

Les jeunes et les armes à feu au Canada



Société
canadienne
de pédiatrie

English on page 473

Les blessures causées par une arme à feu représentent une cause importante et évitable de décès au Canada, tant dans l'ensemble de la population qu'au sein du groupe d'âge pédiatrique. Le présent énoncé décrit le problème des blessures causées par une arme à feu chez les jeunes canadiens et analyse les risques associés à la présence d'une arme à feu à la maison. Les dangers des armes à feu sans poudre (telles que les armes à balles BB et les armes à air comprimé) sont abordés. Enfin, le présent énoncé traite des conseils des médecins et des programmes d'éducation des enfants sur la sécurité des armes à feu.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

En 2002, 811 Canadiens de tout âge sont morts d'une blessure causée par une arme à feu (1). Ces décès comprennent les blessures non intentionnelles (accidentelles) et intentionnelles (suicides et homicides). Soixante-sept décès se sont produits chez des jeunes de moins de 20 ans. Le taux de décès causés par une arme à feu chez les jeunes au Canada est l'un des plus élevés du monde. Une étude (2) menée par les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis a permis de classer 26 pays industrialisés d'après le taux de décès causés par une arme à feu chez les jeunes de moins de 15 ans. Le Canada est arrivé en cinquième position, derrière les États-Unis, la Finlande, l'Irlande du Nord et Israël (figure 1).

Les adolescents de sexe masculin présentent notamment une part disproportionnée des blessures causées par une arme à feu : de tous les Canadiens de 15 à 19 ans décédés d'une blessure causée par une arme à feu en 2002, 96 % étaient de sexe masculin (1). Au Canada, ce groupe de garçons est plus susceptible de mourir d'une blessure causée par une arme à feu que du cancer, d'un incendie, d'une chute ou d'une noyade combinés. Les blessures par balle constituaient 8 % de tous les décès chez les Canadiens de sexe masculin de 15 à 19 ans en 2002 (1). La majorité des décès causés par une arme à feu chez les adolescents canadiens sont attribuables au suicide, qui représente 79 % de tous les décès causés par des armes à feu en 2002 chez les 15 à 19 ans. Chez les Canadiens plus jeunes (14 ans et moins), les suicides sont moins courants, mais les blessures non intentionnelles et les homicides prédominent davantage. En 2002, 13 % des 31 décès de Canadiens imputables à une blessure non intentionnelle causée par une arme à feu avaient frappé des jeunes de 19 ans ou moins.

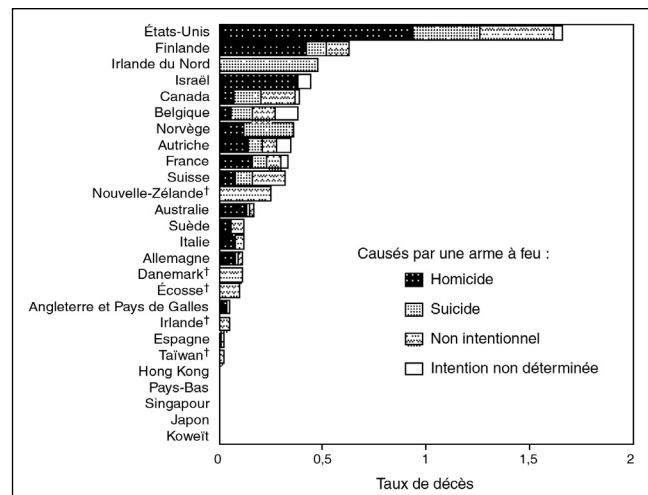


Figure 1) Taux de décès causés par une arme à feu* par 100 000 enfants de moins de 15 ans pendant un an entre 1990 et 1995 dans 26 pays industrialisés (c.-à-d. tous les pays classés dans le groupe à revenu élevé dont la population était de 1 000 000 ou plus et qui ont remis des données complètes; dans cette analyse, Hong Kong, l'Irlande du Nord et Taïwan étaient considérés comme des pays). *Homicides par arme à feu (Classification internationale des maladies, neuvième révision, codes E965.0 à E965.4), suicides par arme à feu (E955.0 à E955.4), décès non intentionnels causés par une arme à feu (E922.0 à E922.9) et décès reliés à une arme à feu dont l'intention n'était pas déterminée (E985.0 à E985.4); †N'ont déclaré que les décès non intentionnels reliés à une arme à feu

LES LOIS CANADIENNES

Les lois fédérales du Canada sur le contrôle des armes à feu exigent un processus de vérification avant l'autorisation d'achat d'une arme à feu, et tous les propriétaires d'armes à feu doivent posséder un permis. Toutes les armes à feu (armes de poing et carabines) doivent être enregistrées individuellement par leur propriétaire. Les règlements sur l'entreposage exigent que les armes à feu soient verrouillées (dans un contenant fermé à clé ou à l'aide d'un verrou d'arme) et déchargées, et que les munitions soient rangées ailleurs. Les exigences d'enregistrement des armes de poing existent depuis la fin des années 1970, et la récente loi implantée progressivement pendant les années 1990 inclut l'enregistrement des armes longues, telles que les carabines et les fusils de chasse.

L'ÉNONCÉ DU PROBLÈME

Les risques de conserver une arme à feu à la maison

Au Canada, on évalue que de 21 % à 34 % des ménages possèdent une arme à feu à la maison, bien qu'une étude récente laisse supposer un taux plus réduit de 17 % (3-6). Les taux provinciaux de détention d'arme à feu varient énormément, passant de 15 % en Ontario à 67 % au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest. La plupart des propriétaires canadiens d'armes à feu possèdent une carabine ou un fusil de chasse. Seulement 12 % sont détenteurs d'une arme de poing (7). Gabor et coll. (8), qui ont étudié les taux de mortalité attribuables à une blessure non intentionnelle causée par une arme à feu au Canada, ont découvert une forte corrélation positive entre les taux provinciaux de détention d'une arme à feu à la maison et les taux de décès imputables à une blessure non intentionnelle causée par une arme à feu.

Il est démontré que la présence d'une arme à feu à la maison accroît les taux d'homicide et de suicide par rapport à ceux des maisons dans lesquelles on n'en trouve pas (9-12). D'après des études sur le suicide d'adolescents menées par Brent et coll. (13,14), la présence d'une arme à feu à la maison constitue un facteur de risque fortement positif de suicide mené à terme par un adolescent. Apparemment, l'adolescent qui n'a pas d'arme à feu à la maison est plus susceptible d'opter pour une méthode moins mortelle ou de ne pas tenter de se suicider. Birckmayer et Hemenway (15) ont analysé le lien entre les taux de suicide et la détention d'une arme à feu à la maison dans quatre groupes d'âge. Ils ont découvert que la détention d'une arme à feu est corrélée avec un taux de suicide plus élevé chez les 15 à 24 ans et chez les 65 à 84 ans, mais pas chez les 25 à 64 ans (15). Ainsi, la disponibilité d'une arme à feu à la maison constituerait un facteur de risque de suicide pour certains groupes d'âge, mais pas pour tous. Il est probable que certaines caractéristiques du développement des adolescents, telles que l'impulsivité, la sensibilité à l'influence exercée par les camarades et l'expérimentation de l'alcool et des drogues, soient responsables de cet effet.

Les armes à feu jouent un rôle important dans les incidents de violence conjugale au Canada. Une étude de Statistique Canada (16) sur la violence familiale entre 1991 et 1999 a démontré que la majorité des enfants et adolescents canadiens victimes d'homicide sont tués par des membres de leur famille. Les armes à feu constituent la principale méthode d'homicide des enfants de 12 à 18 ans.

Les armes de poing, l'homicide et les jeunes

Avant 1990, environ 30 % des homicides par arme à feu au Canada impliquaient des armes de poing, et 70 %, des carabines et des fusils de chasse (17). Depuis, le nombre d'homicides commis avec des carabines et des fusils de chasse a diminué régulièrement, tandis que celui commis avec des armes de poing est demeuré relativement stable. Pour cette raison, les homicides reliés à une arme de poing représentent désormais environ les deux tiers des homicides imputables à une arme à feu. D'après les données colligées depuis 1997, la plupart des armes de poing utilisées pour commettre un homicide n'avaient pas été acquises en toute légalité. Depuis

dix ans, les jeunes canadiens de 12 à 17 ans représentent 9 % des individus accusés d'homicide, et 43 % de leurs victimes avaient entre 12 et 24 ans. Wintemute (18) a décrit le mouvement généralisé des armes à feu du marché légal au marché illégal des armes aux États-Unis, qui facilite l'accès des jeunes américains à de petites armes de poing peu coûteuses. Pour réduire les taux d'homicide chez les jeunes au Canada, il est essentiel de savoir où et comment les jeunes canadiens acquièrent leurs armes de poing.

Les armes à feu sans poudre

Les armes à feu sans poudre, comme les armes à balles BB ou à air comprimé, ne sont pas des jouets anodins. Ces armes sont associées à un taux de morbidité important et même à des cas de décès. Marshall et coll. (19) ont découvert que les blessures causées par une arme à air comprimé ont constitué la principale cause d'énucléation secondaire à un traumatisme chez les jeunes de 18 ans et moins à Ottawa, en Ontario, entre 1974 et 1993. Dans une analyse bibliographique des blessures fatales causées par une arme à feu sans poudre, Lawrence (20) a découvert que les armes actuelles, qui font appel à l'air ou au CO₂ sous pression ou à un piston chargé par un ressort pour propulser des plombs de petit calibre ou des balles BB, peuvent décharger les projectiles à une vitesse assez élevée pour pénétrer dans la peau et provoquer des dommages internes importants. Il a analysé 11 décès causés par une arme à feu sans poudre, dont dix découlant de blessures à l'œil ou à la région frontotemporale. Un décès était secondaire à une blessure au thorax. Sur ces 11 cas, neuf mettaient en cause des jeunes de trois à 17 ans.

Au Canada, seules les armes à feu dont les balles atteignent une vitesse de plus de 152 mètres à la seconde (m/s) sont régies par la loi fédérale sur le contrôle des armes à feu. La plupart des armes à air comprimé tirent des projectiles d'une vitesse inférieure à 152 m/s et ne sont donc pas régies par cette loi. De plus, ces armes ne sont pas réglementées par la Loi sur les produits dangereux. Certaines provinces et municipalités se sont toutefois dotées de règlements pour régir les armes à feu sans poudre. Par exemple, la province de l'Ontario exige qu'un acheteur de munitions d'armes à air comprimé ou à balles BB ait au moins 18 ans, et la municipalité de Halifax, en Nouvelle-Écosse, interdit les tirs avec ce type d'arme au sein de la municipalité (21,22). Le prix des armes à feu sans poudre varie de 70 \$ à quelques centaines de dollars (23).

Les fusils marqueurs à balle de peinture, utilisés pour le sport de paintball, de plus en plus populaire, permettent de tirer une petite balle à la coquille extérieure mince et dure remplie de peinture, qui éclate sous l'impact. Ces balles peuvent être propulsées par du CO₂, du nitrogène ou de l'air comprimé (24). Elles peuvent atteindre une vitesse de 76 m/s à 91 m/s, soit deux fois celle nécessaire pour pénétrer dans l'œil (39 m/s) (25). Les fusils marqueurs ont déjà causé de graves blessures oculaires. Easterbrook et Pashby (26,27) ont décrit le cas de 44 patients souffrant d'une blessure oculaire causée par une balle de peinture, dont 17 sont devenus aveugles au sens légal, 13 sont devenus malvoyants et seulement 14 ont retrouvé une vision normale. Dans les terrains

de paintball réputés, le port du casque et de lunettes protectrices est obligatoire, et la vitesse des projectiles est surveillée. La plupart des blessures oculaires causées par une balle de peinture se produisent à la maison dans le cadre de jeux amicaux, et non dans des établissements officiels, où le port de lunettes protectrices est obligatoire (28,29). D'ordinaire, les blessures oculaires imputables à un fusil marqueur à balle de peinture se produisent en l'absence de matériel protecteur pour les yeux ou lorsque ce matériel est mal mis (30).

LES INTERVENTIONS POUR RÉDUIRE LE NOMBRE DE BLESSURES CAUSÉES PAR DES ARMES À FEU

Les conseils préventifs

Pour ce qui est des conseils au sujet des armes à feu et de la prévention des blessures, des études menées aux États-Unis démontrent que même si la plupart des médecins trouvent qu'ils sont utiles, peu l'intègrent à leur pratique (31). L'attitude des médecins canadiens n'a pas fait l'objet d'études.

Les attitudes des parents (aux États-Unis) au sujet des conseils des médecins à l'égard des dangers des armes à feu ont également été étudiées. Webster et coll. (32) ont découvert que 17 % des parents détenteurs d'une arme à feu seraient prêts à retirer l'arme de leur domicile si leur médecin le leur recommandait, et que 84 % seraient prêts à suivre des conseils sur l'entreposage sécuritaire des armes à feu. Cependant, deux études (33,34) évaluant l'efficacité des seuls conseils en cabinet pour améliorer les habitudes d'entreposage des armes à feu n'ont démontré aucune amélioration de ces habitudes après que les conseils eurent été prodigués. Dans une intervention plus réussie, Brent et coll. (35) ont donné aux parents de l'information sur les risques que représente une arme à feu à la maison et ont recommandé le retrait de cette arme du domicile d'adolescents dépressifs. Vingt-sept pour cent des familles ont suivi ces conseils.

L'éducation et les modifications à l'environnement

Dans un autre type d'intervention, Horn et coll. (36) ont mis au point et évalué un programme dans le cadre duquel des coffres-forts à armes à feu (des contenants verrouillés pour les armes à feu) et des verrous d'arme ont été distribués aux domiciles de propriétaires d'arme à feu en Alaska, aux États-Unis, accompagnés d'information sur la sécurité. Cette intervention a suscité une forte augmentation des pratiques d'entreposage sécuritaire. Une analyse (37) de sept études (y compris les quatre précédentes) a été effectuée pour évaluer l'efficacité des programmes conçus pour améliorer l'entreposage sécuritaire des armes à feu. Les auteurs ont conclu qu'ils commençaient à comprendre les types d'interventions ou les éléments d'intervention qui incitent les propriétaires d'armes à feu à entreposer leurs armes de manière sécuritaire (37).

Les modifications technologiques aux armes à feu

Une autre stratégie passive prometteuse consiste à installer des dispositifs de sécurité sur les armes à feu. Vernick et coll. (38) ont analysé tous les décès non intentionnels et non déterminés (intention non établie) causés par une arme à

feu au Maryland, aux États-Unis, entre 1991 et 1998. Ils ont évalué si chacun de ces décès aurait pu être prévenu si l'un des trois dispositifs de sécurité qu'ils étudiaient avait été installé. Il s'agissait de dispositifs de personnalisation (qui permettent seulement à l'utilisateur de tirer), d'indicateurs de chargement de la chambre (qui indiquent que l'arme est chargée) et de dispositifs de sécurité du chargeur (qui empêchent le tir d'une arme semi-automatique lorsque le chargeur est retiré, même s'il reste une balle dans la chambre de l'arme). Les auteurs estiment que 44 % des décès auraient pu être évités grâce à l'usage d'au moins un dispositif de sécurité et que, selon toute probabilité, ce taux aurait été plus élevé pour les enfants.

L'éducation des enfants sur la sécurité des armes à feu

L'éducation des enfants sur la sécurité des armes à feu a été proposée comme méthode souhaitable pour réduire les taux de blessures causées par une arme à feu chez les enfants (39). Des programmes en milieu scolaire ont été élaborés à l'intention des enfants du primaire pour qu'ils apprennent des stratégies sécuritaires s'ils trouvent une arme à feu à la maison ou dans leur environnement. Cependant, des études évaluant ce type de programme ont soulevé des doutes quant à leur efficacité. Himle et coll. (40) ont comparé des enfants qui avaient participé à un programme populaire sur la sécurité des armes à feu, *Eddie the Eagle* (élaboré par la *National Rifle Association*) à des enfants qui avaient participé à un autre programme élaboré par les auteurs. Ils disposaient aussi d'un groupe témoin d'enfants qui n'avaient pas reçu une telle éducation. Les enfants qui avaient suivi le programme *Eddie the Eagle* obtenaient de meilleurs résultats que le groupe témoin pour verbaliser les bons messages de sécurité. Cependant, dans une situation de jeu de rôle et dans une simulation de la « vie réelle », les enfants qui avaient suivi le programme *Eddie the Eagle* n'adoptaient pas plus le comportement sécuritaire souhaité (p. ex., Ne touche pas! Cours avertir un adulte!) que les enfants du groupe témoin. Les enfants qui avaient participé au programme des auteurs verbalisaient mieux les consignes de sécurité que les enfants du groupe témoin et obtenaient de meilleurs résultats dans les jeux de rôle, mais là encore, ils ne réagissaient pas vraiment mieux que les enfants du groupe témoin dans des simulations de la vie réelle. Hardy et coll. (41,42) ont procédé à une étude aléatoire et contrôlée comparant des enfants de quatre à sept ans qui avaient participé à un programme d'une semaine sur la sécurité des armes à feu à un groupe témoin qui n'avait pas suivi ce programme. Après le cours, les enfants placés en dyade ont été observés discrètement pendant qu'ils jouaient dans un endroit où se trouvait un pistolet semi-automatique. Cinquante-trois pour cent des dyades ont joué avec l'arme, et on n'a remarqué aucune différence entre le groupe témoin et le groupe d'intervention.

De plus, les programmes d'éducation sur la prévention des blessures peuvent avoir des effets non intentionnels (43-46). Il est possible que l'éducation des enfants sur la sécurité des armes à feu accroisse leur degré d'aisance en présence d'une arme à feu, notamment s'il s'agit de programmes qui

incorporent des techniques de manipulation des armes. Les parents peuvent avoir tendance à relâcher leur supervision ou leurs pratiques d'entreposage sécuritaire si leurs enfants apprennent la sécurité des armes à feu à l'école. Pour l'instant, aucun programme sur la sécurité des armes à feu pour les enfants ne s'est révélé efficace dans des simulations de situations réelles. Des recherches supplémentaires s'imposent pour trouver un moyen efficace de modifier le comportement des enfants en présence d'armes à feu. Il n'est pas judicieux d'opter pour le recours généralisé à ces programmes tant qu'un programme efficace n'aura pas été mis sur pied.

CONCLUSIONS

Les blessures causées par une arme à feu entraînent des taux de mortalité importants chez les enfants et adolescents canadiens. Les taux de blessures causées par une arme à feu chez les jeunes canadiens sont parmi les plus élevés des pays industrialisés. La présence d'une arme à feu à la maison accroît le risque de suicide, d'homicide et de blessures non intentionnelles à la maison. Les armes à feu sans poudre et les fusils marqueurs à balle de peinture ne sont pas réglementés par la loi canadienne sur le contrôle des armes à feu, comme les autres armes à feu, mais ils peuvent provoquer des blessures graves, notamment aux yeux. Les programmes canadiens d'éducation des enfants sur la sécurité des armes à feu en milieu scolaire ne sont pas efficaces et peuvent avoir des effets négatifs non intentionnels.

RECOMMANDATIONS

- La Société canadienne de pédiatrie déclare qu'il est préférable de ne pas avoir d'armes à feu à la maison ou dans l'environnement où les enfants et les adolescents vivent et jouent. Si une arme à feu doit s'y trouver, celle-ci devra être entreposée conformément aux règlements de la Loi canadienne sur les armes à feu, c'est-à-dire qu'elle doit être déchargée et verrouillée et que les munitions doivent être rangées ailleurs.
- Les pédiatres devraient soutenir les mesures législatives pour assurer le contrôle rigoureux de l'acquisition, de la détention et de l'entreposage d'armes à feu.
- Les médecins devraient toujours s'informer si une arme à feu se trouve à la maison et, dans l'affirmative, informer les parents des risques reliés à une telle possession. Les médecins sont tenus de transmettre l'information aux parents tant qu'une démarche efficace de conseils préventifs reliés à la prévention des blessures causées par une arme à feu n'aura pas été établie.
- Il faudrait recommander de retirer l'arme à feu de la maison en présence de facteurs de risque de suicide d'un adolescent. De même, les médecins peuvent recommander de retirer l'arme à feu de la maison en présence de facteurs de risque de blessure non intentionnelle d'un enfant ou de violence conjugale, même si l'efficacité d'une telle recommandation n'a pas été évaluée.

- Les interventions sur la sécurité des armes à feu, y compris l'éducation et les interventions dans l'environnement, telles que l'installation de verrous d'arme et la distribution de coffres-forts pour les armes, fonctionneraient sûrement mieux que les simples programmes d'éducation. Cependant, la catégorie de données probantes n'indique pas clairement le meilleur moyen d'améliorer la sécurité en matière d'armes à feu à la maison.
- L'éducation des enfants sur la sécurité des armes à feu ne peut être recommandée pour l'instant parce que les programmes offerts n'entraînent pas de changement de comportement chez les enfants et qu'ils pourraient avoir des résultats négatifs non intentionnels, tels que le relâchement de la vigilance parentale. Des études supplémentaires s'imposent avant d'implanter un programme d'éducation des enfants sur la sécurité des armes à feu.
- Le recours à des innovations technologiques, telles que la personnalisation des armes à feu, constitue une stratégie prometteuse qui justifie des études supplémentaires. Des recherches sont également nécessaires sur les jeunes canadiens et leur mode d'acquisition d'armes à feu illégale.
- Les armes à feu sans poudre (armes à air comprimé ou à balles BB) sont dangereuses et ne devraient pas être perçues comme des jouets pour les enfants et les adolescents. Les jeunes ne devraient jamais les utiliser, à moins d'être sous l'étroite supervision d'un adulte. Les médecins qui évaluent les enfants blessés par de telles armes devraient savoir que les plombs peuvent provoquer des blessures internes considérables. Les fusils marqueurs à balle de peinture ne devraient être utilisés que sur des terrains supervisés où les utilisateurs portent des vêtements de protection pertinents. Une politique nationale régissant la vente et l'usage des armes à feu sans poudre s'impose.

Les catégories et la classification des recommandations

Les données probantes démontrant l'association entre la présence d'une arme à feu à la maison et le risque accru de blessure non intentionnelle causée par une arme à feu, de suicide ou d'homicide se fondent sur de nombreuses études de cohortes et études cas-témoin bien conçues menées au Canada et aux États-Unis (catégorie de recommandation II-2). Les données probantes reliées à l'efficacité de la recommandation aux parents de retirer l'arme à feu du domicile d'un adolescent déprimé se fondent sur une étude aléatoire et contrôlée bien conçue (catégorie de recommandation I) et seraient classées A. Les données probantes démontrant l'absence d'efficacité de l'éducation des enfants sur la sécurité des armes à feu se fondent sur plusieurs études aléatoires et contrôlées (catégorie de recommandation I).

REMERCIEMENTS : Le comité de la santé de l'adolescent remercie le comité de prévention des blessures d'avoir révisé le présent document de principes.

RÉFÉRENCES

1. Statistique Canada. Mortalité – Liste sommaire des causes, 2002. N° 84-208-XIF, décembre 2004.
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Rates of homicide, suicide, and firearm-related death among children – 26 industrialized countries. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1997;46:101-5.
3. Groupe Angus Reid. Les armes à feu au Canada. Mars 1991. <http://www.cfc-ccaf.gc.ca/pol-leg/res-eval/publications/reports/1990-95/reports/angus_rpt_f.asp> (version à jour le 24 août 2005).
4. Gabor T. Les armes à feu et la légitime défense : une comparaison entre le Canada et les États-Unis. <http://www.cfc-ccaf.gc.ca/pol-leg/res-eval/publications/reports/1997/summaries/selfdef_sum_f.asp> (version à jour le 24 août 2005).
5. Centre canadien des armes à feu. Diffusion d'une étude sur les armes à feu au Canada, le 20 août 2002. <http://www.cfc-ccaf.gc.ca/media/news_releases/2002/survey-08202002_f.asp> (version à jour le 24 août 2005).
6. Block R. Les armes à feu au Canada et dans huit autres pays occidentaux : résultats choisis du sondage international de 1996 (auprès des victimes) de crime. Ministère de la Justice, Centre canadien des armes à feu, janvier 1998. <http://www.cfc-ccaf.gc.ca/pol-leg/res-eval/publications/reports/1997/summaries/crime_sum_f.asp> (version à jour le 24 août 2005).
7. Centre canadien des armes à feu. Le point sur les armes à feu, mars 1999. <<http://www.cfc-ccaf.gc.ca/pol-leg/res-eval/pamphlets/pdfs/focus-fr.pdf>> (version à jour le 24 août 2005).
8. Gabor T, Roberts JV, Stein K, DiGiulio L. Unintentional firearm deaths: Can they be reduced by lowering gun ownership levels? *Can J Public Health* 2001;92:396-8.
9. Kellermann AL, Rivara FP, Somes G, et coll. Suicide in the home in relation to gun ownership. *N Engl J Med* 1992;327:467-72.
10. Shah S, Hoffman RE, Wake L, Marine WM. Adolescent suicide and household access to firearms in Colorado: Results of a case-control study. *J Adolesc Health* 2000;26:157-63.
11. Killias M. International correlations between gun ownership and rates of homicide and suicide. *CMAJ* 1993;148:1721-5.
12. Kellermann AL, Rivara FP, Rushforth NB, et coll. Gun ownership as a risk factor for homicide in the home. *N Engl J Med* 1993;329:1084-91. (Erratum in 1998;339:928-9)
13. Brent DA, Perper JA, Goldstein CE, et coll. Risk factors for adolescent suicide. A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:581-8.
14. Brent DA, Perper JA, Allman CJ, Moritz GM, Wartella ME, Zelenak JP. The presence and accessibility of firearms in the homes of adolescent suicides. A case-control study. *JAMA* 1991;266:2989-95.
15. Birckmayer J, Hemenway D. Suicide and firearm prevalence: Are youth disproportionately affected? *Suicide Life Threat Behav* 2001;31:303-10.
16. Dauvergne M. L'homicide au Canada – 2001. Statistique Canada, Catalogue n° 85-002-XIE, Vol. 22, n° 7.
17. Savoie J. L'homicide au Canada – 2002. Statistique Canada, Catalogue n° 85-002-XIE, Vol. 23, n° 8.
18. Wintemute GJ. Where the guns come from: The gun industry and gun commerce. *Future Child* 2002;12:54-71.
19. Marshall DH, Brownstein S, Addison DJ, Mackenzie SG, Jordan DR, Clarke WN. Air guns: The main cause of enucleation secondary to trauma in children and young adults in the greater Ottawa area in 1974-93. *Can J Ophthalmol* 1995;30:187-92.
20. Lawrence HS. Fatal nonpowder firearm wounds: Case report and review of the literature. *Pediatrics* 1990;85:177-81.
21. Halifax County Municipality By-law 08 – Mischief & Nuisances – Halifax Regional Municipality. <www.halifax.ca/legislation/bylaws/county/blno8.pdf> (version à jour le 13 septembre 2005).
22. Loi de 2000 sur la réglementation des fausses armes à feu. Règlement 2000, chapitre 37. <http://www.e-laws.gov.on.ca/DBLaws/Source/Statutes/French/2000/S00037_f.htm> (version à jour le 13 septembre 2005).
23. Catalogue électronique de Canadian Tire. <www.canadiantire.ca> (version à jour le 17 janvier 2005).
24. Sparks JJ. All About Paintball. *Action Pursuit Games magazine*, décembre 1996. <<http://www.warpig.com/paintball/newbie/aboutpb.shtml>> (version à jour le 24 août 2005).
25. Barnes FC, Helson RA. A death from an air gun. *J Forensic Sci* 1976;21:653-8.
26. Easterbrook M, Pashby TJ. Eye injuries associated with war games. *CMAJ* 1985;133:415-7,419.
27. Easterbrook M, Pashby TJ. Ocular injuries and war games. *Int Ophthalmol Clin* 1988;28:222-4.
28. Mason JO III, Feist RM, White MF Jr. Ocular trauma from paintball-pellet war games. *South Med J* 2002;95:218-22.
29. Fineman MS. Ocular paintball injuries. *Curr Opin Ophthalmol* 2001;12:186-90.
30. Hargrave S, Weakley D, Wilson C. Complications of ocular paintball injuries in children. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus* 2000;37:338-43.
31. Webster DW, Wilson ME, Duggan AK, Pakula LC. Firearm injury prevention counseling: A study of pediatricians' beliefs and practices. *Pediatrics* 1992;89:902-7.
32. Webster DW, Wilson ME, Duggan AK, Pakula LC. Parents' beliefs about preventing gun injuries to children. *Pediatrics* 1992;89:908-14.
33. Grossman DC, Cummings P, Koepsell TD, et coll. Firearm safety counseling in primary care pediatrics: A randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2000;106:22-6.
34. Oatis PJ, Fenn Buderer NM, Cummings P, Fleit R. Pediatric practice based evaluation of the Steps to Prevent Firearm Injury program. *Inj Prev* 1999;5:48-52.
35. Brent DA, Baugher M, Birmaher B, Kolko DJ, Bridge J. Compliance with recommendations to remove firearms in families participating in a clinical trial for adolescent depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:1220-6.
36. Horn A, Grossman DC, Jones W, Berger LR. Community based program to improve firearm storage practices in rural Alaska. *Inj Prev* 2003;9:231-4.
37. McGee KS, Coyne-Beasley T, Johnson RM. Review of evaluations of educational approaches to promote safe storage of firearms. *Inj Prev* 2003;9:108-11.
38. Vernick JS, O'Brien M, Hepburn LM, Johnson SB, Webster DW, Hargarten SW. Unintentional and undetermined firearm related deaths: A preventable death analysis for three safety devices. *Inj Prev* 2003;9:307-11.
39. Blackman PH. Children and guns, the NRA's perception of the problem and its policy implications. Article présenté au congrès de l'American Society of Criminology. Miami, du 9 au 12 novembre 1994.
40. Himle MB, Miltenberger RG, Gatheridge BJ, Flessner CA. An evaluation of two procedures for training skills to prevent gun play in children. *Pediatrics* 2004;113:70-7.
41. Hardy MS, Armstrong FD, Martin BL, Strawn KN. A firearm safety program for children: They just can't say no. *J Dev Behav Pediatr* 1996;17:216-21.
42. Hardy MS. Teaching firearm safety to children: Failure of a program. *J Dev Behav Pediatr* 2002;23:71-6.
43. Fergusson DM, Horwood LJ, Beautrais AL, Shannon FT. A controlled field trial of a poisoning prevention method. *Pediatrics* 1982;69:515-20.
44. Vernberg K, Culver-Dickinson P, Spyer DA. The deterrent effect of poison-warning stickers. *Am J Dis Child* 1984;138:1018-20.
45. Robertson LS. Crash involvement of teenaged drivers when driver education is eliminated from high school. *Am J Public Health* 1980;70:599-603.
46. Ploeg J, Ciliska D, Dobbins M, Hayward S, Thomas H, Underwood J. A systematic overview of adolescent suicide prevention programs. *Can J Public Health* 1996;87:319-24.

COMITÉ DE LA SANTÉ DE L'ADOLESCENT (2004-2005)

Membres : Docteurs Sheri M Findlay, McMaster Children's Hospital – Hamilton HSC, Hamilton (Ontario); Jean-Yves Frappier (président), Hôpital Sainte-Justine, Montréal (Québec); Eudice Goldberg, The Hospital for Sick Children, Toronto (Ontario); Jorge Pinzon, BC's Children's Hospital, Vancouver (Colombie-Britannique); Koravangattu Sankaran (représentant du conseil), Royal University Hospital, Saskatoon (Saskatchewan); Danielle Taddeo, Hôpital Sainte-Justine, Montréal (Québec)

Représentante : Docteur Karen Mary Leslie, The Hospital for Sick Children, Toronto (Ontario) (section de la santé de l'adolescent, Société canadienne de pédiatrie)

Auteurs principaux : Docteurs Jean-Yves Frappier, Hôpital Sainte-Justine, Montréal (Québec); Katherine Austin Leonard, North York General Hospital, North York (Ontario); Diane Sacks, North York (Ontario)

Les recommandations du présent énoncé ne constituent pas une démarche ou un mode de traitement exclusif. Des variations tenant compte de la situation du patient peuvent se révéler pertinentes. Les adresses Internet sont à jour au moment de la publication.