

LE CONTRÔLE DES ARMES ET LE REGISTRE DES ARMES D'ÉPAULE

DÉCLARATION DES ORGANISMES DE SANTE

Avril 2010

La prévention des blessures et décès par arme à feu : Le registre des armes à feu est un bon investissement

Les récents débats politiques entourant le contrôle des armes ont surtout visé les problèmes liés à la violence en milieu urbain, les gangs de rue et les armes de poing. Cependant, cette vue du problème ne tient pas compte de deux faits majeurs : la plupart des décès liés aux armes à feu au Canada sont des suicides, et les armes qui tuent le plus sont des carabines et des fusils de chasse.

Au cours des 20 dernières années, les représentants de la communauté médicale ont préconisé un contrôle plus strict des armes à feu en raison du taux accablant de blessures et de décès évitables causés par celles-ci : près de 1400 Canadiens sont décédés par arme à feu en 1991. La grande majorité des décès par balles ne sont aucunement liés aux gangs de rue. Ils surviennent plutôt lorsque des citoyens jadis généralement respectueux des lois deviennent violents ou suicidaires, souvent de manière impulsive ou sous l'influence de l'alcool ou des drogues et lorsqu'ils traversent une période difficile telle qu'une rupture ou une perte d'emploi. Lorsque les armes à feu sont facilement accessibles au cœur d'un drame conjugal, les risques de faire plusieurs victimes auxquelles s'ajoute un suicide sont beaucoup plus élevés.

La quantité d'armes à feu en circulation est plus importante dans les régions rurales et, par conséquent, l'opposition à leur contrôle y est plus virulente. Il n'en demeure pas moins que le taux de décès par arme à feu y est aussi nettement plus élevé. Le Yukon, un bastion d'opposition au contrôle des armes à feu, affiche un taux de décès par arme à feu trois fois plus élevé que celui de la moyenne nationale. En dépit de tout ce qui se rapporte aux gangs de rue en zone urbaine, les policiers sont beaucoup plus à risque dans les communautés rurales.

Impacts positifs de la loi

Depuis la dernière vague de réformes législatives, nous pouvons noter des résultats encourageants. À l'échelle du Canada, il y a eu 818 décès liés aux armes à feu en 2005, ce qui représente une baisse significative de 43 %ⁱ depuis 1991. Au Québec, la baisse est encore plus prononcée : de 400 décès en 1991 à 211 en 2007ⁱⁱ, cela représente une baisse de près de la moitié (-48 %).

Il n'est pas surprenant que les progrès les plus importants concernent les décès liés aux fusils et aux carabines, soit les armes ayant été soumises à la plupart des nouvelles restrictions (les armes de poing sont enregistrées depuis les années 30). Par exemple, la plupart des suicides par balles chez les individus âgés de 15 à 35 ans ont été commis avec des armes à feu qui étaient facilement accessibles dans les foyers. Le nombre de ces tragédies a diminué de 64 % en neuf ans (de 329 en 1995 à 121 en 2005)ⁱⁱⁱ, sans indice de substitution avec d'autres moyens^{iv}.

Tout comme les homicides commis à l'aide d'un fusil ou d'une carabine, les homicides de femmes par arme à feu ainsi que les accidents mortels par balles (la plupart avec des armes d'épaule) ont diminué plus rapidement que les autres types de blessures mortelles. (Les homicides par arme de poing, alimentés en partie par le trafic illégal, sont demeurés relativement stables.) Dans l'ensemble, au Québec, les meurtres avec armes à feu ont diminué de 88 en 1991 à 27 en 2007, une incroyable réduction de 70 %.

Efficacité des mesures plus sévères

Cette impressionnante réduction des décès par balles est sans aucun doute liée aux nouveaux contrôles. D'abord, le dépistage des candidats aux permis de possession contribue à réduire les risques qu'une personne dangereuse ou suicidaire ait accès aux armes à feu. Jusqu'à maintenant, plus de deux millions de propriétaires d'armes ont obtenu un permis de possession. L'octroi et le renouvellement systématique de ces permis représentent une composante fondamentale du processus d'évaluation des risques. En effet, plus de 22 523 permis ont été refusés ou révoqués entre 1999 et 2008 à des individus considérés à risque^v.

Les permis de possession et l'enregistrement fonctionnent ensemble pour garder les armes à feu légales dans les mains de propriétaires légaux. Puisqu'il permet de retracer les armes à leur dernier propriétaire légal, l'enregistrement aide à prévenir les ventes ou « prêts » illégaux à des individus sans permis (et potentiellement dangereux). De plus, un propriétaire de dix armes enregistrées sera davantage porté à les entreposer de façon sécuritaire, selon la loi. Des études ont montré que, dans les États américains avec des permis de possession et l'enregistrement des armes (versus seulement l'une ou l'autre de ces mesures), il y avait moins d'armes détournées vers le marché noir.^{vi} L'enregistrement permet également aux autorités policières de retirer temporairement les armes à feu des foyers où les risques de suicide ou de violence sont élevés.

En fait, c'est en raison de tout ce qui précède que la Cour suprême a décrété que l'enregistrement des armes à feu est un élément essentiel à l'application du régime de permis de possession et ne peut pas être dissocié du système.^{vii} De plus, l'enregistrement est une procédure qui ne s'effectue qu'une seule fois. Les sept millions d'armes à feu qui ont déjà été enregistrées n'ont plus à l'être, à moins d'être revendues.

Un investissement qui en vaut la peine

Ceux qui s'opposent au registre ont intentionnellement présenté une fausse image des coûts. S'il est vrai que des sommes excessives ont été investies afin de mettre le système en place, les économies qui seraient réalisées aujourd'hui si on abolissait le registre des armes d'épaule s'élèveraient à moins de trois millions de dollars par an. Il s'agit là d'une somme négligeable, surtout lorsque l'on considère que le système est utilisé par les policiers plusieurs milliers de fois par jour. Par ailleurs, l'investissement est largement contrebalancé par les bénéfices économiques découlant de la réduction des blessures et des décès par balles, estimés à près de 1,4 milliard de dollars par année.^{viii}

La prévention est une priorité

Les organisations de santé ont lutté pour le renforcement de la loi en 1991 et en 1995.^{ix} Les recherches scientifiques démontrent que les nouveaux contrôles ont contribué à la réduction des blessures et des décès par arme à feu. Ainsi, la loi canadienne est citée en tant que modèle partout dans le monde, tout particulièrement à l'égard de la lutte contre la violence faite aux femmes. Elle est également conforme aux standards internationaux, incluant la directive européenne récemment annoncée qui comprend l'enregistrement de toutes les armes à feu.

En tant que professionnels de la santé, nous sommes conscients de l'importance d'investir dans la prévention, qu'il s'agisse de la sécurité routière ou de la prévention des maladies infectieuses. S'il est vrai que la prévention est difficile à mesurer, l'absence de mesures de prévention, elle, a des impacts évidents. Six enquêtes différentes de coroners ont recommandé un système de permis de possession et l'enregistrement des armes.

Notre travail quotidien nous rappelle constamment les dangers réels associés aux armes à feu. C'est pourquoi nous prenons position contre le projet de loi C-391, la législation présentement à l'étude par la Chambre des communes qui vise l'abolition du registre des armes à feu.

Signée par :**GROUPES (28) :**

Ms. Debra Lynkowski
 Chef de la direction
Association canadienne de santé publique

Elizabeth Taylor, PhD OT(C)
 Présidente
Association canadienne des ergothérapeutes

Chris Evans, MD
 Président
Association canadienne des médecins d'urgence

Jean-Yves Frappier, MD, FRCPC, MSc
 Président
Association canadienne pour la santé des adolescents

Ms. Linda Silas
 Présidente
Fédération canadienne des infirmières

Dr Geneviève Bécotte, MD, CCMF (MU)
 Présidente
Association des médecins urgentologues du Québec

Liz Haugh
 Présidente
Association pour la santé publique de l'Ontario

Bruno Marchand
 Directeur général
Association québécoise de prévention du suicide

Lucie Thibodeau
 Présidente
Association pour la santé publique du Québec

Dr Jean-François Dorval, MD, LMCC
 Porte-parole sur le contrôle des armes
Comité stratégie régionale d'action face au suicide du Bas-St-Laurent

Dr Dale Dewar, MD, FCFP
 Directrice générale
Médecins pour la survie mondiale

Dr Robert Cushman
 Président et directeur général
Réseau d'intégration locale de santé de Champlain

Dr David McKeown
 Directeur de santé publique
Santé publique de Toronto

Marie Adèle Davis
 Directrice générale
Société canadienne de pédiatrie

Directions de santé publique du Québec (14):

Dr Réal Lacombe
 Directeur de santé publique
Direction de santé publique d'Abitibi-Témiscamingue

Dr Robert Maguire
 Directeur de santé publique
Direction de santé publique du Bas-St-Laurent

Dr François Desbiens, MD, MPH, FRCPC
 Directeur de santé publique
Direction de santé publique de la Capitale-Nationale

Dr Reynald Cloutier
 Directeur de santé publique
Direction de santé publique de la Côte-Nord

Dr Louise Soulière
 Directrice de santé publique
Direction de santé publique de l'Estrie

Dr Christian Bernier
 Directeur de santé publique
Direction de santé publique de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

Jean-Pierre Trépanier, MD, MSc, FRCPC
 Directeur de santé publique et d'évaluation
Direction de santé publique de Lanaudière

Blandine Piquet-Gauthier, M.D., M.Sc., FRCPC
 Directrice de santé publique
**Direction de santé publique des Laurentides
 Direction de santé publique du Nord-du-Québec**

Dr Nicole Damestoy
 Directrice de santé publique
Direction de santé publique de Laval

Dr Gilles W. Grenier
 Directeur de santé publique
Direction de santé publique de la Mauricie-Centre-du-Québec

Jocelyne Sauvé, M.D., FRCPC
 Directrice de santé publique
Direction de santé publique de la Montérégie

Dr Richard Lessard
 Directeur de santé publique
Direction de santé publique de Montréal

Hélène Dupont M.D.
 Directrice de santé publique
Direction de santé publique de l'Outaouais

Dr Donald Aubin
 Directeur de santé publique
Direction de santé publique du Saguenay-Lac-St-Jean

INDIVIDUS (33):

Dr Neil Arya
 Director, Office of Global Health
 Schulich School of Medicine & Dentistry

Suzelle Beaulieu
 Agente de relation humaine
 CSSS de Matane (CLSC)

Serge Bélanger
 Directeur
 Trajectoires hommes du Kamouraska—Rivière-du-Loup—Temiscouata—Les Basques

Dr Bruno Bernardin, MD
 Médecin d'urgence
 Hôpital général de Montréal

André Boudreau
 Directeur
 C-TA-C (Contre Toute Agression Conjugale)

Dr Ron Charach, MD, FRCP
 Psychiatrist
 Author of *Cowboys & Bleeding Hearts, Essays on Violence, Health and Identity*

Nathalie Clavette
 Directrice des programmes santé mentale, dépendances et jeunes en difficulté
 CSSS du Témiscouata

Dr Georges Desrosiers
 Professeur émérite
 Département de médecine sociale et préventive
 Faculté de médecine de l'Université de Montréal

Dr. Alan Drummond, MD, CM, CCFP(EM)
 Emergency Physician
 Medical Director of the Emergency Department at the Perth and Smith Falls District
 Chair, Public Affairs Committee of Canadian Association of Emergency Physicians

Dr Annie Duchesne, Ph. D.
 Psychologue
 Université du Québec à Rimouski

Mélanie Dumont
 Intervenante et formatrice
 Centre de prévention suicide du Kamouraska—Rivière-du-Loup—Temiscouata—Les Basques

Dr Harold N. Fisher
 Clinical Research Physician
 Associate Vice-President
 Eli Lilly Canada

Maria Fortin
 Coordinatrice des dossiers santé mentale, services psychosociaux généraux, suicide et dépendances
 Agence de la santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent

Dr Allan J. Fox, MD, FRCPC, FACR
 Chair of the Neuroradiology Section
 Ontario Medical Association

Dr Thérèse Gagné, Ph. D.
 Psychologue
 Cégep de Matane

Nathalie Gagnon
 Intervenante sociale
 Agente de planification et de programmation en dépendances
 Agence de la santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent

François Gamache, M. Ps.
 Directeur
 Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-St-Laurent

Gaétan Gauthier

Intervenant - Services Hommes
L'arrimage (Réhabilitation alcoolisme et toxicomanie)

Catherine Geoffrion, M. A.

Responsable des services éducatifs complémentaires
Direction régionale du Bas-St-Laurent et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

Dr Abel Ickowicz, MD, FRCPC

Psychiatrist-in-Chief
Hospital for Sick Children

Dr Barbara Kane, MD, FRCP

Psychiatrist
Prince George Regional Hospital

Dr Andrew W. Kirkpatrick, CD, MD, FRCSC, MHSc,

FACS
President
Trauma Association of Canada

Corrine Langill, RN, BScN

Manager, Health Promotion and Injury Prevention
Children's Hospital of Eastern Ontario

Gilles Lapointe

Agent de planification, de programmation et de recherche
Agence de la santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent

Dr Sarvesh Logsetty MD, FRCS(C), FACS

Director, Manitoba Firefighters Burn Unit and Associate Professor
Department of Surgery, University of Manitoba

Caroline Morin, erg.

Chef
L'Estran (Centre régional réadaptation en dépendances)

Esther Otis, B. Sc. Inf.

Responsable du dossier Info-Santé et Info-Social
Agence de la santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent

Dr Louis Peltz, MD, MSc, FRCPC

Chief of the Department of Psychiatry
Credit Valley Hospital

Dr I. B. Pless, CM, MD, FRCPC, FRCPC (Hon), FCAHS

Professor
Pediatrics, Epidemiology and Biostatistics
McGill University
Editor Emeritus - Injury Prevention

Dr Jacques Ramsay

Coroner
Bureau du coroner du Québec

Dr Tarek Razek, MD FRCSC FACS

Trauma Director
Assistant Professor of Surgery
McGill University Health Centre

Dr Sandro Rizoli, MD PhD FRCSC FACS

Associate Professor of Surgery
University of Toronto

Dr Ronald D. Stewart, OC, ONS, BA, BSc, MD, DSc

Professor of Emergency Medicine; Professor of Anaesthesia; Professor Emeritus in Medical Education
Dalhousie University, Halifax

Dr Brian Sweeney

Surgeon and assistant professor
Children's Hospital of Eastern Ontario

Claire Sylvain

Directrice
Cégep de Rivière-du-Loup

Carol Tremblay

Directeur
Centre prévention suicide du Kamouraska—Rivière-du-Loup—Temiscouata—Les Basques

Dr Michael Vassilyadi, MD, CM, MSc, FRCS(C),

FACS, FAAP
Associate Professor of Surgery and Pediatrics and Ottawa Chapter Director for *ThinkFirst* Canada
Division of Neurosurgery
University of Ottawa

Dr Fernand Turcotte, MD, M.P.H., FRCPC

Professeur émérite de santé publique et médecine préventive
Département de médecine sociale et préventive
Faculté de médecine Université Laval

Dr Donald Wasylenki, MD, FRCPC

Chair of the Department of Psychiatry
University of Toronto

-
- ⁱ **Ministère de la Justice**, « Tableau mis à jour des statistiques sur les armes à feu », 2006; Statistique Canada, « Mortalité, liste sommaire des causes 2005 », mars 2009.
- ⁱⁱ 1991: Kwing Hung, "Firearms Statistics Updated Tables", **Ministère de la Justice**, 2006; 2007: **Bureau du coroner en chef du Québec**, novembre 2009.
- ⁱⁱⁱ **Ministère de la Justice**, « Tableau mis à jour des statistiques sur les armes à feu », 2006; Statistique Canada, « Mortalité, liste sommaire des causes 2005 », mars 2009.
- ^{iv} **Ministère de la Justice**, « Tableau mis à jour des statistiques sur les armes à feu », 2006; Statistique Canada, « Mortalité, liste sommaire des causes 2005 », mars 2009.
- ^v **Centre des armes à feu du Canada**, « Rapport du Commissaire 2007, » 2008; Centre des armes à feu du Canada, « Programme canadien des armes à feu octobre à décembre 2008 - faits et chiffres », janvier 2009.
- ^{vi} **Webster DW**, Vernick JS, Hepburn LM. "Relationship between licensing, registration, and other gun sales laws and the source state of crime guns." *Inj Prev* 2001;7(3):184-9.
<http://injuryprevention.bmj.com/content/7/3/184.full>
- ^{vii} **Cour suprême du Canada**, *Loi sur les armes à feu* (Can.), [2000] 1 R.C.S. 783: "Les dispositions relatives à l'enregistrement ne peuvent être retranchées de la Loi. Les dispositions relatives aux permis obligent quiconque possède une arme à feu à obtenir un permis; les dispositions relatives à l'enregistrement exigent l'enregistrement de toutes les armes à feu. Ces catégories de dispositions de la *Loi sur les armes à feu* sont étroitement liées au but visé par le Parlement, la promotion de la sécurité par la réduction de l'usage abusif de toutes les armes à feu. Ces deux catégories sont partie intégrante et nécessaire du régime."
<http://csc.lexum.umontreal.ca/en/2000/2000scc31/2000scc31.html>
- ^{viii} **L'Institut de hautes études internationales de Genève**, *Small Arms Survey 2006*, Oxford University Press, É.-U.; édition révisée, 3 août 2006.
- ^{ix} Appui récent pour la Loi sur les armes à feu inclus : « Reasonable control: gun registration in Canada », *Journal de l'Association médicale canadienne* 168 (4), 18 février 2003; **Association canadienne des médecins d'urgence**, « CAEP Position Statement on Gun Control », *JCMU* 2009;11(1):64-72, janvier 2009; **Association canadienne pour la santé des adolescents**, « Lettre au premier ministre Stephen Harper », 18 mars 2009; **Association pour la santé publique du Québec**, « La sécurité des Canadiens menacée : la Loi canadienne sur le contrôle des armes à feu en péril », Communiqué de presse, 30 octobre 2009; **Directrices et Directeurs régionaux de santé publique du Québec**, « Énoncé de principes de la santé publique du Québec au regard du contrôle des armes à feu », octobre 2009; **Association canadienne des médecins d'urgence**, « Canadian Emergency Physicians opposed to repealing the Long-Gun Registry », Communiqué de presse, 9 novembre 2009.