

# Évaluation médicale des traumatismes non accidentels – tour d’horizon de la littérature médicale récente

Karine Pépin, MD, FRCPC

Clinique de pédiatrie sociojuridique

29 mai 2017



**CHU Sainte-Justine**

Le centre hospitalier  
universitaire mère-enfant

Université   
de Montréal

# Tour d'horizon...Horizon large !

- Historique et épidémiologie
- Quelques sujets sélectionnés
  - Lésions sentinelles
  - Fractures
  - Trauma abdominal
  - TCNA
  - Hémorragies rétiniennes

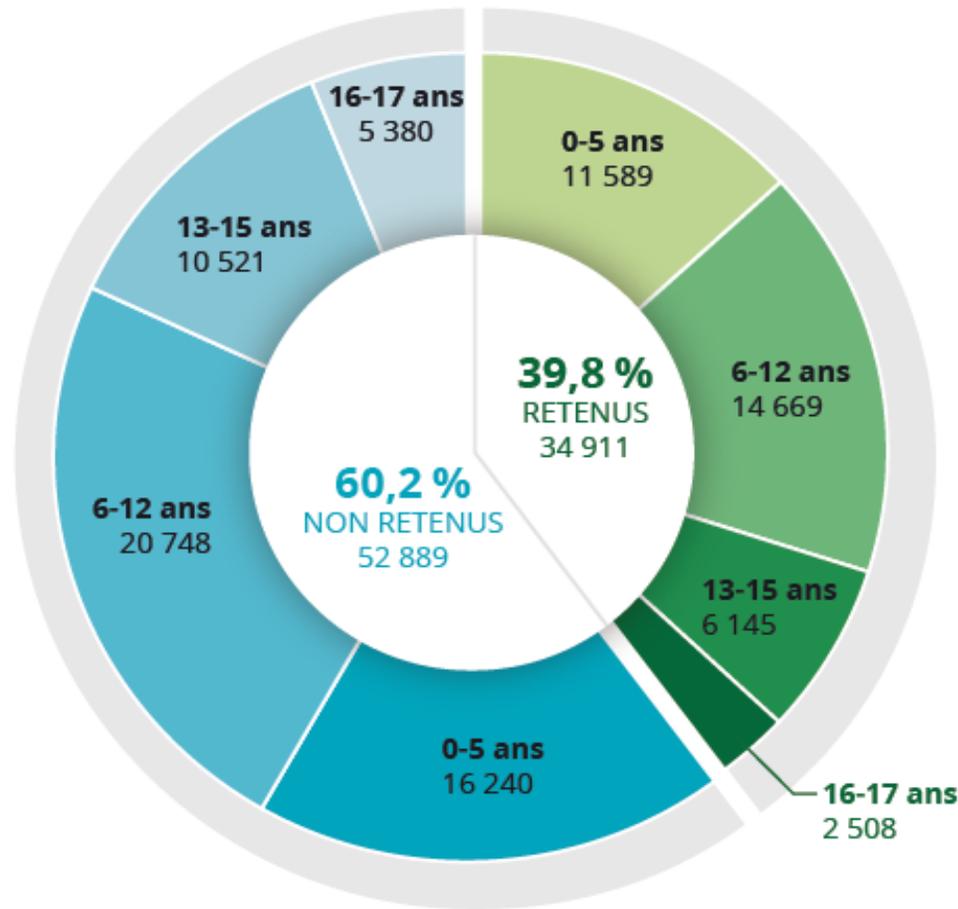
# Historique

- 19<sup>ème</sup> siècle – Ambroise Tardieu publie le premier ouvrage portant sur la maltraitance des enfants
- Années 50 : Helfer et Kempe publient « The Battered Child »
- Années 70 : Caffey décrit le *Whiplash Infant Shaking Syndrome*
- Années 1990-2000 : Recherche et progression des connaissances
- Domaine de la pédiatrie qui s'est progressivement organisée, surtout aux US
  - Reconnaissance de la sous-spécialité en *Child Abuse Pediatrics (CAP)* – examens et certification
  - Création de programmes de *fellowship*

# Incidence abus physique

- Incidence réelle de la maltraitance est difficile à mesurer
- Enquêtes populationnelles de cas signalés, diagnostiqués ou rapportés par les victimes
- Canadian Incidence Study (Trocmé et al, 2008)
  - Études des cas **signalés** aux services canadiens de protection de l'enfance
  - Sous-estimation importante
  - 1.4% des enfants canadiens seraient victimes de maltraitance

# Bilan des DPJ 2016 – nombre de signalements



**29 856**  
**ENFANTS**

ont fait l'objet d'au moins un signalement retenu en 2015-2016.

Parmi les signalements qui n'ont pas été retenus, 17,8 % ne l'ont pas été parce que les parents ont pris des moyens pour protéger leur enfant ou qu'ils se sont engagés dans une démarche d'aide auprès des ressources ou des services offerts dans leur milieu.

**87 800**  
**TRAITÉS**

# Signalements retenus par problématique 2015-2016

	PROBLÉMATIQUES	0-5	6-12	13-15	16-17	TOTAL
0,2 %	Abandon	22	10	12	13	57
23,9 %	Abus physique	2 127	4 545	1 261	426	8 359
6,4 %	Risque sérieux d'abus physique	1 142	810	205	72	2 229
5,4 %	Abus sexuel	483	667	499	245	1 894
4,3 %	Risque sérieux d'abus sexuel	520	683	218	83	1 504
15,7 %	Mauvais traitements psychologiques	2 076	2 437	717	262	5 492
21,9 %	Négligence	2 776	3 400	1 170	296	7 642
13,1 %	Risque sérieux de négligence	2 438	1 610	399	107	4 554
9,1 %	Troubles de comportement sérieux	5	507	1 664	1 004	3 180
	<b>Total</b>	<b>11 589</b>	<b>14 669</b>	<b>6 145</b>	<b>2 508</b>	<b>34 911</b>

# Blessures en pédiatrie

- Blessures sont fréquentes en pédiatrie et entraînent de multiples consultations médicales
  - La plupart de ces blessures sont mineures et la majorité ne sont pas liées à de la maltraitance
- Accidents inhabituels arrivent également et peuvent entraîner blessures qui ne sont pas typiquement vues dans causes accidentelles

# De façon générale...

- Enfants pré-mobiles
  - Accidents peuvent survenir... mais un adulte devrait avoir connaissance d'un événement traumatique
- Enfants ambulants/mobiles
  - Événements traumatiques ne sont pas toujours visualisés donc possible que l'adulte ne puisse pas rapporter le mécanisme exact
- Enfants verbaux
  - Peuvent rapporter les événements – entrevue non suggestive n'est PAS faite par le personnel médical/clinique sociojuridique

# Quand suspecter l'abus physique ?

- Absence d'explication ou explication vague pour une blessure significative
- Déni explicite de mécanisme traumatique face à un enfant qui a une blessure évidente
- Détail important de l'explication change de façon substantielle
- L'explication fournie n'est pas compatible avec le patron/type/sévérité de la blessure ou l'âge de de l'enfant
- L'explication fournie n'est pas compatible avec les capacités physiques ou développementales de l'enfant
- Délai inexplicé/inattendu/significatif de consultation
- Témoins différents rapportent des explications significativement différentes

# Lésions sentinelles

# Lésions sentinelles

- Ecchymoses ou lésions intra-orales chez enfant non-ambulant
- Hémorragie sous-conjonctivale au delà de la période néonatale ou sans explication claire
- Lésion peut être documentée lors de l'examen physique ou rapportée à l'histoire médicale



# Lésions sentinelles

- Jenny, JAMA 1999
  - 173 enfants avec diagnostic de trauma crânien non accidentel; 31,7% avaient vu un médecin entre le TCNA et le diagnostic
  - Plus de diagnostics manqués si enfant était blanc et assuré (statut SE élevé)
- Sheets, Pediatrics 2013
  - Parmi 200 enfants avec diagnostic d'abus physique, 27,5% avaient eu blessure sentinelle
  - Parmi 100 enfants avec blessures « intermédiaires » pour abus physique, 8% avaient eu blessure sentinelle
- Littérature exhaustive démontre que les épisodes de violence deviennent de plus en plus fréquents et sévères
- Lésions qui sont faciles à « ignorer » mais qui doivent être évaluées avec la même prudence et attention que n'importe quelle blessure inexplicquée

# Lésions sentinelles - références

- Barrett R et al., Minor injuries...major implications: Watching out for sentinel injuries, *Pediatr Child Health*, 2016;21(1):29-30.
- Christian CW and the Committee on Child Abuse and Neglect, The Evaluation of Suspected Child Physical Abuse, *Pediatrics*, 135(5), May 2015, e1337-e1354.
- Jenny C et al., Analysis of Missed Cases of Abusive Head Trauma, *JAMA*, 1999;282(7):621-626.
- Lindberg DM et al., Testing for Abuse in Children with Sentinel Injuries, *Pediatrics*, 2015;136(5):831-838.
- Sheets LK et al., Sentinel Injuries in Infants Evaluated for Child Physical Abuse, *Pediatrics*, 2013;131(4):701-707.

# Fractures

# Fractures

- Fractures abusives ont été décrites sur essentiellement tous les os du corps...
- Inversement, toute fracture peut avoir été causée par un mécanisme abusif ou accidentel
- Chez nourrissons et bambins, on estime que 12-20% des fractures sont abusives
- Certaines fractures sont beaucoup plus spécifiques pour abus que d'autres

# Fractures abusives vs accidentelles

## Spécificité élevée

Fractures métaphysaires classiques (CML)  
Fractures de côtes, en particulier postérieures  
Fractures des omoplates  
Fractures du sternum

## Spécificité modéré

Fractures multiples, en particulier bilatérales  
Fractures d'âges différents  
Séparations épiphysaires  
Fractures des corps vertébraux  
Fractures des doigts  
Fractures du crâne complexes

## Spécificité faible, fractures communes

Réactions périostées (SPNBF)  
Fractures de la clavicule  
Fractures des os longs  
Fractures linéaires du crâne

# Indications série squelettiques

- Études démontrent que la race et le statut socioéconomique influencent la décision des professionnels de la santé d'obtenir une SS
  - Entraîne sur ou sous-signalement de certains groupes de patients
- Recommandations AAP sur indications de SS

**TABLE 2** Indications for Obtaining a Skeletal Survey

---

All children <2 y with obvious abusive injuries
All children <2 y with any suspicious injury, including
Bruises or other skin injuries in nonambulatory infants;
Oral injuries in nonambulatory infants; and
Injuries not consistent with the history provided
Infants with unexplained, unexpected sudden death (consult with medical examiner/coroner first)
Infants and young toddlers with unexplained intracranial injuries, including hemorrhage and hypoxic-ischemic injury
Infants and siblings <2 y and household contacts of an abused child
Twins of abused infants and toddlers

---

- Vues spécifiques totalisant environ une vingtaine de clichés (Recommandations ACR)
- SS de contrôle 2-3 semaines après initiale
  - Augmentation de 25% du nombre de fractures diagnostiquées – surtout côtes et CML
- SS contrôle limitée vs complète ?
  - Diminuer exposition aux radiations
  - Crâne est toujours omis ds contrôle
  - Dans certains cas, on pourrait omettre aussi colonne et pelvis
  - Littérature n'est pas encore ferme/convaincante sur sécurité de faire SS limitée

## Appendix 1. Complete Skeletal Survey Table [16]

<b>APPENDICULAR SKELETON</b>
Humeri (AP)
Forearms (AP)
Hands (PA)
Femurs (AP)
Lower legs (AP)
Feet (PA or AP)
<b>AXIAL SKELETON</b>
Thorax (AP and lateral), to include ribs* and thoracic and upper lumbar spine
Pelvis (AP), to include the mid lumbar spine
Lumbosacral spine (lateral)
Cervical spine (AP and lateral)
Skull (frontal and lateral)
*The addition of both oblique projections to the anteroposterior (AP) view of the rib cage may increase the yield of rib fractures.

# Autres modalités radiologiques

- Scintigraphie osseuse
  - Peut être utile pour diagnostiquer fractures de côtes
  - Pas sensible pour fractures métaphysaires classiques
  - Ne permet pas non plus d'évaluer crâne
  - Pas recommandé d'utiliser cette modalité seule
- CT scan thoracique
  - Peut être utile pour le diagnostic des fractures de côtes

# Utilité des séries squelettiques pour le dépistage des enfants maltraités

- Étude ExSTRA
  - 20 centres américains avec équipes protection de l'enfance
  - Cohorte de 2890 enfants (cas index) et 1930 contacts - enfants < 10 ans
  - Tous les enfants de la cohorte ont été évalués par des pédiatres en maltraitance
- Analyses secondaires de ExSTRA – sous-groupe d'enfants < 5 ans
- Dans ExSTRA, malgré recommandations de faire SS chez < 2 ans, SS était fréquemment obtenue chez <36 mois aussi
  - Environ 20% des examens étaient positifs dans ce groupe d'âge
- Dans tous les sous-groupes d'âge, au moins 10% des SS étaient positives
- Groupe 24-60 mois – 16,5% de SS positives
- De façon générale, littérature rapporte que 20-30% des SS mettent en évidence des fractures occultes

# Ne pas oublier...

- Recherche de fractures occultes chez patients victimes de brûlures non accidentelles
- Études rapportent que 20-40% des séries squelettiques faites chez enfants avec brûlures non accidentelles démontrent des fractures occultes

# Blessures chez fratrie et contacts

- Dans ExSTRA:
  - Examen physique pour tous les contacts de <5 ans
  - Examen physique et SS pour les <2 ans
  - Examen physique, SS et neuroimagerie pour les < 6 mois
- Chez enfants pour qui une SS était indiquée, 12% avaient au moins une fracture
  - Chez les < 6 mois, 40% des contacts avaient une SS +
  - Pour les 0-12 mois (vs 12-24 mois), OR 10 d'avoir fracture sur la SS
- Aucun des enfants qui a eu neuroimagerie selon protocole n'a présenté de saignement intra crânien – petit groupe de patients
- Chez les contacts qui étaient jumeaux, OR 20 d'avoir fracture sur la SS

# Fratrie – pratique locale

- Examen physique pour la fratrie de moins de 5 ans – peut être fait par tout professionnel de la santé, pas nécessairement en clinique SJ
- Série squelettique pour la fratrie de moins de 2 ans
- Neuroimagerie selon le cas, symptômes, etc

# Fractures - références

- Christian CW and the Committee on Child Abuse and Neglect, The Evaluation of Suspected Child Physical Abuse, *Pediatrics*, 135(5), May 2015, e1337-e1354.
- DeGraw M et al. for the Using Liver Transaminases to Recognize Abuse (ULTRA) Investigators, *Pediatrics*, 2010;125(2):e295-299.
- Fagen KE et al., Frequency of skeletal injury in children with inflicted burns, *Pediatric Radiology*,
- Flaherty EG et al., and the Committee on Child Abuse and Neglect, Section on Radiology, Section on Endocrinology, and Section on Orthopaedics, and the Society for Pediatric Radiology, Evaluating Children with Fractures for Child Physical Abuse, *Pediatrics*, 133(2), February 2014, e477-e489.
- Hansen KK et al., Sensitivity of the Limited View Follow-up Skeletal Survey, *Pediatrics*, 134(2), August 2014, 242-248.
- Lindbergh DM et al., on behalf of the Examining Siblings to Recognize Abuse (ExSTRA) Investigators, Yield of Skeletal Survey by Age in Children Referred to Abuse Specialists, *Journal of Pediatrics*, 164(6), June 2014, 1268-1273.
- Lindbergh DM et al., for the ExSTRA Investigators, Prevalence of Abusive Injuries in Siblings and Household Contacts of Physically Abused Children, *Pediatrics*, 130(2), August 2012, 193-201.

# Traumatismes abdominaux

# Traumatismes abdominaux

- Trauma abdominal abusif est peu fréquent (ou sous-diagnostiqué ?) mais beaucoup plus morbide et mortel que trauma abdominal accidentel
  - Traumas plus sévères
  - Délais de consultation
  - Diagnostic plus tardif
  - Pas toujours de signes externes (ecchymoses) visibles
- Importance du dépistage même si pas de symptômes évidents
- Nourrissons < 1 an sont le groupe le plus à risque de décès par trauma abdo abusif

# Utility of Hepatic Transaminases to Recognize Abuse in Children

**CONTRIBUTORS:** Daniel Lindberg, MD,<sup>a</sup> Kathi Makoroff, MD,<sup>b</sup> Nancy Harper, MD,<sup>c</sup> Annette Laskey, MD,<sup>d</sup> Kristen Bechtel, MD,<sup>e</sup> Katherine Dey,<sup>f</sup> and Robert Shapiro, MD,<sup>g</sup> for the ULTRA Investigators

<sup>a</sup>Department of Emergency Medicine, Brigham and Women's Hospital, Boston, Massachusetts; <sup>b</sup>Mayerson Center for Safe & Healthy Children, Cincinnati Children's Hospital Medical Center, Cincinnati, Ohio; <sup>c</sup>CARE Team, Driscoll Children's Hospital, Corpus Christi, Texas; <sup>d</sup>Division of Children's Health Services Research, Riley Hospital for Children, Indianapolis, Indiana; <sup>e</sup>Department of Pediatrics, Section of Emergency Medicine, Yale-New Haven Children's Hospital, New Haven, Connecticut; and <sup>f</sup>Department of Pediatrics, Inova Fairfax Hospital for Children, Falls Church, Virginia

## KEY WORDS



**WHAT'S KNOWN ON THIS SUBJECT:** Abdominal injury is an important cause of mortality in abused children, but it can be difficult to recognize clinically. Elevated hepatic transaminase levels can be a sign of occult injury. Experts recommend transaminase screening with any concern for physical abuse.



**WHAT THIS STUDY ADDS:** In this population of potentially abused children, abdominal injuries were identified in 3.2% of the patients. Using a threshold of 80 IU, transaminase levels had a sensitivity/specificity of 77%/82%. These results support recommendations for routine screening.

# Étude ULTRA

- Utility of Liver Transaminases to Recognize Abuse (ULTRA)
  - Cohorte environ 1600 patients, multicentrique, prospectif, observationnel
  - Déterminer seuil, sensibilité et spécificité des enzymes hépatiques pour détecter blessures intra-abdominales
- Prémisse de l'étude : recommandations d'experts d'effectuer dosage des transaminases pour dépistage des traumatismes abdominaux non accidentels - basé sur petits groupes de patients
- Résultats
  - 1272/1676 patients évalués par équipes pédiatrie maltraitance ET dosage AST/ALT
  - Différents seuils évalués – utilisation d'un seuil à 80 U/L donne sensibilité 77% et spécificité 82%

# Étude ULTRA

- Discussion
  - Dans population à l'étude, probabilité pré-test de trouver trauma abdominal était de 3.2%
  - Utilisation du seuil de 80 augmente la valeur prédictive positive à 16% - peut-être sous-estimation puisque certains patients avec enzymes positives ont eu évaluation radiologique « incomplète »
  - Majorité des patients qui avaient trauma abdominal ET enzymes normales avaient atteint des organes creux
- Conclusion des auteurs – Envisager imagerie abdominale chez enfant avec suspicion d'abus physique qui a ALT ou AST > 80 U/L OU ecchymoses abdominales, distension abdominale ou douleur

# Utility of Hepatic Transaminases in Children With Concern for Abuse



**WHAT'S KNOWN ON THIS SUBJECT:** Routine screening of potentially abused children with hepatic transaminases has been recommended, using a threshold of 80 IU/L to determine the need for further testing, but practice is variable, and this threshold has not been validated.



**WHAT THIS STUDY ADDS:** This study identified abdominal injury in a significant fraction of potentially abused children with transaminases  $>80$  IU/L.

**AUTHORS:** Daniel M. Lindberg, MD,<sup>a,b</sup> Robert A. Smaniotto, MD,<sup>c</sup> Emily A. Blood, PhD,<sup>d</sup> R. Daryl Steiner, DO,<sup>e</sup> and Rachel P. Berger, MD, MPH,<sup>f</sup> for the EXSIRA investigators

<sup>a</sup>Department of Emergency Medicine, Brigham & Women's Hospital, Boston, Massachusetts; <sup>b</sup>Division of Emergency Medicine and <sup>d</sup>Clinical Research Center, Boston Children's Hospital, Boston, Massachusetts; <sup>c</sup>Mayerson Center for Safe & Healthy Children, Cincinnati Children's Medical Center, Cincinnati, Ohio; <sup>e</sup>CARE Center, Akron Children's Hospital, Akron, Ohio; and <sup>f</sup>Department of Pediatrics, Children's Hospital of Pittsburgh of University of Pittsburgh Medical Center, Pittsburgh, Pennsylvania

# Étude ExSTRA

- Examining Siblings To Recognize Abuse Study et analyses secondaires
  - Cohorte environ 2000 patients, multicentrique, prospectif, observationnel
  - Valider le seuil de transaminases de 80 U/L et déterminer utilité de l'amylase/lipase pour détection blessures abdo occultes
- 2,8% des enfants de cette cohorte avaient trauma abdominal
- Utilisation du seuil de 80 U/L
  - Augmentation de la probabilité post-test à 20%
  - Seuil de 80 U/L donne sensibilité 83,8% et spécificité 83,1% pour le dépistage des traumatismes intra-abdominaux
- Utilisation des enzymes pancréatiques n'est pas concluante

# Modalités d'imagerie

- Groupes d'experts en maltraitance et en radiologie recommandent d'évaluer les traumatismes abdominaux non accidentels par CT abdo avec contraste
- Échographie peut être utile pour le suivi des lésions
- Notre pratique à la clinique de pédiatrie sociojuridique
  - Dépistage par dosage des enzymes hépatiques chez tous les patients avec suspicion de blessure abusive - surtout chez les nourrissons ou patient non verbal
- CT scan abdo avec contraste si :
  - ALT > 80 U/L ou
  - Ecchymoses abdominales ou
  - Patient symptomatique
- Enjeux médicaux seuls vs enjeux médico-légaux/protection de l'enfance

# Traumatismes abdominaux - références

- Christian CW and the Committee on Child Abuse and Neglect, The Evaluation of Suspected Child Physical Abuse, *Pediatrics*, 135(5), May 2015, e1337-e1354.
- American College of Radiology, ACR Appropriateness Criteria, Suspected Physical Abuse – Child, revised 2016.
- Lane WG. et al, Outcomes for Children Hospitalized With Abusive Versus Noninflicted Abdominal Trauma, *Pediatrics* 2011;127(6):e1400–e1405.
- Lindberg D. et al, for the ULTRA Investigators, Utility of Hepatic Transaminases to Recognize Abuse in Children, *Pediatrics* 2009;124(2):509–516.
- Lindberg D. et al, for the ExSTRA Investigators, Utility of Hepatic Transaminases in Children With Concern for Abuse, *Pediatrics* 2013;131(2):268-275.
- Raissaki M et al., Abdominal imaging in child abuse, *Pediatr Radiol*, 2011;41:4-16.

# TCNA et imagerie...

...cinquante  
nuances de gris

# Aspect radiologique des HSD

- Apparence du sang à l'imagerie cérébrale est influencée par
  - Vitesse de dégradation de l'hémoglobine
  - Contenu hydrique, vitesse de sédimentation et concentration des érythrocytes
  - Intégrité des membranes cellulaires
  - Contenu protéinique du caillot
  - Quantité de LCR dans la collection
- Jusqu'à présent, interprétation radiologique généralement acceptée
  - Hyperdense = aigu
  - Hypodense = hyperaigu ou chronique
  - Mixte = âges différents

**Bradford R, Choudary A, Dias ML, Serial neuroimaging in infants with abusive head trauma: timing abusive injuries, *J Neurosurg Pediatrics*, 2013;12:110-119.**

- Enfants avec date de trauma connue et > 1 CT cérébral
- Un peu plus de la moitié des enfants (53%) avaient densité mixte à la première imagerie et 15% avaient densité hypodense
- L'évolution d'une collection hyperdense vers hypodense est plus rapide (1-3 jours) que ce qui était accepté auparavant
- Dans un sous-groupe d'enfant, la composante hyperdense (aigüe) a persisté de 1 à 181 jours – est-ce qu'une hyperdensité représente réellement un événement aigu ?

# En pratique, qu'est-ce que ça change ?

- ...ça complexifie notre travail !
- Devant présence d'HSD à densité mixte, différentes possibilités doivent être envisagées :
  1. Trauma aigu avec sédimentation/séparation du caillot et du sérum
  2. Trauma aigu ou hyperaigu
  3. HSD chronique avec phénomène de re-saignement
  4. HSD d'âges différents et épisodes distincts

# Hémorragies rétiniennes

# Hémorragies rétiniennes

- Description initiale de Caffey – hématomes sous-duraux, changements osseux et hémorragies rétiniennes
- Recommandation d'inclure examen ophtalmo de routine dans l'évaluation des blessures non accidentelles
- HR bilatérales, multiples (TNTC), atteignant les différentes couches de la rétine sont les plus fortement associées au TCNA
  - Présence d'HR en nombre modéré ou unilatérales peut tout de même être associé à TCNA
- Marqueur de sévérité du TCNA
  - Corrélation forte entre présence de saignement intracrânien et HR
- En présence d'un saignement intracrânien, faire examen de la rétine dès que possible et le documenter



# Pertinence de l'examen ophtalmologique de routine ?

- Depuis 2010, plusieurs études ont évalué enfants avec blessures non accidentelles suspectées et imagerie cérébrale normale
  - Incidence d'HR significative dans cette population 0-0.7%
- Données combinées des différentes études estiment que :
  - 414 examens ophtalmo pour détecter 1 cas d'HR significatif a/n médico-légal
- Examen ophtalmologique dédié n'est probablement pas nécessaire en l'absence de saignement intracrânien dans l'évaluation des enfants avec blessures non accidentelles
  - Examen ophtalmo est « poor screening method for abuse »

# Hémorragies rétiniennes - références

- Burkhart ZN et al., Risk factors associated with retinal hemorrhage in suspected abusive head trauma, *J AAPOS*, 2015;19(2):119-123.
- Caffey J, The Whiplash Shaken Infant Syndrome: Manual Shaking by the Extremities With Whiplash-Induced Intracranial and Intraocular Bleedings, Linked With Residual Permanent Brain Damage and Mental Retardation, *Pediatrics*, 54(4), October 1974, pp. 396-403.
- Greiner MV et al. on behalf of the Examining Siblings to Recognize Abuse (ExSTRA) Investigators, Dedicated Retinal Examination in Children Evaluated for Physical Abuse without Radiographically Identified Traumatic Brain Injury, *J Pediatrics*, 2013;163(2):527-31.
- Li S et al., Retinal Hemorrhages in Low-Risk Children Evaluated for Physical Abuse, *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2011;165(10):913-917.
- Thackeray J et al., Yield of Retinal Examination in Suspected Physical Abuse With Normal Neuroimaging, *Pediatrics*, 2010;125(5):e1066-1071.

# Un mot sur l'état de la pédiatrie de la maltraitance au Canada

# Pédiatrie de la maltraitance

- Cliniques de tailles et structures variables dans les différents centres pédiatriques canadiens
- Au Canada, volonté de standardiser et organiser la pratique depuis quelques années
  - Symposium canadien en maltraitance – conférence annuelle, 8<sup>ème</sup> édition
  - Société Canadienne de Pédiatrie, Section de la prévention de la maltraitance des enfants et des adolescents
- Diplôme de compétence ciblé reconnu par le Collège Royal
  - Accréditation de programmes de *fellowship* canadiens
- Reconnaissance des particularités canadiennes (système de protection de l'enfance, système pénal), valeurs et philosophie

# Clinique de pédiatrie sociojuridique CHUSJ

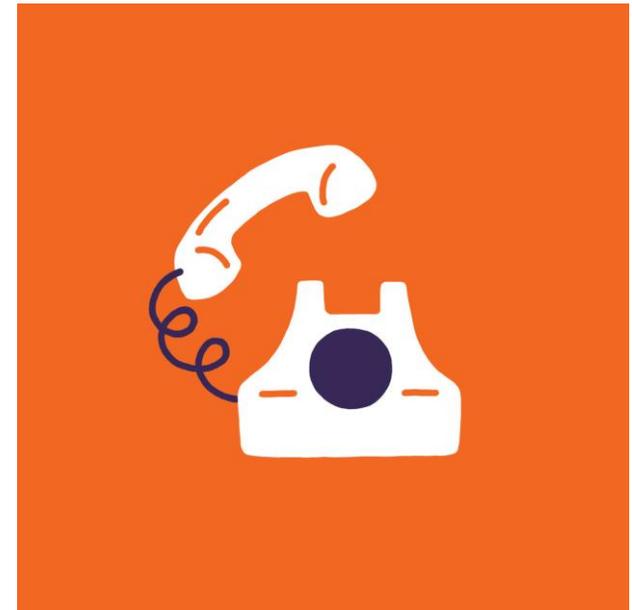
- Clinique en transformation...qui reflète les changements dans la pratique canadienne
- À la clinique
  - 3 pédiatres
  - 1 infirmière clinicienne
  - 1 travailleuse sociale
  - 1 psychologue
  - Personnel de soutien administratif

# Clinique de pédiatrie sociojuridique CHUSJ

- Consultations en clinique externe, patients hospitalisés
  - Abus sexuel, abus physique
  - Trouble factice imposé, négligence médicale
- Expertises externes pour DPJ, corps policiers ou système de justice
- Rôle de témoin-expert à la cour
- Formation intra/extra-hospitalière

# Appelez-nous, on est toujours contentes de vous parler !

- À la clinique directement :
  - **514-345-4866**
- Nous faire signaler (lun-ven, 8-17h) :
  - **514-345-4788**
- Toujours mieux de nous parler directement pour les nouvelles consultations



Merçi !