

**CPRC**

CANADIAN POLICE RESEARCH CENTRE



**CCRP**

CENTRE CANADIEN DE RECHERCHES POLICIÈRES

---

# TR-04-97

## La médecine du travail dans le domaine policier

A. Trottier  
J. Brown

**RAPPORT TECHNIQUE  
1995**

Préparé par :  
J. Brown  
Gendarmerie royale du Canada

NOTE: Further information  
about this report can be  
obtained by calling the  
CPRC information number  
(613) 998-6343

## RÉSUMÉ

Le travail policier a été associé à toutes sortes de maladies. Il existe des professions qui présentent un lien évident avec certains états pathologiques, soit parce que les gens qui les exercent s'exposent à des substances dangereuses ou qu'ils exécutent des tâches qui les mettent à risque, mais le métier de policier n'est pas de ce nombre.

C'est que les maladies qu'on croit attribuables au travail policier sont aussi attribuables à d'autres facteurs de risque, dont la sédentarité les mauvaises habitudes alimentaires, le tabagisme et l'alcoolisme.

Certes, il est souhaitable d'encourager tous ses patients à réduire ces risques, peu importe leur profession, mais cela devient absolument nécessaire dans le cas des policiers, car le travail de ceux-ci les expose à des facteurs de risque supplémentaires. Il faut donc prendre des mesures énergiques pour en réduire l'effet cumulatif.

Le médecin joue un rôle de premier plan dans la prévention en faisant le dépistage des maladies associées au travail policier, en sensibilisant les policiers aux risques supplémentaires que comporte leur travail et en les encourageant à adopter de saines habitudes de vie. Il importe aussi que le médecin encourage l'utilisation de matériel protecteur au besoin.

L'examen périodique du policier devrait être fait par un médecin qui connaît les risques du métier, et celui-ci devrait profiter de l'occasion pour sensibiliser son patient à ces risques et lui expliquer comment il peut les réduire. Le médecin devrait aussi demander à son patient s'il a eu à faire face à des situations violentes ou dangereuses et vérifier s'il n'en garde pas des séquelles émotionnelles.

Il est bon de connaître les mesures que peut prendre un policier pour réduire le risque de violence, améliorer sa sécurité et accroître ses chances de survie en situation opérationnelle, mais cela ne relève généralement pas du médecin.

Les recherches visant à déterminer si un état pathologique est attribuable au métier de policier susciteront évidemment de fortes réactions. Lorsqu'un policier tombe malade, il est normal que ses collègues cherchent à voir un lien entre son travail et sa maladie. Souvent, même le public s'en mêle. En effet, certains États américains reconnaissent systématiquement l'athérosclérose coronarienne comme une maladie professionnelle aux fins de calcul des pensions de retraite des policiers. Ce genre d'attitude crée des situations où les preuves scientifiques entrent en conflit avec les desseins des groupes et des individus qui déterminent la nature professionnelle d'une maladie. Le présent article portera sur les preuves qui tendent à corroborer la fréquence relativement élevée de plusieurs maladies dans le milieu policier. L'exposition à des substances comme le plomb (experts en balistique) et les produits chimiques (employés des laboratoires judiciaires) est traitée dans certains des textes cités en référence<sup>30,52</sup>, et les risques biologiques seront présentés dans un prochain article.

### Cardiopathie

On s'est souvent demandé si la cardiopathie n'était pas particulièrement fréquente chez les policiers<sup>1,2,3,4,5,6,7,8</sup>, mais la réponse à cette question n'est ni claire ni unanime. Il n'y a aucun doute que les facteurs de risque de la coronaropathie sont plus communs dans le milieu policier que dans d'autres secteurs<sup>2,3,7,9,10,11</sup>, mais on ne sait pas si ces facteurs sont inhérents au travail policier. Peut-être découlent-ils des habitudes de vie des policiers, autrement dit, de la culture policière.

Cela dit, il faut aussi tenir compte de la composition de la population policière lorsqu'on analyse les risques de cardiopathie. Les hommes d'âge mûr sont les plus sujets à cette maladie, et ils représentent une forte proportion des effectifs policiers, alors que les femmes, qui présentent un taux de cardiopathie considérablement inférieur, sont nettement en minorité dans la plupart des corps policiers.

La nécessité de tenir compte de la composition des corps policiers a entraîné des difficultés, car la fréquence de la coronaropathie varie d'une région à l'autre. Par exemple, une étude a avancé que la coronaropathie semblait plus commune chez les policiers que chez les autres hommes américains du même âge, mais par la suite, on a découvert que le taux de coronaropathie était plus élevé dans la région où l'étude avait été menée que dans l'ensemble des États-Unis, toutes professions confondues<sup>12</sup>.

De nombreuses études ont prétendu que l'athérosclérose coronarienne était plus fréquente chez les policiers que dans d'autres groupes professionnels<sup>1,2,3,5,6,8</sup>, mais d'autres disent le contraire<sup>6,7</sup>. Selon une étude particulièrement intéressante, la fréquence marquée de la cardiopathie chez les policiers serait presque exclusivement attribuable au risque accru d'infarctus aigu du myocarde<sup>7</sup>.

De prime abord, cette hypothèse semble très crédible, puisque tout le monde sait que, chez une personne atteinte de cardiopathie, tout effort brusque peut provoquer la mort<sup>26</sup>. L'analyse des taches du gendarme aux services généraux, publiée ailleurs<sup>13</sup>, montre clairement qu'un policier peut être appelé à passer soudainement d'un travail sédentaire à une situation de crise. Il peut alors être obligé de courir après un suspect, de lutter avec lui, de le jeter par terre ou même de l'immobiliser de force<sup>13</sup>. Bref, il n'est pas surprenant que, même avec un taux de coronaropathie à peu près normal par rapport à la population en général<sup>6,7</sup>, les policiers soient plus à risque pour les infarctus aigus du myocarde en raison de la nature de leur travail<sup>8</sup>.

Dès lors, le besoin de savoir si le travail policier en soi accroît le risque d'athérosclérose devient secondaire. Le plus important, c'est d'être conscient que ce métier comporte un risque accru d'accident cardiaque fatal. Le médecin qui suit un policier doit donc se donner comme objectif principal de déceler les facteurs de risque de l'athérosclérose, puis de les réduire le plus possible. On sait depuis longtemps que l'hypertension et l'hypercholestérolémie prédisposent à la cardiopathie, mais il faut aussi savoir reconnaître d'autres facteurs de risque, comme l'obésité<sup>19,20</sup> et la sédentarité<sup>21,22,23,25</sup>, car il est prouvé que l'élimination de ces facteurs peut réduire les risques de décès dû à la cardiopathie<sup>14,15,16,17,18,26</sup>.

Comme bon nombre des facteurs de risque de la cardiopathie semblent s'aggraver avec l'âge, il faut surveiller la santé des policiers tout au long de leur carrière afin de les aider à adopter de saines habitudes et de diagnostiquer les cas de cardiopathie le plus tôt possible. C'est important pour la santé du policier et, indirectement, pour la sécurité du public : un policier qui subit un accident cardiaque grave pendant qu'il exécute une tâche essentielle à la sécurité du public peut en mourir, et c'est tragique, mais il ne faut pas oublier que son travail reste alors en plan.

Beaucoup de services de police exigent que leurs recrues passent un examen médical au moment de leur embauche mais ne leur assurent aucun suivi. Pourtant, il n'est pas logique de présumer que ce premier examen médical peut fournir des renseignements pertinents sur la santé d'un policier vingt ans plus tard, à plus forte raison que les facteurs de risque de la cardiopathie apparaissent au fil des ans. Par exemple, les examens périodiques permettent de déceler des douleurs à la poitrine et des symptômes d'angine que le policier ne ressentait pas au moment de son examen initial.

Pour réussir à réduire le risque de cardiopathie chez les policiers, il faut obliger ceux-ci à se faire examiner périodiquement par un médecin qui connaît le métier et les risques qu'il comporte. Pendant ces examens, le médecin doit renseigner son patient sur la santé en général et aussi sur les facteurs de risque de la cardiopathie. Il est prouvé que les programmes de santé en milieu de travail ont aussi un effet bénéfique sur la santé du personnel<sup>17,18</sup>,

et que l'élimination des facteurs prédisposants réduit le risque d'accident cardiaque fatal<sup>15,24</sup>. On peut également mettre sur pied des programmes antitabac à l'intention des policiers, leur donner des conseils sur la saine alimentation, les sensibiliser aux risques de l'hypertension, surveiller leur taux de cholestérol et le réduire au besoin; toutes ces mesures contribueront à éliminer les facteurs de risque chez les policiers. En effet, l'établissement d'un programme de sensibilisation qui encourage le policier à prendre de saines habitudes de vie et d'alimentation a toutes les chances de l'aider à améliorer sa santé<sup>14</sup>.

L'un des facteurs de risque les plus faciles à éliminer, c'est la sédentarité, qui caractérise le mode de vie de bien des gens et aussi une bonne partie du travail quotidien du policier. En faisant de l'exercice régulièrement, le policier peut réduire le risque d'accident cardiaque subit<sup>15,21,25,26</sup> qu'entraîne le passage d'une activité sédentaire à une situation de crise nécessitant de gros efforts<sup>26</sup>. Comme ce genre de crise fait partie intégrante du travail policier<sup>13</sup>, il faut prendre les mesures qui s'nposent pour réduire le plus possible les risques d'accident cardiaque grave, c'est-à-dire adopter une approche axée sur l'élimination des risques de cardiopathie.

Pour résumer, rappelons qu'à l'heure actuelle, on ne sait pas si le travail policier accroît le risque de cardiopathie, mais il est évident que les facteurs de risque de cette maladie sont particulièrement fréquents chez les policiers et que certains aspects de leur travail peuvent multiplier les risques de mort soudaine à la suite d'un accident cardiaque. Afin de limiter ces risques, nous recommandons de faire subir un examen médical périodique aux policiers et d'établir des programmes dans leur milieu de travail pour les encourager à faire de l'exercice régulièrement et à éliminer les facteurs de risque connus, dont l'hypercholestérolémie, l'hypertension, le tabagisme, l'obésité et la sédentarité.

### Pneumopathie

D'après les preuves, les policiers seraient moins sujets à la pneumopathie que le reste de la population<sup>1,5,27</sup>, mais plus à risque pour les cancers de l'appareil respiratoire<sup>7</sup>. S'ils ne sont pas particulièrement nombreux à souffrir de pneumopathie, c'est peut-être parce que la majorité d'entre eux ne s'exposent pas à des substances toxiques plus souvent que les résidents des communautés qu'ils protègent. Certains policiers font cependant exception à cette règle, dont les techniciens de l'identité judiciaire. Il a été prouvé que ceux-ci risquent davantage que les autres policiers de souffrir de problèmes respiratoires,

voire d'asthme professionnelle<sup>52</sup>. C'est qu'ils utilisent régulièrement du cyanoacrylate, un sensibilisant reconnu des voies respiratoires, pour relever des empreintes digitales latentes. Ils doivent aussi manipuler quantité d'agents chimiques cancérigènes chaque jour. Pour ces raisons, nous recommandons aux policiers de l'identité judiciaire, et plus particulièrement à ceux qui relèvent les empreintes digitales, de subir chaque année une radiographie thoracique et une spirométrie. Notons également que l'examen médical périodique de ces policiers doit comprendre un examen complet de leur appareil respiratoire.

Même si la cigarette perd de sa popularité, beaucoup de policiers continuent à fumer<sup>2</sup>. C'est peut-être pourquoi certaines études démontrent que les policiers présentent un risque accru de cancer laryngé ou pulmonaire. Évidemment, la cigarette accroît sensiblement le risque de cardiopathie et constitue la cause principale du cancer du poumon. Quand un policier est atteint d'un cancer pulmonaire, on se demande souvent si l'exposition aux substances cancérigènes contenues dans la poudre dactyloscopique y est pour quelque chose, mais si le policier fume, il est impossible de le savoir.

Signalons enfin que certains policiers risquent davantage que d'autres de contracter la tuberculose. Nous discuterons de cette réalité dans un autre article, qui portera sur les risques biologiques.

Bref, la pneumopathie n'est pas une maladie professionnelle des policiers, sauf dans le cas des techniciens de l'identité judiciaire. Ceux-ci devraient donc subir une radiographie thoracique et une spirométrie chaque année.

### Cancer

Certaines preuves indiquent que, dans le milieu policier, le risque de contracter un cancer est supérieur à la moyenne<sup>1,5,7,28</sup>, surtout au niveau de l'appareil digestif (oesophage, estomac, gros intestin, etc.)<sup>1,5</sup>. Comme nous l'avons déjà mentionné, il se peut aussi que le risque de cancer pulmonaire ou laryngé soit plus élevé chez les policiers<sup>7</sup>. Nous venons de traiter brièvement de la fréquence du cancer chez les policiers qui travaillent en identité judiciaire ou dans un laboratoire judiciaire. Reste maintenant à parler de la controverse entourant les cinémomètres radar, qui causeraient selon certains le cancer des testicules.

Même s'il existe bien peu de données indiquant que les policiers connaissent un taux de cancer de l'appareil digestif supérieur à la moyenne<sup>1,5</sup>, il importe d'épuiser la question. Pour ce qui est du cancer du poumon ou de l'oesophage, on voit mal comment le travail policier pourrait en accroître le risque. On sait que la cigarette augmente le risque de ces formes de cancer et que beaucoup de policiers fument. On sait aussi que l'alcool, notamment le whisky, favorise le cancer de l'oesophage<sup>29</sup>. Or, le travail policier est

reconnu comme étant excessivement stressant, et des études ont démontré que certains policiers boivent pour décompresser<sup>30, 31, 32</sup>.

Les chercheurs qui ont conclu au risque accru de cancer de l'appareil digestif<sup>1,5</sup> ont également constaté une étrange augmentation du nombre de cancers des systèmes lymphatique et hématopoïétique chez les policiers qui comptent de dix à dix-neuf ans d'expérience. Or, comme c'était le contraire pour les policiers ayant moins de dix ans ou plus de dix-neuf ans de service, la fréquence de ces formes de cancer chez les policiers en général n'était pas tellement plus élevée que dans l'ensemble de la population. Cette drôle de distribution et le petit nombre de policiers touchés portent à croire que cette découverte n'est rien d'autre qu'un hasard des statistiques.

S'il existe des preuves que les cancers associés à la consommation d'alcool et de tabac sont particulièrement fréquents chez les policiers, il faut conclure que l'alcoolisme et le tabagisme constituent de gros facteurs de risque pour ceux-ci, peu importe la cause du risque accru. Il faut donc les sensibiliser à cette réalité et les encourager à ne pas fumer et à boire avec modération. La première chose à faire, c'est d'obliger les policiers à subir des examens périodiques chez des médecins qui connaissent les risques du métier et qui sont en mesure de bien les conseiller.

La deuxième mesure à prendre, c'est d'établir un programme d'aide aux employés et de mettre à leur disposition des psychologues et des psychiatres cliniciens qui connaissent les comportements des toxicomanes et qui veulent les aider. Nous discuterons plus longuement de cette possibilité dans un autre article. La troisième solution, c'est de mettre sur pied un programme d'éducation et de promotion de la santé dans le milieu de travail.

Il ne faut pas oublier que l'objectif est de réduire la consommation d'alcool et de tabac, notamment pour diminuer le risque de cancer, mais aussi pour d'autres raisons, que nous expliquerons plus loin. Cela dit, rappelons que les dossiers médicaux des policiers doivent être traités en confidence et que toutes les formes de toxicomanie doivent être considérées *a priori* comme des problèmes médicaux et non disciplinaires, à moins qu'il soit question de conduite carrément illégale. Les professionnels de la santé qui travaillent dans le milieu policier doivent soutenir les policiers et s'abstenir de les juger.

Rappelons aussi que certains facteurs bien connus augmentent le risque de contracter un cancer au gros intestin. Il faut donc surveiller ces facteurs chez les policiers. Par exemple, on sait depuis longtemps qu'un régime hypercalorique, riche en lipides et en produits à base de viande, caractéristique des habitués du prêt-à-manger, accroît le risque de cancer du côlon<sup>29</sup>. S'il existe des preuves que la fréquence de cette forme de cancer est anormalement élevée chez les policiers<sup>1,5</sup>, il faut prendre des mesures

énergiques pour sensibiliser ceux-ci à l'importance d'une saine alimentation et les encourager à faire de l'exercice régulièrement pour neutraliser l'effet des activités sédentaires qui caractérisent une bonne partie de leur travail. De plus, on devrait leur recommander de subir une sigmoïdoscopie (examen du côlon) régulièrement, surtout à certains âges.

Nous avons déjà parlé de la fréquence des cancers chez les policiers qui travaillent en identité judiciaire ou dans un laboratoire judiciaire. Le niveau de toxicité associé à une exposition régulière à de faibles quantités de produits chimiques se calcule d'après la durée de l'exposition et l'utilisation de matériel protecteur. Soulignons qu'un examen annuel a été conçu pour permettre aux médecins de surveiller les effets d'une telle exposition, en tenant compte des risques qu'elle comporte<sup>13</sup> Cet examen comprend un test de dépistage de l'hépatite B, des radiographies thoraciques, une spirométrie, une analyse des enzymes hépatiques, une vérification du fonctionnement des reins, une numération globulaire, une analyse d'urine, une vérification de la concentration d'électrolytes, de calcium et de phosphate, un test de la fonction thyroïdienne, un électrocardiogramme et un examen des matières fécales pour déceler la présence de sang occulte.

La question du cancer causé par une exposition aux micro-ondes émises par les radars a soulevé toute une controverse. Il existe des preuves que certains cancers sont plus fréquents chez les policiers qui utilisent ces appareils<sup>28</sup>, et plus particulièrement les radars à main. Cependant, plusieurs ouvrages rejettent l'hypothèse des propriétés cancérigènes de ces appareils<sup>33,34</sup>. Entre autres, on a signalé des cas de cancer des testicules qui seraient associés à l'utilisation des radars. La pratique la plus risquée serait de tenir le radar en marche entre ses cuisses, ce qui exposerait les testicules à des doses de radiation cumulatives, mais rien n'a encore été prouvé. Cette question fait actuellement l'objet d'études intensives. En attendant les résultats, nous recommandons aux policiers de suivre les instructions suivantes : poser les radars à l'extérieur de leur auto-patrouille; ne pas les pointer vers eux-mêmes; ne pas les utiliser à l'intérieur de l'auto-patrouille; ne pas les mettre en marche lorsqu'ils ne s'en servent pas; les faire tester régulièrement pour dépister les fuites de radiation. De plus, l'examen médical périodique des policiers qui se servent de ces radars devrait comprendre une palpation des testicules.

En somme, les preuves indiquant un lien entre le travail policier et le cancer sont inconcluantes et incohérentes. Reste qu'on connaît bien les facteurs de risque associés au cancer et qu'il faut prendre toutes les mesures nécessaires pour voir, d'une part, si les policiers s'y exposent, et d'autre part, comment ils peuvent modifier leurs habitudes de vie et de travail pour les réduire.

## Maux de dos

Les douleurs lombaires sont l'une des causes principales de l'absentéisme en Occident. Elles sont particulièrement fréquentes chez les hommes d'âge mûr<sup>35,36</sup>. Les facteurs de prédisposition à la lombalgie chronique sont nombreux<sup>35</sup>, et certains, dont le tabagisme<sup>35</sup>, semblent difficiles à comprendre. Cependant, deux de ces facteurs concernent particulièrement les policiers : la nécessité d'être souvent en voiture et le manque d'exercice.

Il existe des preuves plus que suffisantes<sup>37</sup> que les chauffeurs présentent un risque de lombalgie extrêmement élevé par rapport à la moyenne. Cela touche aussi les policiers, car ils se trouvent en voiture pendant une bonne partie de la journée. C'est pourquoi l'Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec a entrepris une étude sur l'habitacle des autos-patrouille<sup>38</sup>, étude qui a abouti à la conception d'un habitacle mieux adapté aux besoins des policiers. Le problème, c'est que la majorité des autos-patrouille sont toujours équipées des sièges de série. Il se vend des dossiers spéciaux et d'autres appareils prothétiques pour améliorer le soutien de la région lombaire, mais le problème n'est pas réglé pour autant.

Il n'y a aucun doute qu'en faisant régulièrement de l'exercice, et plus particulièrement des exercices destinés à maintenir la flexibilité des muscles du dos et à les renforcer, les policiers peuvent accroître sensiblement leur mobilité tout en soulageant leurs douleurs<sup>39,40,41,42</sup>. Le Groupe de travail québécois sur les aspects cliniques des affections vertébrales chez les travailleurs a défini cinq catégories de lombalgie<sup>43,44</sup>. Chacune de ces catégories nécessite une intervention active particulière au moyen d'un programme d'exercices précis<sup>44</sup>. Il importe donc, lorsqu'un policier souffre de douleurs lombaires, de déterminer la catégorie de lombalgie dont il est atteint afin de pouvoir entreprendre le traitement approprié. Pour ce faire, il faut obliger les policiers à se faire examiner régulièrement par un médecin qui connaît bien ce genre de douleur et qui est capable d'en reconnaître les symptômes rapidement et d'intervenir efficacement. Cependant, il est tout aussi important que les policiers fassent leur possible pour prévenir la lombalgie et l'incapacité qu'elle entraîne en maintenant leur forme physique.

Tout cela pour dire que le travail policier peut effectivement causer la lombalgie. Ceux qui en sont atteints souffrent de douleurs considérables et d'une mobilité réduite, ce qui les oblige à prendre des congés de maladie. Les dossiers orthopédiques peuvent leur offrir un certain soulagement, et il existe des sièges adaptés aux autos-patrouille, mais ceux-ci ne sont pas conçus spécialement pour prévenir la lombalgie. De toute façon, les corps policiers ne les font pas installer systématiquement dans tous leurs véhicules. Il est donc logique de faire passer des examens médicaux périodiques aux policiers afin de dépister les cas de lombalgie et de

prescrire les programmes d'exercice appropriés, ce qui permettrait de réduire la fréquence des problèmes lombaires et les frais qu'ils occasionnent. Rappelons que le maintien de la flexibilité et d'une bonne condition physique générale peut réduire les risques de lombalgie chronique.

## Violence

Malheureusement, la violence fait partie du travail policier. Aux États-Unis, le taux d'homicides est plus de deux fois plus élevé chez les policiers que dans l'ensemble de la population. En effet, les policiers sont souvent victimes de voies de fait graves<sup>45</sup>. En 1991, on a signalé 1 954 agressions contre des policiers américains<sup>46,47</sup>. Au Canada, le problème est moins grave que chez nos voisins du sud, mais plus courant que dans d'autres pays industrialisés, dont l'Australie<sup>48</sup>. Récemment, il y a eu beaucoup de recherches sur les activités qui risquent de provoquer un conflit violent. En 1986, on remettait déjà en question l'idée que les situations de violence familiale étaient les plus dangereuses<sup>49</sup>. Depuis lors, on déterminé que les situations suivantes, énumérées en ordre décroissant, comportaient le plus de risques d'agression pour les policiers : l'arrestation et l'immobilisation d'un suspect, les vols en voie d'exécution et les disputes familiales<sup>50</sup>.

On trouve dans des études portant sur l'aspect opérationnel du travail policier des techniques pour éviter l'agression ou pour en réduire le risque<sup>51</sup>. Du point de vue de la santé, c'est une bonne idée de les employer, car il vaut toujours mieux prévenir que guérir. Même si les études de ce genre n'ont pas leur place dans un ouvrage médical, les médecins qui suivent des policiers doivent savoir qu'elles existent, et c'est pour cette raison que nous les citons dans notre liste de références bibliographiques.

Comme il est impossible pour un policier d'éviter la violence, le médecin qui le suit doit être capable de soigner les blessures qui peuvent en découler. Évidemment, il doit savoir aider son patient à composer avec les traumatismes habituellement associés à la violence, mais parfois, le policier gardera des séquelles permanentes de son expérience, et son médecin doit être en mesure de les reconnaître. Par exemple, un changement de comportement peut avoir été causé par un problème physique, comme un hématome sous-dural post-traumatique, mais il ne faut pas écarter la possibilité d'un trouble émotionnel ou psychique.

Rappelons que la violence n'entraîne pas que des blessures physiques. Les situations dangereuses sont extrêmement stressantes, surtout si elles entraînent des blessures graves, une effusion de sang ou un décès. À la suite d'un incident violent, il est très important d'examiner le policier concerné pour voir s'il souffre de névrose post-traumatique, sujet dont nous traiterons plus longuement dans un autre article.

Lorsqu'un policier se présente au bureau d'un médecin pour son examen périodique, celui-ci doit vérifier s'il a reçu des blessures physiques, qui peuvent avoir eu des conséquences physiques ou mentales. Il doit aussi savoir déterminer si son patient a vécu une situation où la violence a été évitée de justesse, car une telle expérience peut provoquer une *névrose post-traumatique* tout aussi facilement qu'un incident où la violence a éclaté. Enfin, le médecin doit garder à l'esprit que les policiers ressentent souvent le besoin de maîtriser toutes les situations qui se présentent à eux, ce qui peut les pousser à affirmer qu'ils ne gardent aucune séquelle émotionnelle de leur expérience ou à recourir à de mauvais mécanismes d'adaptation. Par exemple, lorsqu'un policier éprouve des difficultés conjugales ou se trouve aux prises avec l'alcoolisme, son médecin doit vérifier si ce n'est pas parce qu'il souffre d'une *névrose post-traumatique* avec laquelle il n'arrive pas à composer.

Bref, la violence est une réalité incontournable dans le milieu policier. Elle peut occasionner des traumatismes tant physiques qu'émotionnels. Le médecin d'un policier doit donc être à l'affût des symptômes physiques et émotionnels du stress, tout en étant conscient du fait que la nature crâneuse de son patient l'obligera parfois à lui tirer les vers du nez.

#### OUVRAGES DE RÉFÉRENCE

1. VENA, J.E., J.M. VIOLANTI, J. MARSHALL et R.C. FIEDLER. «Mortality of a Municipal Worker Cohort: III Police Officer», dans *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 10 (1986), p. 383-397.
2. WILLIAMS, H.A., M.M. PETRATIS, T.R. BAECHELE, K.L. RYSCHON, J.J. CAMPAIN, et M.H.. SKETCH. «Frequency of Physical Activity, Exercise Capacity, and Atherosclerotic Heart Disease Risk Factors in Hale Police Officer» dans *Journal of Occupational Medicine*, vol. 29, no 7 (1987), p. 596-600.
3. QUIRE, D.S. et W.R. BLOUNT. «A Coronary Risk Profile Study of Male Police Officers: Focus on Cholesterol» dans *Journal of Police Science and Administration*, vol. 17, no 2 (1990), p. 89-94.
4. SPARROW, D., H.E. THOMAS et S.T. WEISS. «Coronary Heart Disease in Police Officers Participating in the Normative Aging Study» dans *American Journal of Epidemiology*, vol. 118, no 4 (1983), p. 508-512.
5. VIOLANTI J.M., J.E. VENA et J.R. MARSHALL. «Disease Risk and Mortality Among Police Officers: New Evidence and Contributing Factors» dans *Journal of Police Science Administration*, vol. 14, no 1 (1986), p. 17-23.
6. SARDINAS, A., J. WANG MILLER, H. HANSEN. «Ischaemic Heart Disease Mortality of Firement and Policemen» dans *American Journal of Public Health*, vol. 76, no 9 (1986), p. 1140-1141.

7. REVIERE, R. et V.D. YOUNG. «Mortality of Police Officers: Comparison by Length of Time in the Force», dans *American Journal of Police*, vol. 13, no 1 (1994).
8. DUBROW, R., C.A. BURNETT, D.M. GUTE et J.E. BROCKERT. «Ischaemic Heart Disease and Acute Myocardial Infarction Mortality Among Police Officers» dans *Journal of Occupational Medicine*, vol. 30, no 8 (1988), p. 650-654.
9. FRANKE, W.D. et D.F. ANDERSON. «Relationship Between Physical Activity and Risk Factors for Cardiovascular Disease Among Law Enforcement Officer», dans *Journal of Occupational Medicine*, vol. 36, no 10 (octobre 1994), p. 1127-1132.
10. ALFREDSSON, L.A. et T. THEORELL. «Job Characteristics of Occupations and Myocardial Infarction Risk», dans *Soc. Sci. Med.*, vol. 17, no 20 (1983), p. 1497-1503.
11. ELY, D.L. et R.A. MOSTARDI. «The Effect of Recent Life Events Stress, Life Assets, and Temperament Pattern on Cardiovascular Risk Factors for Akron City Police Officer», dans *Journal of Human Stress*, vol. 12 (été 1986), p. 77-91.
12. FEUER, E. et K. ROSENMAN. «Mortality in Police and Firefighters in New Jersey» dans *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 9 (1986), p. 517-527.
13. TROTTIER, A. et J. BROWN. *La Santé du policier : Guide du médecin chargé de l'examen médical des agents de police*, Groupe Communication Canada, 1994, ISBN 0-660-94462-6.
14. SUPERKO, H.R., E. BERNAUER et J. VOSS. «Effects of a Mandatory Health Screening and Physical Maintenance Program for Law Enforcement Officer», dans *The Physician and Sports Medicine*, Vol. 16, no 9 (1988), p. 99-109.
15. PAFFENBARGER, R., R.T. HYDE, A.L. WING et H. CHUNG-CHEN. «Physical Activity, All Cause Mortality, and Longevity of College Alumni», dans *New England Journal of Medicine*, vol. 314, no 10 (1986), p. 605-613.
16. ORTH-GOMER, K., R. OLIVEGARD-LANDEN et L. LEVI. «Abstract (86)», dans *European Heart Journal*, vol. 2 (1981), suppl.
17. PELLETIER, K.R. «A Review and Analysis of the Health and Cost Effective Outcome Studies of Comprehensive Health Promotion Programs » dans *American Journal of Health Promotion*, vol. 5, no 4 (1991).

18. BRILEY, M.E., D.H. MONTGOMERY et J. BLEWETT. «Worksite Nutrition Education Can Lower Cholesterol Levels and Promote Weight Loss Among Police Department Employees» dans *Journal of the American Dietary Association*, vol. 92 (1992) p. 1382-1384.
19. MANSON, J.E., G.A. COLDITZ, M.J. STAMPFER, W.C. WILLETT, B. ROSNER, R.R. MONSON, P.E. SPEIZER et C.H. HENNEKENS. «A Prospective Study of Obesity and Risk of Coronary Heart Disease in Women», dans *New England Journal of Medicine*, vol. 322, no 13 (1990), p. 882-889
20. HUBERT, H.B., M. FEINLEIB, P.M. McNAMARA et P. CASTELLI. «Obesity as an Independent Risk Factor for Cardiovascular Disease: A 26-Year Follow-Up of Participants in the Framingham Heart Study», dans *Circulation*, vol. 67, no 5 (1983), p. 966-977.
21. SANDVIK, L., J. ERIKSEN, E. THAULOW, G. ERIKSEN, R. MUNDAL et R. KAARE. «Physical Fitness as a Predictor of Mortality Among Healthy Middle Aged Norwegian Men» dans *New England Journal of Medicine*, vol. 328, no 8 (1993), p. 533-537.
22. PETERS, R.K., L.D. CADY, D.P. BISCHOFF, L. BERNSTEIN et M.C. PIKE. «Physical Fitness and Subsequent Myocardial Infarction in Healthy Workers», dans *Journal of the American Medical Association*, vol. 249, no 22 (1983), p. 3052-3056.
23. EKELUND, L.-G., W.L. HASKELL, J.L. JOHNSON, F.S. WHALEY, M.H. CRIQUI et D.S. SHEPS. «Physical Fitness as a Predictor of Cardiovascular Mortality in Asymptomatic North American Men», dans *New England Journal of Medicine*, vol. 319, no 21 (1988), p. 1379-1384.
24. SCANDINAVIAN SIMVASTATIN SURVIVAL STUDY GROUP, *The Lancet*, vol. 344 (1994), p. 1383-1389.
25. PAFFENBARGER, R.S., R.T. HYDE, A.L. WING, I. MIN-LEE, D.L. JUNG et J.B. KAMPERT. «The Association of Changes in Physical Activity Level and Other Lifestyle Characteristics with Mortality Among Men » dans *New England Journal of Medicine*, vol. 328, no 8 (1993), p. 538-545.
26. MITTLEMAN, M.A., M. MACLURE, G.H. TOFLER, J.B. SHERWOOD, R.J. GOLDBERG et J.E. MULLER «Triggering Acute Myocardial Infarction by Heavy Physical Exertion: Protection Against Triggering by Regular Exertion» dans *New England Journal of Medicine*, vol. 329, no 23 (1993), p. 1677-1683.
27. SOUTER, F.C.G., C. VAN NETTEN et R. BRANDS, «Morbidity in Policemen Occupationally Exposed to Fingerprint Powders» dans *International Journal of Environmental Health Research*, vol. 2 (1992), p. 114-119.

28. DAVIS, R.L. et F.K. MOSTOFI. «Cluster of Testicular Cancer in Police Officers Exposed to Hand Held Radar» dans *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 24 (1993), p. 231-233.
29. MAYER, R.J., dans *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 13e éd., éd. K.J. Isselbacher, E. Braunwald, J.D. Wilson, J.B. Martin, A.S. Fauci et D.L. Kasper, McGraw-Hill, 1994.
30. DIETRICH, J. et J. SMITH. «The Nonmedical Use of Drugs, Including Alcohol, Among Police Personnel: A Critical Literature Review» dans *Journal of Police Science Administration*, vol. 14, no 4 (1986), p. 300-306.
31. DIETRICH, J. «L'alcoodépendance et la pharmacodépendance chez les policiers : une politique de santé communautaire» dans *La Gazette de la Gendarmerie royale du Canada*, vol. 51, no 6 (1989), p. 5-15.
32. VIOLANTI, J., J. HARSHALL, et B. HOWE. «Police Occupational Demands, Psychological Stress and the Coping Function of Alcohol» dans *Journal of Occupational Medicine*, vol. 25, no 6 (1983), p. 455-458.
33. ROTKOVSKA, D., J. MOC, 3. KAUTSKA, A. BARTONICKOVA, J. KEPRTOVA et M. HOFER. «Evaluation of the Biological Effects of Police Radar RAMER 7F» dans *Environmental Health Perspectives*, vol. 101, no 2 (1993), p. 134-136.
34. PETERSON, C. «Does Traffic Radar Cause Cancer?» dans *Law and Order*, avril 1992, p. 54-59.
35. BIERING-SORENSEN, F., C.E. THOMSON et J. HILDEN. «Risk Indicators for Low Back Trouble» dans *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, vol. 21 (1989), p. 151-157.
36. ABENHAIM, L. et S. SUISSA. «Importance and Economic Burden of Occupational Back Pain: A Study of 2,500 Cases Representative of Quebec » dans *Journal of Occupational Medicine*, vol. 29, no 8 (1986), p. 670-674.
37. KELSEY, J.L. et R.J. HARDY. «Driving of Motor Vehicles as a Risk Factor for Acute Herniated Intervertebral Disc» dans *American Journal of Epidemiology*, vol. 102, no 1 (1975), p. 63-73.
38. CÔTÉ, M.M. , B. HOSHIZAKI et M.-A. DALZELL. *Auto-patrouille et maux de dos chez les policiers du Québec*, Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec, dépôt légal, Bibliothèque nationale du Québec, 1er trimestre 1989, ISBN 2-551-12100-0, 1989.
39. KHALIL, T.M., S.S. ASFOUR, L.M. MARTINEZ, S.M. WALY, R.S. ROSOMOFF et H.L. ROSOMOFF. «Stretching in the Rehabilitation of Low Back Pain Patients» dans *Spine*, vol.17, no 3 (1992), p. 311-317.

40. HURRI, H. «The Swedish Back School in Chronic Low Back Pain» dans *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, vol. 21 (1989), p. 33-40.
41. ESTLANDER, A.-H., G. MELLIN, H. VANHARANTA et M. HUPLI. «Effects and Follow-up of a Multimodal Treatment Program Including Intensive Physical Training for Low Back Pain Patients», *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, vol. 23 (1991), p. 97-101.
42. HOLMSTROM, E., U. MORITZ et M. ANDERSSON. « Trunk Muscle Strength and Back Muscle Endurance in Construction Workers With and Without Low Back Disorders » dans *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, vol. 24 (1992), p. 3-10.
43. SPITZER, W.O. «Scientific Approach to the Assessment and Management of Activity-Related Spinal Disorders» dans *Spine*, vol. 12, no 7 (1987-supplément).
44. HALL. H. «A Different Approach to Back Pain Diagnosis: Identifying a Pattern of Pain» dans *The Canadian Journal of CME*, (1994), p. 31-42.
45. HALES, T., P.J. SELIGMAN, S.C. NEWMAN, C.L. TIMBROOK. «Occupational Injuries Due to Violence» dans *Journal of Occupational Medicine*, vol. 30, no 6 (1988) p. 483-487.
46. MISSOURI STATE HIGHWAY PATROL STATISTICAL ANALYSIS CENTRE(JEFFERSON, MO). *Missouri Law Enforcement Employment and Assault Report 1991*.
47. CASTILLO, D.N. et E.L. JENKINS. «Industries and Occupations at High Risk for Work Related Homicide» , dans *Journal of Occupational Medicine*, vol. 36, no 2 (1994), p. 125-132.
48. SWANTON et WALKER. *Police Employee Health*. Australian Institute of Criminology, National Library of Australia (1989).
49. GARNER J. et E. CLEMMER. *Danger to Police in Domestic Disturbances - A New Look*. National Institute of Justice/ Research in Brief (November 1986).
50. ELLIS, D., A. CHOI et C. BLAUS. «Injuries to Police Officers Attending Domestic Disturbances: an Empirical Study» dans *Canadian Journal of Criminology*, vol 35, no 2 (1993), p. 149-168.
51. GARNER, G.W. *High Risk Patrol: Reducing the Danger to You*. Oregon State Board of Parole and Probation (Salem, OR), ISBN 0-398-05672-2, 1990.
52. TROTTIER, A., J. BROWN et G.A. WELLS. «Les symptômes respiratoires chez les techniciens de l'identité judiciaire» dans *Journal of Clinical Forensic Medicine* (sous presse).