

Attitudes et conduites des professionnels de la santé du Bas-Saint-Laurent en matière de prévention des traumatismes par armes à feu

Rédigé par
Anne Lévesque

Direction de la santé publique de la
planification et de l'évaluation

Novembre 2002



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
BAS-SAINT-LAURENT

M:\Zone d'échange\DSPPE\Leblanc, Alma\Armes à feu\Armes à feu-
moyens\Att. et cond. prof. prévention traumas.doc

Pour situer la place prise par les armes à feu dans la société québécoise, il s'agira de décrire l'ampleur de la possession d'armes à feu et de l'entreposage sécuritaire, les aspects légaux entourant l'acquisition, la possession et l'entreposage sécuritaire des armes à feu, ainsi que les aspects légaux entourant le retrait préventif d'une arme à feu.

Un résumé des principaux résultats des études qui se sont penchées sur les liens existant entre l'accessibilité des armes à feu et les actes de nature violente, les suicides par balle et le taux global de suicide sera présenté. Deux éléments à prendre en compte pour mieux comprendre les liens qui unissent l'accessibilité des armes et événements violents seront également traités, soit la question de la létalité des armes à feu et de l'impulsivité suicidaire.

Nous terminerons en présentant comment la réduction de l'accès aux armes à feu et le rôle des professionnels de la santé auprès des personnes à risque peuvent contribuer à prévenir les décès et les blessures causés par les armes à feu et quelles actions ont été prises dans le Bas-Saint-Laurent pour sensibiliser les professionnels de la santé à faire du counseling sur les armes à feu auprès des personnes à risque.

1. PROBLÉMATIQUE

1.1 Ampleur des décès et des blessures par armes à feu

Entre 1989 et 1996, en moyenne 1137 Canadiens et 388 Québécois ont été tués à chaque année par des armes à feu (Chapdelaine et al., 1999). Le taux de décès par arme à feu s'élevait à 4,08 par 100 000 habitants au Canada en 1996, comparativement à 0,07 au Japon et à 14,05 aux États-Unis (Commission sur la prévention de la criminalité et la justice criminelle des Nations Unies, 1997). Si l'ampleur du problème des armes à feu au Canada est minime par rapport à la situation américaine, les taux de décès imputables aux armes à feu sont beaucoup plus élevés au Canada que dans la plupart des autres nations industrialisées (Cukier, 1998). Plusieurs pays dont l'Allemagne, la Grèce, la Malaisie, le Pérou, la Pologne, l'Espagne, le Royaume-Uni, la Tanzanie et le Vietnam ont un taux de décès par arme à feu inférieur à 2,00 par 100 000 habitants (Commission sur la prévention de la criminalité et la justice criminelle des Nations Unies, 1997).

Les armes à feu sont également responsables de plus de 1000 hospitalisations par année depuis les dix dernières années au Canada (Cukier, 1998). Dans la région du Bas-Saint-Laurent, on comptait en moyenne 180 hospitalisations causées par une blessure d'arme à feu chaque année entre 1992-1993 et 2000-2001 (MSSS, Fichiers MED-ECHO 1992-1993 à 2000-2001, traitement statistique par Dominique Potvin, Infocentre, RRSSS Bas-Saint-Laurent, novembre 2002). Les coûts directs et indirects associés aux décès et aux blessures causées par les armes à feu sont importants. Ils étaient estimés à six milliards par année au Canada (Miller, 1995; cité par Cukier, 1998). Une étude rapporte également que le coût des blessures et des décès imputables aux armes à feu est estimé à 495 \$ US par résident aux États-Unis et à 195 \$ par résident au Canada (Gabor, 1994; cité par Cukier, 1998).

1.2 Nature des décès causés par les armes à feu

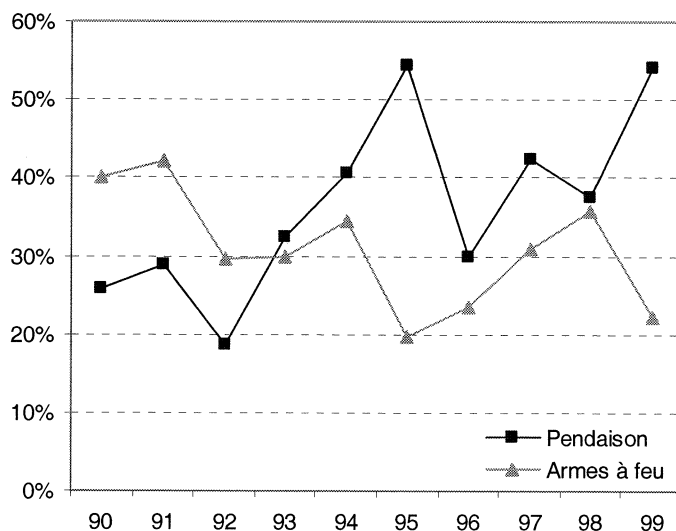
Au Québec comme au Canada, la plupart des décès par balle sont des suicides (Dandurand, 1998). Un examen de la nature des décès causés par les armes à feu au Québec entre 1996 et 1998 montre que 80 % de ceux-ci sont des suicides, 16 % sont des homicides, 2 % sont des accidents, 1 % sont dus à des interventions policières et 1 % sont de nature indéterminée (Bureau du coroner du Québec, 1999). Dans les pays où les revenus sont élevés comme le Canada et les États-Unis la majorité des décès par armes à feu sont des suicides (OMS, 2001).

Au Canada, la plupart des armes qui causent les décès sont des carabines et des fusils de chasse (Hung, 1997; cité par Cukier, 1998). Une enquête menée au Québec rapporte également qu'au moins 75 % des décès par armes à feu étaient le fait d'une arme longue (fusil ou carabine) (Tennina, 1994; citée par Lavoie et al., 2001). Les armes longues sont aussi les armes qui sont le plus souvent utilisées pour s'enlever la vie (Dandurand, 1998). Une enquête menée à Winnipeg auprès du service de police a montré que 82 % des armes à feu récupérées lors des suicides et des tentatives de suicides sont des carabines et des fusils de chasse (Proactive information services inc, 1997; cité par O'Leary, 1999).

1.3 Suicides par armes à feu

Au Québec, les armes à feu sont le deuxième moyen le plus souvent utilisé après la pendaison pour mettre fin à ses jours avec une proportion d'environ 20 % (19 % de 1997 à 1999) (Fichiers des décès 1997, 1998 et 1999). Entre 1990 et 1999, la proportion de suicides causés par les armes à feu au Québec montre une tendance à la baisse (29 % à 15 %) (Figure 1). Parallèlement, le pourcentage de suicide commis par pendaison s'est accru, passant de 35 % à 55 %.

Figure 1 – Évolution de la proportion de suicides par pendaison et par armes à feu, Québec, 1990 à 1999



Source : Fichiers des décès 1990 à 1999

Dans les régions rurales, où la disponibilité des armes à feu est plus grande, la proportion de suicides impliquant une arme à feu est aussi plus élevée. Au Bas-Saint-Laurent pour la période 1997-1999, près de 3 suicides sur dix (29 %) impliquaient une arme à feu (Fichier des décès 1997, 1998 et 1999). Les hommes ont davantage recours aux armes à feu pour s'enlever la vie que les femmes. Dans l'ensemble du Québec, au cours de la période 1997-1999, 22,0 % des hommes ont utilisé ce moyen pour mettre fin à leurs jours, comparativement à 6,2 % des femmes. Dans le Bas-Saint-Laurent, ces proportions s'élèvent à 33,3 % chez les hommes et à 9,1 % chez les femmes. Les suicides par armes à feu touchent aussi les gens de tout âge. Au Québec, pour la période 1998-1999, en nombre absolu, ce sont toutefois les 30-39 ans et les 40-49 ans qui utilisent le plus les armes à feu pour s'enlever la vie (103 et 110 respectivement sur un total de 529). Par rapport aux autres moyens qu'ils prennent pour se suicider, les 10-19 ans et les 50 ans et plus sont ceux qui utilisent le plus les armes à feu pour mettre fin à leurs jours (21,4 % et 22,1 % respectivement par rapport à 17,8 % pour tous les groupes d'âge).

L'Enquête sociale et de santé 1998 menée auprès de la population québécoise a de plus révélé que les armes à feu arrivaient au troisième rang des moyens envisagés par les répondants¹ pour attenter à leurs jours avec 27,5 %, derrière les médicaments (45,2 %) et les véhicules à moteur (28,6 %). L'arme à feu est toutefois le premier choix des hommes (36,0 %), ex æquo avec la pendaison (35,9 %). Les femmes envisagent en majorité la prise de médicaments (60,1 %), les armes à feu n'arrivent qu'au quatrième rang avec 20,2 %.

Selon des études menées au Canada et au Québec, la majorité des suicides par arme à feu surviennent à domicile et impliquent le plus souvent des armes de chasse (Chapdelaine et Maurice, 1996; Saint-Laurent et Tennina, 2000; Moyer et Carrington, 1992). Une étude américaine (Kellerman et al, 1992) rapporte que dans 90 % des cas de suicide par arme à feu, l'accès à l'arme utilisée était facile et seulement 3 % des victimes avaient acquis cette arme au cours des deux semaines précédant le suicide. L'arme utilisée pour s'enlever la vie provient la plupart du temps du domicile ou de celui d'un proche (Grossman et al., 1999). Une enquête québécoise menée en 1996 révèle aussi que 30 % des victimes de suicide par armes à feu n'étaient pas propriétaires de leur arme et que dans la plupart des cas, celle-ci n'était pas entreposée de façon sécuritaire (Saint-Laurent et Tennina, 2000).

¹ La question a été posée aux personnes de 15 ans et plus qui avaient rapporté des idées suicidaires.

Le suicide est un phénomène très préoccupant dans le Bas-Saint-Laurent qui semble se démarquer de l'ensemble du Québec à cet égard. En nombre absolu, une part importante des décès par suicide au Québec sont enregistrés dans les régions de Montréal-Centre, de Laval et de la Montérégie (Mercier et Saint-Laurent, 1998). Toutefois, si l'on tient compte du nombre d'habitants qui vivent dans les régions québécoises en utilisant un indicateur comme le taux de suicide, les régions périphériques s'avèrent être plus touchées par le suicide que la région métropolitaine (Mercier et Saint-Laurent, 1998). Selon les données du fichier des décès, il y a eu 1610 suicides en 1999 dans l'ensemble du Québec pour un taux standardisé de 21,7 par 100 000 habitants. Dans la région du Bas-Saint-Laurent, on comptait au cours de la même année 72 suicides pour un taux de 36,0 pour 100 000. Quatre-vingt-six pour cent des victimes étaient des hommes.

1.4 Ampleur de la possession d'armes à feu et de l'entreposage sécuritaire

Il est difficile de déterminer avec exactitude le nombre d'armes à feu en circulation au moyen de données fournies par les sources officielles ou les sondages, et toute estimation serait le résultat d'un calcul approximatif (Gabor, 1994). Comme le régime universel d'enregistrement des armes à feu ne sera obligatoire qu'à partir de janvier 2003, il ne permet pas actuellement de renseigner sur le nombre total d'armes à feu possédées par les particuliers. Les sondages, quant à eux, cherchent habituellement à déterminer le nombre de ménages qui possèdent une arme à feu et non le nombre total d'armes à feu des particuliers. Les répondants à ces enquêtes sont aussi susceptibles de passer sous silence la possession d'arme prohibée ou d'arme à autorisation restreinte non enregistrée, sous-estimant ainsi le nombre total d'armes à feu. Malgré ces limites, les sondages de recherche qui mesurent le nombre d'armes à feu par ménage seraient le meilleur moyen d'estimer la présence des armes à feu dans un pays ou une région (Dandurand, 1998).

Les sondages estiment entre cinq et dix millions, le nombre total d'armes à feu au Canada, pour un point milieu de sept millions d'armes (Gabor, 1994). Environ le quart des foyers canadiens (24 % à 26 %) posséderaient au moins une arme à feu (Cukier, 1998; Centre canadien sur les armes à feu, 1999). Dans la plupart des pays industrialisés, le pourcentage de foyers possédant une arme à feu est moins élevé qu'au Canada (Cukier, 1998). À cet égard, les pays industrialisés peuvent être regroupés en quatre catégories : 1) les Pays-Bas, le Royaume-Uni et le Japon avec des pourcentages de moins de 5 %; 2) l'Irlande du Nord, l'Allemagne, l'Espagne avec des pourcentages variant entre 5 % et 14 %; 3) l'Australie, la Belgique, la Nouvelle-Zélande

et la France avec des pourcentages entre 15 % et 25 %; à l'autre extrême, 4) le Canada, la Suisse, la Norvège, les États-Unis et la Finlande avec des pourcentages variant entre 26 % et 50 % (Commission sur la prévention de la criminalité et la justice criminelle des Nations Unies, 1997).

Au Québec, la proportion de ménages qui possèdent une arme à feu pourrait être un peu plus faible que la moyenne canadienne. Premièrement, on rapporte que sur l'ensemble des provinces canadiennes et des territoires, le taux d'acquisition des armes à feu par 100 000 habitants en 1990 était plus bas au Québec et en Ontario (Gabor, 1994). Deuxièmement, une enquête québécoise estime à 17 % la proportion de ménages qui possédaient au moins une arme à feu en 1994 (Lavoie et al., 2001).

Selon les sondages, au Canada, la possession d'une arme à feu est plus fréquente dans les petites collectivités que dans les grands centres urbains (Dandurand, 1998). La proportion de ménages qui possèdent une arme à feu diminue avec l'augmentation de la taille du lieu de résidence, passant de 37,3 % dans les lieux de moins de 10 000 habitants à 2,8 % dans les agglomérations de 1 million et plus (Block, 1997). Une enquête québécoise rapporte également que la proportion de ménages qui possèdent une arme à feu est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (60 % vs 40 % respectivement) (Lavoie et al., 2001). Cette différence entre les milieux urbains et ruraux serait en majeure partie due à la chasse qui est pratiquée principalement dans les régions rurales au Québec et au Canada (Block, 1997; Dandurand, 1998). Au Bas-Saint-Laurent, on peut s'attendre à ce que la possession d'armes à feu soit plus élevée que dans le reste du Québec, étant donné le nombre important de petites agglomérations et la pratique plus courante de la chasse.

Au Québec, comme dans le reste du Canada, les armes longues (armes d'épaule : fusil ou carabine) sont les armes à feu les plus répandues (Dandurand, 1998; Centre canadien des armes à feu, 1999; Lavoie et al., 2001). Alors que la presque totalité des propriétaires d'armes à feu ont une arme longue (98 % au Québec selon Lavoie et al., 2001 et 95 % au Canada selon Block, 1997), on estime que seulement 2,3 % des ménages canadiens ont en leur possession une arme de poing (pistolet ou revolver) (Block, 1997). Le Canada se distingue à cet égard des États-Unis où la proportion de ménages qui possèdent une arme de poing atteint 25,2 % (Block, 1998). Chez les propriétaires québécois d'armes longues, les trois armes les plus répandues sont par ordre décroissant, le fusil de calibre 12 (55 %), la carabine de calibre .22 (42 %) et le fusil de calibre .410 (24 %) (Lavoie et al., 2001).

C'est avant tout pour chasser que les Canadiens possèdent une arme à feu (Centre canadien des armes à feu, 1999). Près des trois quarts des propriétaires d'arme à feu (73 % à 74 %) invoquent en effet la chasse comme principale raison de possession (Block, 1998; Centre canadien des armes à feu, 1999). Les Québécois sont un peu plus nombreux que les autres Canadiens à posséder une arme à feu en raison de la chasse (78 %) (Block, 1998). Le tir à la cible constitue pour les Québécois la deuxième raison pour posséder une arme à feu avec 14 % des propriétaires d'arme à feu, suivi de la protection (7 %), parce qu'ils en ont toujours eu (6 %), et de la collection (5 %) (Block, 1998). Le Québec et le Canada se distinguent des États-Unis concernant les motifs de possession d'arme à feu, où une proportion moins élevée de propriétaires invoquent la chasse comme raison (58 %), et où la protection arrive au deuxième rang (39 %) (Block, 1998).

Une étude québécoise (Lavoie et al., 2001) révèle que 35 % des propriétaires d'armes longues les entreposaient mal en contrevenant à au moins un des trois critères visés par les règlements canadiens sur l'entreposage des armes à feu². Cette étude estime donc à au moins 6 %³ la proportion de foyers québécois possédant une arme longue, entreposée de façon non sécuritaire. Trois types de biais pourraient avoir contribué à sous-estimer l'entreposage non-sécuritaire dans les ménages : 1) le comportement d'entreposage est rapporté par le propriétaire de l'arme et celui-ci peut avoir intentionnellement répondu que son arme était conservée de façon sécuritaire même si en réalité elle ne l'était pas; 2) la participation à l'enquête se faisait sur une base volontaire et il est probable que les contrevenants aient refusé d'y participer en plus grand nombre que les non contrevenants; et 3) comme l'entreposage d'une seule arme était évalué lorsque plus d'une arme était gardée au domicile, si l'entreposage de celle qui était choisie au hasard était sécuritaire et celui des autres armes non évaluées ne l'était pas, cela a eu pour effet de sous-estimer le rangement non sécuritaire dans ces foyers.

² Le premier critère précise que l'arme doit être non chargée, le deuxième qu'elle doit être inopérante ou inaccessible et le troisième que ses munitions doivent être rangées en sécurité. Les munitions doivent être entreposées dans un lieu distinct de celui de l'arme, si celle-ci n'est pas rangée dans un contenant inaccessible (verrouillé et solide).

³ Cette estimation est obtenue en multipliant le pourcentage des foyers québécois où au moins une arme à feu est entreposée par un adulte (17 %) par le pourcentage de contrevenants parmi les sujets à l'étude (35 %).

Il est intéressant de noter que dans cette étude (Lavoie et al., 2001), 89 % des contrevenants habitaient avec au moins une autre personne et 59 % habitaient avec un enfant âgé de moins de 18 ans. Près de 30 % des contrevenants (29 %) ont déclaré que leurs armes étaient accessibles à une autre personne, soit le conjoint (70 %) ou un enfant (40 %).

1.5 Aspects légaux entourant l'acquisition, la possession et l'entreposage sécuritaire des armes à feu

Au Canada, l'acquisition, la possession et l'entreposage sécuritaire d'une arme à feu sont réglementées par la Loi sur les armes à feu. Le projet de Loi C-68 déposé en 1995 introduisait quelques changements importants dont un nouveau système de délivrance de permis pour posséder et acquérir une arme à feu et pour acheter des munitions, ainsi que l'enregistrement obligatoire de toutes les armes à feu, y compris les carabines et les fusils de chasse (Centre canadien des armes à feu, 2002). Les règlements et la Loi sur les armes à feu ont commencé à entrer en vigueur graduellement à partir du 1^{er} décembre 1998 et il est prévu que toutes les armes à feu existantes devront être enregistrées d'ici le 1^{er} janvier 2003.

Selon la Loi sur les armes à feu, le demandeur d'un permis de possession et d'acquisition d'armes à feu doit fournir avec sa demande de permis une photographie, deux références et les coordonnées du conjoint ou de l'ex-conjoint avec lequel il cohabite ou a cohabité dans les deux dernières années. L'utilisation d'une arme à feu par un particulier doit être justifiée par l'un des motifs suivants : la chasse, le tir à la cible, les compétitions de tir, la participation à un défilé ou une exposition historique, le contrôle des prédateurs dans les régions éloignées et les productions cinématographiques. Une période d'attente obligatoire de 28 jours est imposée avant la délivrance du permis, à moins que le demandeur ne soit déjà titulaire d'un permis de possession et d'acquisition d'armes à feu. Le contrôleur des armes à feu doit aviser le conjoint et ex-conjoint de la demande de permis quinze jours avant de le délivrer. De plus, chaque demandeur de permis de possession et d'acquisition d'armes à feu doit démontrer qu'il connaît le maniement sécuritaire des armes à feu et la législation régissant les armes à feu, soit en réussissant le Cours canadien de sécurité dans le maniement des armes à feu, soit en réussissant un examen approuvé par le procureur général provincial.

La réglementation entourant l'entreposage des armes à feu sans restrictions⁴ des particuliers définit trois exigences auxquelles ceux-ci doivent se plier pour entreposer leurs armes à feu (Centre canadien des armes à feu, 1999).

Exigence 1 : L'arme à feu doit être non chargée lorsqu'elle est entreposée.

Exigence 2 : L'arme à feu doit être soit rendue inopérante par l'installation d'un dispositif de verrouillage sécuritaire ou par l'enlèvement de son verrou ou de sa glissière, soit entreposée dans un contenant, un compartiment ou une pièce gardés bien verrouillés et construits de façon qu'on ne puisse les forcer facilement.

Exigence 3 : Les munitions ne peuvent être entreposées à proximité de l'arme, à moins que celles-ci ne soient placées dans un contenant ou un compartiment gardé bien verrouillé et construit de façon qu'on ne puisse les forcer facilement.

1.6 Aspects légaux entourant le retrait préventif d'une arme à feu

La loi permet d'interdire à une personne qui présente un risque pour elle-même ou pour les autres d'avoir en sa possession et d'avoir accès à des armes à feu. Il est également possible de perquisitionner ces armes avec ou sans mandat selon l'urgence posée par la situation. Les articles du code criminel qui traitent du retrait préventif d'une arme à feu pour des raisons de sécurité publique sont les articles : 111 - demande d'une ordonnance d'interdiction (L.R. 1985, c.C-46, art.111; 1991, c.40, art. 24; 1995, c.39, art. 139), 117.011 – ordonnance de restriction (1995, c.39, art. 139), 117.04 - demande de mandat de perquisition (1995, c.39, art. 139) et 117.05 - demande d'une ordonnance pour disposer des objets saisis (1995, c.39, art. 139).

Selon l'article 111 (1), « l'agent de la paix, le préposé ou le contrôleur des armes à feu peut demander à un juge de la cour provinciale de rendre une ordonnance interdisant à une personne d'avoir en sa possession des armes à feu, (...) s'il a des motifs raisonnables de croire qu'il ne serait pas souhaitable pour la sécurité de qui que ce soit que celle-ci soit autorisée à les avoir en sa possession. » L'article 117.011 (1) ajoute qu'une ordonnance peut aussi être rendue à une personne qui habite ou a des rapports

⁴ Au sens de la Loi, une arme à feu sans restrictions est une arme à feu qui n'est ni une arme à feu prohibée ni une arme à feu à autorisation restreinte.

avec un individu qui est sous le coup d'une ordonnance lui interdisant d'avoir en sa possession des armes à feu et qui aurait ou pourrait avoir accès aux armes que celle-ci a en sa possession. Le juge pourrait exiger de cette personne, qu'elle entrepose les armes de façon plus sécuritaire ou les entrepose ailleurs.

Par l'article 117.04 (1), « le juge de paix peut, sur demande d'un agent de la paix, délivrer un mandat de perquisition autorisant la saisie des armes [à feu], (...) en la possession d'une personne, de même que les autorisations, permis ou certificats d'enregistrement -dont elle est titulaire - afférents à ces objets, lorsqu'il est convaincu qu'il existe des motifs raisonnables de croire qu'il n'est pas souhaitable pour la sécurité de cette personne, ou pour celle d'autrui, de lui laisser ces objets. » La perquisition sans mandat est également permise dans les cas où l'urgence de la situation rend difficilement réalisable l'obtention d'un mandat (117.04 [2]).

Lorsqu'un agent de la paix a saisi une arme, avec ou sans mandat, il sollicite une ordonnance de disposition des objets et documents saisis (117.05 [1]). Après audition de la demande, le juge de paix peut conclure « qu'il n'est pas souhaitable pour la sécurité du saisi, ni pour celle d'autrui, qu'il ait en sa possession des armes, (...) [et] ordonner que les armes saisies soient confisquées au profit de Sa Majesté ou qu'il en soit autrement disposé », ou encore il peut interdire la possession d'armes à feu pour une période d'au plus cinq ans (117.05 [4]).

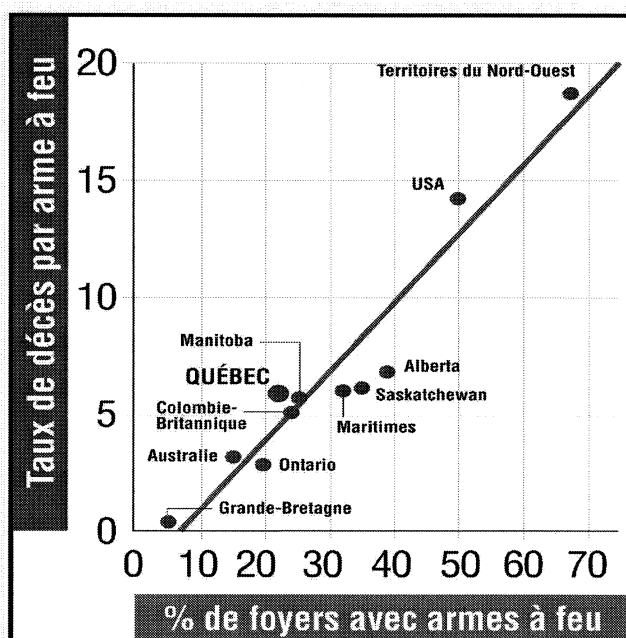
1.7 Lien entre l'accessibilité aux armes à feu et les actes de nature violente

Il semble exister une relation importante entre l'accès aux armes à feu et les taux de criminalité et de décès imputables à de telles armes (Cukier, 1998). Les chercheurs ont observé une relation significative entre l'accessibilité aux armes à feu et plusieurs actes de nature violente : le nombre de vols qualifiés et d'agressions sexuelles, le nombre de menaces et d'agression avec ces armes, le taux d'homicides par balle, le taux d'homicide global, le taux de suicide par balle et le taux global de suicide (Gabor, 1994; Killias, 1993; Van Kijk, 1997, cité par Cukier, 1998; Mayhew et Van Kijk, 1997, cité par Cukier, 1998), 2001; Gabor, 1994; Miller et al., 2001; Miller et al., 2002). Des études sont toutefois requises pour expliciter les liens qui existent entre l'accessibilité aux armes à feu et les actes de nature violente (Cukier, 1998).

Le lien entre l'accessibilité des armes à feu et le taux de décès par balle peut être illustré en comparant les pays entre eux. Des pays comme la Grande-Bretagne, l'Australie, les

États-Unis, ainsi que les provinces canadiennes se distinguent de façon non aléatoire au niveau de leur taux de décès par balle (Figure 2). Le taux de décès dû aux armes à feu a ainsi tendance à s'élever avec l'augmentation du pourcentage de foyers où l'on retrouve une arme à feu. En Grande-Bretagne, où environ 5 % des foyers conservent une arme à feu, le taux de décès par balle se situe à moins de 1 %. À l'autre extrême, dans les territoires du Nord-Ouest, où presque 70 % des foyers possèdent une arme à feu, le taux de décès par balle s'élève à près de 20 %.

Figure 2 – Taux de décès par armes à feu en fonction du pourcentage de foyers qui possèdent une arme à feu, quelques pays anglo-saxons et provinces canadiennes, 1996



Source : Miller, T. and Cohen, M. "Costs of Gunshot and Cut/Stab Wounds in the United States, with some Canadian Comparisons." *Accid Anal Prev* 1997; 29 (3) : 329-41.

1.8 Lien entre l'accessibilité aux armes à feu et les suicides par balle

La plupart des chercheurs sont d'avis qu'il existe un lien entre le taux de suicide imputable aux armes à feu et l'accessibilité à ces armes (Cukier, 1998; Cantor et Baume, 1998; Gabor, 1994). Plus il y a d'armes à feu en circulation et plus le risque est grand qu'elles soient utilisées pour tenter de se suicider (Gabor, 1994). Trois types de méthodes ont été utilisés pour vérifier cette relation : 1) en étudiant la relation entre le taux de suicide par balle d'une localité donnée et l'accessibilité aux armes à feu dans ce lieu (mesurée par le pourcentage de foyers possédant une arme à feu dans ce lieu)

(Moyer et Carrington, 1992; Miller et al., 2001; Miller et al, 2002; Lester, 1988; Johnson et al., 2000; Dudley et al., 1996); 2) en effectuant une étude rétrospective qui consiste à vérifier cas par cas l'accessibilité à une arme à feu chez des personnes qui se sont suicidées (Hintikka et al., 1997); et 3) en effectuant une étude cas-témoin qui vérifie l'accessibilité également cas par cas, mais qui utilise en plus un groupe témoin pour comparer l'effet de l'accessibilité (Beautrais et al., 1996; Kellerman et al., 1992, Brent et al., 1988). Ces études ont démontré l'existence du lien accessibilité/suicide par armes à feu chez les enfants et les jeunes, ainsi que dans la population générale, entre les régions rurales et urbaines d'un pays, entre les régions géographiques d'un pays et entre les pays. Elles ont été menées entre autres aux États-Unis, en Finlande, en Australie, en Nouvelle-Zélande et au Canada.

Les travaux de Moyer et Carrington (1992) ont démontré que le niveau d'urbanisation des localités où a lieu le suicide est lié au choix d'une arme à feu pour se suicider : plus la collectivité où a lieu le suicide est urbanisée, moins la victime est susceptible de choisir une arme à feu pour se suicider, et à l'inverse, moins la collectivité est urbanisée plus le risque de choisir une arme à feu est élevé.

Moyer et Carrington (1992) ont aussi démontré qu'au Canada, les provinces où le taux de disponibilité des armes à feu est bas présentent un taux de suicide par balle faible, et à l'inverse, les provinces où le taux de disponibilité des armes à feu est supérieur présentent un taux de suicide par balle élevé.

Des études cas-témoin ont montré qu'il était plus probable que des armes à feu se trouvent dans le foyer des victimes de suicide que dans les foyers des personnes qui tentent de se suicider (Brent et al., 1988).

Kellerman et al. (1992) ont évalué le risque de suicide pour les occupants d'un domicile où une arme à feu était conservée. Selon cette étude, les personnes qui habitent dans un foyer où est conservée une arme à feu ont 2,7 fois plus de risque de mourir par suicide que les personnes qui vivent dans un domicile où il n'y a pas d'arme à feu. L'entreposage non sécuritaire des armes à feu augmente aussi considérablement le risque de suicide. Alors que les occupants d'un domicile où une arme à feu est verrouillée ou rendue inopérante sont trois fois plus à risque de suicide que ceux d'un foyer qui ne possède pas d'arme à feu, le risque de suicide est multiplié par neuf dans les foyers où une arme à feu est conservée chargée et non verrouillée (Kellermann et al., 1992).

1.9 Lien entre l'accessibilité aux armes à feu et le taux global de suicide

Plusieurs études ont démontré que la réduction de l'accès aux armes à feu, par l'application de mesures législatives notamment, s'accompagne d'une diminution du taux global de suicide (Lester et Leenaars, 1993; Lester, 1990; Cantor et Slater, 1995; Carrington et Moyer, 1994; Killias, 1993; Loftin et al., 1991; Johnson et al., 2000). Selon l'hypothèse de la substitution de moyen, si le fait de limiter l'accès d'une personne suicidaire à une arme à feu a pour résultat de lui faire utiliser un autre moyen qui provoque également la mort, la disponibilité des armes à feu ne serait pas liée au taux global de suicide, car le taux de suicide resterait inchangé en dépit d'une diminution de l'accès aux armes à feu (Moyer et Carrington, 1992). Si au contraire, la moins grande disponibilité des armes à feu mène à une réduction du taux global de suicide, c'est que les personnes qui ont songé à se suicider avec une arme à feu ne se sont pas enlevé la vie.

Certaines études ont obtenu des résultats qui appuient l'hypothèse de la substitution de moyen, selon laquelle la réduction d'un moyen pour s'enlever la vie fait baisser les suicides commis par ce moyen, mais que cette baisse est compensée par d'autres moyens qui ramènent le taux global de suicide à son niveau initial (Ohberg et al., 1995; Rich et al., 1990; Beautrais et al., 1996; Ludwig et Cook, 2000). Par contre, certains sont d'avis que la réduction de l'accès à un moyen précis entraîne rarement un déplacement vers d'autres moyens car une personne qui planifie de mettre fin à ces jours imagine une méthode très précise plutôt qu'un ensemble de méthodes et ne va pas avoir recours à une autre méthode même après une tentative avortée (Lessard et al., 2002).

Il semble que la réduction de l'accès à un moyen pour s'enlever la vie puisse avoir un effet sur le taux global de suicide, mais que ce ne soit pas toujours le cas. Les sociétés et les individus sont complexes et ne répondent pas toujours nécessairement de façon uniforme aux changements dans la disponibilité des moyens pour s'enlever la vie, ce qui expliquerait les résultats apparemment contradictoires obtenus par les études (Cantor et Baume, 1998). Le choix d'un moyen pour se suicider, par exemple, ne serait pas seulement déterminé par l'accessibilité à ce moyen, mais aussi par d'autres facteurs comme la familiarisation, l'acceptation sociale du groupe auquel appartient une personne ou encore ses croyances religieuses (Lester, 1987; Cantor et Baume, 1998; Adamek et Kaplan, 1996; Cantor et Lewin, 1990). Plusieurs auteurs s'entendent toutefois pour reconnaître l'effet potentiel de réduction de l'accès à un moyen pour s'enlever la vie (Cukier, 1998; O'Leary, 1999; Gabor, 1994).

Les interventions sur les moyens existent depuis quelques années et ont apporté des succès certains (Dorval, 2002). En Grande-Bretagne, le nombre d'intoxications à l'acétaminophène (Tylénol) a diminué depuis 1998, après que des mesures aient été prises pour restreindre la quantité achetée et pour en réduire la toxicité (ensachement et obligation d'obtenir une ordonnance pour les formats de plus de cent comprimés) (Turvill et al., 2000; Prince et al., 2000; Hawton et al., 2001; Gunnell et al., 2001). La réduction du taux de toxicité du gaz domestique en Grande-Bretagne et au Japon a également été suivie d'une réduction marquée des suicides (Bowen et al., 1989; Lester et Abe, 1989). De même, la réglementation plus stricte entourant l'utilisation d'un herbicide très toxique (paraquat) et des modifications apportées au produit (concentration moins grande, ajout d'un émétique, coloration et odeur forte) ont entraîné une baisse des suicides au Japon (Leenaars et al., 2000).

1.10 Létalité des armes à feu et impulsivité suicidaire

Deux éléments militent en faveur de la réduction de l'accès aux armes à feu : 1) les armes à feu sont plus meurtrières que d'autres moyens pour s'enlever la vie, et 2) un certain nombre de suicides sont commis sous le coup de l'impulsion et pourrait être évités en réduisant l'accès à des moyens rapides et dangereux comme les armes à feu.

Les études ont démontré que les armes à feu constituent le moyen le plus meurtrier pour tenter de s'enlever la vie. Selon une étude effectuée à partir de données recueillies dans les hôpitaux, l'utilisation des armes à feu entraîne un décès dans 92 % des tentatives de suicide commises par une arme à feu, comparativement à 78 % pour le monoxyde de carbone, à 78 % pour les pendaisons, à 67 % pour les noyades et à 23 % pour les tentatives d'intoxication (Card, 1974; cité par Gabor, 1994). Des données relatives aux blessures montrent également que les armes à feu sont le moyen le plus meurtrier pour s'enlever la vie. Aux États-Unis, les armes à feu représentaient seulement 15 % des tentatives non mortelles de suicide, alors qu'elles sont responsables de 60 % des suicides. En comparaison, l'intoxication est responsable d'un pourcentage beaucoup plus élevé de tentatives non mortelles, 70 % et d'une proportion plus basse de suicide 11 % (Kellerman et al., 1991).

Un certain nombre de suicides commis avec une arme à feu seraient de nature impulsive, et ces impulsions à s'autodétruire seraient passagères. Des études cliniques démontrent que de nombreuses tentatives de suicide et plusieurs suicides sont commis sans beaucoup de préméditation par des personnes qui traversent une crise

situationnelle ou qui attendent à leurs jours lorsque leur jugement est affaibli (Gabor, 1994). Des études effectuées auprès de survivants qui ont été blessés gravement au cours d'une tentative de suicide par arme à feu montrent aussi plusieurs indications d'une motivation suicidaire profonde mais passagère : consommation d'alcool et conflit interpersonnel peu avant la tentative, pas de troubles mentaux dans le passé, mais présence de réactions d'adaptation accompagnées d'une humeur dépressive, peu de tentatives antérieures, pas de note explicative rédigée pour expliquer les raisons du suicide, pas de récidives et adaptation avec succès à la vie professionnelle et conjugale après la tentative ratée (Gabor, 1994).

Plusieurs études ont montré que la consommation d'alcool et de drogues avant de se suicider était très fréquente; elle ferait disparaître les inhibitions et contribuerait à pousser quelqu'un à se suicider (Gabor, 1994). Chez les jeunes de 10-19 ans, les victimes de suicide par armes à feu auraient 4,9 fois plus de risque d'avoir bu de l'alcool avant de commettre ce geste que ceux qui se sont suicidés par d'autres moyens (Brent et al., 1987). Une forte tension nerveuse causée par des événements comme le décès d'un proche, une séparation ou une perte d'emploi joue également un rôle important dans la décision de se suicider (Moyer et Carrington, 1992).

Les adolescents seraient particulièrement à risque de se suicider sous le coup d'une impulsion et seraient très sensibles à l'effet de contagion (Gabor, 1994). Des conflits avec les parents, les amis et d'autres étudiants ont été fréquemment observés avant la tentative de suicide des jeunes (Gabor, 1994).

Plusieurs cliniciens et spécialistes sont également d'avis que les idéations suicidaires peuvent se dissiper en quelques heures ou quelques jours et que plusieurs personnes qui n'ont pas réussi à s'enlever la vie sont heureuses d'avoir manqué leur coup quelques semaines après avoir été traitées (Kimberley et al, 1991; cités par Gabor, 1994; Dorval et Légaré, 2001; Lessard et al., 2002). De plus, en retardant le moment où quelqu'un peut utiliser une arme à feu, il est possible que l'idéation et les plans suicidaires se dissipent et cela laisse un laps de temps supplémentaire pour intervenir et entreprendre une démarche curative (Dorval et Légaré, 2001; Kimberley et al, 1991; cités par Gabor, 1994).

Comme le précise Gabor (1994), « (...) si plusieurs suicides sont commis à la suite d'une impulsion, dans de nombreux cas, l'issue d'une tentative de suicide peut être déterminée par le fait de pouvoir utiliser facilement des moyens très meurtriers et

indolores, dont l'utilisation exige peu de compétence et qui sont si rapides que pratiquement personne n'a l'occasion de porter secours à la victime » (p. 47).

1.11 Réduction de l'accès aux armes à feu et le rôle des professionnels de la santé

La littérature scientifique, les associations médicales, les organismes québécois en prévention du suicide et de la violence, ainsi que les comités d'experts internationaux en prévention des traumatismes qui se sont penchés sur la question, tels que l'Organisation mondiale de la santé, le groupe d'étude sur le suicide au Canada, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec favorisent tous la réduction de l'accessibilité aux armes à feu pour prévenir le suicide (Légaré, 2001; Cukier, 1998; Kellerman et al., 1991; cités par Lavoie et al., 2001; Saint-Laurent et Tennina, 2000; Chapdelaine et Maurice; 1996; Gabor, 1994, cité par Dandurand, 1998; Bertolote, 1993, cité par Leenaars et al., 2000).

L'un des objectifs de la stratégie québécoise d'action face au suicide (Mercier et Saint-Laurent, 1998) est d'ailleurs de favoriser la mise en œuvre d'actions visant à réduire l'accès à des moyens facilitant le suicide, dont les armes à feu, et de minimiser les risques qui y sont associés. Le futur programme national de santé publique du Québec prévoit également des actions visant la prévention des traumatismes par armes à feu tant auprès des professionnels de la santé qu'auprès des propriétaires d'armes (MSSS, 2002). Dans la région du Bas-Saint-Laurent, la stratégie régionale d'action face au suicide (1998) prévoyait également des actions visant à faire connaître, aux professionnels de la santé et aux policiers, les dispositions sur le rangement sécuritaire des armes, ainsi que les mesures permettant de soustraire une arme auprès des personnes à risque (Légaré, 1998).

Diverses approches peuvent être adoptées pour réduire l'accès aux armes à feu telles que la mise en place d'une réglementation plus stricte concernant les armes à feu, l'éducation à la sécurité sur l'entreposage des armes à feu, ainsi que l'implication des professionnels de la santé dans le counseling sur les armes à feu auprès de leurs patients à risque. La stratégie québécoise d'action face au suicide précisait également trois actions concernant la réduction de l'accès aux armes à feu : 1) vérifier la présence d'armes chez les personnes à risque; 2) soustraire les armes chez les personnes à risque; 3) favoriser un entreposage sécuritaire des armes (Mercier et Saint-Laurent, 1998).

Plusieurs auteurs et organismes estiment que les médecins et les professionnels de la santé qui sont en contact avec des personnes à risque peuvent jouer un rôle très important dans la prévention des actes de violence par les armes à feu (Dorval et Légaré, 2001; Thibault, C., 2002; Chapdelaine et al, 1999; Nault, 2001; Santé Canada, 2002; Dresang, 2001; Leonard, 1994; Gunn et al, 1997, Schuster et al., 2000; Boot et al., 2000; Webster et al., 1992). Ils peuvent ainsi promouvoir chez leurs patients des comportements sécuritaires qui réduisent les risques de blessures et de décès causés par les armes à feu (Price et al., 1997; Brent et al., 1993; Brent et al, 1991).

Selon une étude américaine, un nombre important de patients traités par les médecins généralistes sont à risque de blessures par armes à feu, parce plusieurs d'entre eux possèdent une arme à feu à la maison et que celle-ci n'est pas remise de façon sécuritaire (Goldberg et al., 1995). On peut penser qu'une partie non négligeable de la clientèle vue par les médecins québécois soit aussi à risque, bien qu'aucune étude n'ait été menée pour le vérifier et qu'il existe plusieurs différences entre les États-Unis et le Canada concernant la possession d'armes à feu. Des patients qui montrent des signes de dépression, des tendances suicidaires ou une prédisposition à la violence, qui souffrent d'un trouble mental ou qui sont enclins à la consommation d'alcool et de drogue seraient classés notamment parmi les personnes à risque de décès, de blessures et de violence par arme à feu (Dorval et Légaré, 2001).

Selon certains, les médecins et les professionnels de la santé devraient recevoir une formation pour faire du counseling sur les armes à feu avec leurs patients de façon à pouvoir facilement vérifier la présence et l'entreposage sécuritaire d'armes à feu au domicile de leurs patients, à les conseiller et les convaincre du retrait des armes à feu du foyer (Brent et Perper, 1995; Kaplan et al., 1998).

Peu d'études ont été menées pour évaluer l'impact du counseling réalisé par les professionnels de la santé sur les actions effectivement prises par la suite par les patients. Deux études cliniques américaines ont montré des résultats opposés à ce sujet. Dans une étude auprès de 106 familles d'adolescents traités pour dépression majeure, Brent et al. (2000) ont observé que seulement 27 % des familles s'étaient départies des armes à feu qu'elles possédaient suite aux recommandations du médecin les enjoignant à le faire. Dans une autre étude menée auprès des familles ayant un enfant qui a été vu au département d'urgence d'un hôpital pour une évaluation ou un traitement en santé mentale, Kruesi et al. (1999) ont par contre observé que cinq des huit familles qui possédaient une arme à feu ont pris des actions pour assurer son

entreposage sécuritaire ou pour s'en débarrasser, et qu'aucune des sept familles qui n'avaient pas reçu de counseling sur la sécurité entourant les armes à feu n'a pris de telles initiatives. Ces deux études ont toutefois été réalisées sur des petits nombres de cas et des études supplémentaires sont nécessaires pour mesurer l'impact du counseling réalisé par les médecins et les autres professionnels de santé.

1.12 Actions prises dans le Bas-Saint-Laurent pour prévenir les traumatismes causés par les armes à feu auprès des professionnels de la santé

En matière de counseling sur les armes à feu, la stratégie québécoise d'action face au suicide précisait qu'il faudrait s'assurer que les professionnels de la santé puissent vérifier la présence d'armes à feu chez les personnes qui présentent des risques suicidaires et qu'ils puissent saisir ces armes (Mercier et Saint-Laurent, 1998). Il faudrait également inviter les intervenants à faire appel aux services des policiers pour saisir les armes à feu en cas de danger, et de sensibiliser les proches à l'utilité d'enlever toutes les armes dans l'environnement des personnes à risque.

Dans la région du Bas-Saint-Laurent, plusieurs actions ont été menées dans le cadre de la stratégie régionale d'action face au suicide pour faire connaître aux professionnels de la santé et aux policiers les dispositions sur le rangement sécuritaire des armes à feu ainsi que les mesures permettant de soustraire une arme auprès des personnes à risque (Légaré, 2002). Parmi celles-ci, on compte :

- 1) la diffusion d'un guide de conduite en regard des armes à feu distribué à tous les médecins, un vaste éventail de professionnels de la santé et les corps policiers de la région;
- 2) la tenue de sessions de sensibilisation dans chacune des MRC du Bas-Saint-Laurent sur les risques associés aux armes, le rangement sécuritaire et les procédures pour soustraire une arme;
- 3) l'inclusion d'un thème touchant la sécurité avec les armes à feu dans le curriculum lors des sept sessions de formation sur l'intervention de crise suicidaire destinée aux médecins de la région;
- 4) la diffusion aux professionnels de la santé de la région de dépliants de sensibilisation à remettre à leurs patients lors de consultation;
- 5) la préparation et la diffusion de posters de sensibilisation sur la sécurité avec les armes;
- 6) la rédaction et la diffusion d'articles de sensibilisation dans des revues professionnelles;

- 7) la diffusion de plus de 12 000 dépliants informatifs sur la sécurité avec les armes à feu auprès des dépositaires de permis de chasse de la région;
- 8) la conception et la diffusion sur six mois de messages télévisés de sensibilisation sur la sécurité avec les armes à feu sur les ondes d'un télédiffuseur (TVA);
- 9) un projet participatif sur l'intégration d'armes inutilisées dans le cadre d'une sculpture monumentale;
- 10) d'autres projets de sensibilisation ont également été menés en ce sens, par des articles de journaux et des entrevues télévisées et radiophoniques.

L'un des préalables essentiels au counseling des professionnels de la santé sur les armes à feu auprès des personnes à risque repose sur l'adhésion des professionnels eux-mêmes à ce projet. Il semble que la motivation de ces derniers soit bonne, mais il serait nécessaire d'obtenir des informations plus précises sur leurs attitudes et intentions face aux actions préventives à mener concernant les armes à feu, l'intégration de ces mesures dans leur pratique, les conditions qui en facilitent ou en restreignent l'application et les effets perçus auprès de leur clientèle.

Nous avons recensé quatre études américaines qui ont porté sur l'évaluation de la pratique des médecins en matière de counseling sur les armes à feu. Deux d'entre elles ont été menées auprès de pédiatres et/ou de médecins et d'infirmières praticiennes qui travaillent avec des familles ayant des enfants de moins de cinq ans (Webster et al., 1992; Barkin et al., 1998). Chez ce type de professionnels de la santé, entre 30 % et 40 % reconnaissent avoir déjà fait du counseling sur les armes à feu auprès des familles traitées. La proportion d'entre ceux qui conseillent régulièrement une part substantielle de leur clientèle est cependant beaucoup moins élevée, 10 % à 20 %. Les deux autres études ont été menées auprès de médecins qui ont des clientèles particulières : des psychiatres et des médecins qui ont dans leur clientèle des personnes âgées. Dans l'étude réalisée auprès des médecins qui traitent des personnes âgées, 58 % des médecins ont indiqué qu'ils avaient déjà demandé à un patient âgé dépressif ou suicidaire ou à sa famille s'il avait accès à une arme à feu (Kaplan et al., 1998). Dans l'étude menée auprès des psychiatres, la proportion d'entre ceux qui font du counseling au sujet des armes à feu varie avec le profil des patients qu'ils traitent : 81 % d'entre eux font du counseling auprès de leurs patients suicidaires, 58 % en font auprès de la famille de leurs patients, et seulement 12 % font du counseling auprès de toute leur clientèle (Gallagher et Pittel, 2002).

Dans ces quatre études, plusieurs caractéristiques des médecins ont été associées au fait d'inclure dans sa pratique le counseling sur les armes à feu. Parmi elles, on compte l'âge et le sexe du médecin, le type de formation, l'éducation médicale continue sur l'évaluation du risque suicidaire, avoir déjà eu un patient qui s'est suicidé au moyen d'une arme à feu, des attitudes favorables à l'égard de l'efficacité et du bénéfice du counseling, ainsi que d'avoir confiance en sa capacité de poser un diagnostic de dépression et de se sentir à l'aise d'avoir une discussion au sujet des armes à feu.

2. OBJECTIFS DU PROJET

L'objectif général du projet consiste à étudier les attitudes en regard de la prévention des traumatismes par armes à feu ainsi que les conduites préventives prises par les professionnels de la santé de la région du Bas-Saint-Laurent dans le but de réduire l'accès aux armes à feu chez les personnes à risque. Plus spécifiquement, il s'agit de vérifier dans quelle mesure les professionnels de la santé :

- 1) ont reçu une formation ou de l'information au sujet du counseling sur les armes à feu;
- 2) se sentent à l'aise de faire du counseling sur les armes à feu avec leurs patients;
- 3) introduisent dans leur pratique le counseling sur les armes à feu en vérifiant systématiquement la présence d'armes à feu chez les personnes à risque, en faisant des recommandations pour soustraire les armes et en faisant un suivi à leurs recommandations;
- 4) se sentent suffisamment informés et formés pour faire du counseling sur les armes à feu et d'identifier quels sont leurs besoins en cette matière.

Il faudrait aussi s'enquérir au sujet :

- 5) des caractéristiques des professionnels de la santé qui font du counseling et de ceux qui n'en font pas;
- 6) des attitudes des professionnels de la santé relativement à l'efficacité du contrôle des moyens sur la réduction des traumatismes par arme à feu;
- 7) des motifs qui favorisent ou qui font obstacle au counseling sur les armes à feu.

3. MÉTHODOLOGIE

3.1 Méthode de collecte de l'information

Les données seront recueillies par le biais d'un questionnaire postal auto-administré d'une durée maximale de dix minutes. Différentes stratégies seront utilisées pour maximiser le taux de réponse : envoi d'une lettre de présentation personnalisée et signée par un ou des médecins jouissant de la reconnaissance de leurs pairs, design soigné du questionnaire et relance pour stimuler les répondants.

Le questionnaire sera en partie inspiré d'une étude du même type menée aux États-Unis par deux chercheurs du Harvard Injury Control Research Center (Gallagher et al., 2002). Il s'agira d'y intégrer les items concernant les activités de sensibilisation qui ont été menées dans le Bas-Saint-Laurent.

3.2 Population à l'étude

La population visée par l'étude regroupe les professionnels de la santé et les intervenants du Bas-Saint-Laurent qui sont susceptibles dans leur pratique de rencontrer des personnes à risque et qui ont été sensibilisés à l'importance de faire du counseling au sujet des armes à feu. Il s'agit de l'ensemble des médecins omnipraticiens (210), des médecins psychiatres (13), des pédiatres (10), des gynécologues/obstétriciens (10), des psychologues (116), des intervenants sociaux des CLSC (50) et des intervenants rémunérés des trois centres de prévention du suicide ou de crise du territoire (Rimouski, Rivière-du-Loup et KRTB). Au total, environ 400 professionnels forment la population à l'étude.

3.3 Plan d'analyse

Les variables dépendantes de l'étude sont des mesures de l'intégration du counseling sur les armes à feu à la pratique des professionnels. Les variables indépendantes qui seront considérées sont l'âge et le sexe du professionnel, le type de professionnel et le type de pratique, les attitudes à l'égard du counseling sur les armes à feu, le fait d'avoir été sensibilisé à l'importance de faire du counseling sur les armes à feu et les motifs qui favorisent ou qui font obstacle au counseling sur les armes à feu.

L'analyse des données recueillies comportera trois grandes parties : 1) une description des fréquences obtenues à chacune des questions, 2) des analyses bivariées qui consisteront à mesurer la relation existant entre chacune des variables dépendantes et les variables indépendantes, 3) des analyses multivariées visant à déterminer l'impact relatif des variables indépendantes sur chacune des variables dépendantes (dans la mesure où le nombre de cas pourra le permettre).

Dans le cas des analyses bivariées, des tests de différence de moyennes (t-test) seront utilisés avec les variables dépendantes continues et des analyses du chi-carré seront calculées avec les variables dépendantes dichotomiques ou catégorielles.

Pour les relations multivariées, une analyse de variance (ANOVA) sera utilisée avec les variables dépendantes continues et la régression logistique sera utilisée avec les variables dépendantes dichotomiques. Le rapport de cotes (odds ratio) est la mesure principale qui sera retenue avec l'intervalle de confiance correspondant fixé au seuil $\alpha=0,05$ pour les analyses multivariées utilisant la régression logistique. Pour tous les tests statistiques, les seuils d'erreur de première espèce retenus seront fixés à $\alpha=0,05$. La saisie et l'analyse des données seront effectuées à l'aide du logiciel SPSS.

Une comparaison avec les résultats obtenus aux États-Unis dans l'étude de Gallagher et al. (2002) pourra également être effectuée.

4. CONCERTATION

Le présent projet prévoit la mise en place d'un comité consultatif afin de bénéficier en temps opportun des commentaires et des orientations de quelques personnes intéressées par ce projet d'étude. Le comité sera aussi l'occasion de favoriser la circulation d'information concernant la prévention des traumatismes par arme à feu auprès de personnes occupant une position stratégique. Le comité consultatif pourrait être formé de quatre personnes, dont un médecin omnipraticien coroner, un représentant de la Sûreté du Québec, un psychologue d'un des centres de prévention du suicide et de crise, et d'un agent de planification et de programmation sociosanitaire de la Direction de la santé publique du Bas-Saint-Laurent affecté au dossier violence. Le mandat du comité consultatif consisterait à donner des avis et orienterait au besoin les travaux réalisés, et ce, à trois reprises au cours du déroulement de la recherche.

5. INTÉRÊT DU PROJET ET RETOMBÉES

La stratégie régionale d'action face au suicide du Bas-Saint-Laurent a guidé le déploiement de plusieurs actions visant à faire connaître aux professionnels de la santé de même qu'aux policiers, les dispositions sur le rangement sécuritaire des armes ainsi que les mesures permettant de soustraire une arme auprès des personnes à risque. L'étude des attitudes et conduites préventives des professionnels de la santé pour prévenir les traumatismes causés par les armes à feu devrait fournir de plus amples informations sur les conditions favorisant la mise en place d'actions préventives auprès des professionnels de la santé relativement aux armes à feu. Les motifs qui favorisent

l'exercice du counseling sur les armes à feu et ceux qui lui font obstacle seront ainsi mieux connus. Nous n'avons recensé que quelques études de ce genre dans la littérature scientifique, et à notre connaissance, aucune au Québec.

6. PLAN DE DIFFUSION

Les résultats obtenus dans l'étude sur les attitudes et les conduites préventives des professionnels de la santé feront l'objet d'un rapport de recherche. Ce rapport sera diffusé auprès de différents intervenants et organismes concernés par le rôle des professionnels de la santé en matière de prévention des traumatismes par les armes à feu. Il pourra également être rendu disponible à un large auditoire par le biais d'Internet sous format PDF. Un résumé du rapport sera également diffusé dans divers organes d'information d'organismes et associations professionnelles, tels que l'actualité médicale, le Bulletin du collège des médecins, Vis-à-vis (AQPS) et Complicité (RRSSS-BSL). Un article scientifique pourra aussi être rédigé et soumis à des revues concernées par le sujet, comme la Revue canadienne de santé publique et Maladies chroniques au Canada.

Les principaux résultats de l'étude pourront aussi faire l'objet de présentations : au palier local, devant le comité régional de prévention du suicide et le Département régional de médecine générale, ainsi que dans le milieu policier; et au palier provincial, devant le comité MSSS-Régie en prévention du suicide, et lors de colloques ayant pour thème la prévention de la violence et des traumatismes.

BIBLIOGRAPHIE

ADAMEK, M. E. et M. S. KAPLAN, 1996. « The growing use of firearms by suicidal older women ». *Suicide Life Threat Behav* 26 (1) : 71-78.

BARKIN, S., DUAN, N., FINK, A., BROOK, R. H. et L. GELBERG, 1998. « The Smoking Gun, Do Clinicians Follow Guidelines on Firearm Safety Counseling ? ». *Arch Pediatr Adolesc Med* 152 (8) : 749-756.

BEAUTRAIS, A. L., JOYCE, P. R. et R. T. MULDER, 1996. « Access to firearms and the risk of suicide : a case control study ». *Aust N Z J Psychiatry* 30 (6) : 741-748.

BLOCK, R., 1998. *Les armes à feu au Canada et dans huit autres pays occidentaux : résultats choisis du Sondage international de 1996 (auprès des victimes) de crime*. Ottawa, Ministère de la Justice, 33 p.

BOOTH, N. BRISCOE, M. et R. POWELL, 2000. « Suicide in the farming community : methods used and contact with health services ». *Occup Environ Med* 57 (9) : 642-644.

BOWEN, D. A. L. et P. DUFFY, 1989. « Carbon monoxide poisoning ». *Forensic Science International* 41 : 163-168.

BRENT, D. A., BAUGHER, M., BIRMAHER, B., KOLKO, D. J. et J. BRIDGE, 2000. « Compliance with recommendations to remove firearms in families participating in a clinical trial for adolescent depression ». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39 (10) : 1220-1226.

BRENT, D. A., PERPER, J. A. et C. J. ALLMAN, 1987. « Alcohol, firearms, and suicide among youth. Temporal trends in Allegheny County, Pennsylvania, 1960 to 1983 ». *JAMA* 257 (24) : 3369-3372.

BRENT, D. A., PERPER, J. A., GOLDSTEIN, C. E., KOLKO, D. J., ALLAN, M. J., ALLMAN, C. J. et J. P. ZELENAK, 1988. « Risk factors for adolescent suicide ». *Archives of General Psychiatry* 45 : 581-588.

BRENT, D. A. et J. A. PERPER, 1995. « Research in adolescent suicide : Implications for training, service delivery and public policy ». *Suicide & Life-Threatening Behavior* 25 (2) : 222-233.

BRENT, D. A., PERPER, J. A., MORITZ, G., BAUGHER, M., SCHWEERS, J. et C. ROTH, 1993. « Firearms and adolescent suicide. A community case-control study ». *Am J Dis Child* 147 (10) : 1066-1071.

BRENT, D. A., PERPER, J. A., ALLMAN, C. J., MORITZ, G. M., WARTELLA, M. E. et J. P. ZELENAK, 1991. « The presence and accessibility of firearms in the homes of adolescent suicides. A case-control study ». *JAMA* 266 (21) : 1989-2995.

BUREAU DU CORONER DU QUÉBEC, 1999. *Décès par arme à feu (1990-1998)*. Québec.

CANTOR, C. H. et P. J. BAUME, 1998. « Access to methods of suicide : what impact ? ». *Aust N Z J Psychiatry* 32 (1) : 8-14.

CANTOR, C. H. et T. LEWIN, 1990. « Firearms and suicide in Australia ». *Aust N Z J Psychiatry* 24 (4) : 500-509.

CANTOR, C. H. et P. J. SLATER, 1995. « The impact of firearm control legislation on suicide in Queensland : preliminary findings ». *Med J Aust* 162 (11) : 583-585.

CARD, J. J., 1974. « Lethality of suicide methods and suicide risk : Two distinct concepts ». *Omega* 5 : 37-45.

CARRINGTON, P. J. et S. MOYER, 1994. « Gun control and suicide in Ontario ». *Am J Psychiatry* 151 (4) : 606-608.

CARRINGTON, P. J. et S. MOYER, 1994. « Gun availability and suicide in Canada ». *Studies on Crime and Crime Prevention* 3 : 168-178.

CENTRE CANADIEN SUR LES ARMES À FEU, 1999. *Le point sur les armes à feu*. Ottawa, Centre canadien sur les armes à feu, 4 p.

CENTRE CANADIEN DES ARMES À FEU, Page consultée le 3 novembre 1999. Manuel de référence des préposés aux armes à feu, entreposage, [En ligne], URL : <http://www.cfc-ccaf.gc.ca/cfm/FRANCAIS/TOPICS/14STORAGE/1410300D.HTM>

CENTRE CANADIEN DES ARMES À FEU, Page consultée le 3 novembre 1999. *Sommaire de recherche, Le suicide par balle*, [En ligne], URL : http://www.cfc-ccaf.gc.ca/Research/suic_fr.html

CENTRE CANADIEN DES ARMES À FEU, Page consultée le 21 octobre 2002. *Historique du contrôle des armes à feu au Canada jusqu'à la Loi sur les armes à feu, inclusivement*, [En ligne], URL : http://www.cfc-ccaf.gc.ca/fr/historical/firearms/firearms_control.asp

CHAPDELAINE, A., SAMSON, E. et M. COMEAU, 1999. « Les armes à feu à domicile : le rôle préventif des professionnels de la santé ». *Bulletin de santé publique de la région de Québec* 11 (5) : 2-5.

CHAPDELAINE, A. et P. MAURICE, 1996. « Firearms Injury Prevention and Gun Control in Canada ». *Canadian Medical Association Journal* 155 (9) : 1285-1289.

COMMISSION SUR LA PRÉVENTION DE LA CRIMINALITÉ ET LA JUSTICE CRIMINELLE DES NATIONS UNIES, 1997. *Criminal Justice Reform and Strengthening of Legal Institutions Measures to Regulate Firearms, Report of the Secretary-General*. Vienne, Nations Unies, 28 p.

CUKIER, W., 1998. « La réglementation des armes à feu : le Canada dans le contexte international ». *Maladies chroniques au Canada* 19 (1) : 1-17.

DANDURAND, Y., 1998. *Armes à feu, décès accidentels, suicides et crimes violents, Recherche bibliographique concernant surtout le Canada*. Ottawa, Ministère de la Justice Canada, Centre canadien des armes à feu, 116 p.

DORVAL, J.-F., 2002. *Rapport d'investigation du coroner, numéro de dossier A-139453*. Québec, Bureau du coroner, 7 p.

DORVAL, J.-F. et G. LÉGARÉ, 2001. « La Possession d'armes à feu, Quel est Le rôle du médecin ? ». *Le clinicien*, septembre 2001, p. 141-152.

DRESANG, D. L., 2001. « Gun deaths in rural and urban settings : recommendations for prevention ». *J Am Board Fam Pract* 14 (2) : 107-115.

DUDLEY, M., CANTOR, C. et G. de MOORE, 1996. « Jumping the gun : firearms and the mental health of Australians ». *Aust N Z J Psychiatry* 30 (3) : 370-381.

GABOR, T., ROBERTS, J. V., STEIN, K. et L. DIGIULIO, 2001. « Unintentional Firearm Deaths : Can They Be Reduced by Lowering Gun Ownership Levels ? ». *Revue canadienne de santé publique* 92 (5) : 396-398.

GABOR, T., 1994. *The impact of the availability of firearms on violent crime, suicide, and accidental death*. Ottawa, Ministère de la Justice.

GALLAGHER, S. S., PITTEL, E., VRINIOTIS, M. et D. AZRAEL, 2002. « Psychiatrists' Knowledge, Attitudes & Practices Concerning Firearm-Related Suicide Risk Assessment ». Communication présentée dans le cadre de la 6^e Conférence mondiale «Prévention et contrôle des traumatismes» tenue à Montréal du 12 au 15 mai 2002.

GOLDBERG, B. W., VON BORSTEL, E. R., DENNIS, L. K. et E. WALL, 1995. « Firearm injury risk among primary care patients ». *J Fam Pract* 41 (2) : 158-162.

GROSSMAN, D. C., REAY, D. T. et S. A. BAKER, 1999. « Self-inflicted and unintentional firearm injuries among children and adolescents : the source of the firearm ». *Arch Pediatr Adolesc Med* 153 (8) : 875-878.

GUNN, W. D., JOHNS, A., MADEN, A. et P. J. TAYLOR, 1997. « Doctors should word towards elimination of all firearms and knives ». *BMJ* 314 (7079) : 514.

GUNNELL, D., MURRAY, V. et K. HAWTON, 2000. « Use of Paracetamol (Acetaminophen) for Suicide and Nonfatal Poisoning : Worldwide Pattern of Use and Misuse ». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 30(4) : 313-326.

HAWTON, K., TOWNSEND, E., DEEKS, J., APPLEBY, L., GUNNELL, D., BENNEWITH, O. et J. COOPER, 2001. « Effects of legislation restricting pack sizes of paracetamol and salicylate on self poisoning in the United Kingdom : before and after study ». *BMJ* : 322 (7296) : 1203.

HINTIKKA, J. LEHTONEN, J. et H. VIINAMAKI, 1997. « Hunting guns in homes and suicides in 15-24-year-old males in eastern Finland ». *Aust N Z J Psychiatry* 31 (6) : 858-861.

HUNG, K., 1997. *Firearm statistics*. Ottawa, Research and Statistics Division, Department of Justice.

JOHNSON, G. R., KRUG, E. G. et L. B. POTTER, 2000. « Suicide Among Adolescents and Young Adults : A Cross-National Comparison of 34 Countries ». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 30 (1) : 74-82.

KAPLAN, M. S., ADAMEK, M. E. et J.A. RHOADES, 1998. « Prevention of Elderly Suicide, Physicians' Assessment of Firearm Availability ». *Am J Prev Med* 15 (1) : 60-64.

KAPLAN, M. S. et O. GELING, 1998. « Firearm Suicides and Homicides in the United States : Regional Variations and Patterns of Gun Ownership ». *Social Science and Medicine* 46 (9) : 1227-1233.

KELLERMAN, A. L., RIVARA, F. P., SOMES, G., READY, D. T. et J. FRANCISCO, 1992. « Suicide in the Home in Relation to Gun Ownership ». *The New England Journal of Medicine* 327 (7) : 467-472.

KELLERMAN, A. L., RIVARA, F.P., RUSHFORTH, N.B. et al., 1993. « Gun ownership as a risk factor for homicide in the home ». *New Eng J Med* 329 (15) : 1084-1091.

KELLERMAN, A. L., LEE, R. K., MERCY, J. A. et J. BANTON, 1991. « the epidemiologic basis for the prevention of firearm injuries ». *Annual Review of Public Health* 12 : 17-40.

KILLIAS, M., 1993. « International correlations between gun ownership and rates of homicide and suicide ». *Can Med Assoc J* 148 (10) : 1721-1725.

KRUESI, M. J., PENNINGTON, J. M., WOODWARD, P. J., DUDA, D. et J. G. HIRSCH, 1999. « Suicide and violence prevention : parent education in the emergency department ». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38 (3) : 250-255.

KRUG, É. G., POWELL, K. E., et L.L. DAHLBERG, 1998. « Firearm related deaths in the United States and 35 other high and upper-middle-income countries ». *Int. J. Epidemiol.* 27 : 214-221.

LAVOIE, M., CARDINAL, L., CHAPDELAIN, A. et D. SAINT-LAURENT, 2001. « L'état d'entreposage des armes à feu longues gardées à domicile, au Québec ». *Maladies Chroniques au Canada* 22 (1) : 26-32.

LEENAARS, A., CANTOR, C., CONNOLLY, J., ECHOHAWK, M., GAILIENE, D., XIONG HE, Z., KOKORINA, N., LESTER, D., LOPATIN, A. A., RODRIQUEZ, M., SCHLEBUSCH, L., TAKAHASHI, Y., VIJAYAKUMAR, L. et S. WENCKSTERN, 2000. « Controlling the Environment to Prevent Suicide : International Perspectives ». *Can J Psychiatry* 45 : 639-644.

LÉGARÉ, G., 2002. « Quelques réalisations effectuées dans le cadre de la Stratégie régionale de prévention du suicide au Bas-Saint-Laurent ». Rimouski, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, document miméo, 11 p.

LÉGARÉ, G., 2001. *La prévention des traumatismes par armes à feu*. Rimouski, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, document miméo présenté dans le cadre des prix de reconnaissance de la RRSSS-01, 11 p.

LÉGARÉ, G., 1998. *Stratégie régionale d'action face au suicide dans le Bas-Saint-Laurent*. Rimouski, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, document miméo, 43 p.

LEONARD, K. A., 1994. « Firearm deaths in Canadian adolescents and young adults ». *Can J Public Health* 85 (2) : 128-131.

LESSARD, R., TRICKEY, F. et S. PERRON, 2002. *Un pont sécuritaire pour tous, Recommandations du Groupe de travail sur les suicides depuis le pont Jacques-Cartier*. Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 31 p.

LESTER, D., 1987. « An availability-acceptability theory of suicide ». *Act Nerv Super (Praha)* 29 (3) : 164-166.

LESTER, D., 1988. « Firearm availability and the incidence of suicide and homicide ». *Acta Psychiatr Belg* 88 (5-6) : 387-393.

LESTER, D., 1990. « The availability of firearms and the use of firearms for suicide : a study of 20 countries ». *Acta Psychiatr Scand* 81 (2) : 146-147.

LESTER, D. et K. ABE, 1989. « The effect of restricting access to lethal methods for suicide : a study of suicide by domestic gas in Japan ». *Acta Psychiatric Scand* 32 : 830-838.

LESTER, D. et A. LEENAARS, 1993. « Suicide rates in Canada before and after tightening firearm control laws ». *Psychol Rep* 72 : 787-790.

LOFTIN, C., MCKOWALL, D. WIERSEMA, B. et T. J. COTTEY, 1991. « Effects of restrictive licensing of handguns on homicide and suicide in the District of Columbia ». *N Engl J Med* 325 (23) : 1615-1620.

LUDWIG, J. et P. J. COOK, 2000. « Homicide and suicide rates associated with implementation of the Brady Handgun Violence Prevention Act ». *JAMA* 284 (5) : 585-591.

MAYHEW, P. et J. J. M. VAN DIJK, 1997. *Criminal victimization in eleven industrialized countries*. Wetenschappelijk Onderzoek-en Documentatiecentrum (WODC).

MERCIER, G. et D. SAINT-LAURENT, 1998. *Stratégie québécoise d'action face au suicide, S'entraider pour la vie*. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 94 p.

MILLER, T., 1995. « Costs associated with gunshots in Canada in 1991 ». *Can Med Assoc J* 153 (9) : 1261-1268.

MILLER, M., AZARAE, D. and D. HEMENWAY, 2002. « Firearm Availability and Unintentional Firearm Deaths, Suicide, and Homicide among 5-14 Year Olds ». *The Journal of Trauma Injury, Infection, and Critical Care* 52 : 267-275.

MILLER, M., AZARAE, D. et D. HEMENWAY, 2001. « Firearm availability and unintentional firearm deaths ». *Accident Analysis and Prevention* 33 : 477-484.

MINISTÈRE DE LA JUSTICE CANADA, Page consultée le 11 novembre 2002. *Code criminel, Partie III Armes à feu et autres armes, articles 111, 117.011, 117.04 et 117.05*, [En ligne], URL : <http://www.lois.justice.gc.ca/fr/c-46/16443.html>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2002. *Le programme national de santé publique 2003-2012, Version de consultation*. Gouvernement du Québec, 1^{er} octobre 2002, 100 p. + annexes.

MOYER, S. et P. J. CARRINGTON, 1992. *La disponibilité des armes à feu et les suicides commis au moyen d'une arme à feu*. Ottawa, Centre canadien des armes à feu, 55 p.

NAULT, S., 2001. « Les décès par arme à feu, Une arme à feu dans un foyer : un gros risque ! ». *Prévention en pratique médicale*. Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre et Association des Médecins Omnipraticiens de Montréal, p. 1-4.

OHBERG, A., LONNQVIST, J., SARNA, S., VUORI, E. et A. PENNTTILA, 1995. « Trends and availability of suicide methods in Finland. Proposals for restrictive measures ». *British Journal of Psychiatry* 166 (1) : 35-43.

O'LEARY, M., 1999. *Recherche sur les armes à feu : Bibliographie annotée sur certaines questions (1990-1998)*. Ottawa, Ministère de la Justice, Centre canadien des armes à feu, 39 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2001. *Small Arms and Global Health, Who Contribution to the UN Conference on Illicit Trade in Small Arms and Light Weapon July 9-20, 2001*. Genève, Organisation mondiale de la santé, Department of Injuries and Violence Prevention, 24 p.

PRICE, J. H., EVERETT, S. A., BEDELL, A. W. et S. K. TELLJOHANN, 1997. « Reduction of firearm-related violence through firearm safety counseling. The role of family physicians ». *Arch Fam Med* 6 (1) : 79-83.

PRINCE, M. I., THOMAS, S. H., JAMES, O. F. et M. HUDSON, 2000. « Reduction in Incidence of Paracetamol Poisoning ». *The Lancet* 355 : 2047-2048.

PROACTIVE INFORMATION SERVICES INC., 1997. *L'utilisation des armes à feu dans les affaires d'homicides, de vols qualifiés et de suicides sur lesquelles le Service de police de Winnipeg a fait enquête (1995)*. Ottawa, Ministère de la Justice, Centre canadien des armes à feu.

RICH, C. L., YOUNG, J. G., FOWLER, R. C., WAGNER, J. et N. A. BLACK, 1990. « Guns and suicide : possible effects of some specific legislation ». *Am J Psychiatry* 147 (3) : 342-346.

SAINT-LAURENT, D. et S. TENNINA, 2000. *Résultats de l'enquête portant sur les personnes décédées par suicide au Québec entre le 1^{er} septembre et le 31 décembre 1996*. Ministère de la Santé et des Services sociaux et le Bureau du coroner du Québec, 59 p.

SANTÉ CANADA, Page consultée le 29 octobre 2002. Rapport sur les maladies mentales au Canada, Chapitre 7 Comportement suicidaire, [En ligne], URL : http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/miic-mmac/chap_7_f.html

SCHUSTER, M. A., FRANKE, T. M., BASTIAN, A. M., SOR, S. et N. HALFON, 2000. « Firearm Storage Patterns in US Homes With Children ». *Am J. Public Health* 90 : 588-594.

TENNINA, S., 1994. *Enquête descriptive des décès par arme à feu, 1990-1993, Québec*. Bureau du Coroner du Québec.

THIBAUT, C., 2002. « Prévenir le suicide par arme à feu ». *L'infirmière du Québec* 9 (5) :10-20.

TURVILL, J. L., BURROUGHS, A. K. et K. P. MOORE, 2000. « Change in Occurrence of Paracetamol Overdose in UK After Introduction of Blister Packs ». *The Lancet* 355 : 2048-2049.

VAN DIJK, J. J. M., 1997. *Criminal victimisation and victim empowerment in an international perspective*. Présenté au Ninth International Symposium on Victimology les 25-29 août 1997 à Amsterdam (Pays-Bas).

WEBSTER, D. W., WILSON, M. E. H., KUGGAN, A. K. et L. C. PAKULA, 1992. « Firearm Injury Prevention Counseling : A Study of Pediatricians' Beliefs and Practices ». *Pediatrics* 89 (5) : 902-907.