers pas dès l'âge de 3 ans et peuvent avoir une carrière de 10 ou 12 ans.

## **2 : La formation**

Les sauteurs et les écarteurs sont formés par l'école taurine de la FFCL. (1)(10)

Créée en 1970, l'école taurine permet la formation des jeunes de 13 à 25 ans en deux parties : l'initiation et la pratique face au bétail.

*L'initiation* permet tout d'abord une préparation physique, avec des séances une fois par semaine à partir de novembre, encadrées par des moniteurs de l'école taurine.

Puis en février, des séances théoriques et pratiques débutent et sont encadrées par des moniteurs fédéraux. La phase d'initiation se termine par deux séances d'évaluation face au bétail, pour les élèves de plus de 15 ans.

Les élèves admis accèdent alors à la deuxième partie de la formation.

*La pratique face au bétail* est la deuxième étape. Les séances d'entraînement ont lieu une fois par semaine également.

A la fin de la formation, les élèves peuvent prétendre à la licence de l'école taurine. Par la suite, ils peuvent concourir sans contrat. Un championnat est organisé pour leur apprendre la compétition.

Puis ils rentreront dans le circuit des courses, pourront se rattacher aux ganaderos de première ou deuxième catégorie, puis obtenir les licences correspondantes avec l'accord de la Fédération Française de la Course Landaise et ainsi participer aux différentes courses. (10)(12)

### **3 : Le règlement**

La course landaise se déroule au sein d'une arène homologuée, les participants doivent être en possession d'une licence en cours de validité délivrée par la FFCL et dont la catégorie est adaptée au type de course.

Les acteurs réalisent une série de figures codifiées notées par le corps arbitral. La course est commentée par le speaker, qui annonce également les résultats. (13)

Les coureurs peuvent être sanctionnés en cas de fautes disciplinaires par un système de cartons :

- jaunes ;
- rouges ;
- blancs = médicalement inapte.

Si l'acteur multiplie les cartons ou s'il désobéit à la décision du corps médical, il sera convoqué devant le conseil disciplinaire de la fédération.

Traditionnellement, une course se fait avec neuf vaches, une quadrilla minimum (dépend du type de course), 100 écarts et 8 sauts minimum.

Elle débute par un défilé appelé paséo, où sont présents les différents acteurs de la course.

### **4 : Les arènes**

Pratiquée dans plus de 150 communes, des arènes sont édifiées dans tout le sud-ouest de la France : les Landes, la Gironde, le Gers, le Lot-et-Garonne, les Pyrénées Atlantiques ou encore les Hautes Pyrénées. (cf annexe 1)

Une centaine de bâtiments existent dans le triangle entre la Chalosse, le Tursan et le bas Armagnac.

Au total, 90 arènes sont homologuées. Elles font partie d'un patrimoine exceptionnel, trois d'entre elles sont même classées monuments historiques : Amou, Roquefort et Bascon.

Certaines arènes sont dites « dures », c'est-à-dire qu'elles sont construites définitivement, comme à Dax, Mont-de-Marsan ou Nîmes.

D'autres sont démontables, notamment dans les petits villages dont les moyens financiers ne sont pas suffisants pour construire un local correct. Mais ces arènes ne sont pas aux normes de sécurité et d'accessibilité. (14)

C'est en 1974 que la réglementation des arènes évolue. Le préfet des Landes exige alors une piste en bon état, la présence d'un membre du corps médical, une ambulance, une civière et un local d'infirmier. C'est à ce moment que l'homologation de sécurité s'est faite.

Malheureusement, aujourd'hui encore toutes les arènes ne sont pas équipées.

### **III : Les risques traumatologiques en course landaise**

La problématique de la santé de l'homme combattant l'animal existe depuis longtemps, mais peu s'en préoccupait réellement.

Pendant plusieurs siècles, il existe une indifférence quant à la prise en charge des blessés dans les arènes. Le torero lui-même ne se soucie pas de l'organisation sanitaire dans l'arène où il s'apprête à combattre, alors que le risque est inhérent à la tauromachie. (5)(9)(15)

Au commencement de la tauromachie, avant l'apparition des premiers règlements et la présence d'un médecin dans l'arène, s'il y avait un blessé au cours du spectacle, c'était le médecin de campagne qui était appelé. En attendant son arrivée, le blessé était amené chez un voisin ou un ami. Le temps de la prise en charge était souvent très long, et les conséquences souvent irrémédiables. (9)

Mais peu à peu la perception a évolué et une volonté d'améliorer la prise en charge des blessés en tauromachie a vu le jour.

#### **1 : Evolution de la médecine adaptée à la tauromachie**

##### **A : En Espagne**

En 1957, le Dr Christobal Perez de Herrera décide d'établir des mesures quant à la pratique des jeux taurins. Cette décision est prise face au grand nombre de morts en tauromachie.

Il est donc inscrit :

- qu'il est indispensable de distinguer les hommes les plus experts, par des habits, des foulards... A présent, eux seuls pourront concourir.

On pense ainsi limiter le nombre d'accidents ;

- qu'il est nécessaire d'avoir des chirurgiens dédiés à la prise en charge des blessés taurins dans les hôpitaux, avec une pharmacie et des chambres spécifiquement réservées ;
- qu'il faut avoir des porteurs qui interviendraient lors des accidents dans les arènes, pour dégager le torero le plus rapidement possible ;
- qu'il faut qu'il y ait un prêtre présent pour la confession des blessés.

Ces mesures sont les prémices de la réglementation taurine.

Mais à cette époque, les connaissances médicales et le nombre de médecins sont insuffisants et en conséquence la prise en charge reste précaire. (9)

C'est au XIX<sup>ème</sup> siècle qu'apparaissent les premiers règlements. Une prise de conscience et une volonté d'assistance sanitaire se dégagent peu à peu.

En 1836, Francisco Montes Poquiro écrit « quand par malchance il y aura un blessé, il faudra qu'il y ait une pièce préparée avec des lits et un chirurgien au cas où cela serait nécessaire. »

En 1852, Don Melchior Ordonnez écrit une première ordonnance : « la pharmacie doit contenir les médicaments indispensables à son objet et de même, le médecin, le chirurgien et le soigneur seront présents ponctuellement avant le début de la lidia et y demeureront jusqu'à ce que le président se retire. »

Le gouverneur de Madrid établit à son tour tout un chapitre pour les infirmeries en 1880. C'est le premier règlement précis.

Art 86 : « Le directeur de l'hôpital provincial nommera les médecins du corps de bienfaisance correspondant, pour qu'ils prêtent leur concours, si nécessaire, au service médical de l'infirmerie (...) un spécialiste de chirurgie qui opérera dans tous les cas ; deux médecins consultants ; deux pharmaciens ; une aide instrumentiste ; deux auxiliaires médicaux qui seront conduits à la plaza en voiture, aux frais des organisateurs (...). L'infirmerie des arènes sera dotée de tout le matériel nécessaire, utilisé et renouvelé suivant les besoins. »

Depuis Madrid, plusieurs villes taurines d'Espagne ont vu l'émergence de nouveaux règlements, comme Barcelone ou encore Séville. (9)

La réglementation des infirmeries d'arènes va se modifier au début du XX<sup>ème</sup> siècle.

En 1911, une ordonnance royale stipule que « l'infirmerie devra être installée précisément au centre de la plaza de toro, dans l'endroit le plus proche possible du redondel et d'un accès facile. Elle consistera en une salle bien aérée et bien éclairée par la lumière naturelle, de dimension minimum de 15m<sup>2</sup>, en communication avec une salle de dimensions égales, pour y installer des lits et un service d'hospitalisation ; ou bien en une salle de 30 m<sup>2</sup> si dans la même pièce on installe les lits et l'infirmerie. »

Le décret royal mentionne également le matériel nécessaire avec les instruments de chirurgie et la pharmacie :

- « une table d'opération, 2 lits avec matelas et draps ;
- un appareil pour faire bouillir l'eau ;
- un lavabo, un récipient pour l'eau ;
- 2 seaux pour jeter l'eau usée ;
- 2 douches de 2L chacune ;
- 1 armoire et 1 petite table avec le matériel pour écrire ;
- une dizaine de pinces de Peau, une paire de pinces larges de Spencer ;
- des ciseaux droits et courbes ;
- 2 bistouris droits, un courbe, un à bouton ;
- 2 pinces à dissection, 2 sondes cannelées ;
- 2 écarteurs Faraboeuf ;
- 2 seringues à injection, 2 sondes à Nélaton ;
- un appareil pour l'anesthésie ;
- des aiguilles, de la soie, des catguts ;
- 2 drains, 2 tubes et 2 bandes d'Esmark ;
- une gouttière de bras et une de jambe ;
- du chloroforme, 12 ampoules de sérum frais, 2L d'alcool pur, de la teinture d'iode, 1/4L d'éther ;
- 2 appareils pour injecter le sérum ;
- 3 pots antiseptiques ;
- des pastilles et irrigateurs avec des solutions préparées ;
- du coton stérile, de la gaze, des bandes ;
- des stimulants comme la caféine, l'éther, de l'huile camphrée ;
- 2 cuvettes en fer portatives. »

Il est également mentionné que « la direction devra s'assurer de ce que deux médecins/chirurgiens pour le moins, se trouvent présents à la plaza pendant le spectacle, afin d'assurer en cas de besoin le service de l'infirmerie. »

En 1917, une loi fût promulguée sur les principes de l'ordonnance royale pour Barcelone, Bilbao, Madrid, San Sébastian, Séville, Saragosse et Valence.

C'est à partir de 1930 que la prise en charge des blessés en Espagne s'est fortement développée. Diverses retouches ont été faites sur les différents textes de loi, jusqu'en 1949 où apparaît la notion de catégories d'arènes, notion qui servira aux réglementations ultérieures. (9)(15)

*Première catégorie* : arènes des capitales des régions taurines.

*Deuxième catégorie* : arènes dites « dures ».

*Troisième catégorie* : les autres arènes.

Mais cette catégorisation est un problème, car les blessures, quand il y en a, ne sont pas moins graves dans des arènes de troisième catégorie que dans celles de première catégorie.

Il faut attendre 1997 pour que la nouvelle réglementation fasse disparaître cette différenciation.

## **B : En France**

Le problème d'assistance sanitaire aux toreros blessés est aussi présent qu'en Espagne.

La réglementation française va se développer peu à peu en s'inspirant de celle existant en Espagne. C'est aussi au XX<sup>ème</sup> siècle que la problématique va intéresser de plus en plus, et que la réglementation taurine va connaître de réels changements.

En février 1966 est créée l'Union des Villes Taurines de France (UVTF), avec en 1973 la première réglementation de course de taureaux. (5)(7)(9)

Cette réglementation est applicable par arrêté municipal.

L'UVTF est une avancée considérable dans le monde de la tauromachie française, elle définit un cadre général, qui jusqu'à présent n'existait pas. C'est aussi la reconnaissance quasi officielle de la tauromachie en France. (2)(4)(5)(7)(9)(16)

Initialement en France, l'organisation des infirmeries dans les arènes est similaire à celle existant en Espagne, définie selon les catégories.

*Infirmeries de première catégorie* : dans les arènes de première et seconde catégories, elles sont composées d'une salle d'examen et soins légers, d'une salle d'opération pour les interventions importantes et d'une salle d'hospitalisation avec quatre lits.

*Infirmeries de seconde catégorie* : il n'y a pas de salle d'examen.

*Infirmières de troisième catégorie* : il y a une salle d'opération et une salle d'hospitalisation avec deux lits seulement.

Plusieurs modifications ont été apportées au règlement taurin municipal (1973, 2001, 2014), notamment aux articles 11 à 18 relatifs à la disposition des infirmières d'arènes. (17)

## REGLEMENTATION DES INFIRMERIES D'ARENES

### ARTICLE 11

Les organisateurs de tout spectacle taurin devront garantir, en toute occasion, aux personnes intervenant à l'occasion des dits spectacles, l'assistance sanitaire nécessitée par des accidents ou des blessures pouvant survenir au cours de leur célébration.

### ARTICLE 12

En ce qui concerne les infirmières, les moyens minima, tant du point de vue matériel que du personnel médical, doivent être partout les mêmes, quelle que soit la catégorie des arènes ou du spectacle considéré.

### ARTICLE 13

L'infirmière de toute « plaza » sera constituée par une pièce propre, aérée, munie d'un point d'eau et d'un très bon éclairage, ayant si possible un accès direct sur le « callejon » et une sortie facile sur l'extérieur.

Dans le cas où il n'y aurait pas d'infirmière fixe, un bloc opératoire mobile devra être obligatoirement prévu.

### ARTICLE 14

L'infirmière devra être équipée de tout le matériel nécessaire permettant de pratiquer sur place la chirurgie d'urgence spécifique à la corrida :

- 2 boîtes de chirurgie générale avec le nécessaire pour effectuer un clamage vasculaire ;
- du matériel d'anesthésie et d'intubation ainsi que l'oxygène, l'aspiration, et la possibilité de réaliser des perfusions.

#### ARTICLE 15

L'équipe médico-chirurgicale sera placée sous la responsabilité d'un spécialiste chirurgien, transfuseur, (...) désigné comme médecin responsable par le propriétaire ou le gérant de la « plaza », Mairie, Régie Municipale, propriétaire privé, concessionnaire, etc.

Ce médecin responsable choisira les autres membres de l'équipe de façon à ce qu'il y ait au minimum : un chirurgien, un anesthésiste réanimateur et deux infirmiers diplômés d'Etat.

Le médecin responsable pourra s'adjoindre autant de spécialistes qu'il pourra le désirer, en particulier un second chirurgien et un deuxième anesthésiste.

Chaque membre de l'équipe demeure responsable de son poste.

#### ARTICLE 16

Avant le paseo, au moins une ambulance se tiendra en permanence à proximité immédiate de la porte extérieure de l'infirmierie, avec sortie aisée, et sera prête à effectuer le transport immédiat du blessé vers le centre de soin désigné (clinique ou hôpital) par le médecin responsable. Si le blessé désire être soigné dans un établissement autre que celui désigné par le médecin responsable il devra supporter seul les frais de transport correspondants et donner décharge au médecin responsable.

#### ARTICLE 17

Le fait pour le médecin responsable d'accepter sa mission sous-entend implicitement qu'il entérine les moyens mis à sa disposition et les juge suffisants.

Avant tout spectacle, le médecin responsable s'assurera que l'infirmierie est dotée de moyens matériels et humains indispensables pour remplir sa mission, et que l'équipe médicale est couverte par une assurance de Responsabilité Civile faute de quoi le spectacle pourra ne pas se tenir.

Si tel n'était pas le cas, le Maire pourra soit retarder le spectacle dans l'attente de la remise en ordre et la conformité, soit l'annuler.

Dans tous les cas, le Maire, ou son délégué, s'assurera avant le début du spectacle du respect par l'organisateur des dispositions des articles 11 à 17 du présent règlement avec le pouvoir de faire interdire un spectacle en cas de non-respect de ces dispositions.

Les toreros participant à la course auront le droit de vérifier avant le début du spectacle que toutes les prescriptions prévues par le présent règlement en ce qui concerne les infirmieries sont respectées. Ils pourront s'ils le désirent demander à l'autorité compétente la délivrance d'un certificat attestant de cette conformité.

#### ARTICLE 18

Les articles 11 à 17 du présent règlement seront obligatoirement affichés à la porte et à l'intérieur des infirmieries.

Ces modifications ont permis la disparition des catégories d'arènes en France.

Mais malgré ces avancées, la prise en charge des blessés dans les arènes reste un sujet de controverse. Après la reconnaissance de la tauromachie en France, plusieurs articles sur la prise en charge médicale des toreros ont été publiés, essentiellement à partir d'exemples de traumatismes en corrida, afin de faire prendre conscience des différences d'organisation des soins et de l'intérêt d'une homogénéité au niveau national. (5)

En 1971, P. Arnouil écrit un article pour dénoncer l'incompétence des médecins locaux lors de l'accident de Jose Mata à Villanueva. Les autorités avaient été condamnées pour homicide par imprudence car elles n'avaient pas respecté le règlement taurin : pas de matériel chirurgical ni de quoi transfuser le malade.

En 1978, le Dr Ducos réalise un travail pour démontrer l'insuffisance des soins en France. Il montre alors qu'un grand nombre d'arènes ne disposent pas de la présence médicale nécessaire lors des spectacles, ni même d'un local d'infirmerie, malgré l'homologation sanitaire de 1974. (1)(5)

Aujourd'hui, de réels changements ont été apportés et des efforts constants sont faits pour améliorer la prise en charge des blessés. (5)(18)

En parallèle à la mise en place des normes de sécurité de plus en plus précises dans les arènes, l'évolution de la médecine dans le monde permet une mise à jour constante et le perfectionnement des médecins dans la pratique de la médecine taurine.

Quatre découvertes majeures ont marqué la progression et permis de diminuer le nombre de décès en tauromachie. (9)

*L'apparition de l'anesthésie en 1840*, avec la découverte du protoxyde d'azote et de l'éther par Horace Wells et William Morton. A partir de là, le principe de l'anesthésie générale s'est développé peu à peu.

*La réalisation des grands lavages de plaies au début du XXème siècle*, avec la réalisation des débridements et des explorations chirurgicales, a été capitale dans la prise en charge des blessés taurins. Les débuts étaient difficiles, les suites opératoires très pénibles pour les patients, les plaies laissées ouvertes et la guérison était souvent très longue.

*Le développement de la transfusion sanguine* a également marqué une avancée considérable. En 1900, les groupes sanguins sont identifiés. Il faut attendre 1925 pour comprendre et prendre en compte le principe d'incompatibilité. La transfusion sanguine devient un geste simple à la fin des années 1920.

*En 1925, Flemming découvre la pénicilline. C'est en 1943 seulement que commence sa production. L'antibiothérapie connaît alors son essor, et son utilisation en traumatologie taurine est capitale. Une statue de Flemming est érigée devant les arènes de Madrid, un hommage rendu par les toreros.*

Le développement de la médecine et la réelle volonté d'assistance sanitaire aux blessés permettent une réorganisation et un intérêt profond du corps médical pour cette spécialité.

En 1950, le nombre de publications sur la tauro-traumatologie se multiplie. Les médecins se regroupent pour mettre en commun leurs connaissances. Bientôt, une association scientifique de chirurgie taurine se crée en Espagne, en 1974, pour améliorer les aspects techniques et logistiques des soins médicaux immédiats pour les toreros blessés. (3)(6)(9)(15)

En France, il faut attendre 1981 pour que l'Association Française de Chirurgie Taurine (AFCT) soit fondée. (9)(18)(19)

L'AFCT est créée par des médecins aficionados, désireux de mettre leurs connaissances et leur disponibilité au service de la fiesta brava.

Aujourd'hui, elle compte une centaine de membres qui partagent leur expérience et leurs travaux au fil des congrès et de divers colloques scientifiques.

Dans les années 2000, l'AFCT intègre l'Union des villes taurines françaises (UVTF) afin d'adapter au mieux la partie médicale du règlement taurin municipal, en prenant en compte les moyens mis en place et la responsabilité civile professionnelle des membres de l'équipe médicale de chaque arène.

Le but de l'association, est d'améliorer et d'entretenir le système de soins dans toutes les arènes de France qui en font la demande, pour renforcer la sécurité des toreros bénéficiant ainsi de gestes de première urgence sur place et d'un transport médicalisé si cela s'avère nécessaire.

Aujourd'hui, l'AFCT agit dans près de 80% des arènes françaises.

La présence d'une équipe médicale sur place est essentielle et obligatoire d'après le règlement taurin. (1)(2)(5)(7)(9)(15)(20)

Malgré ces protections, les risques restent omniprésents. Depuis le début du XXème siècle, il y a eu près de 300 décès en tauromachie. En course landaise, on compte 10 décès entre 1905 et aujourd'hui. (21)

L'équipe médicale doit se composer, au minimum, d'un anesthésiste, d'un chirurgien (pas de spécialité réglementaire en France), d'un médecin urgentiste, d'un infirmier (si possible un IADE).

La coordination et la notion d'équipe est primordiale dans la prise en charge du patient.

Celle-ci doit être conforme aux diligences normales et au code de déontologie médicale, car le manque de coordination peut être sanctionné au même titre que la faute technique.

## **2 : Situation actuelle en France**

Aujourd'hui, il est nécessaire et obligatoire que les arènes soient équipées d'une infirmerie. Beaucoup d'améliorations et de changements ont été apportés depuis leur homologation sanitaire, mais il persiste une disparité d'équipement et de prise en charge malgré tout. (1)(6)(10)

### **A : Exemples d'arènes Françaises**

Pour la plupart, les arènes sont équipées d'installation d'urgence avec une salle d'opération et une équipe médico-chirurgicale pour diriger les opérations lors des représentations. (6)(9)(15)

Bayonne : L'infirmerie a un accès facile à la piste et à la sortie de l'arène. Elle se compose d'un bloc opératoire disposant d'une table d'opération, un scialytique et une pharmacie. Le matériel d'anesthésie et de chirurgie est apporté par l'équipe médico-chirurgicale.

A la sortie, une ambulance attend pendant toute la durée du spectacle pour assurer le besoin éventuel de transport vers la clinique où les blessés sont pris en charge.

L'équipe médico-chirurgicale se compose de 3 chirurgiens, 2 anesthésistes et 6 infirmiers/IADE.

Dax : L'infirmerie, également facile d'accès, se compose de 3 pièces avec un bloc équipé, une salle avec 2 lits d'observation et une salle d'examen. Tout comme à Bayonne, le matériel est apporté par les médecins.

A l'extérieur, une ambulance et un VSL du SMUR sont postés. Le transport des patients s'effectue vers le centre hospitalier de Dax situé à 650m.

L'équipe médicale est composée d'un chirurgien digestif, un chirurgien orthopédiste, deux anesthésistes et deux infirmiers.

L'équipement et les locaux sont réévalués tous les ans.

Mont-de-Marsan : L'infirmerie consiste en une salle d'opération et une salle d'observation avec un lit. Un véhicule du SMUR est posté à l'extérieur tout le long de la représentation pour transporter les blessés au centre hospitalier de Mont-de-Marsan situé à 2 km des arènes.

L'équipe médico-chirurgicale est composée d'un chirurgien orthopédiste, un chirurgien viscéral, un chirurgien vasculaire, un médecin urgentiste, deux internes, un IADE, un IBODE et deux brancardiers.

Dans les petites arènes, les installations sont plus précaires, les infirmeries plus petites, il n'y a souvent pas de bloc opératoire. Les hôpitaux sont plus éloignés des villages et c'est fréquemment la Croix Rouge qui s'occupe du transport.

Rion des Landes : une pièce d'accès facile, avec une table d'examen, un lavabo, une source de lumière artificielle.

Une ambulance privée et un bloc opératoire mobile de la Croix Rouge de Dax attendent à l'extérieur. L'équipe est composée d'un anesthésiste réanimateur, un chirurgien, deux infirmiers, des secouristes de la Croix Rouge.

L'hôpital le plus proche se situe à 35 km.

Pomarez : il n'y a pas d'infirmerie à proprement parler. Il y a juste une pièce avec un lit et des bancs. Aucun matériel n'est disponible sur place. Un bloc opératoire mobile de la Croix Rouge des Landes est posté devant les arènes. L'hôpital le plus proche est à 25 km.

Il faut noter un progrès considérable constaté depuis plusieurs années, même s'il n'existe pas à l'heure actuelle d'installation ou équipement parfait en termes d'infirmerie d'arène.

### **B : Les blocs opératoires mobiles**

Pour pallier le manque d'équipement dans certaines arènes, des blocs opératoires mobiles ont été créés. La mise en place de ces blocs équipés a été financée par la Croix Rouge des Landes dans les années 80.

Actuellement, trois véhicules sont disponibles dans plusieurs villes et sont prêtés aux organisateurs par la Croix Rouge : à Saint Vincent de Tyrosse, Roquefort, Villeneuve de Marsan, Bougue, La Brède, Aignan, Gimont, Garlin, Rions des Landes, Pomarez, Samadet, Magesq, Brocas les forges.

Ces blocs opératoires mobiles disposent tous de défibrillateurs externes, d'oxygène, d'un ambu, d'instruments de chirurgie stériles, de champs opératoires, d'un scope, du matériel nécessaire d'anesthésie et de réanimation, d'une pharmacie équipée... tout le matériel indispensable pour une prise en charge immédiate du blessé et la réalisation d'un geste chirurgical en urgence. (9)

### **C : Le règlement actuel de la FFCL**

Le règlement de la FFCL comporte un article sur la sécurité lors des différentes représentations. La commission médicale est en charge de son élaboration. (10)(13)

Lors d'une course, au moins un médecin doit être présent dans l'arène et un poste de secours doit être mis en place.

Le nom du médecin doit être communiqué au moins un mois avant la course. Si le jour de la représentation, le médecin n'est pas présent, un délai de 30 minutes est accordé aux organisateurs pour le remplacer. Une fois le délai passé, la course passe en catégorie hors compétition.

Dans tous les cas, le poste de secours doit être en place et être en liaison avec le SAMU.

Le règlement dicte également le rôle du médecin pendant la course.

Il doit être présent dans les gradins ou derrière la talanquère.

Après examen du blessé, c'est le médecin qui décide s'il peut reprendre la course. Dans le cas contraire, le médecin informe le chef de la cuadrilla et sa décision est écrite sur le document fourni par la FFCL intitulé « déclaration d'accident en course landaise ». Cette décision prend un caractère exécutoire dans l'instant.

Les risques sanitaires sont indissociables des jeux taurins. La plupart des acteurs en tauromachie sont de fait blessés au moins une fois au cours de leur vie.

Et l'équipe médico-chirurgicale est d'autant plus essentielle dans la prise en charge des blessures, qu'elle est souvent confrontée à des blessés peu enclins à s'arrêter.

Les blessures sont d'ailleurs fréquemment minimisées par l'intéressé, qui dans l'émotion et la passion du jeu, révèle une tolérance à la douleur insoupçonnée, mais elles peuvent s'avérer mortelles sans prise en charge médicale immédiate. (1)(2)(5)(6)(7)(8)(15)(20)

C'est l'exemple du torero Juan Luis de la Rosa, qui, blessé au cours d'une corrida, a voulu retourner dans l'arène mais contraint par le médecin, s'est laissé examiner. Après un déshabillage complet, le médecin a découvert une plaie abdominale avec éviscération.

### **3 : Les blessures en tauromachie**

La course landaise est un sport à risques, au même nom que les différents types de spectacles taurins. Les victimes de blessures restent rares mais les traumatismes sont potentiellement graves, et sont malgré tout de plus en plus nombreux.

La prise en charge de ces blessures reste une nécessité impérative et une spécialité à part entière. (1)(6)(7)(8)

## A : Les blessures taurines

Les blessures dites « taurines » sont les blessures causées par les cornes de l'animal. Elles présentent différentes particularités et ne ressemblent à aucune autre. (2)(5)(6)

On comprend que les cornes de l'animal puissent être la préoccupation des différents acteurs, les toreros, les membres des cuadrillas, mais aussi de toute l'équipe médico-chirurgicale : cet attribut a un double impact au cours d'une course, psychologique et physique. (2)

« C'est la corne qui fait la course du taureau », a écrit Ernest Hemingway.

Les cornes de l'animal sont un moyen de repère et l'analyse de sa course permet de comprendre le mécanisme du coup porté. (1)(2)(6)

Elle se déroule en trois phases :

- en début de charge, l'animal baisse la tête et le berceau des cornes s'oriente rapidement verticalement, les pointes vers le sol ;
- puis au cours de la course, la tête pivote latéralement de droite à gauche. Si l'on se concentre alors sur le coup de corne, on comprend la direction principale des plaies ascendantes et de dedans en dehors ;
- à la fin, l'animal donne un coup de tête. A ce moment, il prend appui sur ses membres postérieurs, il creuse l'échine, lève la tête de bas en haut du côté de sa corne dominante. C'est à ce moment que la violence du traumatisme est au maximum.

En course landaise, depuis 1905 les pointes des cornes des vaches sont emboulées par un instrument de cuir pour éviter les perforations. Cependant, il arrive que l'animal se fracture la corne, après un choc contre la talanquère par exemple, ou bien que la protection tombe au cours du spectacle. Les acteurs sont alors exposés à des traumatismes par encornement. (1)

En course landaise toujours, la caractéristique de la corne dominante de l'animal a amené le cordier à positionner la corde sur la corne opposée. Ainsi, le cordier pourra, si nécessaire, détourner le coup de corne porté lors de la frappe. On rappelle que l'écarteur n'est pas protégé s'il effectue un écart en dedans.

Il existe différentes blessures taurines. (1)(2)(4)(5)(7)(9)

Le varezato : c'est une contusion d'organes consécutive à une blessure du plat de la corne. Les lésions sont plus ou moins graves (du simple hématome aux lésions internes), du fait de la force de l'animal.

Le pintonazo : c'est une blessure de la pointe de la corne, mais la peau n'est pas lésée. Les conséquences sont également plus ou moins graves.

Le puntazo : blessure également consécutive à un coup de corne au niveau de la pointe, elle est responsable d'une plaie pénétrante sur une courte distance.

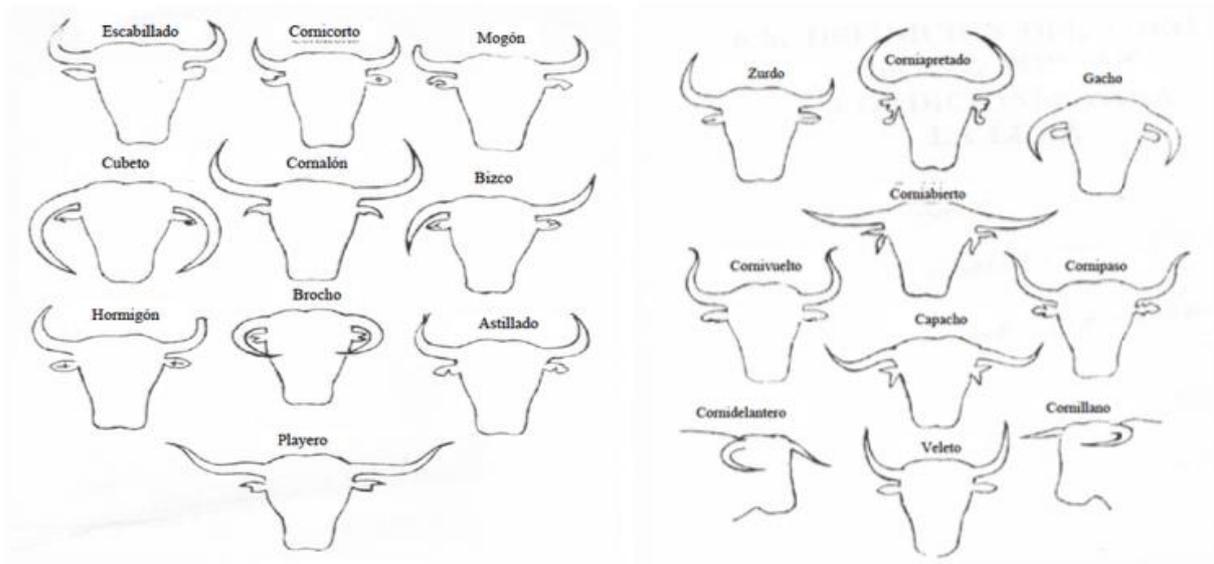
La cornada : c'est le coup de corne à proprement parler, responsable d'une plaie pénétrante avec un risque de lésions à distance du point d'impact.

Les traumatismes par corne de taureau ou de vache ne peuvent être assimilés à la traumatologie « traditionnelle », car il y a en jeu deux protagonistes : l'animal et le blessé. (2)(5)(7)(9)

Les blessures taurines ont différentes caractéristiques et le champ des conséquences qui en découle est très vaste. Leur mécanisme est complexe en raison des différents éléments qui entrent en jeu dans la tauro-traumatologie.

L'encornure est un élément clef dans l'analyse d'une plaie par cornada. L'implantation, la forme ou encore la disposition ou la direction des cornes, sont d'une importance capitale sur le type de lésion produite.

**Figure 5 : Les différents types de cornage**



- une corne fine et pointue (astifina) provoquera essentiellement des plaies franches ;
- une corne en balais (escobillada) sera à l'origine de plaies délabrantes et irrégulières ;
- la corne mogone (signifiant brisée avec légèreté selon Claude Popelin) provoquera des plaies contuses.

Mais la force, la morphologie de l'animal et le blessé lui-même sont aussi à prendre en compte.

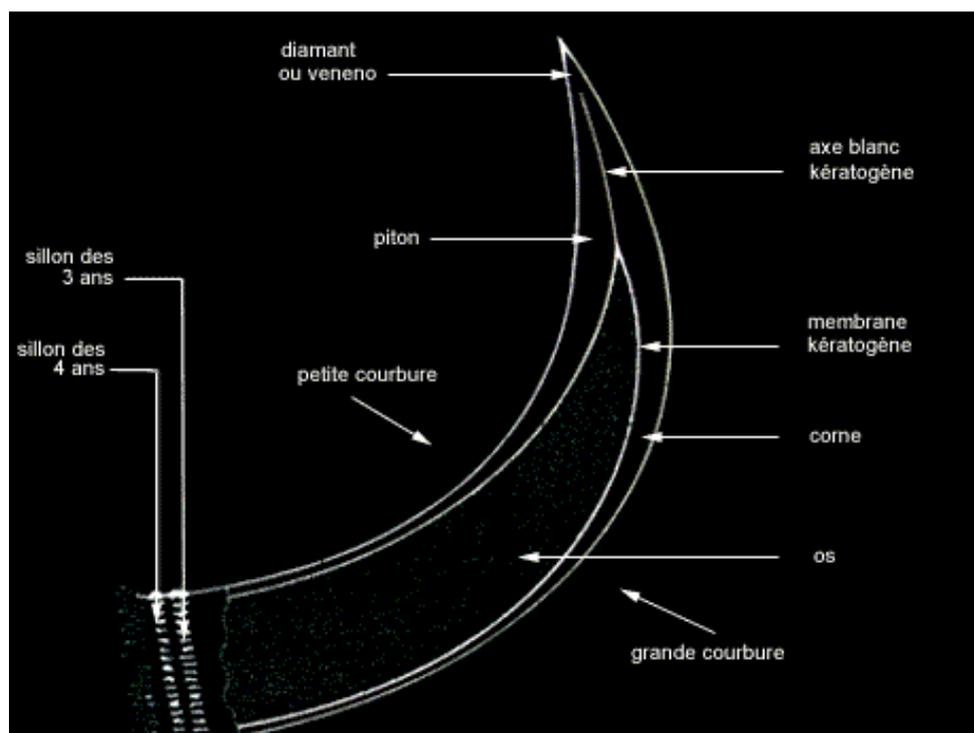
Après la frappe, l'animal et le blessé sont toujours en mouvement, on comprend alors qu'une plaie peut avoir plusieurs trajets lésionnels, qu'il peut y avoir plusieurs plaies mais aussi des traumatismes de types multiples.

Dans tous les cas, il ne faut pas oublier qu'une plaie par cornes est une plaie souillée. Les risques d'infection sont très importants et ne doivent pas être négligés. (2)(5)(7)(20)(22)

Pour diminuer le risque des blessures taurines et rassurer les toreros, l'afeitado s'est peu à peu développé. (2)(5)(9). C'est une mutilation frauduleuse des cornes, qui consiste en un remodelage des cornes les plus acérées en limant le diamant.

Mais ce geste a de graves conséquences : il modifie les repères spatiaux de l'animal, il fragilise les cornes et augmente le risque d'éclatement par élimination du diamant. Les blessures engendrées sont délabrantes avec déchirements des tissus et dépôt de micro débris étrangers dans les plaies, augmentant ainsi le risque de complications.

L'afeitado ne garantit pas l'intégrité des toreros et cette pratique est aujourd'hui interdite.



## **B : Les blessures civiles**

Comme nous l'avons vu, les blessures par cornes sont les blessures taurines par excellence, mais il faut savoir que les traumatismes plus traditionnels font aussi partie de la traumatologie taumachique. (1)(2)(5)(7)

Ils font suite à ce qu'on appelle les blessures civiles. Celles-ci sont la conséquence d'un choc direct avec l'animal, souvent peu blessant, responsable de contusions ou de fractures de côtes par exemple.

Les acteurs peuvent également être blessés suite à une mauvaise réception, une chute ou une projection secondaire, ils sont alors exposés à des entorses, des fractures, des traumatismes du rachis, des risques qui peuvent même aller jusqu'au décès.

Les sabots sont aussi des agents vulnérants.

Et en corrida, les toreros peuvent également se blesser avec les armes.

En taumachie, aucune partie du corps, aucun organe n'est à l'abri d'un traumatisme. Le blessé doit être considéré comme un polytraumatisé, tout en ayant en tête qu'une blessure taurine n'est pas similaire aux lésions traumatiques rencontrées en pratique médicale courante, car les cornes de l'animal peuvent être responsables de blessures très complexes.

Il faut savoir qu'en taumachie, plus l'animal est âgé, mieux il sait se servir de ses cornes. Il a appris à combattre, il se prend au jeu de plus en plus et anticipe les feintes facilement, rendant les courses plus difficiles pour les différents acteurs.

L'étude de la mécanique des chocs est essentielle pour appréhender le blessé taurin.

## **C : Les principes de prise en charge du blessé taurin**

Il existe un adage qui dit : « il n'y a pas de petites ou de grandes arènes, de petits ou de grands taureaux, il y a une corne qui à tout moment peut tuer ».

Lors de la représentation, le médecin ou le chirurgien se trouve derrière la talanquère, il suit la course et analyse le mécanisme des chocs pour anticiper les lésions potentielles. (2)(6)(7)(18)

L'anticipation et l'étude des mécanismes lésionnels permettront une prise en charge immédiate et globale afin d'éviter des conséquences dramatiques.

La prise en charge des blessés taurins n'est pas une chose aisée. Le médecin réalise un exercice d'urgence dans des structures peu adaptées. Mais l'évolution de la médecine et du traitement d'urgence au cours des dernières décennies a permis l'amélioration de cette prise en charge et d'éviter de nombreux décès.

Il existe quelques grands principes à connaître. (2)(4)(6)(7)(9)(15)

Lors de l'accident, la première chose à faire, c'est de secourir le blessé le plus rapidement possible. En pratique, plusieurs intervenants prennent les choses en main pour éloigner l'animal et pour transporter le blessé à l'infirmerie. A ce moment, les règles de secourisme ne sont pas et ne peuvent pas être appliquées à la lettre.

Le médecin va devoir gérer la cuadrilla et les proches qui se jettent souvent à l'infirmerie pour prendre des nouvelles du patient.

Un examen complet du blessé doit être réalisé. Ce dernier est déshabillé entièrement pour rechercher tous les traumatismes, toutes les portes d'entrées. Il est important de réaliser une analyse rapide et précise.

La connaissance et la correction des défaillances vitales est primordiale à ce moment-là. Le médecin analyse le trépied vital. Cet examen est d'une importance capitale car des lésions secondaires peuvent passer inaperçues.

En France, le principe de base de la prise en charge des blessés taurins est de stabiliser le patient sur place pour pouvoir permettre son évacuation dans un centre hospitalier adéquat.

Le médecin contrôlera alors la fonction hémodynamique, limitera la perte sanguine, avec prise régulière des constantes et débutera la réanimation si cela est nécessaire.

La prise en charge des plaies fait partie intégrante du traitement, comme le conditionnement pré hospitalier avec la prévention de l'hypothermie ou de la surinfection, pour laquelle la prophylaxie antitétanique et l'antibioprophylaxie doivent être systématiques.

Nous l'avons déjà vu, les blessures taurines sont d'une grande complexité. La connaissance de leur mécanisme est essentielle. L'équipe médico-chirurgicale postée lors des représentations doit être formée à cette discipline. (3)(6)(7)(8)(9)(16)

Malheureusement en France, la chirurgie taurine n'est pas étudiée à l'université. L'apprentissage de cette discipline se fait essentiellement par compagnonnage. C'est l'aficion des médecins qui fait vivre la spécialité. Le bénévolat est de mise, aucune indemnisation n'est prévue par les textes. Evidemment, ce caractère bénévole et volontaire n'exonère pas les médecins de leurs responsabilités.

En Espagne, la médecine tauromachique est une tradition familiale, mais elle fait également partie intégrante du cursus universitaire. (2)(9)

#### **D : La mutuelle des toreros landais**

La mutuelle des toreros landais est créée en 1905.

C'est une couverture financière pour les toreros en cas de blessure. Mais elle ne prend en charge que les touches sévères nécessitant un arrêt de travail de plus de 15 jours.

Elle comptabilise aussi les accidents sévères survenant chaque année.

En cas de blessure non grave mais ayant amené l'acteur à arrêter la course, ce dernier ne peut pas participer à une représentation pendant les 2 jours qui suivent. Il ne bénéficie pas de la couverture de la licence assurance et de la mutuelle des toreros landais.

Si c'est le cordier qui est blessé, la course est arrêtée obligatoirement. (1)(10)(13)

#### **4 : Lutte antidopage**

Dans la pratique de soins, l'automédication est un comportement général, tant chez les non sportifs que chez les sportifs.

Il y a peu de données dans la littérature à ce sujet, mais l'on sait qu'outre l'exposition aux effets secondaires, les sportifs s'exposent à l'altération de leurs performances et à la positivité des contrôles antidopage.

Les sportifs ayant recours à l'automédication invoquent souvent l'asthénie comme motif principal. Ainsi, il leur arrive de prendre des antalgiques avant une compétition alors que cela n'est pas du tout recommandé. En effet, ils risquent de masquer ainsi leur douleur et de repousser leurs limites, augmentant le risque de blessure. (23)(24)(25)

Il a été démontré, que les sportifs qui ont recours à l'automédication avant une compétition, sont plus enclins à utiliser des produits dopants par la suite. (23)

Dans les sports soumis aux contrôles antidopage, les antalgiques de palier 1 et 2, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et les myorelaxants ne sont pas interdits. Mais l'utilisation de ces produits n'exclue pas la possibilité d'un contrôle positif. En effet, la métabolisation des médicaments est propre à chacun et la concentration détectée peut varier lors des analyses (comme avec la codéine où une concentration supérieure à 1 microgramme positiviera l'échantillon).

Depuis 2010, l'utilisation des corticoïdes a été libéralisée, c'est-à-dire qu'ils peuvent être utilisés sur justification médicale. Mais plusieurs fédérations sportives, comme la fédération de cyclisme, ont décidé que les sportifs ayant recours aux corticoïdes pour un traitement médical ne doivent participer à aucune compétition pendant au moins 15 jours, du fait des effets sur les performances, du risque de la positivité des contrôles mais aussi de la survenue d'une insuffisance surrénalienne. (25)(26)

La liste des produits interdits est publiée dans le Journal officiel de la République Française. (27)

L'utilisation de ces produits reste possible si la santé du sportif le justifie. A ce moment, une autorisation d'utilisation thérapeutique peut lui être délivrée (AUT) à condition d'avoir des éléments médicaux à faire valoir. (25)(28)(29)

Toutes les fédérations agréées adoptent à l'identique le règlement de lutte antidopage du code du sport. (28)(29)

Au sein de la FFCL, ce règlement stipule que tous les préposés et les licenciés se doivent de respecter le code du sport. Ils doivent se plier aux contrôles et aux enquêtes demandés par le comité de la FFCL conformément à l'article L232-13 du code du sport.

Il est interdit d'utiliser ou de détenir un produit interdit sans AUT, sous peine de sanction disciplinaire (articles L232-9 ; L232-21 ; R232-86 du code du sport).

En cas de contrôle positif, le sportif sera suspendu provisoirement dans l'attente de la décision du comité disciplinaire. Il peut faire appel avec l'analyse de l'échantillon B systématiquement prélevé.

Au sein de la Fédération Française de Course Landaise, le règlement antidopage est valable pour les hommes mais aussi pour les animaux.

## **2<sup>ème</sup> PARTIE**

## **I : Objectifs**

Les courses landaises sont très populaires dans le sud-ouest de la France. Elles représentent un nombre non négligeable d'urgences traumatologiques.

Avec cette étude, nous avons souhaité évaluer l'ensemble des traumatismes survenus lors d'une saison. Et plus spécifiquement leur nature, leur prise en charge et le suivi des blessés, afin d'apporter à la connaissance du praticien en médecine générale les spécificités traumatologiques de cette discipline. Afin aussi de sensibiliser à la problématique des consultations de sportifs auprès du médecin traitant pour la délivrance des licences sportives et de la reprise des compétitions.

## **II : Matériel et méthode**

Nous avons réalisé une étude épidémiologique rétrospective mono-centrique, concernant les traumatismes survenus en courses landaises lors de la saison 2015.

### **1 : La base de données**

Pour le recensement, nous avons utilisé les fiches de déclaration d'accident remplies par l'équipe soignante sur place et gardées à la Fédération Française de la Course Landaise, à Saint-Pierre-du-Mont. (cf annexe 2)

### **2 : Les paramètres**

Sur ces fiches, plusieurs informations sont demandées. Nous les avons classées par catégories pour répertorier divers paramètres, afin d'étudier les différents traumatismes survenus, la prise en charge des blessés et leur suivi.

#### **A : Les paramètres généraux**

- le sexe ;
- l'âge ;
- la fonction du blessé : sauteur, écarteur ou entraîneur ;
- le type de course : concours, challenge, course mixte, course formelle, course seconde, hors compétition, festival ou intervache.

## **B : Les paramètres médicaux**

- le mécanisme du traumatisme ;
- la localisation du traumatisme initial ;
- le type de traumatisme ;
- les signes associés : douleurs, signes neurologiques, impotence fonctionnelle, déformation ;
- la prise en charge sur place : examen clinique, prise des constantes, antalgiques, immobilisation, traitement des plaies ;
- la décision de prise en charge : transport au CH, adressé au médecin généraliste ou spécialiste secondairement ;
- la prise en charge hospitalière ;
- le diagnostic final ;
- le suivi : consultation généraliste ou spécialiste, prescription de sortie, arrêt de travail, dispense de sport, certificat de non contre-indication, certificat de reprise.

## **III : Mesures éthiques et réglementaires**

D'après la nouvelle loi Jardé, cette étude observationnelle ne collectant pas de données sur les patients ou ne réalisant pas d'intervention à leur encontre, était considérée comme hors champ d'un comité de protection des personnes.

Le recueil de données informatisées a fait l'objet d'une déclaration de type MR-003 (Recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement), au CNIL. Numéro de déclaration : 2081495v0.

## **IV : Résultats**

Sur l'année 2015, 76 dossiers ont été déposés à la Fédération Française de la Course Landaise.

Sur ces 76 dossiers, 3 étaient illisibles et 8 n'avaient pas de fiches de déclaration d'accident. Ces 8 dossiers correspondent à des certificats de contre-indication, de dispense ou de non contre-indication, sans être rattaché à un évènement particulier.

Au total, nous avons donc recensé 65 accidents en course landaise sur l'année 2015.

## 1 : Paramètres généraux

Les patients blessés étaient âgés de 17 à 54 ans au moment de l'accident. 7,89% d'entre eux avaient moins de 20 ans, et un patient avait plus de 50 ans. La moyenne d'âge est de 26,4 ans et la médiane de 25 ans.

96,92% des blessés étaient des hommes, soit 63 patients.

Parmi les 65 patients, 50 sont écarteurs, soit 76,92% des cas. 10,77% des blessés sont des entraîneurs (7 patients) et 7,69% des sauteurs soit 5 blessés. La spécialité est inconnue pour 3 patients.

La majorité des accidents est survenue lors des challenges, soit 41,54% des courses (27 blessés lors de ces courses). Les concours arrivent en deuxième position avec 16,92% (11 blessés au cours de ce type de course). Mais 21,54% des dossiers (soit 14 dossiers) ne mentionnent pas le type de course au cours de laquelle l'accident a eu lieu.

## 2 : Paramètres médicaux

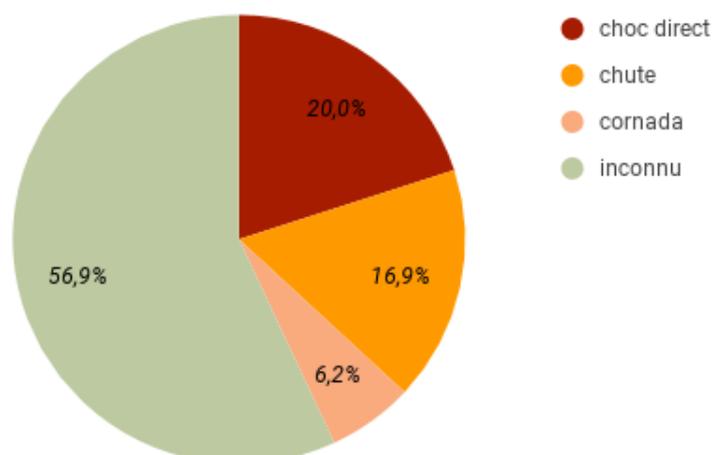
### Traumatismes

Dans la majorité des cas, le mécanisme de traumatisme n'est pas renseigné (56,92 % des cas). Un dossier n'a pas de traumatisme identifié sur la feuille de déclaration d'accident.

Trois grands types de traumatismes ressortent de l'étude :

- la tumade , qui représente 20 % des traumatismes, soit 13 accidents sur 65 ;
- la chute , qui représente 16,92 % des traumatismes, soit 11 traumatismes ;
- la cornada, qui concerne 6,15 % des traumatismes, soit 4 blessés.

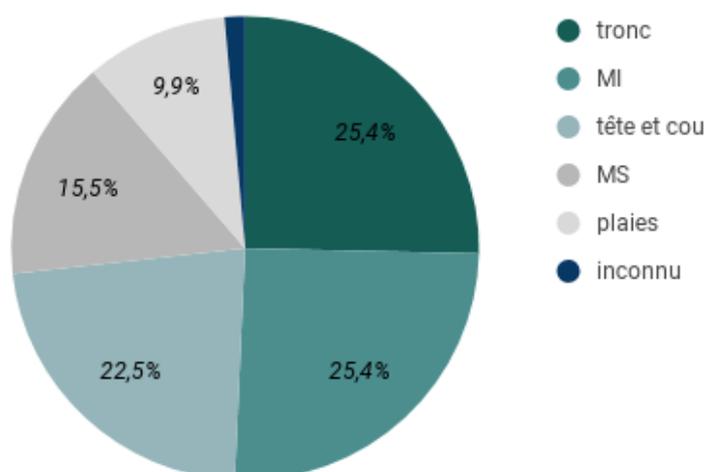
Fig. 1.1 : Mécanismes de traumatismes



En ce qui concerne la localisation des traumatismes identifiés sur place, c'est-à-dire au moment de l'accident, on identifie 5 grandes catégories :

- traumatismes des membres supérieurs :
  - 12, 31% concernent l'épaule, dont 4,62% pour des luxations ;
  - 3,08% concernent le bras ;
  - 1 traumatisme touche le poignet.
  
- traumatismes des membres inférieurs :
  - 18, 46% concernent les genoux, dont 6,15% d'entorses ;
  - 4,62% constatés aux chevilles ;
  - 3 traumatismes de la cuisse englobant une dermabrasion, une contusion et une élongation du psoas.
  
- traumatismes du tronc :
  - 9,23 % de traumatismes costaux ;
  - 7,69 % de traumatismes du bassin ;
  - 6,15 % de traumatismes dorsaux ;
  - 4,62 % de traumatismes thoraciques.
  
- traumatismes de la tête et du cou :
  - 16,92 % de traumatismes crâniens ;
  - 4,62 % de traumatismes cervicaux dont une entorse ;
  - 3,08 % des traumatisme touchant le visage.
  
- plaies : 7 plaies, soit 10,77 % des traumatismes
  - 2 plaies péri-anales ;
  - 1 plaie de l'arcade sourcilière ;
  - 1 plaie du scalp ;
  - 1 plaie scrotale ;
  - 1 plaie du mollet ;
  - 1 plaie inguinale.
  
- 1 traumatisme n'a pas de localisation identifiée.

Fig. 1.2 : Localisation des traumatismes



Les signes associés identifiés sur place :

- neurologiques :
  - perte de connaissance : 6,15 % ;
  - troubles visuels : 3,08 % ;
  - paresthésies : 1,54 %.
  
- mécaniques :
  - douleur : 18,46 % ;
  - hématome : 15,38 % ;
  - impotence fonctionnelle : 4,62 % ;
  - œdème : 4,62 % ;
  - déformation : 3,08 %.

#### Prise en charge des patients

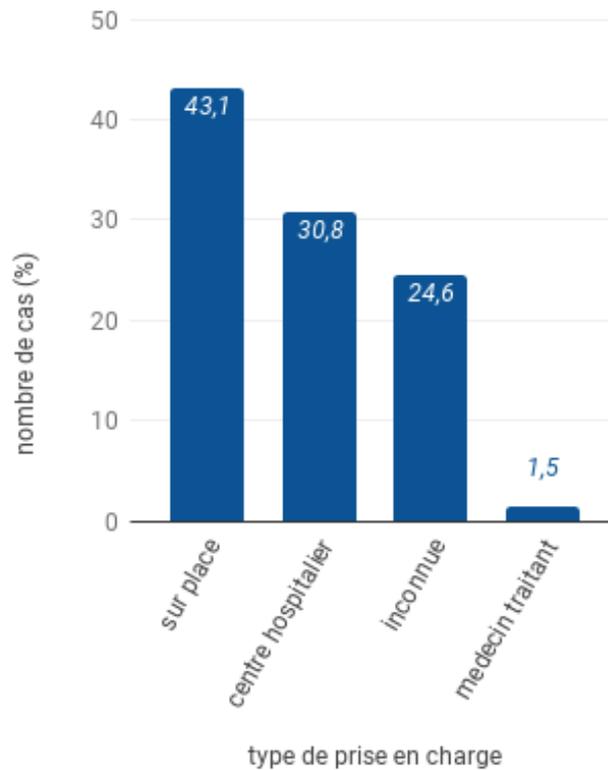
24,62 % des prises en charge sont inconnues.

43,08 % des patients ont eu une prise en charge sur place uniquement, soit 28 patients.

17 patients ont été adressés à un centre hospitalier immédiatement :

- 11 patients au CH de Mont-de-Marsan, soit 16,92 % ;
- 6 au CH de Dax, soit 9,23 %.

Fig. 2.1 : Types de prise en charge



9,23 % des patients (soit 6 personnes) ont été adressés à un centre hospitalier dans un second temps, un patient a été adressé à la clinique du sport (rupture ligamentaire du genou), un à la clinique des chênes (une plaie péri anale) et un à son médecin traitant (fracture de la crête iliaque).

En ce qui concerne les patients pris en charge sur place, 12,31% des prises en charges ne sont pas spécifiées.

6,15 % des patients ont eu une prise de constantes sur place (soit 4 patients sur 65) et 4,62 % ont eu un examen clinique complet (soit 3 blessés). Aucun d'entre eux n'a été blessé par cornada.

12,31 % des accidentés ont dû arrêter la course.

32,14 % des patients ont eu des antalgiques de palier 1 sur place.

Aucun n'a eu d'antalgique de palier 2.

29,24 % des blessés ont eu une immobilisation :

- 3,08 % ont eu une réduction de luxation d'épaule sur place (2 sur 3) ;
- 20 % des immobilisations ne sont pas spécifiées ;
- 4,62 % ont eu une immobilisation par écharpe contre écharpe ;
- 1 patient a eu un strapping de cheville.

Une plaie sur 7 a été prise en charge sur place, avec mise en place d'agrafes, les autres ont été traitées aux urgences. Six plaies ont eu une désinfection sur place.

Cinq des 11 traumatismes crâniens ont eu une prise en charge sur place, soit 45,45 %.

Deux ont une prise en charge inconnue, soit 18,18 %.

Des 5 patients pris en charge sur place uniquement, seuls 2 ont eu un examen neurologique. Ces 2 traumatisés crâniens ont eu une perte de connaissance initiale.

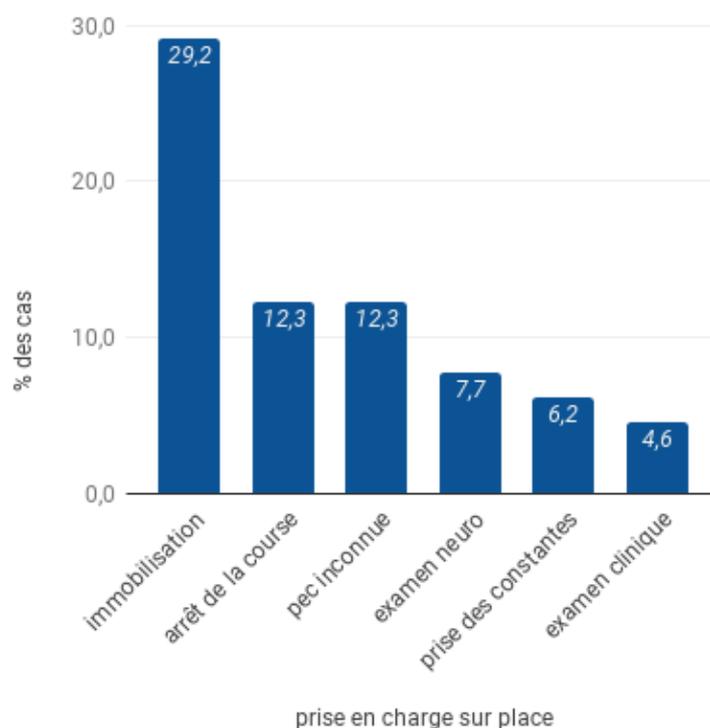
Parmi tous les traumatismes crâniens, seuls 45,45% ont eu un examen neurologique sur place.

Tous les patients ayant eu une perte de connaissance ou l'apparition d'un trouble visuel ont eu un examen neurologique sur place.

Sur place, tous les patients ayant eu un traumatisme cervical avec ou sans suspicion d'entorse cervicale, ont bénéficié de la pose d'un collier cervical.

Sur les 28 patients pris en charge sur place, 6 ont bénéficiés par la suite d'un examen complémentaire (radio ou IRM), soit 21,43 %. Ces examens ont été réalisés sans que le patient soit adressé chez un médecin après la course.

Fig. 2.2 : Prise en charge sur place

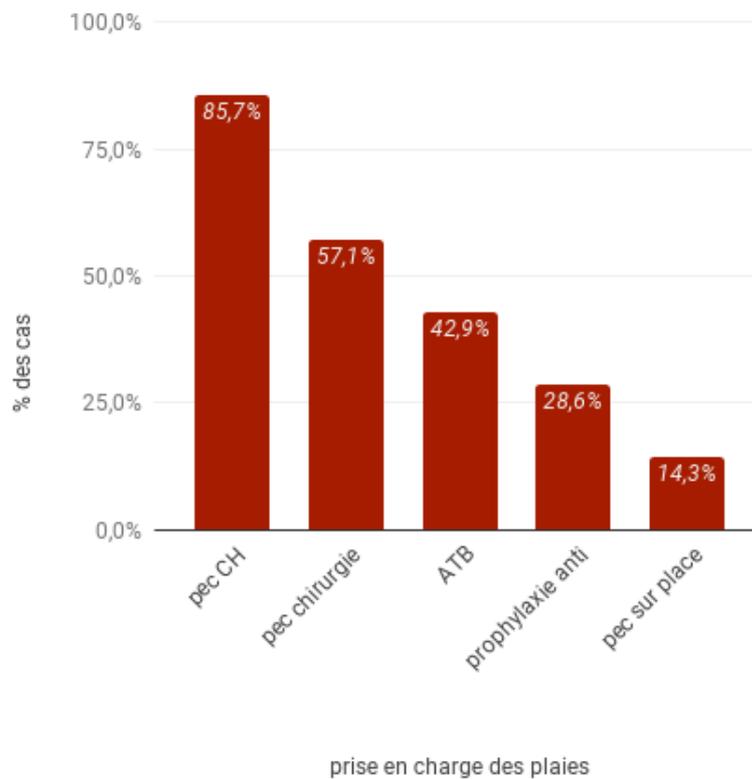


## A l'hôpital

Les plaies :

- 1 des dossiers n'a pas été retrouvé ;
- 1 plaie a été suturée aux urgences ;
- 4 patients ont eu une prise en charge chirurgicale avec hospitalisation ;
- 2 patients ont eu une sérologie tétanos ;
- 2 patients ont eu des lavages de leurs plaies ;
- 3 patients ont eu une antibiothérapie.

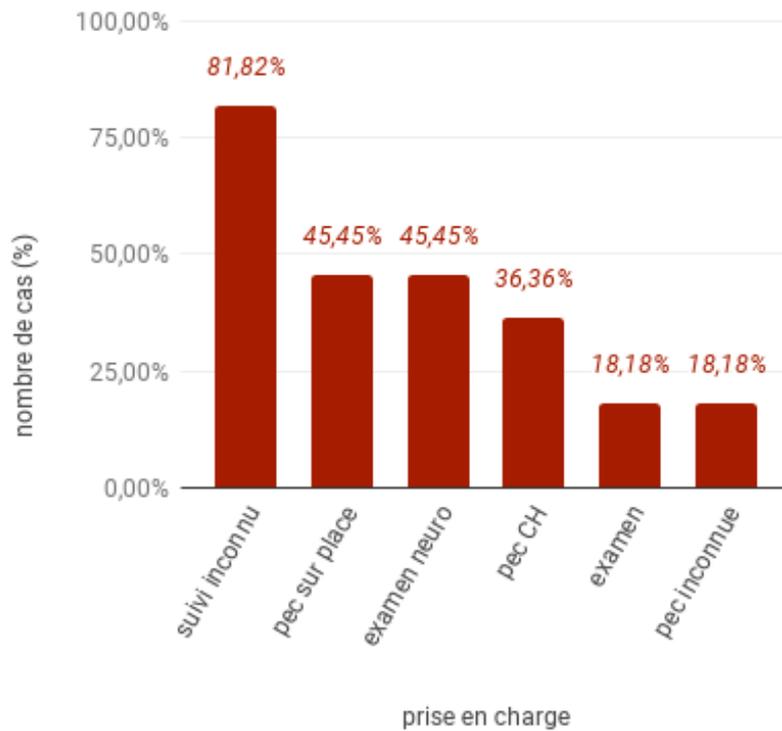
Fig. 3.1 : Prise en charge des plaies



Les traumatisés crâniens :

- 4 ont eu une prise en charge hospitalière, soit 36,36 % ;
- 2 d'entre eux ont eu un scanner cérébral, soit 18,18 % ;
- 1 a été hospitalisé 24 heures ;
- 1 traumatisé crânien a été adressé secondairement à un centre hospitalier mais aucune information n'a été retrouvée.

Fig. 3.2 : Prise en charge des traumatismes crâniens



5 patients, soit 7,69 % des blessés sont passés en chirurgie : 4 plaies et 1 traumatisme thoracique qui avait finalement une fracture ouverte de la jambe.

3 patients sur 19 ont eu des antalgiques de palier 1 et 4 patients ont eu des antalgiques de palier 2.

54,17 % des patients ayant bénéficié d'une prise en charge hospitalière dans un premier ou second temps, ont eu un examen radiologique.

Diagnostic final posé chez les patients ayant eu une prise en charge hospitalière

Membres supérieurs :

- 1 fracture du poignet ;
- 1 fracture de la cupule radiale ;
- 1 fracture ulnaire ;
- 1 entorse acromio-claviculaire ;
- 3 luxations d'épaule ;
- 1 fracture du trochiter.

Membres inférieurs :

- 1 épanchement de synovie ;
- 1 entorse de cheville ;
- 1 rupture du tendon patellaire ;
- 1 lésion de l'insertion condylienne du LCM ;
- 1 rupture ligamentaire du genou ;
- 1 lésion du ménisque latéral ;
- 1 fracture ouverte de la fibula.

Tronc :

- 3 fractures de la crête iliaque ;
- 1 fracture costale.

Lésion non localisée :

- 1 épanchement intra articulaire.

Suivi

43 patients sur les 65 blessés ont un suivi inconnu, soit 66,15 %.

41,18 % des patients pris en charge dans un centre hospitalier ont un suivi inconnu. 4 patients à l'hôpital de Mont-de-Marsan et 6 à l'hôpital de Dax.

Sur les 6 patients adressés secondairement à un centre hospitalier, seulement 2 ont un compte rendu. 4 ont un suivi inconnu, soit 66,67 %.

8 patients sur les 76 n'ont que des certificats, ne correspondant à aucune feuille de déclaration :

- 1 dispense de sport de 10 jours ;
- 4 certificat de non contre-indication ;
- 1 dispense de sport ;
- 2 certificats de contre-indication.

Parmi les 11 traumatisés crâniens, 9 ont un suivi inconnu, soit 81,82 %.

Parmi les 65 accidents, 12 patients ont eu des dispenses de sport :

- 1 de 10 jours (traumatisme de la face) ;
- 1 de 3 semaines (traumatisme crânien avec perte de connaissance et troubles visuels) ;
- 1 de 8 semaines (fracture du trochiter) ;

- 7 de 1 mois (les 2 plaies péri anales, les entorses du genou et de la cheville, une luxation d'épaule, un traumatisme du genou et un traumatisme du bassin avec traumatisme crânien, non caractérisés) ;
- 2 dispenses non datées (fracture ulnaire, et fracture de la crête iliaque).

2 patients ont eu des prolongations de dispense de sport :

- traumatisme de la face ;
- traumatisme du genou non caractérisé.

1 patient a eu un certificat de contre-indication, le traumatisme est inconnu.

1 seul patient a eu un certificat de non contre-indication, fait par le médecin traitant lors de la consultation de contrôle. Trois semaines après l'accident (fracture de la crête iliaque) un nouvel accident a eu lieu.

4 patients ont eu des certificats de reprise, soit 6,15 % :

- 1 plaie péri anale ;
- 1 ligamentoplastie ;
- 1 traumatisme du bassin non caractérisé ;
- 1 traumatisme costal.

41,67 % des certificats (contre-indication, dispense de sport ou certificat de reprise) ont été faits à l'hôpital.

11 patients ont eu un arrêt de travail initial, soit 16,92 % :

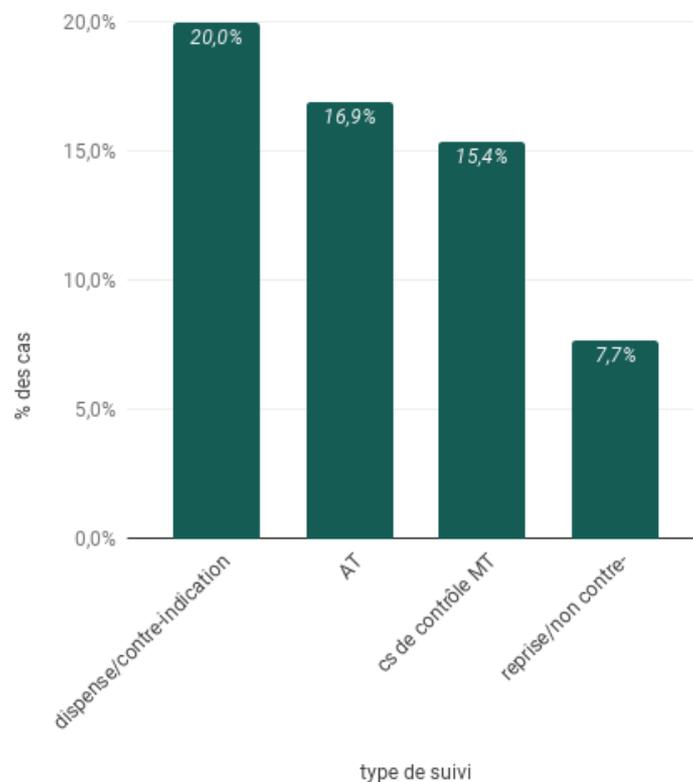
- 1 entorse acromio-claviculaire ;
- 2 entorses du genou ;
- 1 traumatisé crânien avec perte de connaissance et troubles visuels ;
- 1 entorse de la cheville ;
- 1 luxation d'épaule ;
- 1 plaie péri anale ;
- 1 fracture du poignet ;
- 1 rupture du tendon patellaire ;
- 1 fracture du trochiter ;
- 1 traumatisme de l'épaule non caractérisé.

Sept arrêts de travail sur 11 ont été faits à la sortie d'une hospitalisation. Trois d'entre eux ont eu une prolongation.

12,31 % des patients ont eu une prescription dont 4 d'antalgiques de niveau 1 et 2 d'AINS. Aucun d'entre eux n'a eu de prescription d'antalgiques de niveau 2.

2 patients ont eu une prescription pour des radiographies, 2 pour de la kinésithérapie et 5 autres des prescriptions non spécifiées.

Fig. 4.1 : Types de suivi



10 patients, soit 15,38 %, ont eu une consultation de contrôle chez leur médecin traitant :

- 1 traumatisé crânien avec perte de connaissance et troubles visuels ;
- 1 entorse de genou ;
- 1 entorse de cheville ;
- 1 traumatisme thoracique avec dermabrasion ;
- 1 plaie péri anale ;
- 2 fractures de la crête iliaque ;
- 1 fracture du trochiter ;

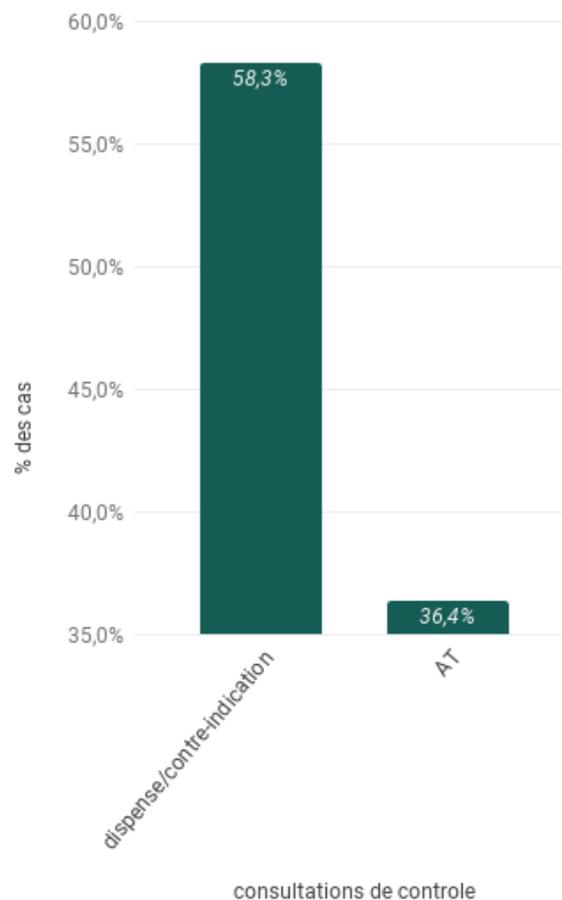
- 1 rupture ligamentaire du genou ;
- 1 traumatisme du bassin avec traumatisme crânien, non caractérisés.

Parmi eux, 7 des 12 patients ayant eu une dispense de sport ou un certificat de contre-indication en ont bénéficié. Dont 2 sont ressortis avec des prolongations de leur dispense.

Quatre patients ayant eu un arrêt de travail initial ont bénéficié d'une consultation de contrôle, dont 3 ont eu une prolongation de leur arrêt.

Sur les 10 consultations de contrôle, seuls 5 patients sont ressortis avec un certificat de reprise ou de contre-indication.

Fig. 4.2 : Consultations de contrôle



Trois patients ont eu une consultation chez un spécialiste.

1 avis spécialiste a été demandé mais aucune trace n'a été retrouvée, pour une fracture de la crête iliaque.

1 certificat a été anti daté, datant du 21/07 pour une reprise en date du 20/06. Un nouvel accident a eu lieu le 19/07.

## **3<sup>ème</sup> partie**

La course landaise est un sport à risque. Les acteurs peuvent être victimes de multiples accidents au cours de leur carrière, allant du plus banal à l'accident mortel.

Rappelons la triste fin de « Rachou » triple champion de France de course landaise.

De son vrai nom Jean-Pierre Guillet, écarteur émérite, projeté au sol lors du grand concours de Dax, victime d'un traumatisme crânien grave, il avait succombé à ses blessures quelques heures après avoir été transféré au CHU de Bordeaux le 10 août 2001.

En 45 ans, c'était le troisième homme à mourir suite à un combat dans l'arène, après Henri Duplat en 1972 et Bernard Huguet en 1987.

Les données de la littérature en médecine traumatologique sont minces, mais toutes celles retrouvées insistent sur l'imprévisibilité de la tauro-traumatologie. (1)(2)(5)(9)

Les réactions de l'animal ne peuvent être anticipées, les mécanismes sont multiples et aucune partie du corps n'est à l'abri.

Tous ces risques nécessitent une présence médicale sur place. Mais si la législation impose certains éléments de sécurité sur place, le suivi et le contrôle médical restent très légers chez ces patients jeunes affrontant des animaux imposants.

## **I : Discussion autour de l'étude**

Sur les 65 accidents recensés par la FFCL au cours de l'année 2015, on observe une majorité d'hommes qui représentent 97,37 % des blessés sur l'année. Probablement parce que peu de femmes s'exercent à la course landaise.

Dans notre étude, la moyenne d'âge est de 26,4 ans, ce qui montre la fréquence des accidents chez les sujets jeunes.

Les résultats de l'étude permettent d'observer que la majorité des mécanismes de traumatismes ne sont pas renseignés, 56,92 % des dossiers sont incomplets.

Mais les mécanismes répertoriés concordent assez bien avec les traumatismes recensés dans l'étude.

Les chutes expliquent la majorité des traumatismes des membres supérieurs, dont trois luxations d'épaule. Même si les luxations ne relèvent pas de la médecine taurine spécifiquement, elles résultent d'un mécanisme à haute cinétique, expliqué par une vitesse de propulsion très importante lors du choc avec l'animal.

Les traumatismes crâniens sont la conséquence des chutes avec projection. Mais ce résultat est peu spécifique puisque plus de 50 % des traumatismes crâniens n'ont pas de mécanisme identifié dans cette étude.

Les touches franches, ou tumades, peuvent être très impressionnantes pour le public, mais elles blessent peu. Les chocs directs sont essentiellement responsables de traumatismes thoraciques, costaux ou des hématomes.

L'étude ne retrouve qu'une seule entorse de cheville, ce qui peut être corrélé à la mise en place de protections. Aujourd'hui, les acteurs se protègent mieux qu'au siècle dernier, ils portent des protège-tibias et des chaussures montantes, ce qui permet d'éviter bien des blessures.

Les traumatismes des genoux sont nombreux, ils représentent 18,56 % des traumatismes de l'année 2015. Ils résultent d'un mécanisme particulier.

En effet, le genou est une articulation très sollicitée, essentiellement chez les écarteurs. Au moment de la rotation le poids repose sur une seule jambe, et un coup porté à ce moment augmente considérablement la vitesse de rotation et les contraintes subies par le genou sont très importantes. Le nombre d'entorses, d'atteintes ligamentaires et méniscales en témoignent.

Au cours de l'année 2015, sept plaies ont été dénombrées. Quatre ont eu une prise en charge chirurgicale. Ces quatre plaies graves sont la conséquence d'une cornada, blessure taumachique pure. Elles peuvent s'expliquer par une mauvaise protection des cornes de vaches ou par une corne cassée lors d'un choc de l'animal contre la talanquère.

Au final, sur un an, on ne compte aucun accident mortel et peu d'accidents « graves ».

Sur 65 blessés au cours d'une course landaise, 5 ont eu une prise en charge chirurgicale (4 plaies et une fracture ouverte du tibia) et 9 ont eu des fractures osseuses, réparties ainsi :

- 4 au niveau du tronc (44,45 %) ;
- 4 au niveau des membres supérieurs (44,45 %) ;
- 1 au niveau des membres inférieurs (11,12 %).

Peuvent être comptés en accidents dits « graves », 3 luxations d'épaule et 6 atteintes ligamentaires.

En ce qui concerne la prise en charge des patients, une nouvelle fois il faut souligner le manque d'informations. Un quart des fiches ne sont pas renseignées.

Si l'on se réfère aux prises en charge écrites sur les fiches de déclaration d'accident, seuls huit blessés sur 65 ont dû arrêter la course. Sachant qu'on compte 23 blessures « graves » cela pose la question de la précision des informations fournies.

Quand on étudie les informations recueillies sur la prise en charge initiale des blessés, on se rend compte que moins de la moitié des traumatisés crâniens a eu un examen neurologique au moment de l'accident (5 sur 11). Les patients ayant bénéficié d'un examen neurologique sur place sont les patients ayant eu, soit une perte de connaissance initiale, soit l'apparition de troubles visuels.

5 traumatisés crâniens ont eu une prise en charge sur place uniquement, 3 d'entre eux n'ont pas eu d'examen neurologique.

L'évaluation de la gravité d'un traumatisé crânien fait partie des recommandations, et permet une optimisation de sa prise en charge.(30) Dans notre étude, la prise en charge des traumatisés crâniens ne suit pas les recommandations. Une prise en charge hospitalière n'est pas obligatoire, mais il est important d'évaluer les risques de façon systématique, d'en informer les blessés, de remettre une feuille de surveillance, et surtout, de bien noter toutes ces informations. Toutes ces démarches permettent d'éviter des complications qui peuvent être très graves chez les traumatisés crâniens.

Un examen clinique complet a été réalisé chez seulement trois patients, soit 4,62 % des cas. Et aucun des quatre blessés par cornada n'y a eu droit, alors que l'on sait que ces patients sont à risque élevé de blessures multiples.

Ce pourcentage est identique pour la prise des constantes chez ces mêmes blessés.

Sachant que près de 45 % des acteurs blessés en course landaise en 2015 ont eu une prise en charge sur place uniquement, un examen clinique complet et la prise des constantes hémodynamiques semblent être le minimum pour éviter la moindre complication devant les risques encourus.

Sur les 7 plaies, seulement 3 ont bénéficié d'une antibiothérapie et 2 d'une prophylaxie anti tétanique. On peut penser que ces informations n'ont pas été répertoriées dans les dossiers ou dans les fiches de déclaration d'accident, mais il faut souligner l'importance de ces prises en charge compte tenu du risque infectieux des plaies par cornes de vache ou de taureau. Ces gestes sont recommandés dans la conduite à tenir en traumatologie taurine. (2)(9)

21,43 % des patients ayant eu une prise en charge sur place ont bénéficié d'examens complémentaires, soit 6 sur 28 (4 radios et 2 IRM). Sur ces 6 patients, deux avaient été adressés à un centre hospitalier à l'issue de la course. C'est-à-dire que quatre blessés initialement pris en charge sur place ont dû consulter secondairement.

Cela souligne l'importance d'un examen clinique complet et sa notification sur les fiches de la FFCL, pour une prise en charge optimale et pour ne pas passer à côté de lésions.

Sur les 24 patients adressés à un centre hospitalier (transport immédiat ou adressé secondairement), 13 ont bénéficiés d'examens complémentaires soit 54,17 %. Parmi eux, seuls les deux traumatisés crâniens avec des troubles visuels ont eu un scanner cérébral. Aucun des patients ayant eu une perte de connaissance initiale n'a bénéficié d'un examen radiologique.

Les recommandations dans la prise en charge des traumatisés crâniens rappellent la nécessité d'une classification en fonction de leur gravité, pour une prise en charge adaptée et la réalisation d'examen complémentaires nécessaires. (30)

Même s'il ne semble pas y avoir eu de complications chez les victimes de traumatismes crâniens dans notre étude, on se rend compte que leur prise en charge n'a pas été optimale. Davantage de rigueur permettrait une sécurité accrue.

Lorsque l'on se penche sur les antalgiques, on observe une bonne cohérence avec la législation sportive. (27)

Sur place, une majorité d'antalgiques de palier 1 ont été prescrits, 1 AINS et 0 de palier 2.

A l'hôpital, 4 patients ont reçu des antalgiques de paliers 2. Aucun n'a eu une ordonnance de sortie de palier 2.

Dans cette étude, nous n'avons pas retrouvé de prescription antalgique faite par un médecin généraliste. Cela ne nous permet pas d'évaluer les pratiques des médecins généralistes et des thérapeutiques employées chez les sportifs.

Les résultats de notre travail mettent en évidence un véritable problème dans le suivi des blessés en course landaise.

66,15% des patients n'ont pas de suivi répertorié. C'est-à-dire qu'il n'y a aucune trace pour ces patients, de certificat quel qu'il soit, pas de prescription de sortie, pas de consultation de contrôle auprès d'un généraliste ou d'un spécialiste.

Sur les 6 patients adressés secondairement à un centre hospitalier, 2 seulement ont un compte rendu de leur consultation. Pour les autres aucun suivi n'a été retrouvé.

Comment optimiser la prise en charge des blessés si l'on ne vérifie pas le bon suivi des décisions médicales prises sur place ?

Sur les 65 blessés, seuls 13 ont eu une dispense de sport ou un certificat de contre-indication, dont huit ont été faits dans un centre hospitalier. On rappelle que 23 accidents « graves » ont été recensés dans cette étude. Parmi ces 13 patients, 7 ont eu une consultation de contrôle chez un médecin généraliste dont 2 sont ressortis avec une prolongation de leur dispense.

Seuls onze arrêts de travail initiaux ont été prescrits, dont quatre seulement ont eu une consultation de contrôle chez un médecin. Parmi eux, trois ont bénéficié d'une prolongation de leur arrêt de travail.

Au total, on répertorie 10 consultations de contrôle chez un médecin généraliste et 5 certificats de reprise ou de non contre-indication dont 2 faits à l'hôpital.

En comptant les 5 prolongations d'arrêt de travail et dispense de sport, on note un manque évident du suivi des blessés en course landaise.

Et un trop grand nombre de blessés ont repris la course sans certificat de reprise et sans consultation médicale de contrôle.

A la fin de la saison 2015, un seul patient a été adressé à son médecin traitant après un accident et une prise en charge sur place. Trois ont été adressés vers un spécialiste et une consultation spécialiste demandée n'a pas été réalisée.

17 concurrents ont été blessés plusieurs fois au cours de l'année 2015. Seulement 3 d'entre eux avaient eu une consultation de contrôle avant leur reprise de la compétition.

Les blessures en course landaise ne sont pas anodines, et le risque de récurrence est accru chez les acteurs ayant déjà subi des traumatismes. Les consultations chez un médecin à la suite d'un accident ne sont pas superflues.

Le contrôle médical dans un sport à risque comme la course landaise est essentiel pour éviter les complications et les récurrences de blessures.

C'est à la FFCL de mettre en avant ces mesures et d'appliquer un contrôle plus strict. Notamment les certificats de reprise (on rappelle 5 certificats de reprise pour 13 dispenses), qui devraient être obligatoires avec un suivi médical pour chaque blessé.

Parce que même avec cette réglementation, les blessures ne sont pas évitées.

Nous avons l'exemple d'un patient ayant eu un arrachement osseux de la crête iliaque qui a repris la course trois semaines après son accident avec un certificat de reprise en poche. Le lendemain, il était à nouveau touché avec une récurrence de sa blessure. On note qu'un avis auprès d'un spécialiste avait été demandé mais non réalisé.

## **II : Comparaison des résultats existants**

Il n'y a que peu de travaux sur les courses landaises ou la tauro-traumatologie.

Notre étude a montré une majorité de jeunes blessés avec une moyenne d'âge de 26,4 ans.

Cependant, le travail de Géraldine Brimaud-Iborra dans sa thèse « Analyse des traumatismes taurins dans les arènes françaises et espagnoles au cours de l'année 2002 », souligne qu'un matador plus confirmé ne prendra pas moins de risque qu'un novillero.

Tous les professionnels de la tauromachie peuvent être confrontés à un accident, l'âge n'est pas un signe de prudence.

La thèse de Patrick Lafargue sur « La course landaise, technique, traumatologie sur cinq ans (1980-1984) », a recensé 136 accidents graves, c'est-à-dire ayant entraîné 15 jours et plus d'arrêt de travail. Il a étudié les différents traumatismes selon la spécialité de l'acteur et mis en évidence que les écarteurs étaient les plus touchés devant les entraîneurs puis les sauteurs.

Notre étude retrouve des résultats similaires. 76,92 % des blessés sur l'année 2015 sont des écarteurs, 10,77 % sont des entraîneurs et 7,69 % sont des sauteurs.

Lors d'une course, les écarteurs font un nombre important d'écarts. Ils font face à des bêtes qui sont plus difficiles à berner. Ce qui explique le nombre important de blessés.

Patrick Lafargue met également en évidence que les écarteurs de 1<sup>ère</sup> catégorie sont plus touchés.

Les entraîneurs, eux, sont souvent touchés lors des poursuites avec la vache. La vitesse de l'animal explique qu'ils soient rattrapés.

Les sauteurs sont des gymnastes, des athlètes aguerris. Bien qu'ils aient peu de sauts à effectuer par course, ils ont des entraînements plus réguliers et plus fréquents, notamment en hors saison. Ce qui peut expliquer le faible taux de blessés.

Nous avons montré que les mécanismes concordent assez bien avec les différents traumatismes retrouvés.

Dans sa thèse, Patrick Lafargue retrouve des données semblables. Cependant, les membres supérieurs sont les plus touchés alors que dans notre travail, les traumatismes du tronc sont majoritaires devant ceux des membres inférieurs et des membres supérieurs.

On peut expliquer cette différence par le fait que sur une étude sur cinq ans les chutes sont les mécanismes les plus fréquents, alors que sur l'année 2015 on recense une majorité de tumades ou chocs directs.

Deux autres travaux retrouvent des résultats différents des nôtres. Il s'agit des thèses de Géraldine Brimaud-Iborra et d'Isabelle Zavaleta, « Analyse des traumatismes taurins dans les arènes françaises et espagnoles au cours de l'année 2002 » et « La problématique de la prise en charge des toreros blessés dans les arènes lors des corridas ». Toutes deux retrouvent une majorité de traumatismes des membres supérieurs devant le tronc et les membres inférieurs.

Elles retrouvent environ 12 % de fractures, chiffres sensiblement similaires aux nôtres, mais mettent en évidence une large majorité de plaies, 45 % et 72 %.

En corrida, les mécanismes de traumatismes sont différents et les poignets sont plus vulnérables ce qui peut expliquer la différence de résultats.

Ces blessures non spécifiques à la tauromachie exposent les différents acteurs à des blessures plus graves par cornada.

La plaie est une blessure spécifique de la médecine taurine et plus fréquente en corrida. Elles sont vite plus importantes et plus graves. Les toreros affrontent des taureaux et non des vaches. Les bêtes sont plus agressives, lâchées dans l'arène, alors que le cordier peut dévier les coups de cornes en course landaise.

Pour ce qui est de la prise en charge des blessés, le cadre idéal en tauromachie n'est jamais retrouvé.  
(2)

En dehors des urgences vitales et fonctionnelles, les traitements doivent être différés au maximum pour une meilleure prise en charge.

Dans notre étude, environ 45 % des patients ont été soignés sur place et 31 % ont été adressés à un centre hospitalier. Aucune des prises en charge sur place ne relevait d'un accident grave, cependant quatre patients ont dû bénéficier d'examen complémentaires par la suite.

Dans sa thèse, Isabelle Zavaleta montre l'importance d'un examen minutieux devant chaque blessure, notamment celles par cornada, et d'une prophylaxie anti tétanique systématique pour les plaies.

Cette prise en charge manque clairement dans les cas étudiés dans notre travail ; moins de 5 % des patients ont bénéficié d'un examen complet, et aucun blessé par plaie. Seuls 2 patients sur 7 blessés par cornada ont eu une prophylaxie anti tétanique.

Patrick Lafargue dans sa thèse « La course landaise, technique, traumatologie sur cinq ans (1980-1984) », met en évidence un contrôle médico-sportif quasi inexistant, comme le fait notre travail.

Isabelle Zavaleta et Géraldine Brimaud-Iborra, soulignent le temps de consolidation important des fractures. Des immobilisations longues responsables d'un manque à gagner important pour les sportifs. Cette obligation thérapeutique s'oppose, dans notre étude, à un manque certain du nombre de certificats de contre-indication et de reprise.

Mais le caractère passionné des sportifs, comme l'illustre bien l'exemple de Luis Freg, peut être une explication à ce manque de contrôle évident.

En 1923, le torero Luis Freg est blessé à deux reprises par cornada. Il refuse cependant de se rendre à l'infirmerie avant d'avoir tué son taureau. Après examen, Luis Freg souffrait d'une plaie profonde de la cuisse et d'une plaie thoracique avec atteinte du parenchyme pulmonaire et plusieurs fractures de côtes.

Cet exemple montre bien la difficulté de la prise en charge des acteurs des sports taurins.

De nombreux décès ont été évités avec les avancées de la médecine, mais encore trop de manques subsistent. (2)(5)

Le contrôle médicosportif ne peut pas être minimisé, il est plus que nécessaire, et des mesures doivent être pensées pour pouvoir l'optimiser.

### **III : Evolution et perspectives**

Le suivi médicosportif en course landaise doit être mieux encadré pour une protection accrue des sportifs.

Sa mise en valeur par la FFCL semble être un élément clef pour son application. Cela pourrait améliorer la prévention médicale.

Il est vrai que l'avis médical va à l'encontre des idéaux dans ce sport où les traumatismes sont de mise. Cependant, des conseils diminueraient très certainement les risques encourus.

Il serait préférable que les acteurs acceptés à participer aux courses aient atteint l'âge adulte.

Une préparation physique tout au long de l'année semble aussi à l'évidence nécessaire. Elle améliorerait la condition physique de ces sportifs confrontés à des pressions importantes.

Des réunions pourraient être organisées pour avertir, de façon répétée, les différents acteurs des risques de traumatismes multiples, et appeler à la prudence pendant les courses face à des animaux sévères.

L'élaboration d'une tenue avec d'avantage de protections pourrait diminuer certaines blessures par chocs directs.

Pour ce qui est du contrôle médical, toujours appuyé par la FFCL, une première visite médicale en début de saison pourrait être organisée avec des tests d'aptitude et de résistance aux coups.

Une deuxième visite à mi- saison pourrait être proposée pour évaluer les risques encourus en fonction des coups déjà reçus.

Il semble également justifié de poser une interdiction de concourir après blessure. Cette interdiction devrait avoir l'aval de la FFCL. Comme il devrait y avoir une surveillance rapprochée des cornes de vaches et de leur protection. On pourrait penser à faire sortir une vache si celle-ci n'a plus de bouchon ou bien si sa corne est cassée.

Tout ceci amène également à renforcer le contrôle des visites médicales des participants qui ont été blessés.

Les consultations médicales devraient être obligatoires, avec la prescription de certificats de contre-indication, de non contre-indication ou de reprise. Pour une optimisation du suivi des blessés en course landaise, ces certificats devraient être demandés et répertoriés par la FFCL de façon systématique. Cela permettrait d'éviter bien des complications.

Afin de centraliser toutes ces données, on pourrait noter le nom du médecin traitant déclaré et son numéro de téléphone dans un dossier pour chaque acteur. Ainsi, compléter les informations manquantes, faire des vérifications plus facilement et rendre un suivi médical continu possible pour les différents blessés.

En ce qui concerne la déclaration des accidents et leur prise en charge, quelques modifications peuvent être apportées.

Tout d'abord, les feuilles de déclaration d'accidents devraient être plus détaillées.

Il faudrait préciser, en plus des données déjà demandées :

- l'examen clinique réalisé ;
- les gestes faits sur place ;
- les thérapeutiques prescrites sur place ;
- les documents fournis à la fin de la prise en charge sur place (courriers donnés, fiche de surveillance des traumatisés crâniens, ordonnances...).

Surtout, il est très important de vérifier que les feuilles de déclaration sont bien remplies dans leur totalité. Aucune donnée ne doit être omise.

Pour les patients pris en charge à l'hôpital, une feuille de suivi pourrait être remplie avec :

- le diagnostic final ;
- la prise en charge initiale ;
- le traitement prescrit, les ordonnances de sorties ;
- les consultations de contrôle.

Il faut systématiser l'examen clinique fait sur place, la prise des constantes et rapporter toutes ces données par écrit.

On rappelle qu'une fracture ouverte de la fibula avait été étiquetée traumatisme thoracique initialement, ce qui peut avoir des conséquences catastrophiques dans d'autres circonstances.

En ce qui concerne la prise en charge des traumatisés crâniens, on a pu voir dans notre étude qu'elle n'est pas optimale, alors que les conséquences peuvent être mortelles.

En 2012 à Zurich, s'est tenue la 4ème conférence internationale sur les commotions cérébrales dans le sport. Cette conférence permet d'établir un consensus pour l'élaboration de tout protocole commotion dans les sports de contacts comme le rugby, le hockey ou encore le football. (31)

La conférence définit la commotion cérébrale comme une perturbation de la fonction cérébrale, provoquée par un choc direct ou indirect à la tête.

Il existe une multitude de signes cliniques et symptômes non spécifiques, devant faire suspecter une commotion cérébrale :

- céphalées ;
- instabilité, incoordination motrice, mouvements lents ;
- confusion, perte de connaissance, perte de mémoire ;
- changement de personnalité ...

Tout athlète susceptible d'avoir une commotion cérébrale doit être retiré du jeu et examiné par un médecin. Pour cela une échelle d'évaluation a été déterminée, l'échelle SCAT 3 pouvant être utilisée chez tous les sportifs de plus de 13 ans. (31)(32) (cf annexe 3)

Plusieurs tests et questions sont posés à l'athlète, une seule réponse permet de poser le diagnostic de commotion cérébrale. Mais attention, ce test reste une échelle d'évaluation, le diagnostic de commotion cérébrale est avant tout clinique, l'évaluation par un professionnel de santé est essentielle.

L'athlète ayant subi une commotion cérébrale ne peut retourner sur le terrain.

Le repos est impératif. Il est également conseillé de ne pas consommer d'alcool, de médicament sans accord médical préalable (somnifères, AINS, antalgiques, sédatifs). Le patient ne peut conduire, ou pratiquer une activité sportive sans autorisation médicale.

La reprise de la compétition ne peut être autorisée que par un médecin, et le patient doit se plier à un programme d'entraînement progressif, respectant un délai de 24h entre chaque étape :

- aucune activité pendant 24h ;
- exercices aérobies légers ;
- exercices spécifiques au sport pratiqué ;
- entraînement sans contact ;
- entraînement plein avec contact ;
- retour à la compétition après rédaction d'un certificat de reprise.

Si l'athlète présente à nouveau des signes cliniques, il doit arrêter l'entraînement pendant 24h et reprendre le programme à la dernière étape asymptomatique. Si les symptômes persistent plus de 10 jours, le sportif doit consulter.

Toute personne ayant subi un traumatisme crânien ou une commotion cérébrale doit être informée des risques et de l'évolution des symptômes. Des signes cliniques peuvent apparaître dans les 24-48h (sommolence, vomissements, changement de comportement, aggravation des maux de tête...), et nécessitent une consultation. Le patient et ses proches doivent recevoir la fiche d'information. (32)

La commotion cérébrale est souvent sous-estimée par les fédérations et les sportifs.

Le rugby est un sport précurseur avec un protocole commotion élaboré en 2012. Depuis, c'est 38 sorties par an et 2 par journée du top 14 pour commotion cérébrale.

Pour la course landaise, il existe une volonté de perspectives quant à la prise en charge des traumatisés crâniens : mise en place d'un observatoire, mise en place d'un protocole commotion, participation de la FFCL à des études.

Un protocole commotion a été présenté à la FFCL lors du dernier groupe de travail. Il n'a pas encore été validé par la commission. Quelques modifications ont été proposées pour s'adapter à la pratique de la course landaise, comme le score de Maddocks de l'échelle SCAT 3 :

- dans quelle arène sommes nous ?
- dans quelle partie de la course sommes nous ?
- quel est ton dernier pointage ?
- quel est le nom de la coursière ?
- où a lieu la corne d'or ?

Même s'il y a peu d'accidents graves en course landaise, le transport des blessés doit être pris en considération. En cas de fractures instables, par exemple, les conséquences d'un transport du blessé mal réalisé peuvent être très graves.

Une formation de secourisme pour les cuadrillas, qui sont souvent en première ligne pour évacuer le blessé de l'arène, ne semble pas superflue.

En Espagne, la médecine taurine est étudiée en tant que spécialité à part entière, contrairement en France.

On peut alors penser qu'un enseignement spécialisé pourrait améliorer la prise en charge de ces patients mais aussi leur suivi.

La prescription antalgique semble corroborer dans notre étude les textes de lois anti dopage. Cependant, aucune prescription faite par des généralistes n'a été retrouvée. Une évaluation des pratiques des médecins généralistes sur les thérapeutiques utilisées chez leurs patients sportifs serait intéressante.

Pour un contrôle optimal des traitements utilisés par les participants en course landaise, les dossiers cités plus haut pourraient également être complétés par les ordonnances prescrites par les médecins consultés et la liste des traitements autorisés.

## CONCLUSION

La course landaise est un spectacle taurin qui s'est pérennisé dans le temps. Elle continue d'enchanter les aficionados chaque année.

Cependant, les conséquences peuvent être fatales pour les différents acteurs qui prennent des risques dès leur entrée dans l'arène.

Notre étude a recensé 65 accidents sur un an, lors des compétitions organisées par la FFCL.

Survenus chez de jeunes compétiteurs, d'âge moyen de 26,4 ans, la majorité des blessures sont des traumatismes civils. Seuls quatre cas correspondent à des blessures taurines pures faites par cornada.

Aucun décès n'est à déplorer sur l'année 2015.

Près de 45% des blessés ont eu une prise en charge sur place, moins de 5% a eu un examen clinique complet. Et seuls 30,8% ont été adressés à un centre hospitalier.

Ce travail a permis de voir que près d'un quart des patients ont une prise en charge inconnue, et que plus de 66% d'entre eux n'ont pas de suivi médical.

Sur la saison 2015, seuls dix blessés ont eu une consultation de contrôle chez un médecin généraliste. Seuls 5 certificats de reprise ont été recueillis après pourtant 13 certificats de contre-indication.

Et il y a eu 17 concurrents blessés à de multiples reprises sur la saison, dont seulement trois avaient vu leur médecin traitant avant la reprise de la compétition.

Ces résultats montrent que le contrôle médico-sportif et le suivi restent trop succincts en course landaise, une véritable discipline sportive, à risque, et où les traumatismes n'épargnent aucune partie du corps.

Il est important que la FFCL encourage et impose un contrôle médical renforcé avant et pendant les différentes compétitions, pour assurer la protection des acteurs, et leur permettre de jouir de leur passion avec un risque diminué.

Un lien entre la FFCL et les médecins généralistes semble essentiel pour assurer un suivi continu des sportifs. Le rôle du médecin traitant est important tant pour la délivrance des certificats de contre-indication ou de reprise, que pour la prescription adaptée des antalgiques chez ses patients particuliers. Notre travail n'a pu évaluer la pratique des médecins généralistes sur la thérapeutique utilisée chez le patient sportif puisqu'aucune ordonnance n'a été recueillie.

Mais il est important de connaître les médicaments autorisés en compétition sportive, et il pourrait être intéressant de refaire le point avec les médecins généralistes pouvant être amenés à traiter des patients sportifs.

Il est important de noter que le règlement de la FFCL à ce sujet est bien clair et reprend les textes de l'AFCD.

# Annexe 1





# Annexe 3

## SCAT3™



### Outil d'évaluation de la commotion dans le sport – 3e édition

Usage réservé exclusivement aux professionnels de la santé

Nom \_\_\_\_\_

Date et heure de l'accident : \_\_\_\_\_  
Date de l'évaluation : \_\_\_\_\_

Examineur : \_\_\_\_\_

#### Qu'est-ce que l'outil SCAT3?

Le SCAT3 (Sport Concussion Assessment Tool) est un outil standardisé d'évaluation des athlètes chez qui on suspecte une commotion cérébrale. Il peut être utilisé chez les athlètes dès l'âge de 13 ans. Il remplace le premier outil SCAT et le SCAT2, respectivement publiés en 2005 et 2009<sup>1</sup>. Pour les jeunes sportifs de 12 ans et moins, veuillez utiliser le Child SCAT3. Le SCAT3 est destiné aux professionnels de la santé. Si vous n'avez pas cette qualité, veuillez utiliser l'outil de détection des commotions cérébrales<sup>1</sup>. Il peut être utile d'effectuer un test initial avec SCAT3 avant la saison pour pouvoir mieux interpréter ensuite les résultats en cas de blessure.

Des instructions particulières pour l'utilisation du SCAT3 sont indiquées en page 3. Si vous ne connaissez pas SCAT3, veuillez lire ces instructions avec attention. Cet outil peut être copié librement sous sa forme actuelle afin d'être distribué à des personnes, équipes, groupes ou organisations. Toute révision ou reproduction sous forme numérique nécessite l'approbation du groupe Commotions dans le sport (Concussion in Sport Group).

**REMARQUE :** le diagnostic d'une commotion est une évaluation clinique, effectuée préférentiellement par un professionnel de la santé. En l'absence d'évaluation clinique, il ne faut pas s'appuyer uniquement sur le SCAT3 pour établir ou exclure le diagnostic de commotion. Un athlète peut souffrir d'une commotion même si son SCAT3 est « normal ».

#### Qu'est-ce qu'une commotion cérébrale ?

Une commotion cérébrale est une perturbation de la fonction cérébrale provoquée par un choc direct ou indirect à la tête. Elle cause toute une série de signes et/ou de symptômes non spécifiques (comme ceux énoncés ci-dessous), le plus souvent sans perte de connaissance. Une commotion cérébrale doit être suspectée en présence d'un ou de plusieurs des signes ou symptômes suivants :

- Symptômes (par ex. mal à la tête),
- Signes physiques (par ex. instabilité),
- Altération de la fonction cérébrale (par ex. confusion),
- Comportement anormal (par ex. changement de personnalité).

## ÉVALUATION SUR LA LIGNE DE TOUCHE

### Indications pour un transport d'urgence

**Attention :** un coup à la tête peut parfois être associé à une blessure cérébrale plus grave. L'un des signes suivants justifie la mise en place des procédures d'urgence et un transport immédiat vers l'hôpital le plus proche :

- Score inférieur à 15 sur l'échelle de Glasgow
- Altération de l'état mental
- Lésion spinale potentielle
- Symptômes d'aggravation graduelle ou nouveaux signes neurologiques

### Y a-t-il des signes potentiels de commotion cérébrale ?

Si l'on observe l'un des signes suivants après un choc direct ou indirect à la tête, le sportif doit cesser sa participation, être soumis à une évaluation médicale par un professionnel et **ne pas être autorisé à reprendre le sport le même jour** si l'on suspecte une commotion.

Perte de connaissance  O  N

« Si oui, pendant combien de temps ? » \_\_\_\_\_  O  N

Incoordination motrice ?  
(trébuché, mouvements lents, difficiles, etc.)  O  N

Désorientation ou confusion ?  
(réponses inadéquates aux questions)  O  N

Perte de mémoire :  O  N

« Si oui, pendant combien de temps ? » \_\_\_\_\_

« Avant ou après la blessure ? » \_\_\_\_\_  O  N

Regard et expression vides :  O  N

Lésion faciale visible en combinaison avec un signe ci-dessus  O  N

### 1 Échelle de coma de Glasgow (GCS)

#### Meilleure réponse oculaire (E pour « eye »)

Aucune ouverture des yeux	1
Ouverture des yeux en réaction à la douleur	2
Ouverture des yeux en réaction à la parole	3
Ouverture des yeux spontanée	4

#### Meilleure réponse verbale (V)

Aucune réponse verbale	1
Sons incompréhensibles	2
Paroles inappropriées	3
Réponse confuse	4
Réponse orientée	5

#### Meilleure réponse motrice (M)

Aucune réponse motrice	1
Extension réflexe à la douleur	2
Flexion réflexe à la douleur	3
Flexion inappropriée/évitement à la douleur	4
Localise la douleur (retrait au toucher)	5
Obéit aux instructions	6

**Score à l'échelle de Glasgow (E + V + M)** sur 15

Le GCS doit être noté chez tous les athlètes en cas de détérioration ultérieure de leur état.

### 2 Score Maddocks<sup>3</sup>

« Je vais vous poser quelques questions, écoutez bien et répondez du mieux que vous pouvez. »

Questionnaire de Maddocks modifié (1 point pour chaque réponse correcte)

Dans quel stade sommes-nous aujourd'hui ?	0	1
À quelle mi-temps sommes-nous ?	0	1
Qui a marqué en dernier dans ce match ?	0	1
Contre quelle équipe avez-vous joué la semaine dernière/le dernier match ?	0	1
Votre équipe a-t-elle gagné le dernier match ?	0	1

**Score Maddocks** sur 5

Le score Maddocks est validé uniquement pour le diagnostic sur la ligne de touche lors de commotions cérébrales ; il n'est pas utilisé pour des tests périodiques.

**Notes :** Mécanisme de la lésion (« dites-moi ce qui s'est passé ? »):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Tout sportif susceptible d'avoir subi une commotion cérébrale doit être RETIRÉ DU JEU, soumis à un examen médical et observé pour déceler d'éventuels signes d'aggravation (il ne doit pas être laissé seul) ; il ne doit pas conduire sans avoir reçu l'aval d'un professionnel de la santé. Un athlète à qui on a diagnostiqué une commotion ne doit pas reprendre le sport le jour de la blessure.**

## INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
 Examineur : \_\_\_\_\_  
 Sport/équipe/école : \_\_\_\_\_ Date/heure de la lésion : \_\_\_\_\_  
 Âge : \_\_\_\_\_ Sexe :  M  F  
 Nombre d'années d'études complètes : \_\_\_\_\_  
 Main dominante :  droite  gauche  aucune  
 Combien de commotions cérébrales estimez-vous avoir déjà subies ? \_\_\_\_\_  
 Quand a eu lieu la dernière commotion ? \_\_\_\_\_  
 Combien de temps avez-vous mis à vous en remettre ? \_\_\_\_\_  
 Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi un examen d'imagerie médicale pour une lésion à la tête ?  O  N  
 Vous a-t-on déjà diagnostiqué des céphalées, des migraines ?  O  N  
 Avez-vous souffert d'un trouble d'apprentissage, de dyslexie, d'un TDA/DAH ?  O  N  
 Vous a-t-on déjà diagnostiqué dépressif, anxieux ou pour d'autres troubles psychiatriques ?  O  N  
 A-t-on diagnostiqué l'un de ces troubles chez un membre de votre famille ?  O  N  
 Prenez-vous des médicaments ? Lesquels ?  O  N

Effectuez le SCAT3 au repos, si possible 10 min. ou plus après l'effort.

## ÉVALUATION DES SYMPTÔMES

### 3 Comment vous sentez-vous ?

Donnez une note pour chaque symptôme.

	aucun	léger	modéré	grave			
Mal à la tête	0	1	2	3	4	5	6
« Pression dans le crâne »	0	1	2	3	4	5	6
Douleur dans le cou	0	1	2	3	4	5	6
Nausée ou vomissement	0	1	2	3	4	5	6
Étourdissements	0	1	2	3	4	5	6
Vision trouble	0	1	2	3	4	5	6
Problème d'équilibre	0	1	2	3	4	5	6
Sensibilité à la lumière	0	1	2	3	4	5	6
Sensibilité au bruit	0	1	2	3	4	5	6
Sensation d'être ralenti	0	1	2	3	4	5	6
Sensation d'être « dans le brouillard »	0	1	2	3	4	5	6
Ne pas se sentir normal	0	1	2	3	4	5	6
Problème de concentration	0	1	2	3	4	5	6
Problème de mémoire	0	1	2	3	4	5	6
Fatigue ou pas d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
Confusion	0	1	2	3	4	5	6
Somnolence	0	1	2	3	4	5	6
Difficulté d'endormissement	0	1	2	3	4	5	6
Émotivité accrue	0	1	2	3	4	5	6
Irritabilité	0	1	2	3	4	5	6
Tristesse	0	1	2	3	4	5	6
Nervosité ou anxiété	0	1	2	3	4	5	6

Nombre total de symptômes (22 au maximum)

Score de gravité des symptômes (132 au maximum)

Les symptômes s'aggravent-ils avec l'effort physique ?  O  N

Les symptômes s'aggravent-ils avec l'effort mental ?  O  N

Autoévaluation  Autoévaluation guidée par clinicien

Entretien avec un clinicien  Autoévaluation avec un parent

Estimation globale: si vous connaissiez bien l'athlète avant la blessure en quoi son comportement diffère-t-il ?

Veillez entourer une seule réponse :

Comport. inchangé  Très différent  Incertain  Sans objet

Les données du score SCAT3 ne doivent pas être utilisées comme unique méthode de diagnostic d'une commotion cérébrale, d'évaluation de la récupération de l'athlète ou permettant de décider s'il est apte à reprendre la compétition. Les signes et symptômes pouvant évoluer avec le temps, il est important d'envisager de refaire un examen dans la période aiguë de la commotion cérébrale.

## ÉVALUATION COGNITIVE ET PHYSIQUE

### 4 Évaluation cognitive

Évaluation standardisée des commotions (SAC)<sup>4</sup>

**Orientation** (1 point pour chaque réponse correcte)

Quel mois sommes-nous ?	0	1
Quelle est la date aujourd'hui ?	0	1
Quel jour de la semaine sommes-nous ?	0	1
En quelle année sommes-nous ?	0	1
Quelle heure est-il ? (à 1 h près)	0	1

Score d'orientation sur 5

**Mémoire immédiate**

Liste	Essai 1	Essai 2	Essai 3	Listes alternatives de mots					
coude	0	1	0	1	0	1	bougie	bébé	index
pomme	0	1	0	1	0	1	papier	singe	monnaie
tapis	0	1	0	1	0	1	sucré	parfum	couette
siège	0	1	0	1	0	1	sandwich	soleil	citron
ballon	0	1	0	1	0	1	wagon	métal	insecte

Total sur 15

Score total de mémoire immédiate sur 15

**Concentration : compte à rebours**

Liste	Essai 1	Listes alternatives de chiffres			
4-9-3	0	1	6-2-9	5-2-6	4-1-5
3-8-1-4	0	1	3-2-7-9	1-7-9-5	4-9-6-8
6-2-9-7-1	0	1	1-5-2-8-6	3-8-5-2-7	6-1-8-4-3
7-1-8-4-6-2	0	1	5-3-9-1-4-8	8-3-1-9-6-4	7-2-4-8-5-6

Total de 4 sur 5

**Concentration : mois en sens inverse** (1 pt pour la séquence entière correcte)

Déc.-Nov.-Oct.-Sept.-Août-Jul.-Juin-Mai-Avr.-Mars-Fév.-Janv.  0  1

Score de concentration sur 5

### 5 Examen du cou:

Mobilité Sensibilité Sensibilité et force des membres sup. et inf.

Résultats: \_\_\_\_\_

### 6 Examen de l'équilibre

Faites l'un des tests suivants ou les deux.

Chaussures (avec ou sans chaussures, chevillères, bandage, etc.) \_\_\_\_\_

**Version modifiée du test BESS (Balance Error Scoring System)<sup>4</sup>**

Quel pied a-t-on testé?  gauche  droite

(c'est-à-dire le pied non dominant)

Sur quelle surface ? (dure, terrain, etc.) \_\_\_\_\_

**Position**

Position sur deux pieds : \_\_\_\_\_ erreurs

Position sur un pied (pied non-dominant): \_\_\_\_\_ erreurs

Pieds alignés (pied non dominant derrière l'autre): \_\_\_\_\_ erreurs

**Et/ou**

**Marche du funambule<sup>4,7</sup>**

Temps (meilleur des 4 essais): \_\_\_\_\_ secondes

### 7 Examen de la coordination

Coordination des membres supérieurs

Quel bras a-t-on testé ?  gauche  droite

Score de coordination sur 1

### 8 SAC de la mémoire différée<sup>4</sup>

Score de la mémoire différée sur 5

## INSTRUCTIONS

Pour l'ensemble du SCAT3, les phrases en italique sont les instructions données à l'athlète par la personne qui le teste.

### Échelle des symptômes

« Vous devez évaluer vous-même dans quelle mesure vous ressentiez maintenant les symptômes suivants. »

Grille à remplir par l'athlète. Si l'échelle des symptômes est établie après l'effort, il convient de patienter au minimum 10 minutes après l'effort, le sportif devant se trouver au repos.

Le nombre maximum de symptômes possibles est 22.

Pour le score de gravité des symptômes, additionnez tous les scores de la grille. Le maximum possible est  $22 \times 6 = 132$ .

### SAC<sup>4</sup>

#### Mémoire immédiate

« Je vais tester votre mémoire. Je vais vous lire une liste de mots et quand j'aurai fini, vous répéterez tous les mots dont vous vous souviendrez, dans n'importe quel ordre. »

#### Essais 2 et 3 :

« Je vais répéter la même liste encore une fois. Répétez ensuite tous les mots dont vous vous souviendrez, dans n'importe quel ordre, y compris les mots que vous avez déjà répétés auparavant. »

Faites les 3 essais, indépendamment des scores obtenus aux essais 1 et 2. Lisez au rythme d'un mot par seconde. **Comptez un point pour chaque réponse correcte.** Score total : somme des scores des trois essais. N'informez pas l'athlète qu'un test de mémoire différée sera effectué ultérieurement.

#### Concentration

##### Compte à rebours :

« Je vais vous lire une série de chiffres et quand j'aurai fini, vous les répéterez en sens inverse. Si je dis par exemple '7-1-9', vous direz '9-1-7'. »

Si la réponse est correcte, passez à la longueur suivante de séries de chiffres. Si la réponse est incorrecte, lisez l'essai 2. **Un point possible par longueur de série.** Arrêtez après une réponse incorrecte aux deux essais. Les chiffres doivent être lus au rythme d'un par seconde.

##### Mois en sens inverse :

« À présent, dites les mois de l'année en sens inverse. Commencez par le dernier mois et revenez en arrière. Dites 'décembre, novembre, etc.' Allez-y ! »

**Un point pour la séquence entière correcte.**

#### Mémoire différée

Le test de mémoire différée doit être réalisé après les examens de l'équilibre et de la coordination.

« Vous souvenez-vous de la liste de mots que j'ai lue tout à l'heure ? Citez autant de mots que vous pouvez, dans n'importe quel ordre ! »

**Comptez 1 point par réponse correcte.**

## Examen de l'équilibre

### Version modifiée du test BESS (Balance Error Scoring System)<sup>1</sup>

Cet examen repose sur une version modifiée du BESS (Balance Error Scoring System)<sup>1</sup>. Ce test exige l'utilisation d'un chronomètre ou d'une montre indiquant les secondes.

« Je vais tester votre équilibre. Retirez vos chaussures, roulez le bas de votre pantalon au-dessus des chevilles (le cas échéant) et retirez tout bandage des chevilles (le cas échéant). Ce test consiste en trois essais de 20 secondes, réalisés dans différentes positions. »

#### (a) Position sur deux pieds :

« La première position est : debout, les pieds joints, les mains sur les hanches et les yeux fermés. Vous devez essayer de garder l'équilibre dans cette position pendant 20 secondes. Je vais compter le nombre de fois que vous quitterez cette position. Je commencerai à chronométrer dès que vous aurez pris la position et fermé les yeux. »

#### (b) Position sur un pied :

« Si vous devez taper dans un ballon, quel pied utiliserez-vous ? [Ce pied est le pied dominant.] Maintenant, restez debout sur votre pied non dominant. La jambe dominante doit être maintenue en flexion d'environ 30 degrés par rapport à la hanche, avec flexion du genou d'environ 45 degrés. Essayez à nouveau de garder votre équilibre pendant 20 secondes avec les mains sur les hanches et les yeux fermés. Je vais compter le nombre de fois que vous quitterez cette position. Si vous êtes déséquilibré, ouvrez les yeux, reprenez la position correcte et continuez à garder l'équilibre. Je commencerai à chronométrer dès que vous aurez pris la position et fermé les yeux. »

#### (c) Position pieds alignés :

« À présent, alignez vos pieds en plaçant le pied non dominant derrière l'autre, la pointe contre son talon. Votre poids doit être bien réparti sur les deux pieds. Essayez à nouveau de garder l'équilibre pendant 20 secondes, les mains sur les hanches et les yeux fermés. Je vais compter le nombre de fois que vous quitterez cette position. Si vous êtes déséquilibré, ouvrez les yeux, reprenez la position correcte et continuez à garder l'équilibre. Je commencerai à chronométrer dès que vous aurez pris la position et fermé les yeux. »

### Tests d'équilibre : types d'erreurs

1. Mains quittant la crête iliaque
2. Ouverture des yeux
3. Pas, trébuchement voire chute
4. Déplacement des hanches en abduction > 30 degrés
5. Soulèvement de l'avant-pied ou du talon
6. Abandon de la position pendant plus de 5 sec

Chacun des tests de 20 secondes est évalué en comptant les erreurs ou déviations de la position correcte accumulées par l'athlète. L'examineur ne commence à compter les erreurs qu'à partir du moment où l'athlète a pris la bonne position. **On calcule le score du BESS modifié en comptant un point pour chaque erreur faite au cours des trois tests de 20 secondes. Le nombre maximal d'erreurs par position est de 10.** Si un athlète fait plusieurs erreurs en même temps, une seule erreur est comptée, mais l'athlète doit reprendre rapidement la position testée, le comptage des erreurs se poursuivant dès qu'il est en position. Si l'athlète est incapable de maintenir la position testée au moins **cinq secondes** au début, le nombre maximal d'erreurs (dix) sera compté pour la position en question.

**OPTION :** on peut poursuivre l'évaluation en reprenant les 3 positions sur une surface en mousse de densité moyenne, par ex. de 50 x 40 x 6 cm env.

### Marche du funambule<sup>6,7</sup>

Les participants sont priés de se tenir debout, les pieds joints, de préférence sans chaussures, derrière une ligne de départ. Ensuite, ils marchent en avant aussi vite et précisément que possible le long d'une ligne de 3 mètres et de 38 mm de largeur (matérialisée par une bande adhésive), en plaçant à chaque pas le talon juste devant les orteils, en alternance. Quand ils passent la ligne d'arrivée des 3 mètres, ils font demi-tour et retournent au point de départ avec la même démarche. Quatre essais sont effectués, le meilleur temps est retenu. Les athlètes doivent réussir ce test en 14 secondes. Le test est manqué s'ils quittent la ligne, s'il y a un écart entre leur talon et leurs orteils, ou s'ils touchent l'examineur ou un objet ou s'y agrippent. Dans ce cas, le temps n'est pas retenu et l'on fait un nouvel essai si la situation s'y prête.

## Examen de la coordination

### Coordination des membres supérieurs

Epreuve doigt-nez (EDN) :

« Je vais tester votre coordination. Asseyez-vous confortablement sur la chaise, les yeux ouverts et le bras (droit ou gauche) tendu vers l'avant (à 90 degrés de l'épaule, le coude et les doigts en extension). Lorsque je donnerai le signal de départ, vous porterez cinq fois de suite l'index au bout de votre nez, aussi vite et précisément que possible. »

**Score :** 5 répétitions correctes en < 4 secondes = 1

**Remarque aux examinateurs :** l'athlète ne réussit pas le test s'il ne touche pas son nez, n'étend pas complètement le coude ou ne répète pas le geste cinq fois. **Un échec correspond à 0 point.**

## Références et notes de fin

1. Cet outil a été développé par un groupe d'experts internationaux lors de la 4e réunion de concertation internationale sur les commotions cérébrales dans le sport qui a eu lieu à Zurich, en Suisse, en novembre 2012. Les résultats détaillés de la conférence et les auteurs de cet outil sont publiés dans le British Journal of Sports Medicine, Prévention et protection de la santé, 2013, volume 47, n° 5. Le document final sera également co-publié simultanément dans d'autres journaux biomédicaux de pointe, les droits d'auteurs étant détenus par le Concussion in Sport Group, pour permettre une distribution sans restriction du texte s'il n'est pas altéré.
2. P. McCrory et al., Consensus Statement on Concussion in Sport - 3e Conférence internationale sur la commotion cérébrale dans le sport, tenue à Zurich, novembre 2008, British Journal of Sports Medicine 2009, 43 : 176-89.
3. D.L. Maddocks, G.D. Dicker, M.M. Saling, The assessment of orientation following concussion in athletes. Clinical Journal of Sport Medicine. 1995; 5(1) : 32-3.
4. M. McCrea, Standardized mental status testing of acute concussion. Clinical Journal of Sport Medicine. 2001 ; 11 : 176 à 181.
5. K.M. Guskiewicz, Assessment of postural stability following sport-related concussion. Current Sports Medicine Reports. 2003 ; 2 : 24 à 30.
6. A.G. Schneiders, S.J. Sullivan, A. Gray, G. Hammond-Tooke et P. McCrory, Normative values for 16-37 year old subjects for three clinical measures of motor performance used in the assessment of sports concussions. Journal of Science and Medicine in Sport. 2010 ; 13(2) : 196 à 201.
7. A.G. Schneiders, S.J. Sullivan, J.K. Kvanstrom, M. Olsson, T. Yolen et S.W. Marshall, The effect of footwear and sports-surface on dynamic neurological screening in sport-related concussion. Journal of Science and Medicine in Sport. 2010 ; 13(4) : 382 à 386.

## INFORMATIONS CONCERNANT LES ATHLÈTES

**Tout athlète susceptible d'avoir une commotion cérébrale doit être retiré du jeu et se soumettre à un examen médical.**

### Phénomènes à surveiller

Des problèmes peuvent survenir au cours des 24 à 48 premières heures. L'athlète ne doit pas rester seul et doit se rendre immédiatement à l'hôpital dans les cas suivants:

- Mal de tête qui s'aggrave
- Forte somnolence ou impossibilité d'être réveillé (par quelqu'un)
- Incapacité de reconnaître des personnes ou des lieux
- Vomissements répétés
- Comportement inhabituel, confusion manifeste et grande irritabilité
- Crise ou convulsions (bras et jambes s'agitant de façon incontrôlée)
- Faiblesse ou engourdissement des bras ou des jambes
- Instabilité en position debout, élocution pâteuse

**N'oubliez pas que la sécurité est prioritaire.**

**Consultez votre médecin en cas de suspicion de commotion cérébrale.**

### Retour au sport

Les athlètes ne doivent pas reprendre le sport le jour même de l'accident. Pour reprendre le sport, les athlètes doivent **avoir l'aval d'un médecin et se conformer à un programme progressif**, en plusieurs étapes.

Par exemple :

Phase de rééducation	Entraînement fonctionnel à chaque stade de rééducation	Objectif de chaque étape
Pas d'activité	Repos physique et cognitif	Convalescence
Exercices aérobie légers	Marche, natation, vélo stationnaire en maintenant l'intensité à 70 % du rythme cardiaque prévu. Pas d'entraînement en musculation	Augmenter le rythme cardiaque
Exercices spécifiques du sport concerné	Patinage au hockey sur glace, court au football. Sans risques pour le tête	Ajouter des mouvements
Entraînements sans contact	Progression vers un entraînement plus complexe, par ex. passes au football et au hockey. Un entraînement progressif en musculation peut recommencer	Entraînement, coordination et charge cognitive
Entraînement en plein contact	Selon avis du médecin, participer aux entraînements réguliers	Récupérer la confiance et faire évaluer les aptitudes fonctionnelles par le personnel d'entraînement
Retour à la compétition	Compétitions régulières	

Il faut compter environ 24 heures (au moins) pour chaque étape. Si des symptômes réapparaissent, l'athlète doit se reposer jusqu'à ce qu'ils se dissipent à nouveau, et reprendre le programme à partir de la dernière étape asymptomatique. L'entraînement en musculation ne doit être ajouté qu'aux derniers stades.

Si l'athlète présente des symptômes pendant plus de 10 jours, il est recommandé de consulter un médecin expert dans les commotions cérébrales.

**Une autorisation médicale est nécessaire pour reprendre la compétition.**

## CONSEILS EN CAS DE COMMOTION CÉRÉBRALE

(À donner à la personne s'occupant de l'athlète ayant subi la commotion)  
Ce patient a subi une blessure à la tête. Un examen médical minutieux a été effectué et aucun signe de complication grave n'a été détecté. Le rétablissement varie selon les individus. Le patient doit toutefois être surveillé encore un certain temps par un adulte responsable. Votre médecin traitant vous conseillera pour le déroulement de cette période.

**Si vous remarquez un changement de comportement, des vomissements, des vertiges, des maux de tête qui s'aggravent, un doublement de la vision ou une somnolence excessive, veuillez appeler immédiatement votre médecin ou le service d'urgences hospitalières le plus proche.**

### Autres points importants :

- Le repos est impératif (repos physique et mental) ; éviter tout entraînement ou toute activité sportive jusqu'à ce que les symptômes se dissipent et que le médecin donne son feu vert
- Ne pas boire d'alcool
- Ne pas prendre de médicaments sur ordonnance ou sans ordonnance sans surveillance médicale, et notamment :
  - Ne pas prendre de somnifères
  - Ne pas prendre d'aspirine, d'anti-inflammatoires ou d'antidouleurs sédatifs
- Ne pas conduire sans autorisation du médecin
- Ne pratiquer aucune activité sportive et ne pas reprendre l'entraînement sans autorisation du médecin.

### Récapitulatif des scores aux tests:

Domaine testé	Score		
	Date:	Date:	Date:
Nombre de symptômes sur 22			
Score de gravité des symptômes sur 132			
Orientation sur 5			
Mémoire immédiate sur 15			
Concentration sur 5			
Mémoire différée sur 5			
<b>Total SAC</b>			
BESS (total des erreurs)			
Marche du funambule (secondes)			
Coordination sur 1			

### Notes :

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Numéro de téléphone de la clinique: \_\_\_\_\_

Nom du patient \_\_\_\_\_

Date/heure de l'accident \_\_\_\_\_

Date/heure de l'examen médical \_\_\_\_\_

Médecin traitant \_\_\_\_\_

Coordonnées ou cachet

## Bibliographie

1. Patrick Lafargue. La course landaise, technique, traumatologie sur cinq ans (1980-1984). Thèse de médecine. Université Bordeaux II. 1985.
2. Marie-Pierre Pedeboscq. Incidence des traumatismes maxillo-faciaux de l'arène. Thèse de chirurgie dentaire. Université de Bordeaux. 2015.
3. Spiotta AM, Matoses SM. Neurosurgical Considerations After Bull Goring During Festivities in Spain and Latin America: Neurosurgery. 2011 Aug;69(2):455–61.
4. Plaie par coup de corne copacamu. [Internet]. [cited 2016 Sep 6]. <http://sites.altilab.com/files/11/14H30-ROCAMORA.pdf>
5. Géraldine Brimaud-Iborra. Analyse des traumatismes taurins dans les arènes françaises et espagnoles au cours de l'année 2002. Thèse de médecine. Université de Poitier. 2003.
6. Chambres O, Thaveau F, Gabbai M, Giraud C, Gouffrant J-M, Kretz J-G. Une discipline atypique : la chirurgie taurine. À propos de deux observations. Ann Chir. 2005 juin;130(5):340–5.
7. N. Franchitto, L. Gavarri, I. Zavaleta, N. Telmon, D. Rougé. Responsabilité de l'anesthésiste et corrida. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 26 (2007) 656–665. 2007;656–665.
8. Chambres O, Giraud C, Gouffrant JM, Debry C. [A detailed examination of injuries to the head and neck caused by bullfighting, and of their surgical treatment; the role of the cervico-facial surgeon]. Rev Laryngol - Otol - Rhinol. 2003;124(4):221–8.
9. Isabelle Zavaleta. La problématique de la prise en charge des toreros blessés dans les arènes lors des corridas. Thèse de médecine. Université Bordeaux II. 2003.
10. Fédération Française de courses landaise [Internet]. [cited 2017 Jan 23]. <http://www.courselandaise.org/>
11. Règlement intérieur FFCL [Internet]. [cited 2017 Jan 23]. <http://www.courselandaise.org/datas/ck/files/r%C3%A9glement%20int%C3%A9rieur%20ffcl.pdf>

12. Statuts de la FFCL [Internet]. [cited 2017 Jan 23].  
[http://www.courselandaise.org/datas/ck//files/Statuts%20adopt%C3%A9s%20le%2030%20nov%20et%2014%20dec%202013%20en%20AGE\(1\).pdf](http://www.courselandaise.org/datas/ck//files/Statuts%20adopt%C3%A9s%20le%2030%20nov%20et%2014%20dec%202013%20en%20AGE(1).pdf)
13. FFCL : Règlement 2016 [Internet]. [cited 2017 Jan 23].  
<http://www.courselandaise.org/datas/ck//files/FFCL-REGLEMENT%202016%20pleine%20page.pdf>
14. Guide des arènes 2015 [Internet]. [cited 2017 Jan 24].  
<http://www.courselandaise.org/datas/ck//files/Guide%20Ar%C3%A8nes%202015%20version%20d%C3%A9finitive-BAT.pdf>
15. Lehmann V, Lehmann J. Cirurgia Taurina--emergency medical treatment of bullfighters in Spain. *Zentralblatt Für Chir.* 2003 Aug;128(8):685–90.
16. Association Française de Chirurgie Taurine [Internet]. [cited 2017 Jan 23].  
</content/association-fran%C3%A7aise-de-chirurgie-taurine>
17. Règlement Taurin Municipal 2014-2015. [Internet]. [cited 2016 Sep 6].  
<http://www.uvtf.fr/fichiers/pages/reglement-taurin-municipal-1438245567.pdf>
18. Rudloff, Udo MD; Gonzalez, Victor MD, FACS; Fernandez, Eduardo MD, FACS; Holguin, Esteban MD; Rubio, Gustavo MD; Lomelin, Jorge MD; Dittmar, Michael MD; Barrera, Rafael MD. Chirurgical Taurina: A 10-Year Experience of Bullfight Injuries. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery.* 2006;970–4.
19. A propos de la chirurgie taurine par Claude Giraud - Président de l’A.F.C.T. | Observatoire National des Cultures Taurines [Internet]. [cited 2017 Jan 23].  
[http://www.culturestaurines.com/giraud-chirurgie\\_taurine](http://www.culturestaurines.com/giraud-chirurgie_taurine)
20. Franchitto N, Gavarrì L, Telmon N, Rougé D. Professional indemnity insurance and the practice of medicine during bullfights in France. *Med Law.* 2008 Dec;27(4):767–74.
21. Histoire de la course landaise [Internet]. [cited 2017 Sep 5].  
<http://torosencasteljaloux.pagesperso-orange.fr/Course%20landaise%20Casteljaloux/Histoire%20de%20la%20course%20landaise.html>

22. Patiño JF. Perspectiva actual de la infección quirúrgica. *Rev Colomb Cir.* 1991 Mar;6(supl.1):32–48.
23. Dietz P, Dalaker R, Letzel S, Ulrich R, Simon P. Analgesics use in competitive triathletes: its relationship to doping and on predicting its usage. *J Sports Sci.* 2016 Oct;34(20):1965–9.
24. Laure P. L'automédication du sportif. *Sci Sports.* 2011 Sep;26(4):236–41.
25. Douleur et sport [Internet]. [cited 2016 Sep 6].  
[http://www.comite-olympique.asso.fr/files/File/actions/sante/documentation/2011/patrick\\_sichere.pdf](http://www.comite-olympique.asso.fr/files/File/actions/sante/documentation/2011/patrick_sichere.pdf)
26. Rochongar P. L'utilisation et la prescription des corticoïdes en médecine du sport. *Sci Sports.* 2005 août;20(4):197–8.
27. Amendement à l'annexe I de la convention internationale contre le dopage dans le sport. Liste des interdictions 2017 [Internet]. [cited 2017 Jan 29]. Available from: <https://www.afld.fr/wp-content/uploads/2017/01/Liste-des-interdictions-2017.pdf>
28. Code du sport. Legifrance [Internet]. [cited 2017 Jan 23].  
[https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=355DCBC4A2D8EBF6326C4C211508FAB6.tpdila11v\\_2?idSectionTA=LEGISCTA000006151568&cidTexte=LEGITEXT000006071318&dateTexte=20170123](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=355DCBC4A2D8EBF6326C4C211508FAB6.tpdila11v_2?idSectionTA=LEGISCTA000006151568&cidTexte=LEGITEXT000006071318&dateTexte=20170123)
29. Règlement disciplinaire de la fédération française de course landaise relatif à la lutte contre le dopage [Internet]. [cited 2017 Jan 23].  
<http://www.courselandaise.org/datas/ck/files/R%C3%A8glement%20antidop%20valide%20AGE%2010%20dec%202011.pdf>
30. Recommandations traumatisme crânien. [Internet]. [cited 2017 Jun 16].  
[http://www.urgences-serveur.fr/IMG/pdf/recommandation\\_trauma\\_cranien.pdf](http://www.urgences-serveur.fr/IMG/pdf/recommandation_trauma_cranien.pdf)
31. McCrory P, Meeuwisse WH, Aubry M, Cantu B, Dvořák J, Echemendia RJ, et al. Consensus statement on concussion in sport: the 4th International Conference on Concussion in Sport held in Zurich, November 2012. *Br J Sports Med.* 2013 Apr 1;47(5):250–8.
32. SCAT3 [Internet]. [cited 2017 Aug 13].  
[http://casem-acmse.org/wp-content/uploads/2015/10/SCAT3\\_French.pdf](http://casem-acmse.org/wp-content/uploads/2015/10/SCAT3_French.pdf)

## Résumé

**Introduction :** La course landaise est une véritable tradition populaire qui illustre parfaitement la tradition du sud-ouest. Mais c'est aussi un sport à risque où chacun peut être blessé à tout moment. L'objectif de notre travail est d'apporter à la connaissance du praticien de médecine générale les spécificités traumatiques consécutives à cette discipline, et de les sensibiliser à la problématique de la consultation des sportifs.

**Matériels et méthodes :** Nous avons réalisé une étude rétrospective mono-centrique recensant les traumatismes survenus durant les courses landaises de la saison 2015. Nous avons répertorié la prise en charge immédiate et le suivi des blessés mais aussi la nature des traumatismes, grâce aux informations recueillies sur les fiches de déclaration des accidents de la FFCL.

**Résultats :** Sur 1 an, 65 accidents ont été recensés lors des compétitions organisées par la FFCL. La majorité des blessures sont des traumatismes civils. 4 accidents correspondent à des blessures taurines par cornada. Cette étude montre une grande variété de traumatismes. 24,5% touchent le tronc, le pourcentage est le même pour les membres inférieurs. 22,5% des traumatismes concernent la tête et le cou, 15,15% les membres supérieurs. 9,9% des traumatismes sont des plaies. 1,3% des traumatismes n'était pas renseigné sur les fiches de déclaration d'accident de la FFCL. Parmi les traumatismes on retrouve 3 luxations d'épaules, 6 atteintes ligamentaires des genoux et 9 fractures. 16,92% des blessés sont des traumatisés crâniens (soit 11 patients sur 65). Moins de 50% d'entre eux ont eu un examen neurologique sur place alors que 5 des 11 patients ont eu une prise en charge uniquement sur place. 18,18% des traumatisés crâniens ont une prise en charge inconnue et 81,82% d'entre eux n'ont pas de suivi, c'est-à-dire pas de consultation de contrôle chez le médecin traitant ou bien aucun certificat quel qu'il soit (contre-indication, non contre-indication, arrêt de travail...).

L'étude révèle un nombre important de dossiers incomplets. En ce qui concerne la prise en charge initiale des blessés, 24,6% des dossiers ne sont pas renseignés. 43,1% des blessés ont eu une prise en charge sur place et 30,8 % ont été pris en charge à l'hôpital ou en clinique. 1 seul patient a été adressé à son médecin traitant à la suite de l'accident. Parmi les patients ayant eu une prise en charge uniquement sur place, moins de 5% ont eu un examen clinique complet comme cela est recommandé lors des accidents survenant en taumachie.

43 patients sur les 65 blessés ont un suivi inconnu, soit 66,15 %.

41,18 % des patients pris en charge dans un centre hospitalier ont un suivi inconnu.

A la suite des accidents, seuls 13 patients ont eu un certificat de dispense de sport ou de contre-indication à la pratique de la course landaise. Parmi eux, 7 patients ont bénéficié d'une consultation de contrôle chez le médecin généraliste. Au total, sur les 65 blessés, 10 seulement ont eu une consultation

de contrôle et 5 sont ressortis avec un certificat de reprise. 17 patients sur 65 ont été blessés plusieurs fois, seuls 3 d'entre eux ont vu leur médecin traitant avant de reprendre la course landaise.

**Conclusion :** La course landaise est un sport à risque dont les conséquences peuvent être fatales. Cette étude a montré un contrôle médico-sportif et un suivi des blessés trop succincts malgré une législation qui impose certains éléments de sécurité sur place. Actuellement, un protocole de prise en charge pour les commotions cérébrales a été proposé à la FFCL. Il est important que la FFCL encourage et impose un contrôle médical renforcé avant et pendant les compétitions, pour permettre aux acteurs de jouir de leur passion avec un moindre risque. Le rôle du médecin traitant est important tant pour la délivrance éclairée des certificats médicaux, que pour la prescription des antalgiques chez le sportif. Une formalisation des modalités de gestion médicale des accidents liés à ce sport définie de manière collaborative entre la FFCL et le médecin généraliste semble être essentielle.

## Abstract

**Introduction :** The Landes race is a true popular tradition that perfectly illustrates the tradition of the south-west of France. But it is also a risky sport where everyone can be hurt at any time.

The objective of our work is to bring to the knowledge of the general practitioner the traumatic specificities resulting from this discipline, and to make them aware of the problematic of consulting sportsmen.

**Materials and Methods :** We conducted a monocentric retrospective study of the trauma that occurred during the Landes races of the 2015 season.

We have documented the immediate care and follow-up of the injured, as well as the nature of the trauma, FCLCL accident report cards.

**Results :** Over one year, 65 accidents were recorded during the competitions organized by the FFCL. The majority of injuries are civilian injuries. 4 accidents correspond to bullfight injuries per cornada. This study shows a wide variety of trauma ; 24.5% affect the trunk, the percentage is the same for the lower limbs. 22.5% of the traumas concern the head and the blow, 15.15% the upper limbs. 9.9% of injuries are wounds.

1.3% of trauma was not reported on the FFCL accident report cards. Among the traumas are 3 dislocations of shoulders, 6 lesions of the knee ligament and 9 fractures.

6.92% of the injured were head traumatized (11 patients out of 65).

Less than 50% had a neurological examination on site, while 5 of the 11 patients were treated only on site. 18.18% of the traumatized cranial patients have unknown care and 81.82% of them have no follow-up, namely a check-up by the attending physician or no certificate (contra-indication, no contra-indication, work stoppage ...).

The study revealed a large number of incomplete files.

Regarding the initial care of the injured, 24.6% of the cases are not filled in.

43.1% of the injured were treated on the spot and 30.8% were taken in hospital or clinic. Only one patient was referred to his attending physician as a result of the accident.

Of the patients treated only on site, less than 5% had a complete clinical examination as recommended in cases of bullfighting.

43 patients out of the 65 injured have an unknown treatment, or 66.15%.

41.18% of patients treated in a hospital have an unknown follow-up.

As a result of the accidents, only 13 patients had a certificate of sport exemption or contra-indication to the practice of the Landes race. Of these, 7 patients received a check-up from the general practitioner.

Of the 65 injured, only 10 had a check-up and 5 returned with a certificate of return.

17 patients out of 65 were injured several times, only 3 of them saw their doctor before resuming the Landes race.

**Conclusion :** The Landes race is a risky sport whose consequences can be fatal.

This study showed a medico-sportive control and follow-up of the injured too succinct despite legislation that imposes certain elements of security on the spot. Currently, a management protocol for concussions has been proposed to the FFCL. It is important that the FFCL encourage and impose a stronger medical control before and during the competitions, to allow the actors to enjoy their passion with less risk.

The role of the attending physician is important both for the informed delivery of medical certificates and for the prescription of analgesics in athletes.

A formalization of the medical management of accidents linked to this sport defined in a collaborative way between the FFCL and the general practitioner seems to be essential.