

ÉDITORIAL

CONTRÔLE DES ARMES À FEU : UN ENJEU DE SANTÉ SUR LEQUEL LES MÉDECINS ONT RAISON DE SE PRONONCER

Matthew B. Stanbrook MD PhD

Pour la version anglaise de l'article, veuillez consulter doi: 10.1503/cmaj.190401

Un lobby canadien des armes à feu a récemment lancé une attaque agressive et coordonnée contre la D^{re} Najma Ahmed, une chirurgienne en traumatologie de Toronto et fondatrice de Médecins canadiens pour un meilleur contrôle des armes à feu¹. Le groupe a incité ses sympathisants à adresser près de 70 plaintes au Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario, alléguant qu'en se prononçant pour le contrôle des armes à feu, la D^{re} Ahmed avait comportement immoral et non professionnel. Si leur intention était de les décourager, elle et d'autres médecins, de se prononcer de la sorte, il semble qu'ils aient échoué lamentablement : il a fallu à peine une semaine au Collège pour rejeter ces plaintes, et par la suite, des médecins de partout au Canada ont fait front commun pour un meilleur contrôle des armes à feu. Cependant, cette nouvelle tentative d'intimidation politique pose une dangereuse menace à la protection de la santé publique et les médecins doivent y réagir avec fermeté et détermination.

Les Canadiens ont peut-être l'impression que le problème du contrôle des armes à feu et le type d'intimidation politique toxique exercé par son lobby ne concernent que nos voisins du Sud. Or, l'aveugle tuerie du quartier torontois de Danforth en 2018, dans le contexte d'une augmentation des crimes par armes à feu à l'échelle nationale², est à l'origine d'un nouveau projet de loi fédéral, le projet de loi C-71, actuellement à l'étude au parlement. Ces événements ont simultanément incité des médecins canadiens à s'organiser comme jamais pour promouvoir un contrôle plus strict des armes à feu. Il s'agit d'un mouvement sans précédent par son ampleur, même s'il n'est pas nouveau : les médecins militent depuis des décennies pour un meilleur contrôle des armes à feu³.

Les objections soulevées par le lobby des armes à feu face à l'implication des médecins dans le débat sur le contrôle des armes à feu frôlent le ridicule. Ses membres ont prétendu qu'avec une telle position, des enfants risquaient de se faire abattre par des policiers venus faire des saisies chez des propriétaires d'armes à

feu³. Leurs arguments plus mesurés, quoique tout aussi infondés, sont que les médecins ne sont pas qualifiés pour parler des préjudices causés par les armes à feu et que leur position pour le contrôle des armes à feu est un geste radical et un manquement à l'éthique.

Il est absurde de suggérer que les médecins, qui soignent les blessures, traitent les invalidités et constatent les décès, doivent se taire et ne rien faire au sujet des causes de ces fatalités. La médecine préventive est responsable d'une bonne part des réussites du dernier siècle au plan des maladies et de l'espérance de vie, qu'il s'agisse de menaces majeures d'ordre sociologique ou de problèmes de santé causés par exemple par le tabac, l'alcool et le volant, appartenant tous au champ d'expertise de la médecine, ou de menaces politiques mondiales, comme la prolifération du nucléaire, pour lesquelles des médecins militants ont reçu le prix Nobel de la paix. Dans son sens large, la défense de la santé publique par les médecins n'est pas radicale; elle relève de notre devoir moral et professionnel. Et les médecins qui choisissent d'entrer dans le débat sur le contrôle des armes à feu sont tout à fait capables de comprendre les arguments des 2 camps, car ce débat est beaucoup moins complexe que bien d'autres problèmes auxquels ils sont confrontés chaque jour pour soigner leurs patients.

Comme pour toute politique touchant la santé, une politique sur le contrôle des armes à feu devrait se fonder sur les meilleures preuves existantes. Les médecins connaissent les données scientifiques et ont ce qu'il faut pour les produire, les évaluer et les expliquer au public. En revanche, le lobby des armes à feu a travaillé efficacement à retarder la production des données reliant les armes à feu et la santé et entravé un véritable dialogue à ce sujet. Il a amené le Congrès des États-Unis à empêcher les Centers for Disease Control and Prevention de financer la recherche sur la violence armée et a influencé plusieurs états américains afin qu'ils adoptent des lois interdisant aux médecins d'aborder la question de la sécurité des armes à feu⁴; ces mesures devraient faire horreur

Tout le contenu éditorial du CMAJ représente les opinions des auteurs de ce contenu, et ces opinions ne sont pas nécessairement celles de l'Association médicale canadienne et de ses filiales.

à toute nation démocratique qui valorise les politiques publiques fondées sur des faits. Mais les preuves parfaites ne sont ni atteignables, ni nécessaires pour poser des gestes raisonnables qui réduiront le nombre de morts et de blessés par balles. Les responsables politiques de la Nouvelle-Zélande, qui jusqu'à présent avait les lois sur les armes à feu les plus laxistes des pays industrialisés, ont reconnu cette lacune en adoptant des lois strictes pour le contrôle des armes à feu quelques heures seulement après la récente tuerie de Christchurch, la mesure a été plus rapide et plus consensuelle que la réponse du Canada aux événements tragiques de Toronto.

Les médecins canadiens doivent maintenir leur position contre l'influence néfaste du lobby des armes à feu, tout comme l'ont fait nos collègues américains⁵. Des mesures plus strictes pour le contrôle des armes à feu sont une stratégie rationnelle appuyée par des preuves sans équivoque pour réduire la morbidité et la mortalité par arme à feu. Tous les citoyens engagés, y compris les médecins, peuvent soutenir cette position à leur façon. Personne ne devrait être marginalisé, réduit au silence ou empêché de participer à un débat rationnel sur les limites à tracer entre d'une part, la santé et la sécurité publiques et de l'autre, les libertés individuelles, et encore moins ceux dont le travail est de voir à la santé publique.

Références

1. Weeks C. Ontario doctors' college dismisses gun-control complaints against Toronto surgeon. *Globe and Mail* [Toronto] le 13 mars 2019. Accessible : www.theglobeandmail.com/canada/article-ontario-doctors-college-dismisses-gun-control-complaints-against/ (consulté le 4 avril 2019).
2. Fletcher R. Canada gun facts: Here are the latest stats on firearm deaths, injuries and crime. *CBC News* le 30 août 2018. Accessible : www.cbc.ca/news/canada/calgary/canada-gun-facts-crime-accidental-shootings-suicides-1.4803378 (consulté le 13 mars 2019).
3. Brown RB. Brown: Yes, doctors have a vital role in toughening gun laws. *Ottawa Citizen* [Ottawa] le 27 février 2019. Accessible : <https://ottawacitizen.com/opinion/columnists/brown-yes-doctors-have-a-vital-role-in-toughening-gun-laws> (consulté le 4 avril 2019).
4. Dzau VJ, Leshner AI. Public health research on gun violence: long overdue. *Ann Intern Med* 2018;168:876-7.
5. Taichman D, Bornstein SS, Laine C. Firearm injury prevention: AFFIRMing that doctors are in our lane. *Ann Intern Med* 2018;169:885-6.

Intérêts concurrents : Se rendre à www.cmaj.ca/site/misc/cmaj_staff.xhtml

Affiliations : Matthew Stanbrook est rédacteur adjoint du *CMAJ*; Département de médecine, Université de Toronto, Ont.

Correspondance à : Éditeur du *CMAJ*, cmaj@cmajgroup.ca

RÉSUMÉ DE RECHERCHE ■ SERVICES DE SANTÉ

Lien entre la continuité des soins et l'affiliation à un centre d'oncologie et les résultats chez les patients atteints de cancer qui consultent aux urgences

Keerat Grewal MD MSc, Rinku Sutradhar PhD, Monika K. Krzyzanowska MD MPH, Donald A. Redelmeier MD MSc, Clare L. Atzema MD MSc

Pour la version anglaise de l'article, veuillez consulter doi: 10.1503/cmaj.180962

Infographie accessible à : www.cmaj.ca/lookup/suppl/doi:10.1503/cmaj.180962/-/DC2

CONTEXTE : Les patients atteints de cancer présentent des particularités complexes au plan de leurs soins et consultent souvent aux urgences. Le but de cette étude était de déterminer si la continuité des soins, l'expertise en oncologie d'un établissement ou les deux affectent les résultats chez les patients atteints de cancer qui consultent aux urgences.

MÉTHODES : Nous avons réalisé une étude de cohorte rétrospective à partir de bases de données administratives de l'Ontario, au Canada, et des dossiers des patients de 20 ans et plus ayant reçu de la radio- ou de la chimiothérapie dans les 30 jours précédant une consultation aux urgences en lien avec leur cancer entre 2006 et 2011. Les patients vus aux urgences d'un autre hôpital que celui où leur traitement anticancéreux leur a été administré ont été assortis par score de propension aux patients ayant consulté à leur hôpital (celui où leur traitement anticancéreux a été administré). Ensuite, les patients vus dans un autre hôpital qui est un hôpital général (et non un centre d'oncologie) ont été assortis aux patients ayant consulté leur hôpital d'origine ou un centre d'oncologie. Les paramètres étaient hospitalisation à la première consultation aux urgences,

mortalité à 30 jours, épreuves d'imagerie par tomodensitométrie (TDM) et retours aux urgences.

RÉSULTATS : Nous avons recensé 42 820 patients admissibles à notre étude. Les patients vus aux urgences d'autres hôpitaux étaient moins susceptibles d'être hospitalisés (rapport des cotes [RC] 0,78, intervalle de confiance [IC] de 95 % 0,74–0,83) et présentaient un risque plus élevé de retourner aux urgences comparativement aux patients assortis ayant consulté dans leur hôpital (risque relatif [RR] 1,06, IC de 95 % 1,03–1,11). En comparaison, les patients vus dans d'autres hôpitaux généraux présentaient aussi un risque moindre d'être hospitalisés (RC 0,83, IC de 95 % 0,79–0,88) et un risque plus élevé de retourner aux urgences (RR 1,07, IC de 95 % CI 1,03–1,11) comparativement aux témoins assortis; toutefois, ces patients ont présenté une mortalité à 30 jours plus élevée (RC 1,13, IC de 95 % 1,05–1,22) et un risque moindre de subir une épreuve de TDM (RC 0,74, IC de 95 % 0,69–0,80).

INTERPRÉTATION : L'expertise oncologique d'un établissement plutôt que la continuité des soins pourrait être un important prédicteur des résultats après une consultation aux urgences pour les patients atteints de cancer.