MINISTERE DE LA SANTE
REGION LORRAINE
INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE
DE NANCY

PROPOSITION DE PRESENTATION D'UN LIVRET DE CONSEIL D'HYGIENE DE VIE ADAPTE AUX ENFANTS PORTEUR D'UNE ORTHESE DE NANCY

Rapport de travail écrit personnel
présenté par **David DUPUY**
étudiant en 3éme année de kinésithérapie
en vue de l'obtention du diplôme d'état
de masseur-kinésithérapeute
1997-1998.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION.....1

2. RAPPEL SUR L'OSTEOCHONDRITE ET SON TRAITEMENT ORTHOPEDIQUE.....1

3. PLAN DE TRAITEMENT DE L OSTEOCHONDRITE DE HANCHE.....3

3. 1. Hospitalisation pour une suspicion d'ostéochondrite.....3

3. 2. Orientation du traitement.....4

3. 3. Phase d'apprentissage et d'utilisation de l'orthèse de Nancy.....5

3. 4. La première consultation.....6

4. DESCRIPTION DE L ORTHESE DE NANCY.....6

5. BILAN KINESITHERAPIQUE.....8

5. 1. Dossier médical 8

5. 2. Anamnèse 8

5. 3. Bilan cutané.....9

5. 4. Bilan trophique.....10

5. 5. Bilan de la douleur.....11

5. 6. Bilan articulaire.....11

5. 7. Bilan des articulations périphériques.....12

5. 8. Bilan musculaire.....12

5. 9. Bilan orthopédique.....12

5. 10. Bilan fonctionnel.....13

5. 11. Bilan psychologique.....15

6. LES RAISONS D'UN LIVRET.....15

6. 1. Une pathologie peu connue.....15

6. 2. Répondre aux attentes de la famille.....16

6. 3. Pour informer l'instituteur.....17

6. 4. Pourquoi sous forme de livret ? 17

7. LA REALISATION DU LIVRET.....18

7. 1. Démarches réalisées avant l'écriture du livret.....18

7. 2. Le choix des personnages.....19

8. LES OBJECTIFS KINESITHERAPIQUES DE CE LIVRET.....19

9. CONCLUSION.....21

RESUME.

L'ostéochondrite de hanche est une nécrose avasculaire de la tête fémorale. Selon la gravité de l'atteinte le traitement est soit chirurgical, soit orthopédique. Volontairement, nous avons restreint notre étude au traitement orthopédique d'une ostéochondrite de hanche unilatérale, afin de nous interresser plus précisément à l'orthèse de Nancy. Cet appareillage associe les 2 principes de traitement de cette pathologie : le recentrage de la tête fémorale et la mise en décharge du membre inférieur atteint. De plus il permet d'éviter l'immobilisation de la coxo-fémorale.

Cette pathologie est difficile à comprendre pour un néophyte. De plus, son traitement dure entre 12 à 18 mois et nécessite une application particulière. Pour responsabiliser les patients, et afin d'obtenir plus de sérieux dans le respect des consignes de traitement, nous avons donc eu l'idée de réaliser un livret explicatif de cette pathologie.

1. INTRODUCTION.

L'utilisation de l'orthèse de Nancy dans le traitement de l'ostéochondrite de hanche nécessite une période d'apprentissage qui suscite un traitement kinésithérapique. Suite à l'évolution du traitement orthopédique, la rééducation s'affine. La prise en charge rencontre des difficultés. Les principes de rééducation de cette pathologie (décharge, recentrage et mobilité) sont difficiles à expliquer par les kinésithérapeutes et à comprendre par les jeunes patients ainsi que leurs familles. Pourtant la bonne compréhension de la théorie permet une meilleure application du traitement. Cette lacune, nous avons eu l'idée de la pallier en réalisant un livret adapté à la population concernée. Le but avoué est d'obtenir une meilleure compréhension de la pathologie, du traitement et de ses principes.

2. RAPPEL SUR L'OSTEOCHONDRITE ET SON TRAITEMENT ORTHOPEDIQUE.

L'ostéochondrite primitive de hanche s'appelle maladie de Legg, Perthès, et Calve, du nom de ceux qui ont individualisé les premiers cette pathologie en 1910. C'est une affection qui, non traitée, provoque une impotence fonctionnelle de la hanche. Ceci est due à une déformation de l'épiphyse proximale du fémur à type de coxa plana, coxa vara, ou coxa magna (7).

La théorie la plus communément admise quant à l'origine des lésions, est l'accident ischémique au niveau de l'artère circonflexe postérieure. Cela provoque une nécrose progressive des différentes couches tissulaires. La structure osseuse se désorganise et sa résistance aux pressions diminue. Le résultat est une déformation de l'épiphyse distale du

fémur (2). L'autre conséquence est une désaxation de l'angle d'inclinaison du col fémoral due à une désorganisation de la trame osseuse. Suite à cela, l'évolution spontanée s'oriente vers la génèse de tissu osseux. Il y a alors reconstruction de la tête fémorale (10). Cette pathologie se guérit donc sans aide médicale quelqu'elle soit. Mais les déformations osseuses, conséquences de la fragilisation des tissus, sont à éviter de façon impérative. C'est dans ce cadre préventif que le traitement orthopédique trouve son plein usage.

Pendant de nombreuses années, les enfants atteints de cette affection étaient installés en décubitus et les membres inférieurs placés en traction pendant plusieurs mois (3. 5.). En effet, le principe de décharge du membre dans le traitement de cette pathologie est prouvé en 1923 (5. 7.). Les patients étaient donc obligés de supporter un alitement forcé à long terme provoquant une interruption de la scolarité. Les premiers traités faisant part de l'utilisation d'orthèse de décharge apparaissent en 1966 (l'orthèse de Harrisson).

En 1968, Salter prouve que la sphéricité de la tête fémorale est améliorée par un recentrage de l'épiphyse proximale du fémur dans le moule cotyloïdien (5). On adapte donc les orthèses en plaçant la hanche en position de congruence maximum (orthèse de Toronto) (7).

La mobilité est le troisième principe de base impératif dans le traitement. L'originalité de l'orthèse de Nancy réside dans le fait que, tout en respectant la décharge et le recentrage du membre pathologique, elle permet une meilleure mobilité de la coxo-fémorale. Ainsi, cela améliore la nutrition du cartilage et permet une meilleure sphéricité de la tête fémorale. En plus, elle élimine la possibilité pour les enfants de réaliser des mouvements dans des secteurs d'amplitude proscrit (5).

Cette progression n'empiète pas sur la qualité du traitement car les résultats relatés dans les mémoires C.E.S. de R.R.F. du Docteur Pierucci-Perot en 1982 (7) et Docteur Staal en 1985 (10) assure son efficacité. Ce type d'appareillage est né en 1980 et il est toujours utilisé au service de rééducation de l'hôpital de Brabois.

2. PLAN DE TRAITEMENT DE L'OSTEOCHONDRITE DE HANCHE.

2. 1. Hospitalisation pour une suspicion d'ostéochondrite.

L'enfant est installé en décubitus afin d'obtenir une décharge des membres inférieurs, et en posture de double abduction grâce à un système de traction collée. Sur l'ensemble des deux membres inférieurs, on applique des bandes collées qui serviront de points d'ancrage aux poids (le poids accroché à chaque jambe correspond à 1/10 du poids du corps). Ces poids tractent dans l'axe des membres inférieurs. Ainsi, le décubitus annule l'effet de pesanteur mais, la force de traction permet de faire céder les contractures musculaires au niveau des hanches, et de récupérer les amplitudes suffisantes pour installer l'orthèse (5). Par ailleurs, il arrive que la rotation interne soit limitée de façon importante. On associe alors à la traction dans l'axe, une double traction perpendiculaire à la cuisse ce qui réalise un couple de forces et qui entraîne la jambe en rotation interne.

A ce stade le diagnostic précis de la pathologie n'est pas établi. Le kinésithérapeute réalise un nursing à but préventif, vérifie la bonne installation et s'assure de la bonne efficacité du traitement. (La traction est installé dans l'axe de la jambe, et la coxo-fémorale est mise en posture à 30° d'abduction.)

2. 2. Orientation du traitement.

Phase d'attente de l'orthèse de déambulation :

« Le bilan clinique n'est rien, et la radiologie n'est pas tout » (1). La clinique et la radiologie permettent d'être sûr du diagnostic d'ostéochondrite. Le médecin rééducateur et le chirurgien décident alors, ensemble, du type de traitement à effectuer selon le stade de Catterall (7.10.) : soit un traitement chirurgical, soit un traitement orthopédique. Ce second traitement est celui qui nous intéresse ici. La prescription pour la réalisation d'une orthèse de Nancy est alors faite.

L'objectif du traitement kinésithérapique au cours de la période d'hospitalisation se révèle important à ce moment. En effet, il est nécessaire au prothésiste pour réaliser un bon moulage d'avoir des amplitudes de hanche suffisantes (40° d'abduction, 20° de flexion, et 15° de rotation interne) (7.10.). Le prothésiste réalise le moulage en plâtre de la jambe et du tronc. Positif qui lui permet de fabriquer l'orthèse sur mesure. Son délai de fabrication est de 6 semaines (5). Pour des raisons économiques, une fois le diagnostic posé et le moulage réalisé, l'hospitalisation n'est plus nécessaire. Le protocole est alors de réaliser un « plâtre en A » (5) (plâtre cruro-jambier réalisé sur les 2 membres inférieurs fixés l'un à l'autre par une barre transversale) ; coque circulaire réalisée en attendant la fabrication de l'appareil de décharge. Ce plâtre permet de maintenir une double abduction de 30°. L'enfant retourne chez lui aux commandes d'un fauteuil roulant. A cette phase, il n'y a pas de traitement kinésithérapique, sauf s'il y a un déficit d'amplitude qu'il faut récupérer avant de procéder au moulage de l'orthèse de décharge.

2. 3. Phase d'apprentissage et d'utilisation de l'orthèse de Nancy.

A la livraison de l'appareillage, l'enfant est rappelé pour consultation à l'hôpital. Nous procédons alors au déplâtrage. Puis pour la première fois, l'enfant essaie son orthèse définitive. A cette occasion, le patient doit rester 2 ou 3 jours hospitalisé, afin de régler la mise au point de l'appareillage et de vérifier radiologiquement la bonne position de la tête fémorale. A cette phase, le bilan kinésithérapique nécessite une application particulière (voir chapitre 5). Commence alors l'apprentissage de l'utilisation de cette orthèse. Il faut apprendre à l'enfant à bien positionner cette orthèse. Le travail du kinésithérapeute est alors primordial. C'est lui qui apprend à l'enfant à marcher, à monter l' escalier, à se mettre l'orthèse, ainsi que les consignes pour son utilisation. C'est à ce moment, que le fascicule réalisé pour ce mémoire est le plus utile (voir fascicule en annexe du mémoire). L'enfant rentre alors chez lui, il est suivi par un kinésithérapeute libéral qui doit s'assurer que l'éducation du patient est bien intégrée, autant au niveau de la compréhension des principes, que de l'utilisation de cette orthèse. La nuit, l'enfant ôte son orthèse. Pour conserver une bonne correction, le kinésithérapeute réalise le moulage d'une coque platrée postérieure qui remonte jusqu'au-dessus des ailes iliaques et maintient les coxo-fémorales à 30° d'abduction sur les 2 membres inférieurs (5). Enfin, l'enfant retourne à l'école après plusieurs semaines d'absence. Une note explicative de sa pathologie et de son traitement, dont l'action est fondamentale (voir fascicule) peut être proposée aux instituteurs qui bien souvent se trouvent devant une situation inconnue.

2. 4. La première consultation.

A la fin de la première période d'adaptation, nous rappelons l'enfant pour une consultation, les habitudes du service sont de proposer une première consultation, 6 semaines après la livraison de l'orthèse. L'analyse comporte alors un bilan clinique et radiologique. C'est une période pendant laquelle l'équipe de rééducation doit être à l'écoute de la famille car elle possède une expérience importante sur l'utilisation quotidienne de l'orthèse de Nancy. Il est donc absolument nécessaire que le kinésithérapeute soit particulièrement à l'écoute de la famille et de l'enfant.

(Nous souhaitons limiter cette étude du traitement de l'ostéochondrite de hanche par l'orthèse de Nancy à ce stade car nous préférons centrer notre attention sur la reprise de la marche. Nous limitons donc ce chapitre à la première consultation.)

3. DESCRIPTION DE L'ORTHESE DE NANCY. (7. 10.)

L'appareil de déambulation est le fruit de la coopération de médecins rééducateurs, de kinésithérapeutes, et de prothésistes. Ses caractéristiques se sont affinées au cours des années afin d'optimiser au maximum la réussite du traitement et la facilité d'utilisation dans la vie quotidienne. Cette orthèse est composée de 4 éléments distincts :

La ceinture pelvienne : C'est un corset en matière plastique qui, dans sa partie inférieure englobe les crêtes iliaques et qui remonte au-dessus des dernières côtes. Il est circulaire et ouvert sur sa partie antérieure pour permettre la mise en place. Le sanglage est

réalisé au moyen d'un système velcros. Sur cette base plastique, nous ajoutons des bandes de mousse au niveau des reliefs osseux pour supprimer les douleurs dues aux surpressions.

L'attelle de membre inférieur : Attelle hélicoïdale en matière plastique qui englobe l'ensemble du membre inférieur pathologique. Cette attelle permet l'appui du membre au niveau de la tubérosité ischiatique (appui le plus important), de la face interne de la cuisse, du genou, et de la jambe ; à ces différents endroits, le plastique est doublé de mousse. Le genou est maintenu en flexion à 90° (5). Au niveau du pied, l'attelle sera un peu plus longue que le membre inférieur uniquement pour éviter les problèmes de frottements talonniers.

La pièce de hanche : C'est l'articulation mécanique entre la ceinture pelvienne et l'attelle du membre inférieur permettant des mouvements d'inclinaison, de flexion et d'extension du tronc. Cette pièce est importante car elle permet, lorsque le bassin est équilibré, d'avoir la hanche maintenue en flexion de 20°, abduction de 40°, et rotation interne de 15°.

Le quillon : Tube métallique qui a pour origine l'appui ischiatique et pour terminaison un patin ; cette armature est réglable en hauteur et en rotation.

4. BILAN KINESITHERAPIQUE.

Les phases de traitement de l'ostéochondrite sont très différentes les unes des autres d'un point de vue kinésithérapique. Il en est aussi de même des bilans autant que les traitements qui en découlent. L'implication du kinésithérapeute commence une fois le diagnostic posé.

Dans la phase n°1 (décrite au paragraphe 3.1.), le kinésithérapeute se contente de réaliser un nursing sans avoir réalisé un véritable bilan.

Dans la phase n°2 (décrite au paragraphe 3.2.) le kinésithérapeute n'a pas d'action car il s'agit d'une période pendant laquelle l'enfant est immobilisé sous plâtre.

Le bilan décrit dans ce paragraphe pourra être réalisé pour les phases n°3 et n°4. (décrite au paragraphe 3.3 et 3.4)

4. 1. Dossier médical.

Le dossier médical permet de connaître les antécédents chirurgicaux et médicaux du patient.

4. 2. Anamnèse.

Nous nous intéressons à l'état civil du patient,son niveau scolaire et ses conditions d'habitat. (ceci nous indique combien d'étages il est obligé de monter dans ses activités de la

vie quotidienne. C'est un paramètre dont on devra tenir compte au cours de la rééducation pour réaliser un entraînement adapté.)

4. 3. Bilan cutané.

A chacune des phases du traitement et plus particulièrement une fois que l'enfant porte l'orthèse, le kinésithérapeute se doit de vérifier l'état cutané du patient. Il est possible en effet, que cela créée des zones d'hyperpression provoquant phlyctènes et érythèmes. Ces zones douloureuses gênent la bonne mise en place de l'orhèse et risquent donc d'entrainer une mauvaise utilisation de l'appareillage.

Apprendre au patient à mettre correctement son appareil, signifie qu'il faut lui expliquer aussi à ne pas laisser de plis de vêtements au niveau des points d'appuis de l'orthèse sinon cela provoque des plis de peau et des rougeurs qui à long terme peuvent entraîner des phénomènes douloureux. Les appuis sont alors changés et la statique est transformée. L'équilibre est perturbé et l'efficacité du traitement diminuée.

Les zones à risques sont : - Le sommet des crétes iliaques, lieu où repose la ceinture pelvienne.

- La projection de la tubérosité ischiatique (l'enfant doit s'appuyer complétement sur la tablette ischiatique lors du passage du pas).

- Le condyle médial du genou.

- La malléole médiale.

4. 4. Bilan trophique.

L'ostéochondrite de hanche associe au bilan clinique des douleurs à la mobilisation, des contractions réflexes de défense, une boiterie à la marche, et une amyotrophie plus ou moins sévère du segment crural et du segment jambier. Ce trouble trophique est provoqué d'une part, par la pathologie (2) et d'autre part, suite à l'alitement et à l'immobilisation. Par ce bilan, nous nous proposons donc de coter ces troubles trophiques.

Tableau I: Bilan trophique.

DATE	COTE SAIN Le.....	1° HOSPITALISATION Le.....	SORTIE DE L'HOPITAL Le.....	A LA LIVRAISON DE L'ORTHESE Le.....	1°CONSULTATION Le.....
Base de la rotule					
+ 5 cm					
+10 cm					
+15 cm					
+20 cm					
- 5 cm					
-10 cm					
-15 cm					
-20 cm					

Remarque: On insiste d'avantage sur les valeurs de + 5 cm car elle englobe l'ensemble des quatres chefs du quadriceps et - 10 cm car elle représente l'ensemble du triceps sural.

4. 5. Bilan de la douleur.

La douleur n'est pas la principale caractéristique de cette pathologie, toutefois c'est une manifestation qui n'est pas inhabituelle. Des phénomènes algiques apparaissent au niveau de la hanche et quelques fois, au genou suite à une activité intensive. Il existe dans une faible proportion d'environ 2 à 3 % des douleurs latentes sans activité physique préalable (2).

Nous devons donc coter cette douleur grâce à une réglette d'intensité et déterminer les circonstances d'apparitions, ce test peut de cette façon être reproductible.

4. 6. Bilan articulaire.

Tableau II: bilan articulaire.

DATE	COTE SAIN Le.....	1° HOSPITALISATION Le.....	SORTIE DE L'HOPITAL Le.....	A LA LIVRAISON DE L'ORTHESE Le.....	1°CONSULTATION Le.....
FLEXION					
EXTENSION.					
ABDUCTION					
ADDUCTION					
ROT. EXT.					
ROT. INT.					

4. 7. Bilan des articulations périphériques.

Ce bilan n'est pas primordial, mais on sait que toute limitation d'amplitude peut entraîner des troubles sur les articulations périphériques. Et ceci est d'autant plus vrai au niveau de la hanche pathologique qui est souvent limitée en abduction et en rotation interne. Il est donc judicieux de vérifier les autres articulations du même membre.

4. 8. Bilan musculaire.

L'ostéochondrite n'est pas en soi une pathologie qui touche le système musculaire. De plus, nous ne pouvons pas appliquer de fortes résistances sur la hanche car c'est une contre-indication (cela provoque des surpressions au niveau de la coxo-fémorale), le bilan ne peut donc pas être réalisé intégralement.

Cependant, nous réalisons un bilan de l'extensibilité musculaire des muscles périphériques de la hanche (et surtout des muscles biarticulaires, droit fémoral, psoas, adducteurs, ischio-jambiers).

4. 9. Bilan orthopédique.

C'est un bilan qui est réalisé à la mise en place de l'orthèse. Le but est de vérifier que le bassin est équilibré dans tous les plans. Le premier bilan est celui du rachis en position assise.

Ce bilan permet une étude des déviations du rachis en décharge. Ce bilan en position assise permet une étude, sans pour autant placer le sujet en charge (ce qui est contre-indiqué).

Une fois l'appareil de déambulation mis en place, en appui sur la jambe saine et sur le quillon, il faut vérifier la bonne statique du corps. Un mauvais réglage provoque à long terme une attitude scoliotique.

Ce bilan est réalisé une fois l'orthèse livrée et, à chaque consultation. Il est très important de ne pas omettre de refaire ce bilan à chaque consultation car la pathologie évolue pendant en moyenne 18 mois (10) et la taille du patient évolue très vite à cet âge, donc les réglages de l'orthèse doivent être revus régulièrement (7).

4. 10. Bilan fonctionnel.

Le bilan fonctionnel est variable au cours de l'évolution du traitement.

Phase d'hospitalisation : le bilan fonctionnel est très restreint et sans intérêt car le patient est immobilisé par la traction collée.

Phase de retour à domicile : même remarque que dans la phase précédente car le patient est cette fois-ci immobilisé dans le plâtre en A.

Phase de mise en place de l'orthèse de Nancy :

Installation de l'orthèse de Nancy : Le kinésithérapeute vérifie la bonne mise en place de l'appareillage. Il doit s'assurer que l'enfant sait bien installer l'orthèse seul. Cela est impératif. Les parents doivent connaître aussi les critères d'installation:

-Vérification de l'appui ischiatique.

- Contrôler la bonne décharge du membre pathologique.

- Confirmer que l'attelle est non douloureuse et en cas contraire y remédier.

- S'assurer de la bonne position de l'articulation coxo-fémorale.

Bilan statique : Test des basculines. Lors de la première utilisation de l'orthèse, on s'assure que l'enfant s'appuie correctement sur le quillon. On place 2 pèse-personnes. Un sous l'appareillage et l'autre sous le membre inférieur sain ; le poids réparti sur les 2 basculines doit être identique. En progression, on demandera à l'enfant de porter tout son poids sur le membre inférieur pathologique. L'équilibre unipodal est indispensable pour réaliser une déambulation correcte.

Bilan à la marche : Il y a lieu d'analyser,

-la facilité avec laquelle l'enfant se déplace avec l'orthèse de Nancy.

-La nécessité qu'il a d'avoir une aide pour se déplacer (soit l'aide d'une tierce personne, soit l'enfant s'appuie sur les murs ou meubles pour se déplacer.)

-Vérifier que la rotation du bassin est identique au passage du pas pathologique et au passage du membre sain. Il faut accorder une très grande importance à la réalisation du pas pelvien.

la montée des escaliers :

-Nous analysons tout d'abord la façon dont le patient monte les escaliers: soit il se place face à la rampe et monte l'escalier en hissant son membre pathologique à l'aide de son membre sain, marche par marche (méthode apprise et préconisée par le kinésithérapeute au début de leur apprentissage) soit il monte l'escalier de face (la même technique sera utilisé pour la descente des escaliers).

-Quantifier ensuite le nombre d'étages que peut monter l'enfant en fonction des activités de la vie journalière.

4. 11. Bilan psychologique.

Par expérience, nous avons constaté que les enfants atteints d'ostéochondrite de hanche, sont des enfants hyperactifs et pleins de vie , qui ne font que peu de cas des principes de traitement de cette pathologie (sur 36 cas répertoriés à Nancy 30 sont des garçons et seulement 6 des filles (5)). A cet âge (entre 4 et 10 ans (2)), cette attitude est courante, il est donc nécessaire que le kinésithérapeute cerne rapidement le caractère du patient afin d'augmenter et orienter ses recommandations si cela est nécessaire.

6. LES RAISONS D' UN LIVRET.

6. 1. Une pathologie peu connue.

Nous sommes en face d'une pathologie grave sans signe clinique important (boiterie et douleur quand elles existent). Par opposition, une maladie bénigne peut être très douloureuse. La famille peut donc avoir du mal à prendre conscience du degré de gravité de cette maladie. Sans cette analyse, l'entourage de l'enfant, et le patient lui-même peuvent négliger le traitement. La bonne compréhension de ce paradoxe doit être détaillé par les thérapeutes. Pour cela il faut insister sur les séquelles que peut laisser l'ostéochondrite de hanche si

toutefois celle-ci n'était pas correctement traitée. Il faut impérativement que l'enfant ainsi que la famille mesurent l'importance de bien suivre le traitement.

Cette pathologie souffre d'être méconnue ce qui appuie d'autant la thèse précédement expliquée.

6. 2. Répondre aux attentes de la famille.

D'un jour à l'autre, l'ampleur du traitement orthopédique et sa durée sont des transformations importantes dans la vie de l'enfant et de sa famille. L'entourage du patient va chercher à s'informer du mieux qu'il le peut, afin de se faire une idée de la gravité de la pathologie. Médecins rééducateurs et masseurs kinésithérapeutes sont là pour informer et répondre aux questions.

L'hôpital de Brabois enfant propose le fascicule « Raoul sa boule et son moule » à la vente. Son but est d'expliquer ce qu'est l'ostéochondrite et ses différents modes de traitement. L'inconvénient de ce livret est que les enfants, à la fin de la lecture, sont convaincus de devoir subir, en plus du traitement orthopédique, une opération chirurgicale. A trop vouloir être généraliste dans l'exposé de la pathologie et de ses traitements, il y a une mauvaise compréhension de la part du lecteur.

Le livret que nous proposons, a un but plus précis. Il développe, et il s'en tient à cela, le traitement orthopédique par l'orthèse de Nancy. Il y a donc beaucoup moins de risque de confusion. Le message est simple et clair. Par contre, ce fascicule ne peut être présenté qu'à des enfants dont le diagnostic et le traitement orthopédique par l'orthèse de Nancy ont été

établis. (Pour éviter toute mauvaise compréhension, ce livret ne devra pas être proposé aux enfants qui ne satisfont pas ces critères.)

6. 3. Pour informer l'instituteur.

Le livret doit être une aide précieuse pour l'instituteur qui ne sait pas quelle attitude avoir vis à vis de cette pathologie qu'il ne connaît pas. Nous espérons que ce livret pourra lui servir à comprendre les handicaps qu'entraîne le port de cette orthèse, de contourner les complications qu'elle peut générer et de les minimiser pour continuer son action pédagogique.

6. 4. Pourquoi sous forme de livret.

L'utilisation d'un support écrit permet aux enfants, aux parents et à l'entourage de le relire à plusieurs reprises. Les théories qui sont développées dans ce livret sont difficilement accessibles à un enfant de 8 ans. Il lui sera nécessaire pour avoir une parfaite compréhension de pouvoir revenir sur les informations qu'il contient. Nous souhaitons que ce livret corresponde à une sorte de « refuge » dans lequel la famille et l'enfant peuvent venir chercher des explications simples à cette pathologie complexe.

Le livret permet d'être distribué individuellement et d'être conservé par la famille.

7. LA REALISATION DU LIVRET.

7. 1. Démarches réalisées avant l'écriture du livret.

Dans notre travail quotidien, le traitement de l'ostéochondrite de hanche est bien systématisé, il ne pose donc plus de réelle difficulté. Mais nous avons constaté que les conseils d'hygiène de vie expliqués aux enfants, ont du mal à être appliqués. Déjà, à la première phase d'hospitalisation, la position en décubitus et en double abduction n'est pas conservée longtemps, même installé en traction collée. Cela ne laisse présager rien de bon quant au respect de la décharge et du recentrage pendant les 12 à18 mois suivant. (Au cours de cette période, le respect de ces principes est beaucoup plus difficile à vérifier, car le patient retourne chez lui.) Notre démarche est alors de responsabiliser chaque individu en expliquant et en détaillant le traitement orthopédique et ces principes. Le problème est que l'information est retenue un temps, puis s'en va.

Nous avons donc imaginé de nous appuyer sur un travail écrit, sous forme d'un livret. Ainsi les enfants peuvent revenir régulièrement lire les explications. De plus, une autre source d'information que les explications données par les thérapeutes peut augmenter la compréhension.

Le support écrit se devait d'être accessible à ces enfants dont l'age varie entre 3 et 10 ans (8). Non seulement adaptés aux lecteurs, mais ludique pour augmenter le pouvoir attractif du livre. Nous avons donc décidé de l'illustrer par des dessins.

Pour avoir un maximum de clarté dans notre exposé, nous devions déterminer une quantité limitée d'information à développer, tout en conservant l'essentiel. En s'appuyant sur

la bibliographie, nous avons ciblé 3 points importants que nous avons développés et expliqués:

- la mise en décharge du membre inférieur.
- le recentrage de la tête fémorale.
- les positions proscrites qui découlent des 2 principes précédents.

7. 2. Le choix des personnages.

Ce livret s'adapte à des enfants dont l'âge moyen est de 8 ans (10). Toujours dans cette optique de clarté, nous avons volontairement limité le nombre de personnages.

- Phil, qui est le fil conducteur du livret. Nous lui avons volontairement donné un aspect jeune pour que les enfants puissent facilement s'identifier au personnage.
- Jérémie.

Nous reconnaissons les deux autres personnages, grâce à leurs professions qui ont leur équivalent dans la réalité. - Le médecin rééducateur, le Docteur Soignebien.

- le kinésithérapeute, Jean Masse.

8. LES OBJECTIFS KINESITHERAPIQUES DE CE LIVRET.

Lorsque l'enfant, pour une simple boiterie de hanche, se retrouve hospitalisé et immobilisé pour plusieurs semaines, il est en droit ainsi que ses parents de se poser de nombreuses questions quant à sa rééducation.

En effet, comment évaluer la potentialité arthrosique d'une hanche qui serait non traitée alors que la maladie a été silencieuse pendant plusieurs années. (8) La rééducation est réalisée par le kinésithérapeute et celui-ci peut répondre à un certain nombre de questions. Mais, les notions d'anatomopathologie nécessaires pour bien comprendre cette pathologie sont difficiles à comprendre pour quelqu'un de non initié. Nous pensons donc qu'un support écrit sur lequel l'enfant ainsi que sa famille peuvent revenir et relire régulièrement est nécessaire. Le respect de la bonne utilisation de l'orthèse de Nancy passe par la bonne compréhension de la pathologie. De plus nous partons du principe que la connaissance et la compréhension ne peuvent que contribuer à responsabiliser la jeune personne malade. Ainsi, nous espérons obtenir une attitude plus sérieuse (lors de la pose et la dépose de l'appareillage l'enfant peut même, sans y prendre garde s'appuyer sur son membre malade). C'est dans cette optique d'un meilleur respect de la rééducation que nous avons décidé de concevoir un livret explicatif de l'ostéochondrite et de son traitement par l'orthèse de Nancy.

De surcroît, le livret n'est pas destiné uniquement à l'enfant atteint de cette pathologie mais aussi à sa famille, à son instituteur, à n'importe quelle structure susceptible d'accueillir un enfant qui suit un traitement pour une ostéochondrite de hanche, centre de vacances, maison des jeunes et de la culture... Son objectif est d'augmenter les possibilités d'assistance de l'entourage. La prise en charge dans une colonie de vacances d'un enfant atteint d'une telle pathologie peut sembler insurmontable pour les moniteurs qui, pour la plupart, ne sont pas des professionnels de l'éducation alors qu'une explication simple du problème par l'intermédiaire de ce livret peut permettre au patient de passer des vacances quasi normales.

Le livret que nous vous présentons poursuit un double objectif,

-Diminuer au maximum les contraintes qu'entraîne le traitement par l'orthèse de Nancy.

- Améliorer la qualité du traitement.

9. CONCLUSION.

Le traitement orthopédique de l'ostéochondrite est long et compliqué. Il nécessite une bonne compréhension des objectifs de la rééducation et des moyens utilisés pour le faire. Il y a donc un besoin d'information important. Le moyen de compréhension que nous proposons est adapté aux jeunes patients malades. Le but de cette démarche d'information s'inscrit dans le créneau d'une recherche de qualité du traitement. Toutefois, son insertion dans le dispositif thérapeutique n'est pas encore terminé. Une étude de son impact auprès des enfants, des familles, des kinésithérapeutes et des médecins rééducateurs reste à réaliser afin d'avoir une preuve de son efficacité.

BIBLIOGRAPHIE

1. DIMEGLIO A. - Le syndrome de Legg-Perthes-Calvé. - LA HANCHE DE L'ENFANT - IMAGERIE/SOUS LA DIR DE P. LASCOMBES. - PARIS : EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANCAISE, 1988. - CAH. ENSEIGNEMENT DE LA SOFCOT, 32. - 119-135 p.

2. DOLET C. BILISKO C. - Ostéochondrite primitive de hanche et sa rééducation. - CAH. KINESITHER. 1987. 128. 51-62 p.

3. KOLHER R., - Ostéochondrite primitive de la hanche ou maladie de Legg-Perthes-Calve - Cahier d'enseignement de la SOFCOT, 1981, 16, p.178

4. KOLHER R., DESCUBES E. - Raoul sa boule et son moule. - 1ère éd. - Lyon : Clinique Mutualiste E. - André, 1991. - 25 p.

5. LIGIER J. N., BELTRAMO F., PREVOT J. - Maladie de Legg-Perthes-Calvé. Plaidoyer pour une orthèse déambulatoire originale. - REV. CHIR. ORTHOP. 1985. 71/6. 397-400p.

6. MEUNIER B. - Appareils de décharge et de recentrage de la tête fémorale pour ostéochondrite primitive de hanche unilatérale : approche biomécanique. - MEMOIRE DUAHM : NANCY : 1987 30 p.

7. PIERUCCI-PEROT N. -Appareil de déambulation pour maladie de Legg-Perthes Calve unilatérale. Etude technique et resultats a court terme (17 mois). - MEMOIRE C.E.S. REEDUCATION. NANCY, 1982. -53p.

8. POUS J.G. CHRISMENT J.N. SIRES A. - Quand et comment explorer et prendre en charge une ostéochondrite primitive de la hanche. - ACTUALITES EN REEDUCATION FONCTIONNELLE ET READAPTATION. 13e SERIE / SOUS LA DIR L. SIMON. - PARIS: MASSON, 1988 (CHAP. 5) 153-162

9. SALAIRE M., POLITZER J.P., BERTIN M. - L'appareil de décharge et de recentrage dans le traitement de l'ostéochondrite primitive de hanche. - ANN. READAPT. MED. PHYS., 1990. 33/1. 41-46

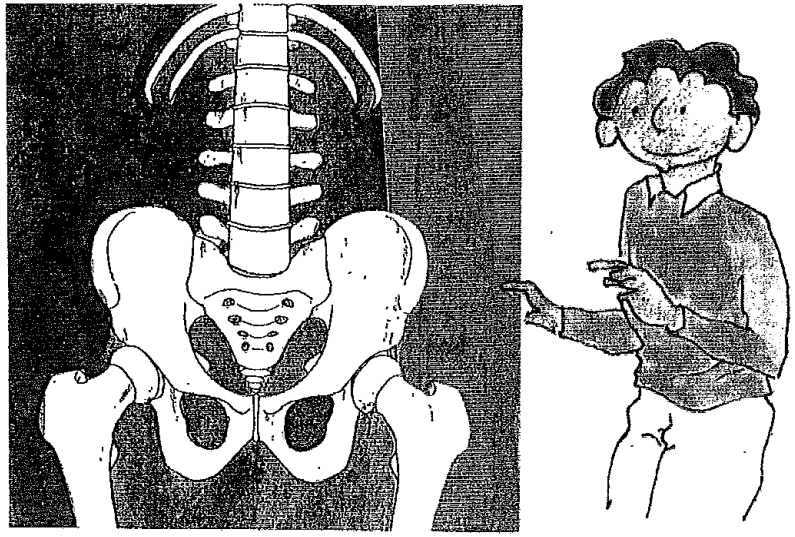
10. STAAL M.O. -Appareil de déambulation de décharge, de recentrage type Nancy. Bilan chez 39 enfants atteints d'ostéochondrite unilatérale de hanche appareillés depuis 5 ans. MEMOIRE C.E.S. REEDUCATION. NANCY, 1985. -36 p.

LE SECRET DE L'OSTEOCHONDRITE DE HANCHE

1 L'OSTEOCHONDRITE DE LA HANCHE: QU'EST QUE C'EST?

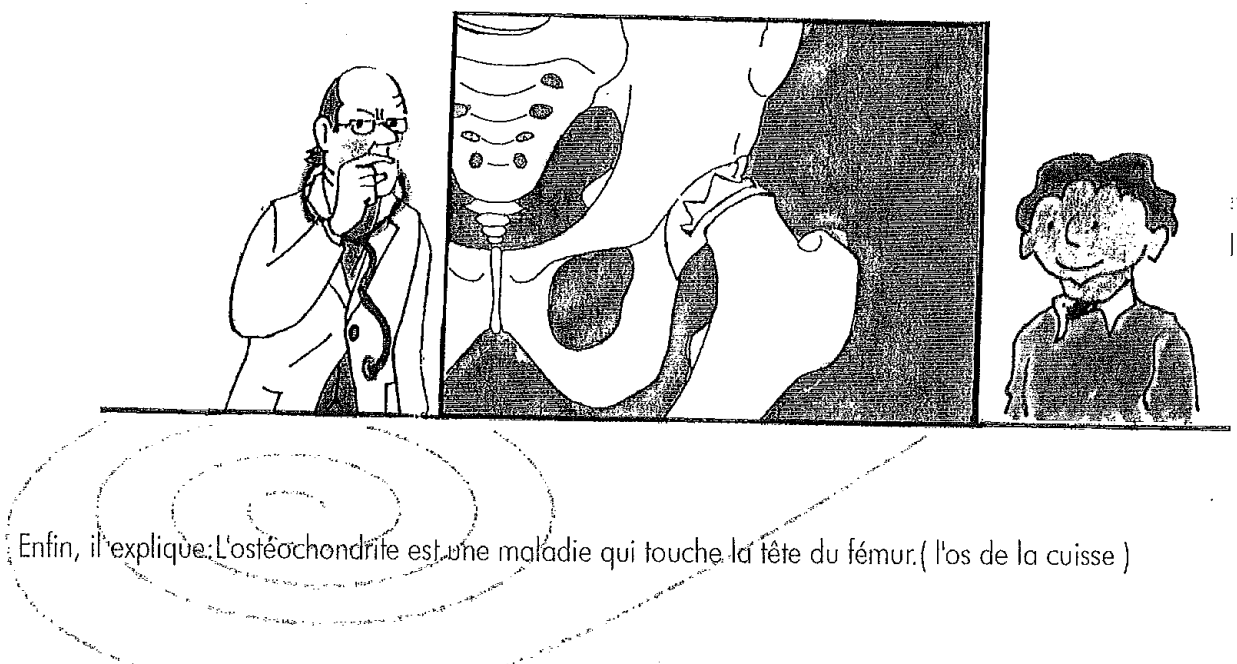
Dépéché par " LE PETIT REPORTER" le journal où il travaille, Phil a un article à écrire sur une maladie mystérieuse : l'ostéochondrite

Son premier lieu d'étude sera l'hôpital. Phil est sûr de lui, il devine que des pistes sérieuses se trouvent là-bas.
Une fois sur place, sa première découverte vient de la salle de radiologie.



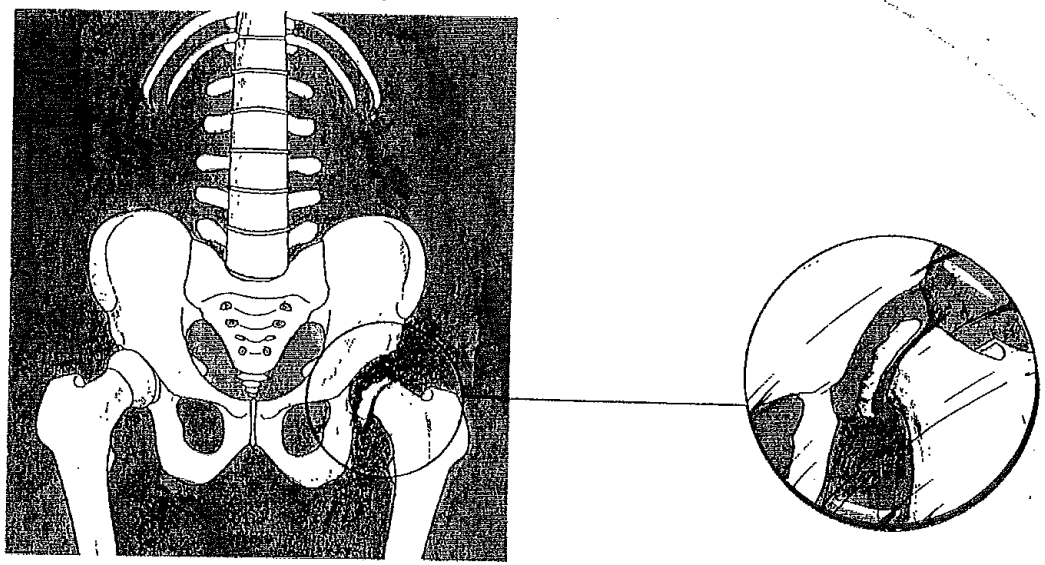
Notre ami a découvert que la radio est une photo des os. le radiologue sous les yeux intéressés de Phil, tire une radio du bassin

La précieuse radio est confiée à notre ami Phil. Il a pour mission de l'apporter au docteur. Cette aubaine est unique, il va pouvoir interviewer le docteur Soignebien, médecin spécialiste de L'OSTÉOCHONDRITE. Celui-ci a l'air intéressé par les os sur la photo. Il regarde longtemps sans rien dire, se gratte le front et réfléchit.



Phil inquiet, demande au docteur Soignebien, si c'est grave. Celui-ci explique que non. Mais il faut du temps pour soigner cette maladie. Il faut que le fémur se modèle correctement.

_ Oui car, explique le médecin, le fémur et surtout la partie du haut appelée " la tête du fémur " se déforme. Il faut donc la remodeler correctement pour pouvoir marcher. La tête du fémur doit être parfaitement ronde pour que les enfants marchent correctement.



Phil sent qu'il vient de comprendre quelque chose d'essentiel pour son article : L'ostéochondrite est une maladie qui provoque une déformation de la tête du fémur des enfants.

_En effet explique le docteur Soignebien, si elle n'est pas soignée, à l'âge adulte la personne atteinte par cette maladie ne pourra plus bouger sa cuisse convenablement. Et par la suite, elle risque d'avoir des difficultés pour marcher.

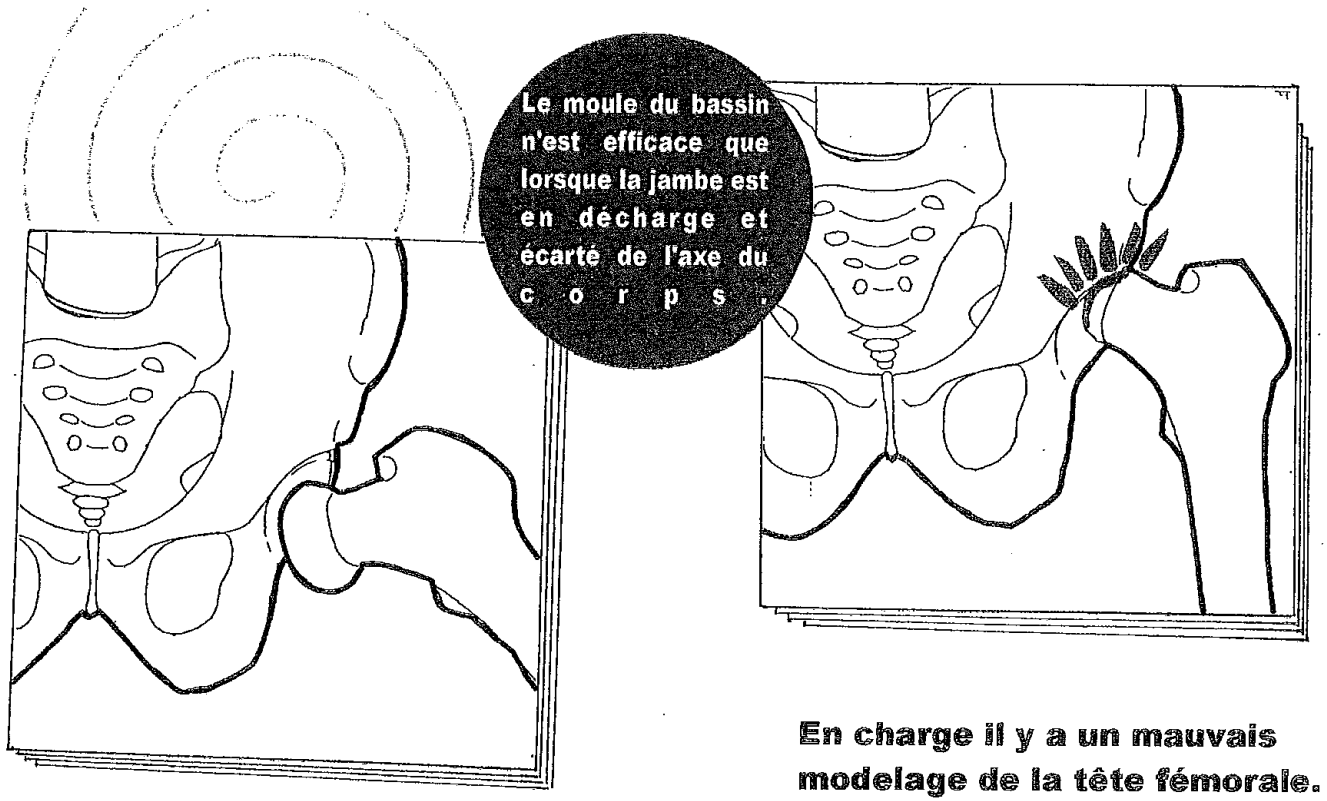
2 COMMENT LA TETE DU FEMUR REDEVIENT-ELLE RONDE ?

En reporter avisé, notre ami Phil continue à se poser un certain nombre de questions. Intrépide, dès le lendemain, il retourne à l'hôpital pour retrouver le docteur Soignebien qui l'a aidé la veille. Celui-ci, lui propose de le suivre pendant sa journée. Phil apprécie l'invitation et le suit, ravi de cette aubaine.

Phil en bon reporter sort son carnet, où la veille au soir il a noté les questions a poser au docteur. Il veut savoir comment la tête fémorale redevient ronde.

Le docteur commence son explication :
_ L'os du bassin forme un moule autour de la tête du fémur.
Ce moule suffit à rendre au fémur une forme satisfaisante. Le problème est que pour avoir une efficacité maximum, il faut que la jambe malade soit mise en décharge, écartée de l'axe du corps et que le genou se dirige vers l'intérieur.

_En décharge,qu'est-ce que ca veut dire ? demande Phil.
_Cela signifie que l'on ne pose plus le pied au sol. On décharge la jambe du poids du corps, répond le docteur Soignebien.
Phil marque alors un temps d'arrêt. Il ne comprend pas pourquoi il ne faut pas s'appuyer sur sa jambe quand on a une tête fémorale fragilisée. Voyant son air interloqué, le docteur continue son explication. Il sort son calepin de sa poche et commence à dessiner.



En charge il y a un mauvais modelage de la tête fémorale.

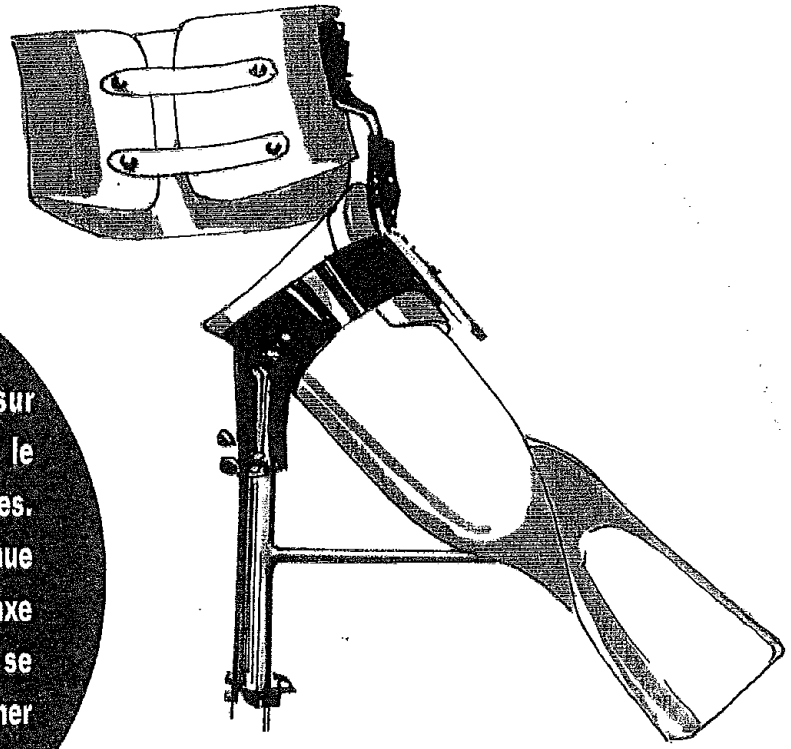
Phil progresse, il vient de comprendre l'intérêt d'écarter la jambe de l'axe du corps, de mettre en décharge et que le genou se dirige vers l'intérieur..

3 COMMENT MET-ON LA JAMBE EN DECHARGE?

Pour améliorer son article, il doit approfondir la question et savoir comment on s'y prend pour placer la jambe en décharge? Le problème est que si l'on n'appuie pas sur l'une des deux jambes on ne peut plus marcher. Le mystère reste donc entier.

Phil retourne voir le docteur et lui expose son problème.
-Viens voir, tu vas comprendre, explique le docteur, je vais t'amener au service de rééducation. C'est là que travaillent les kinésithérapeutes. Tu auras les réponses à tes questions, une fois sur place.
Arrivés dans la salle, un des kinés, Jean Masse vient les accueillir.

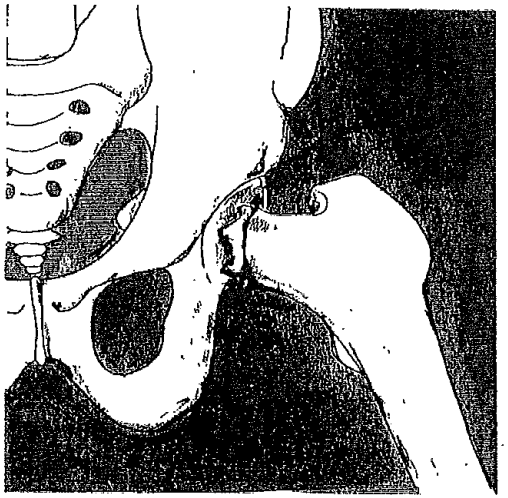
- Le Docteur Soignebien, m'a dit que tu écrivais un article sur l'ostéochondrite de hanche et que tu voulais voir l'orthèse de Nancy.
- La quoi ???? demande Phil interloqué.
- L'appareil qui permet de marcher, tout en gardant la jambe en décharge et dans la bonne position, explique Jean Masse.
- Regarde, à ce moment , il appelle un des enfants présent dans la salle, Jérémie, tu peux venir une seconde, s'il te plait.
Celui-ci s'execute et vient à leur rencontre. Il est assis sur un appareil qui ressemble un peu à des échasses.



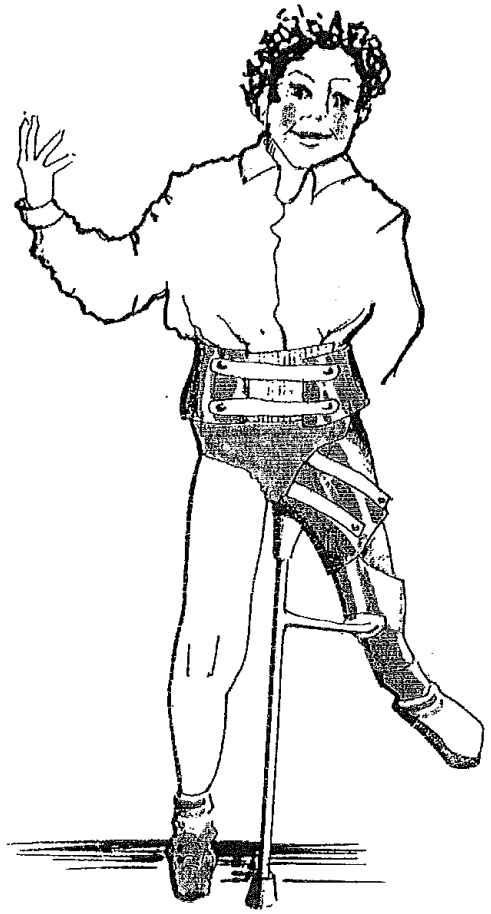
Regarde Phil, Jérémie est assis sur un siège qui n'aurait qu'un pied. Et le siège est accroché sur ses hanches. Sa jambe, qui est malade est maintenue à la fois en décharge et écartée de l'axe du corps. Ainsi la tête du fémur ne se déforme pas. Jérémie peut alors marcher sans trop de difficulté, explique Jean Masse.

4 QUELS SONT LES CONSEILS D'UTILISATION DE L'ORTHESE DE NANCY

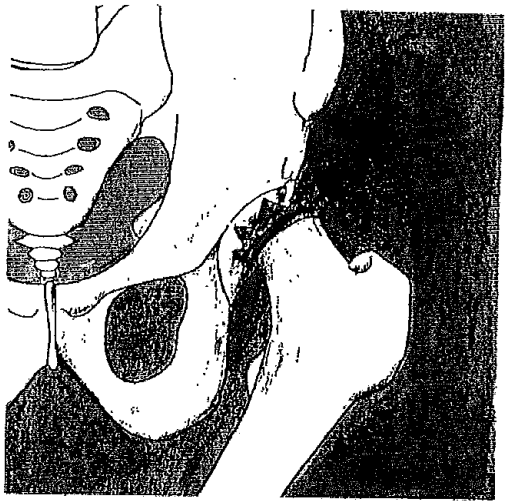
- Il y a quand même quelques règles à respecter pour que la guérison se fasse correctement, dit Jean Masse.
Il montre deux radio à Phil.

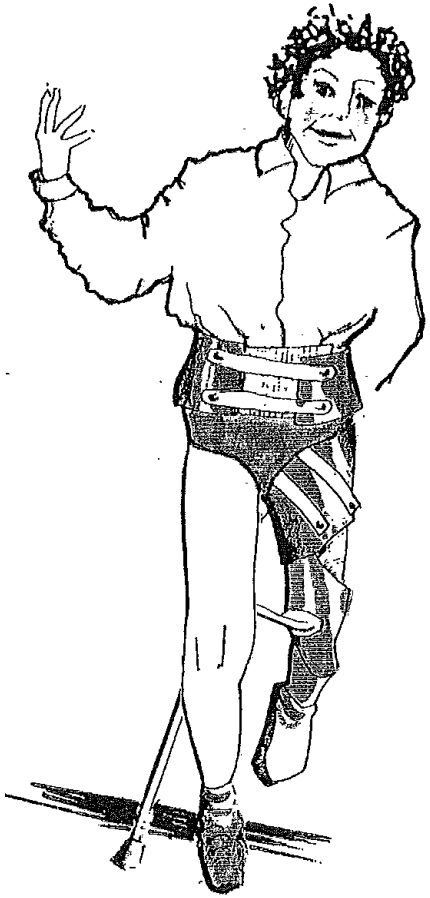


" Tu vois le moule est réellement efficace dans cette position, donc la jambe doit rester dans cet axe le plus souvent possible. "



Jérémie doit donc se tenir dans cette position.





" Sur cette autre radio, la boule n'est pas en face du moule. Donc le moule ne peut pas être efficace. "

" cette position est donc interdite. "

- Si je comprends bien, résume Phil. Il y a deux règles à respecter
  - Garder la jambe en décharge.
  - Maintenir la boule du fémur en face du moule.

5 EPILOGUE

Je crois que j'ai enfin compris:

- ce qu'est l'ostéochondrite,
- comment on soigne cette maladie,
- les consignes d'utilisation de l'orthèse de Nancy.

- Effectivement, je crois que tu as compris l'essentiel, si toute fois , il y a des détails qui ne te semble pas clairs, tu peux aller demander des renseignements au médecin rééducateur ou au kinésithérapeute. C'est leur métier de soigner les enfants. Il ne faut pas hésiter, conclu le Docteur Soignebien.

- Maintenant, je peux aller écrire mon article, annonce Phil.

Lundi 11. 05. 98

LE PETIT REPORTER

Région Lorraine

Nancy ville

cinquante quatrième année

A l'hôpital BRABOIS

L'OSTEOCHONDRITE DE HANCHE SOIGNEE GRACE A L'ORTHESE DE NANCY

L'HISTOIRE du juge d'instruction est celle de sa réforme perpétuelle. Faut-il se plaindre de ce chantier permanent ? N'est-il pas au contraire une chance pour une institution aux pouvoirs considérables, qui peut ainsi s'adapter aux aspirations de la population et aux exigences de ses représentants ? Mais pourquoi ce débat est-il régulièrement relancé ? Est-ce par l'actualité sans cesse renouvelée de ses enjeux majeurs (libertés, égalité devant la justice, lutte contre les criminalités, etc.) ? N'est-ce pas aussi la conséquence des délais et lenteurs persistants de cette procédure d'instruction française ?

Sa lenteur d'abord : il est inadmissible qu'une instruction dure, comme actuellement, quinze mois et que certains dossiers ne soient pas réglés au bout de trois ans ou plus. Sa sévérité : il est difficilement compréhensible que la France se distingue de tous ses partenaires européens par un taux de détention provisoire très élevé alors que notre criminalité est assez comparable. Son caractère excessivement inquisitorial : il est insupportable que l'avocat soit encore cantonné dans un rôle subsidiaire alors que le respect des droits de la défense exige qu'il soit directement associé à l'enquête et aux interrogatoires. Sa confusion : comment tolérer qu'un juge qui mène l'enquête, ordonne une écoute téléphonique, autorise l'arrestation, la garde à vue, la perquisition, décide du détérminent, soit le même qui, ensuite, décide « en toute indépendance » d'une éventuelle mise en détention du même inculpé ? Son peu d'égard pour les victimes enfin : peut-on encore donner à ces victimes un statut intermédiaire à celui des mis en examen et les laisser dans la plupart des cas dans l'ignorance même de leurs droits ?

A toutes ces questions fondamentales, les précédentes réformes n'ont pas apporté de réponses suffisantes. Pour autant le projet actuellement discuté est-il pertinent ? On nous propose de créer un « juge des libertés et des droits des victimes ». Ce nouveau magistrat, choisi parmi les présidents ou vice-présidents de juridiction, se verrait confier la majeure partie du contentieux de la détention : il ordonnerait le placement et la prolongation de la détention et pourrait être saisi si le juge d'instruction refuse une mise en liberté. Il statuerait aussi sur les prolongations de garde à vue et serait compétent pour ordonner des perquisitions et saisies.

Qui pourrait contester l'esprit de cette réforme et les bonnes intentions qui s'y lisent ? Mais ce projet ne repose-t-il pas sur une conception erronée du métier de juge : pourquoi créer un « juge des libertés » quand tous les juges devraient pouvoir être des juges des libertés ? Cette mission est dévolue par la Constitution à l'ensemble des magistrats et non à une poignée d'entre eux dont on peut se demander d'ailleurs à quoi on jugerait leur aptitude particulière, le critère hiérarchique n'apparaissant pas une garantie en soi.

La justice souffre déjà d'une trop grande spécialisation. Pourquoi en créer une nouvelle ? On peut comprendre que certains contentieux réclament un cadre pénitentiaire, que la délinquance financière par exemple soit confiée à des juges dotés d'une formation spécifique. Mais les libertés ne sont pas une spécialité. Leur sauvegarde est l'affaire de tous les juges. N'y a-t-il pas urgence, au contraire, à donner davantage d'unité à la magistrature, à ne pas éparpiller davantage la matière judiciaire et à éviter que les juges perdent de vue la cohérence de leur mission et s'enferment dans des chapelles et des corporatismes étroits ? Il faut réaffirmer que le juge d'instruction est avant tout un juge du siège. Il ne doit pas apparaître comme le collègue du procureur ou l'adjoint du policier.

Le juge d'instruction s'est montré, à sa façon, par une indépendance propre à tous les magistrats du siège, un bon défenseur des libertés, même si sa pratique est loin des « affaires » et le ressentiment à l'égard des élites ; le boulet d'un Etat trop coûteux pour les services qu'il rend à la collectivité ; la poursuite de l'atomisation de la société sur les plans politique, syndical et associatif, au prix du renoncement au principe de suprématie de l'intérêt général. Bref, la dislocation du contrat social.

La droite française est déjà au bord de la crise de nerfs. Gare à la contagion dans le reste du pays ! les repères ont pâli, les menaces se sont précisées, les angoisses n'ont fait que croître. Il n'est pourtant pas trop tard. En tout cas, il est temps. Temps d'inventer des solutions neuves ; temps d'innover dans la pratique et les méthodes ; temps de modernisez l'administration et les institutions. Que notre Etat se réalise lui aussi d'accélérer sa réforme, et il ne lui restera plus qu'à choisir celui des trois réels sur lequel il se condamne à s'échouer : renoncer à ses missions, se paupériser ou s'endetter en se marginalisant en Europe.

Il est révélateur que le modèle d'être inéprouvable. Nous sommes prisonniers de l'histoire : il faut du temps pour sortir d'une procédure aussi inquisitoriale que la nôtre. Mais ce système a aussi des avantages qui ont attiré l'attention et suscité l'intérêt de nombreux pays : l'indépendance, l'agilité et l'efficacité de l'enquête.

Il faut surtout que la classe politique soit très claire sur ses motivations. Qu'elle évite absolument de donner l'impression d'un règlement de compte avec les juges d'instruction. Qu'elle comprenne que l'action de certains juges a été une chance pour la démocratie et pour la justice dans son ensemble. Personne n'avait intérêt à laisser perdurer l'impunité des plus puissants. Parlementaires, ministres et chefs d'entreprise ont subi les foudres de la justice ; ils ont su, eux, se faire entendre et dénoncer les abuses et l'archaïsme de l'instruction. Rentrons leurs critiques et leurs suggestions. Bien pour hélder ou stopper l'action des juges d'instruction, mais pour leur donner un cadre plus sûr et des règles plus protectrices des libertés qui profiteraient à l'ensemble des citoyens.

Ils administrations. Rendre le cahiers hédoïstique à nouveau et

Fonctionnaire générale de la procédure ? Les parties ou leurs conseils pourraient ainsi être associés réellement à la direction de l'instruction en déposant un projet d'acte d'investigations sur lequel le juge devrait statuer par ordonnance motivée.

Dans le même souci d'équilibre, les règles de l'interrogatoire doivent évoluer : le juge doit en conserver la direction, mais il ne doit plus lui être permis d'empêcher un avocat de poser une question. Le magistrat n'a rien à craindre d'une participation plus active des conseils s'il agit avec fermeté et dans le souci d'intérêt réellement à charge et à décharge. Cette responsabilisation des avocats profitera à tous.

La Nation enfin devrait voir ses droits reconnus à égalité avec ceux du mis en examen. Pour l'instant, seule cette qui se constitue partie civile bénéficie réellement des droits qui ont d'ailleurs été progressivement alignés sur ceux de l'auteur présumé. Mais la victime oublie qui ne sait même pas ce qu'est une constitution de partie civile continue à être la grande oublie de l'instruction. Dès le début de la procédure, elle devrait être immédiatement informée et de l'existence de l'information et des droits qu'elle peut faire valoir.

Toutes ces propositions ne viendront que si elles sont ressenties par les juges d'instruction comme un progrès vers la liberté et non comme des formalismes supplémentaires inspirés par la défiance. La survie de leur profession est entre leurs mains. A eux de montrer qu'ils ne sont pas les hérétiques du Grand Inquisiteur, que leur métier n'est pas un archaïsme procédural, mais qu'il peut être un instrument moderne et où de recherche de la vérité dans le respect des libertés.

***Sophie Clément Mazelier et Serge Partelli** sont juge d'instruction au tribunal de grande instance de Créteil (Val-de-Marne)*

L'HISTOIRE du juge d'instruction est celle de sa réforme perpétuelle. Faut-il se plaindre de ce chantier permanent ? N'est-il pas au contraire une chance pour une institution aux pouvoirs considérables, qui peut ainsi s'adapter aux aspirations de la population et aux exigences de ses représentants ? Mais pourquoi ce débat est-il régulièrement relancé ? Est-ce par l'actualité sans cesse renouvelée de ses enjeux majeurs (libertés, égalité devant la justice, lutte contre les criminalités, etc.) ? N'est-ce pas aussi la conséquence des délais et lenteurs persistants de cette procédure d'instruction française ?

Sa lenteur d'abord : il est inadmissible qu'une instruction dure, comme actuellement, quinze mois et que certains dossiers ne soient pas réglés au bout de trois ans ou plus. Sa sévérité : il est difficilement compréhensible que la France se distingue de tous ses partenaires européens par un taux de détention provisoire très élevé alors que notre criminalité est assez comparable. Son caractère excessivement inquisitorial : il est insupportable que l'avocat soit encore cantonné dans un rôle subsidiaire alors que le respect des droits de la défense exige qu'il soit directement associé à l'enquête et aux interrogatoires. Sa confusion : comment tolérer qu'un juge qui mène l'enquête, ordonne une écoute téléphonique, autorise l'arrestation, la garde à vue, la perquisition, décide du détérminent, soit le même qui, ensuite, décide « en toute indépendance » d'une éventuelle mise en détention du même inculpé ? Son peu d'égard pour les victimes enfin : peut-on encore donner à ces victimes un statut intermédiaire à celui des mis en examen et les laisser dans la plupart des cas dans l'ignorance même de leurs droits ?

A toutes ces questions fondamentales, les précédentes réformes n'ont pas apporté de réponses suffisantes. Pour autant le projet actuellement discuté est-il pertinent ? On nous propose de créer un « juge des libertés et des droits des victimes ». Ce nouveau magistrat, choisi parmi les présidents ou vice-présidents de juridiction, se verrait confier la majeure partie du contentieux de la détention : il ordonnerait le placement et la prolongation de la détention et pourrait être saisi si le juge d'instruction refuse une mise en liberté. Il statuerait aussi sur les prolongations de garde à vue et serait compétent pour ordonner des perquisitions et saisies.

Qui pourrait contester l'esprit de cette réforme et les bonnes intentions qui s'y lisent ? Mais ce projet ne repose-t-il pas sur une conception erronée du métier de juge : pourquoi créer un « juge des libertés » quand tous les juges devraient pouvoir être des juges des libertés ? Cette mission est dévolue par la Constitution à l'ensemble des magistrats et non à une poignée d'entre eux dont on peut se demander d'ailleurs à quoi on jugerait leur aptitude particulière, le critère hiérarchique n'apparaissant pas une garantie en soi.

La justice souffre déjà d'une trop grande spécialisation. Pourquoi en créer une nouvelle ? On peut comprendre que certains contentieux réclament un cadre pénitentiaire, que la délinquance financière par exemple soit confiée à des juges dotés d'une formation spécifique. Mais les libertés ne sont pas une spécialité. Leur sauvegarde est l'affaire de tous les juges. N'y a-t-il pas urgence, au contraire, à donner davantage d'unité à la magistrature, à ne pas éparpiller davantage la matière judiciaire et à éviter que les juges perdent de vue la cohérence de leur mission et s'enferment dans des chapelles et des corporatismes étroits ? Il faut réaffirmer que le juge d'instruction est avant tout un juge du siège. Il ne doit pas apparaître comme le collègue du procureur ou l'adjoint du policier.

Le juge d'instruction s'est montré, à sa façon, par une indépendance propre à tous les magistrats du siège, un bon défenseur des libertés, même si sa pratique est loin des « affaires » et le ressentiment à l'égard des élites ; le boulet d'un Etat trop coûteux pour les services qu'il rend à la collectivité ; la poursuite de l'atomisation de la société sur les plans politique, syndical et associatif, au prix du renoncement au principe de suprématie de l'intérêt général. Bref, la dislocation du contrat social.

La droite française est déjà au bord de la crise de nerfs. Gare à la contagion dans le reste du pays ! les repères ont pâli, les menaces se sont précisées, les angoisses n'ont fait que croître. Il n'est pourtant pas trop tard. En tout cas, il est temps. Temps d'inventer des solutions neuves ; temps d'innover dans la pratique et les méthodes ; temps de modernisez l'administration et les institutions. Que notre Etat se réalise lui aussi d'accélérer sa réforme, et il ne lui restera plus qu'à choisir celui des trois réels sur lequel il se condamne à s'échouer : renoncer à ses missions, se paupériser ou s'endetter en se marginalisant en Europe.

Il est révélateur que le modèle

TOUTES les batailles perdues se résument en deux mots : trop tard ! Ce mot du général MacArthur semble destiné à nous rappeler l'urgence des mutations à mener en matière de réforme de l'Etat.

Certaines échéances sont connues de tous : mise en cause de la monnaie européenne, déréglementation des secteurs de grands monopoles publics, etc. Bien d'autres se profilent à l'horizon, sans calendrier clair, mais avec une dynamique que l'on sait irréversible : développement convergent des industries des télécommunications, de l'audiovisuel et d'Internet ; nécessaire rééquilibrage financier de nos systèmes de retraite et de protection sociale.

Une évidente difficulté politique à affronter de telles échéances pèse sur les gouvernements successifs, ballottés par quatre alternances en cinq ans. Le nouveau rapport au pouvoir incarné par la gauche « plurielle », confortée par l'opinion publique, avait pourtant rassuré une France adepte de la cohabitation qui lui permet de

A l'intention des parents

Installation de l'orthèse de Nancy:

Dans un premier temps, votre enfant doit être installé debout en appui sur son membre sain, il commence par glisser sa jambe dans l'attelle. Puis il doit appuyer confortablement ces fesses, comme l'a montré le kinésithérapeute pendant les séances de rééducation.
Ce point de contact est très important car c'est à cet endroit que repose la jambe.
Puis votre enfant doit se tenir droit, et à ce moment il faut sangler le corset. Le système de de velcros doit être serré suffisament pour ne pas que votre enfant bouge dans l'attelle, mais pas trop pour éviter que cela soit douloureux. Il est important de trouver le juste équilibre.
L'attelle se porte par dessus les vêtements et les chaussures.

Nettoyage et entretien de l'orthèse:

Régulièrement il faut laver l'appareillage avec de l'eau et du savon. (savon de Marseille)
Nous vous conseillons de le laver le soir après que votre enfant soit couché et de la laisser sécher toute la nuit. Il faut éviter de la sécher au moyen d'un séchoir, cela décolle les mousses de protection.

La montée et descente des escaliers:

Une des principales difficultés que rencontrera votre enfant sera de monter et descendre les escaliers. Nous conseillons de monter les marches en " crabe " . C'est à dire face à la rampe.
- La montée: Il commence par grimper la première marche avec sa jambe saine et hisse la seconde jambe ensuite. Puis recommence la même opération marche après marche.
-La descente : La position de départ est la même que pour la montée. Il commence par descendre la jambe atteinte d'ostéochondrite puis descent la jambe saine.

Précaution :

- Faire attention à ne pas laisser de plis de vêtements sous l'appareillage.
A long terme, cela provoque des douleurs. Il faut donc prendre garde à bien lisser les habits avant d'installer l'orthèse.

-Le quillon permet de suppléer l'appui, il est stable, mais sur les sols humides ou glissants tels parquet, ou carrelage mouillé, il faut être prudent.

-Le soir une fois que votre enfant a quitté son orthèse, il ne doit en aucun cas marcher. A aucun moment, il ne doit se tenir debout sans l'orthèse, et pendant toute la durée du traitement.
De plus il faut s'assurer que votre enfant reste bien dans la coquille plâtré (le plâtre nocturne) pendant toute la nuit, cela fait partie du traitement et cette phase ne doit pas être négligée.