

Comparaison des durées d'incapacité totale de travail attribuées par médecins légistes et urgentistes

Comparison of Total Work Inability between Medical Examiners and Emergency Physicians

L. Fraticelli · C. Claustre · L. Boniol · M. Chambost · E. Maiello · V. Bernard · A. Dodane-Loyenet · M. Martinez · C. El Khoury · Groupe de l'Observatoire régional des accidents et des traumatismes de l'Ain

Reçu le 21 février 2020 ; accepté le 28 juin 2020
© SFMU et Lavoisier SAS 2020

Résumé Objectif : Comparer les durées d'incapacité totale de travail (ITT) attribuées à la suite d'un passage aux urgences par le médecin urgentiste en charge du patient, et celles attribuées a posteriori par des médecins urgentistes et des médecins légistes.

Matériel et méthodes : À partir de l'Observatoire régional des accidents et des traumatismes (ORAT), les accidents de la route et de la vie courante ayant conduit à l'attribution d'une ITT ont été inclus. Trois légistes et trois urgentistes ont attribué a posteriori des durées d'ITT en nombre de jours à partir des informations recueillies dans l'ORAT. La qualité intra- et interprescripteurs a été mesurée. La concordance a été mesu-

rée avec le coefficient de corrélation intraclasse (CCI) et son intervalle de confiance à 95 %. Un accord était observé entre prescripteurs si l'écart entre leurs ITT était inférieur ou égal à 20 % de la moyenne des ITT attribuées.

Résultats : La concordance entre légistes était jugée modérée (CCI : 0,67 [0,51 ; 0,80]), de même entre urgentistes (CCI : 0,62 [0,50 ; 0,72]) et entre légistes et urgentistes (CCI : 0,66 [0,59 ; 0,71]). Cependant, seulement 16 % des situations sont en accord. Parmi ces dernières, les patients ne présentaient pas de caractéristiques communes. Ils consultaient généralement le jour même de l'accident et présentaient le plus souvent des lésions à la tête, à la face ou au cou. Parmi les situations de

L. Fraticelli (✉) · C. Claustre · C. El Khoury
RESCUe-RESUVal, centre hospitalier Lucien-Hussel,
montée Docteur-Maurice-Chapuis,
F-38200 Vienne, France
e-mail : l.fraticelli@resuval.fr

L. Fraticelli
EA 4129 P2S parcours santé systémique,
université Claude-Bernard-Lyon-I, université Lyon-I,
43, boulevard du 11-Novembre-1918,
F-69100 Villeurbanne, France

L. Boniol
Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes,
pôle santé-justice, 60, avenue de l'Union-Soviétique,
F-63000 Clermont-Ferrand, France

M. Chambost
Service de réanimation, USC, hôpital Nord-Ouest,
plateau d'Ouilly,
F-69400 Villefranche-sur-Saône, France

E. Maiello
Service d'accueil des urgences, centre hospitalier Lucien-Hussel,
montée Docteur-Maurice-Chapuis,
F-38200 Vienne, France

V. Bernard
Service d'accueil des urgences, centre hospitalier universitaire,
F-63000 Clermont-Ferrand, France

A. Dodane-Loyenet
Samu 42, centre hospitalier universitaire de Saint-Étienne,
F-42270 Saint-Priest-en-Jarez, France

Service d'accueil des urgences, centre hospitalier Le Corbusier,
F-42700 Firminy, France

M. Martinez
Pôle urgences, centre hospitalier du Forez,
BP 219, F-42605 Montbrison, France

Réseau d'urgence ligérien Ardèche Nord (REULIAN),
centre hospitalier Le Corbusier, F-42700 Firminy, France

C. El Khoury
Structure d'urgence et unité de recherche clinique, Médipôle,
F-69100 Villeurbanne, France

Université Claude-Bernard-Lyon-I, HESPER EA 7425,
domaine Rockefeller, 8, avenue Rockefeller,
F-69373 Lyon cedex 08, France

Groupe de l'Observatoire régional des accidents et des traumatismes de l'Ain
RESCUe-RESUVal, centre hospitalier Lucien Hussel,
montée Docteur Maurice Chapuis, F-38200 Vienne, France

Université de Lyon, université Gustave Eiffel, IFSTTAR,
université Lyon 1, UMRESTTE, UMR-T9405,
F-69500 Bron, France

désaccord, les patients présentaient plus fréquemment des lésions à la colonne vertébrale et étaient associés à un handicap n'affectant pas la fonction normale (IIS 1).

Conclusion : Nous avons observé une grande hétérogénéité dans l'évaluation entre légistes et urgentistes, qui peut induire une iniquité dans le traitement judiciaire des blessures et dans le suivi médical des victimes.

Mots clés Incapacité totale de travail · Urgentiste · Légiste · Urgences · Accord

Abstract Aim: We aimed to compare the total work incapacity (TTI) durations assigned by the emergency physician at admission, and assigned in hindsight by medical examiners and emergency physicians.

Procedure: We included traffic and domestic accidents from the regional observatory for accidents and trauma (ORAT) that led to the allocation of a TTI. Three medical examiners and three emergency physicians allocated TTI durations in number of days, based on information from the ORAT. We reported the intra- and inter-physician quality based on 94 and 376 patients. The concordance was evaluated with the intra-class correlation coefficient (ICC). An agreement was observed between prescribers if the difference between their TTIs was less than or equal to 20% of the average of the assigned TTIs.

Results: Concordance between medical examiners was moderate (CCI: 0.67 [0.51; 0.80]), also between emergency physicians (CCI: 0.62 [0.50; 0.72]) and between medical examiners and emergency physicians (CCI: 0.66 [0.59; 0.71]). We observed only 16% situations of agreements. Among the agreements, patients did not share common characteristics. They were usually admitted on the day of the accident and most often had head, face or neck injuries. Among the disagreement situations, patients had more frequent spinal cord injuries and were associated with a disability that did not affect normal function (IIS score 1).

Conclusion: We observed a strong heterogeneity in the assessment between medical examiners and emergency physicians, leading to inequity in the judicial treatment of injuries and in the medical follow-up of victims.

Keywords Total work inability · Medical examiners · Emergency physicians · Emergency department · Agreement

Introduction

Au décours de sa pratique professionnelle, un médecin urgentiste est souvent amené à déterminer une incapacité totale de travail (ITT) à la demande du patient ou sur réqui-

sition de l'autorité judiciaire. Au sens pénal, l'ITT représente « la durée pendant laquelle une victime éprouve une gêne notable dans les actes de la vie courante (manger, dormir, se laver, s'habiller, faire ses courses, se déplacer, se rendre au travail) » [1–3]. Malgré sa dénomination, l'ITT s'applique à tous les patients, indépendamment de l'âge et de l'activité professionnelle. Un arrêt de travail et une ITT de durées différentes ne sont donc pas incompatibles. Le nombre de jours d'ITT peut être majoré ou diminué selon les circonstances et la gêne fonctionnelle occasionnée, et n'est pas cumulable avec la durée de l'arrêt de travail. Même s'il est établi sur la lésion la plus grave, le nombre de lésions ou l'état antérieur de la victime peuvent justifier une majoration de l'ITT. Sa durée détermine la compétence du tribunal ; en dessous du seuil de huit jours pour les blessures volontaires, et de 90 jours pour les blessures involontaires, hors circonstances aggravantes, la qualification pénale retenue est la contravention et relève du tribunal de police. Au-delà de ces seuils, la qualification pénale constitue un délit et relève du tribunal correctionnel. En l'absence de jurisprudence ou de consensus médical pour qualifier la gêne notable, l'évaluation de l'ITT peut varier en fonction du médecin.

Notre objectif principal était de comparer les durées d'ITT attribuées par médecins urgentistes, médecins légistes et le médecin l'ayant fixé à la prise en charge initiale à partir de passages aux urgences consécutifs à un accident. Nos objectifs secondaires étaient de caractériser les situations en cas d'accord ou de désaccord.

Méthodes

L'Observatoire régional des accidents et des traumatismes (ORAT) avait pour objectif de recenser l'ensemble des victimes prises en charge aux urgences dans le département de l'Ain (01). Les structures de soins concernées étaient le centre hospitalier de Fleyriat, le centre hospitalier de Belley, la clinique Convert et l'hôpital privé d'Ambérieu. Pendant 12 mois consécutifs entre 2013 et 2014, des attachés de recherches cliniques postés dans les structures d'urgences (SU) ont recueilli des informations concernant les passages consécutifs à un accident de la route, du travail ou de la vie courante, à des fins épidémiologiques : le profil démographique du patient (sexe, âge), la typologie de l'accident (route/travail/vie courante), le traumatisme psychologique (présence/absence), le lieu et les circonstances relatives à chaque typologie d'accident (exemple : port de la ceinture de sécurité pour les accidents de la route), un bilan médical et lésionnel (codage AIS — Abbreviated Injury Scale), la gravité séquellaire (codage MIIS — Maximum Injury Impairment Scale), les services et durées d'hospitalisation posturgences, la date du retour au domicile, la prescription d'une ITT (oui/non) et la durée de l'ITT (nombre de jours).

Les passages en SU consécutifs à un accident de la route et/ou de la vie courante et pour lesquels le médecin urgentiste avait qualifié une durée d'ITT à la prise en charge initiale ont été inclus dans l'étude. Sur la base des données collectées dans l'ORAT, trois médecins légistes et trois médecins urgentistes d'établissements et de villes différents ont qualifié la durée de l'ITT a posteriori, sans avoir connaissance de la durée attribuée par le médecin urgentiste à la prise en charge initiale. Le schéma d'étude consistait à tirer au sort 20 % des inclusions destinées à être évaluées par tous les prescripteurs a posteriori. Les inclusions restantes ont été réparties aléatoirement en trois lots de volume égal. Chacun des lots a été distribué à un urgentiste et un légiste pour évaluation a posteriori de la durée de l'ITT.

Analyses statistiques

Pour évaluer le degré de concordance entre le médecin urgentiste à la prise en charge initiale, et les médecins légistes et urgentistes a posteriori, nous avons utilisé le coefficient de corrélation intraclass (CCI) [0 : absence de concordance, 1 : concordance parfaite] [4] et son intervalle de confiance à 95 % estimé avec la méthode de Monte-Carlo (1 000 itérations statistiques) [5]. Un accord était observé entre prescripteurs si l'écart entre leurs ITT était inférieur ou égal à 20 % de la moyenne des ITT attribuées. En cas d'accord ou de désaccord, les données catégorielles étaient décrites en fréquences et pourcentages, et les données continues en médiane et intervalle interquartile (quartiles 1 et 3). Les tests statistiques utilisés étaient le χ^2 de Pearson pour la comparaison des données catégorielles, le test non paramétrique du rang de Wilcoxon pour la comparaison des données continues et le test non paramétrique du signe de Wilcoxon pour la comparaison des données continues non indépendantes. Le seuil de significativité retenu était fixé à 5 %.

Résultats

Au total, 466 victimes d'accident de la route et/ou de la vie courante se sont vues attribuer une ITT à la prise en charge initiale (Fig. 1). Après évaluation des situations, les médecins légistes ont estimé que 83 % des victimes ($n = 387/466$) étaient éligibles à une qualification a posteriori de la durée de l'ITT, compte tenu des informations disponibles dans l'ORAT, contre 95 % des victimes ($n = 445/466$) pour les médecins urgentistes. Parmi les situations éligibles, les légistes ont estimé à zéro jour l'ITT dans 23 % des situations ($n = 89/387$) contre 1 % ($n = 5/445$) pour les urgentistes.

Les concordances inter- et intramédecins sont rapportées dans le tableau 1.

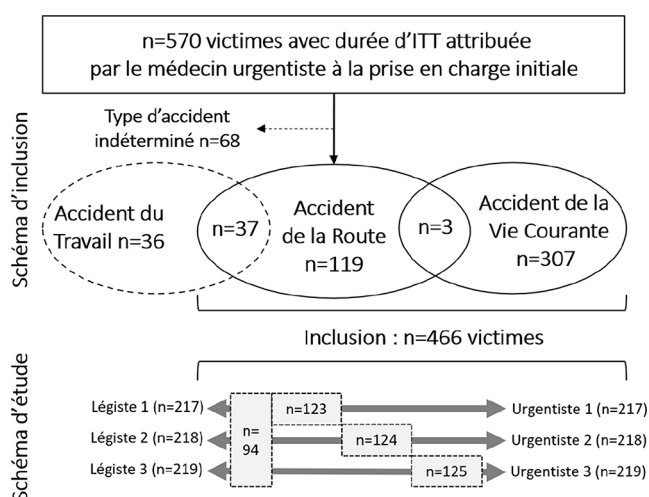


Fig. 1 Schémas d'inclusion et d'étude

Tableau 1 Concordances intra- et intermédecins

	CCI [IC 95 %]	Degré de concordance
Qualité intramédecins		
Légistes ($n = 37$)	0,67 [0,51 ; 0,80]	Modéré
Urgentistes ($n = 76$)	0,62 [0,50 ; 0,72]	Modéré
Qualité intermédecins ($n = 376$)		
Urgentistes–légistes	0,66 [0,59 ; 0,71]	Modéré
Urgentiste initial–légistes	0,44 [0,35 ; 0,52]	Faible
Urgentiste initial–urgentistes	0,46 [0,37 ; 0,53]	Faible

CCI : coefficient de corrélation intraclass ; IC : intervalle de confiance

Degré de concordance : excellent ($p \geq 0,90$), bon ([0,75–0,9]), modéré ([0,5–0,75]), faible ($p < 0,50$) [5]

Le nombre de jours attribués par l'urgentiste à la prise en charge initiale était significativement inférieur à celui des légistes (5 jours [3 ; 8] vs 8 [1 ; 14], $p < 0,001$) (Fig. 2). En revanche, les durées de l'ITT attribuées par les urgentistes a posteriori étaient significativement plus longues que celles des légistes (5 jours [3 ; 8] vs 4 [2 ; 7], $p < 0,001$). Par ailleurs, nous observons une plus grande variabilité des durées d'ITT attribuées a posteriori par les légistes par rapport aux urgentistes. En effet, les urgentistes ont tendance à arrondir à la semaine, au mois ou à la dizaine le nombre de jours d'ITT prescrit, par exemple 7, 10, 15, 21, 30 ou 45 jours.

Parmi 376 situations évaluées a posteriori par au moins un légiste et un urgentiste, nous comptons 16 % d'accords ($n = 60/376$). Les caractéristiques des situations d'accord et

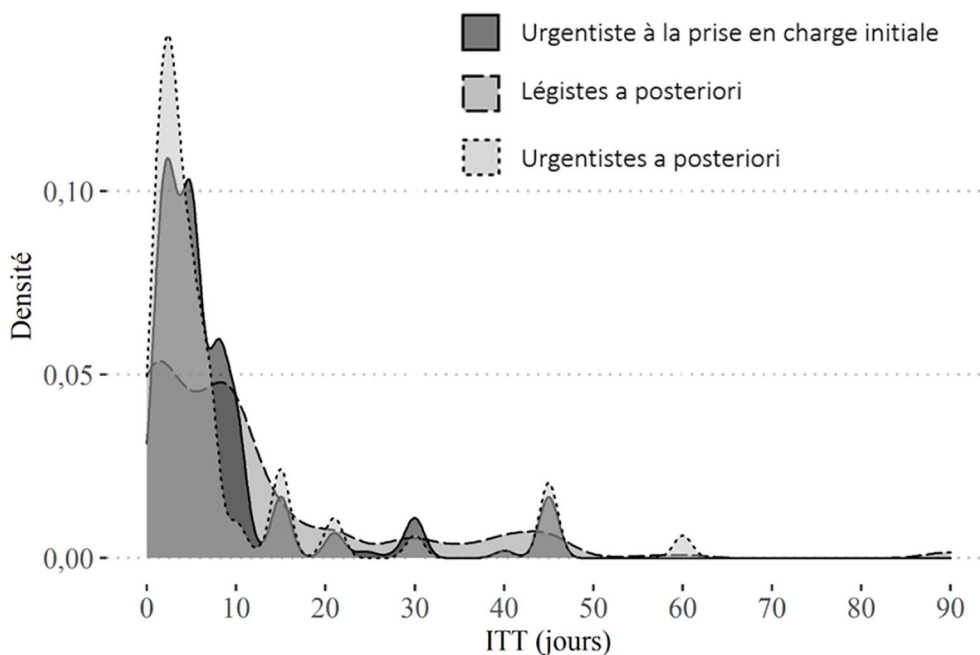


Fig. 2 Histogramme lissé des durées d'ITT attribuées selon les médecins

de désaccord entre médecins a posteriori sont comparées dans le tableau 2.

En cas de désaccord, les légistes avaient tendance à attribuer de plus longues durées d'ITT, notamment en présence de lésions au niveau du thorax ou de l'abdomen (7 jours [0 ; 10] vs 4 [3 ; 5], $p < 0,001$), de la colonne vertébrale (10 jours [8 ; 10] vs 3 [2 ; 5], $p < 0,001$) ou des membres (10 jours [0 ; 21] vs 5 [3 ; 10], $p < 0,001$).

Dans le contexte de violences involontaires, les passages aux urgences ayant conduit à la prescription d'une ITT par le médecin urgentiste à la prise en charge initiale n'ont pas dépassé le seuil de 90 jours. Pourtant, un légiste a attribué une durée d'ITT de 120 jours. Le médecin urgentiste à la prise en charge initiale avait prescrit 28 jours d'ITT. Le patient était un homme de 54 ans admis aux urgences par les pompiers suite à une chute de moto roulant approximativement à 70 km/h. Le bilan lésionnel faisait état de quatre zones touchées, mais d'une seule lésion grave ; membres inférieurs (AIS 3), tête (AIS 2), cou (AIS 1) et membres supérieurs (AIS 1). Le patient était rentré à son domicile après trois jours d'hospitalisation, sans suite de soins. Les deux autres légistes avaient attribué 45 et 90 jours, deux urgentistes avaient attribué 45 et 90 jours, et le troisième urgentiste avait jugé les informations non complètes pour pouvoir se prononcer.

Parmi les 376 inclusions, huit situations graves ont été observées (MAIS ≥ 3), parmi lesquelles une seule situation d'accord entre légistes et urgentistes, dont les durées d'ITT correspondaient à 42 et 45 jours, alors que le médecin

urgentiste à la prise en charge initiale avait attribué deux jours d'ITT.

Discussion

Les données de l'ORAT constituent le reflet des pratiques professionnelles au cours d'une année glissante sur une zone essentiellement rurale, dans quatre SU dont un centre de traumatologie de niveau III. La population d'étude présentait donc peu de lésions graves ($n = 8/376$ avec un score MAIS ≥ 3 , $n = 3/376$ victimes avec score ISS ≥ 16). Nous estimons que la durée de l'étude et la taille de la population étaient suffisantes compte tenu des intervalles de confiance peu étendus des CCI. Par ailleurs, les concordances intra- et interprescripteurs étaient jugées modérées. Seule la concordance entre médecin urgentiste à la prise en charge initiale et entre légistes et urgentistes a posteriori était jugée faible.

Nous observons également une faible proportion d'accords entre légistes et urgentistes ($60/376 = 16\%$) qui ne résulte pas que de la variabilité induite par le médecin lui-même, à laquelle s'ajoute une variabilité entre les spécialités médicales compte tenu du fait que les durées d'ITT attribuées par les légistes sont significativement plus longues que les durées des urgentistes. En situation de désaccord, les légistes ont attribué de plus longues durées d'ITT dans 65 % (205/316) des cas contre 35 % pour les urgentistes (111/316). Ces disparités dans l'attribution de la durée de l'ITT peuvent impacter sur la victime qui assimile

Tableau 2 Comparaison des situations d'accord et de désaccord entre médecins a posteriori (n = 376 situations évaluées par au moins un médecin légiste et un médecin urgentiste)			
	Accord (n = 60)	Désaccord (n = 316)	Valeur de p
Profil des victimes			
Âge (années)	20 [11,75 ; 32]	18 [13 ; 32]	0,93
Hommes	32 (53)	175 (55)	0,88
Consultation le jour de l'accident	33 (55)	134 (42)	0,10
Bilan lésionnel			
Pas de lésion décrite	2 (3)	1 (0)	0,05
1 seule lésion	44 (73)	236 (75)	
2 lésions	8 (13)	60 (19)	
3 lésions ou plus	6 (10)	19 (6)	
Localisation de la lésion la plus grave			
Tête, face, cou	17 (28)	70 (22)	0,34
Thorax, abdomen	3 (5)	22 (7)	
Colonne vertébrale	4 (7)	45 (14)	
Membres supérieurs/inférieurs	32 (53)	173 (55)	
IIS maximum			
Pas d'invalidité	48 (80)	238 (75)	0,03
Handicap n'affectant pas la fonction normale	5 (8)	73 (23)	
Handicap compatible avec la plupart des fonctions	1 (2)	1 (0)	
Handicap compatible avec certaines fonctions usuelles	0	0	
Handicap affectant significativement certaines fonctions normales	0	0	
Handicap rendant impossibles la plupart des fonctions	0	0	
IIS : Injury Impairment Scale reflétant le niveau de handicap fonctionnel le plus probable un an après l'accident Données catégorielles : fréquence (pourcentage). Données continues : médiane [1 ^{er} quartile ; 3 ^e quartile]			

généralement la durée de l'ITT au degré de reconnaissance des violences subies.

La principale limite de cette étude repose sur le fait que les données sur lesquelles s'appuyaient les médecins urgentistes et légistes pour l'attribution a posteriori de l'ITT ne comprenaient pas d'examen d'imagerie ni la présence ou l'absence de circonstances aggravantes. Nous supposons qu'en l'absence de ces informations, les médecins légistes prenaient moins souvent la décision d'attribuer une ITT par rapport aux urgentistes. Par ailleurs, une évaluation de la qualité des certificats médicaux n'a donc pas pu être réalisée. Une autre limite réside dans le fait que le dossier étudié a posteriori ne permettait pas aux prescripteurs d'identifier tous les éléments associés (exemples : degré d'autonomie, limitations liées à la douleur). De ce fait, les différences observées peuvent également être expliquées par le fait que le médecin urgentiste dialoguait face à face avec la victime à la prise en charge initiale, et disposait probablement d'une meilleure appréciation de sa situation personnelle.

Dans le cas de violences involontaires, la prescription de la durée de l'ITT est réalisée à la demande du patient ou sur réquisition judiciaire, avant le dépôt de plainte. Les méde-

cins urgentistes sont moins souvent face à ces situations par rapport à la pratique quotidienne des médecins légistes. C'est pourquoi les observations médicales nécessitent d'être systématiques et complètes, notamment si le patient consulte aux urgences avant le dépôt de plainte. Un score multicritère à l'usage des urgentistes pourrait constituer un premier pas vers une harmonisation des pratiques professionnelles.

Face aux difficultés de déterminer les durées de l'ITT, un barème indicatif d'évaluation de la durée de l'ITT était proposé en 2006 pour apporter au médecin une aide à la décision [6,7]. Malgré ses insuffisances, ce travail constituait une première initiative vers une réflexion globale pour limiter les variations inter- et intramédecins [8]. D'autres études avaient également conclu à une hétérogénéité dans l'évaluation de la durée de l'ITT entre médecins légistes et non légistes concernant des violences volontaires, hors sexuelles [9].

En l'absence de critères objectifs et consensuels [10], la Haute Autorité de santé (HAS) a élaboré en 2011 un guide relatif aux bonnes pratiques et aux principes directeurs à l'usage des médecins pour la détermination de l'ITT [11]. À partir des accords professionnels recueillis au sein d'un groupe de travail, ce guide fait notamment état de

l'ambiguïté de la dénomination de l'ITT faisant référence à une incapacité, qui n'est pas nécessairement totale, ni nécessairement liée au travail puisque indépendante de la durée de l'arrêt de travail.

Conclusion

Face à une situation identique, les durées d'ITT attribuées a posteriori par légistes et urgentistes présentent un accord modéré. La comparaison des durées attribuées sur lecture des informations cliniques entre le médecin urgentiste à la prise en charge initiale et les autres prescripteurs rencontre des degrés d'accord faibles. Cette grande hétérogénéité dans l'évaluation est potentiellement liée à la variabilité induite par l'appréciation individuelle des prescripteurs face à la situation, et probablement liée à l'absence de recommandation et au manque de formation des médecins urgentistes.

Remerciements Membres du groupe de l'Observatoire régional des accidents et des traumatismes de l'Ain : M. Hours, B. Laumon, C. El Khoury, J.-L. Martin, B. Gadegbeku, A. Ndiaye, J.S. David, P. Serre, G. Marcotte

Invités du groupe de l'Observatoire régional des accidents et des traumatismes de l'Ain : M. Bischoff, L. Fraticelli, N. Eydoux, H. Tardy, C. Claustre, M.P. Verney

Investigateurs : S. Hudry, O. Debas, E. Djamakorzian, A. Decroix, G. Giraud, P. Paget, C. Faure, D. Mouriesse, G. Naman, A. Eskandanian, E. Carré, M. Duchene, N. Hasnaoui, M. Holweck, F. Lambert, A. Massinon, S. Rigogne, G. Boissier, W. Cheniour, L. Chossegros, M.C. Debrisay, N. Demangel, M. Ly, C. Monchanin, M.P. Verney

Financement : Lyon Université via MACIF.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

1. République française (2019) Code pénal — Article 222-13 modifié par loi n° 2018-703 du 3 août 2018. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417637> (Dernier accès le 5 mai 2020)
2. République française (2019) Code pénal — Article 222-19 modifié par loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 — art. 185. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000024042643&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20110519> (Dernier accès le 5 mai 2020)
3. République française (1982) Bulletin criminel, Cour de cassation, Chambre criminelle n° 263. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000007061092> (Dernier accès le 5 mai 2020)
4. Gamer M, Lemon J, Fellows I, Singh P (2019) Various coefficients of interrater reliability and agreement. <https://CRAN.R-project.org/package=irr> (Dernier accès le 5 mai 2020)
5. Koo TK, Li MY (2016) A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *J Chiropr Med* 15:155–63
6. Lasseguette K, Lorin de la Grandmaison G, Bourokba N, et al (2004) Intérêts et limites d'un barème indicatif de l'incapacité totale de travail (ITT). *J Med Leg Droit Med* 47:123–8
7. Lorin de la Grandmaison G, Durignon M (2006) Incapacité totale de travail : proposition d'un barème indicatif. *Rev Prat* 20:111–3
8. Rothmann C (2014) Mémo médecine légale et urgences. Arnette Ed, Montrouge
9. Jeanpierre C, Rothmann C (2015) Comparaison des valeurs des incapacités totales de travail déterminées par les médecins légistes et les médecins non légistes concernant les victimes de violences volontaires consultant à l'unité médicojudiciaire de Metz. Thèse d'exercice de médecine générale, université de Lorraine
10. Niort F, Delteil C, Bartoli C, et al (2014) Inhomogénéité des évaluations de durée d'incapacité totale de travail. Comparaison d'évaluations des durées d'incapacité totale de travail entre les médecins légistes, les médecins généralistes et les urgentistes. *Med Droit* 2014:120–3
11. Haute Autorité de santé (2011) Certificat médical initial concernant une personne victime de violences — Recommandations. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1120330/fr/certificat-medical-initial-concernant-une-personne-victime-de-violences (Dernier accès le 5 mai 2020)