

Sources :

- Institut des Statistiques et des Etudes Economique de Nouvelle-Calédonie : Observatoire Economique.
- Agence Sanitaire et Sociale de Nouvelle-Calédonie : programme de prévention et de soins en addictologie – rapport 2017.
- Atlas ESCAPAD, Ofdt.fr/BDD/publications 2017, séries-statistiques évolution alcool
- Ivresse publique et manifeste -rapport d'activité 2017 Docteur P. CHENE.

L'alcool est un nutriment non indispensable à l'homme, mais faisant partie intégrante de notre culture, de notre patrimoine et de nos traditions. Il a une place particulière parmi les substances psycho-actives. Il est consommé soit de façon modérée, avec une connotation sociale de savoir vivre, hédonique, soit de façon excessive, source de surmortalité et de surmorbidity.

Récemment des études ont montré que, en dehors des pathologies déjà connues en rapport direct avec la consommation d'alcool (cirrhose alcoolique, psychose alcoolique,...), même bu modérément l'alcool augmenterait le risque de maladie grave et de cancer, sans effet de seuil : il est donc impossible de définir un niveau anodin d'effet sur la santé.

La sensibilité des individus aux effets de l'alcool dépend en partie de leur terrain génétique, en particulier des polymorphismes génétiques pour les enzymes qui transforment l'éthanol en acétaldéhyde, puis en acétate. L'alcool est donc un produit toxique qui agit par l'intermédiaire de divers mécanismes : génotoxicité de son principal métabolite (acétaldéhyde), solvant des cancérigènes, production de radicaux libres très réactifs, réactions inflammatoires, changement du métabolisme des folates, modification des concentrations d'hormones sexuelles.

L'alcool interagit aussi avec d'autres facteurs de risque comme le tabac, en particulier dans la genèse des cancers des Voies Aéro Digestives Supérieures (VADS).

La consommation de boissons alcoolisées en France est la deuxième cause de mortalité par cancer évitable après le tabac.

L'OMS a émis des recommandations pour une consommation à moindre risque et selon les types de consommation. Elles s'appuient sur l'unité alcool qui équivaut à un verre standard, dont le contenu en alcool pur est égal à 10 grammes :

- consommation régulière : pour les femmes pas plus de 2 unités par jour et au maximum 14 par semaine ; pour les hommes pas plus de 3 unités par jour et au maximum 21 par semaine.

Au moins un jour sans boisson alcoolique par semaine,

- consommation occasionnelle : pas plus de 4 unités en une seule occasion,

- pas de consommation d'alcool pendant la grossesse, pendant l'enfance, quand on conduit un véhicule, une machine dangereuse, quand on exerce des responsabilités en matière de vigilance, quand on prend certains médicaments et en cas de maladies aiguës ou chroniques (épilepsie, pancréatite, hépatite virale, ...).

Classiquement on définit plusieurs types de consommateurs à problèmes :

- l'usage à risque (conduite d'alcoolisation ponctuelle ou régulière où la consommation est supérieure aux seuils définis par l'OMS),

- l'usage nocif (consommation induisant des dommages somatiques psychoaffectifs ou sociaux),
- l'usage avec dépendance (perte de la liberté de s'abstenir).

En matière de réglementation et d'accessibilité en Nouvelle-Calédonie, la vente d'alcool est interdite aux mineurs et la réglementation a récemment augmenté le montant des taxes sur l'alcool. Le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie a arrêté un projet de délibération en janvier 2018 ; la première étape d'un vaste plan de lutte contre la consommation excessive d'alcool. Augmentation de la TAT3S appliquée à toutes les boissons alcoolisées et de la TCI, appliquée aux spiritueux importés. Une hausse en moyenne de 20 à 25% des prix de vente des boissons alcoolisées, mais aussi 4,5 milliards de francs de recettes fiscales supplémentaires.

La publicité pour les boissons alcoolisées est interdite depuis 2005 (délibération n°79 du 15 juin 2005 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme). Le centre d'addictologie, structure de prévention et de prise en charge des addictions, a été créé en 2006 (programme de prévention et de soins en addictologie), remplaçant ainsi le centre d'accueil et de thérapeutique en alcoologie (CATA) du secteur extra hospitalier du CHS. Concernant la sécurité routière, le seuil d'alcoolémie autorisé est fixé à 0,5 gramme par litre de sang.

Les indicateurs qui sont les plus souvent utilisés en matière d'évaluation du poids de l'alcool pour la santé publique sont à la fois des indicateurs de consommation obtenus à partir des statistiques économiques (ventes, production, importations, indice des prix, enquêtes de consommation des ménages), des indicateurs de conséquences sanitaires : mortalité, mortalité prématurée, mortalité attribuable, morbidité, consommation de soins, statistiques en matière d'accidentologie et de sécurité routière, des indicateurs de mode de consommation : au moyen d'études spécifiques de comportement (enquêtes en population, enquête chez les jeunes, ..) ; des indicateurs de coût social.

L'étude de ces indicateurs permet de suivre l'évolution de cette consommation et de ses répercussions dans le temps et d'évaluer les mesures de prévention et de prise en charge mises en place.

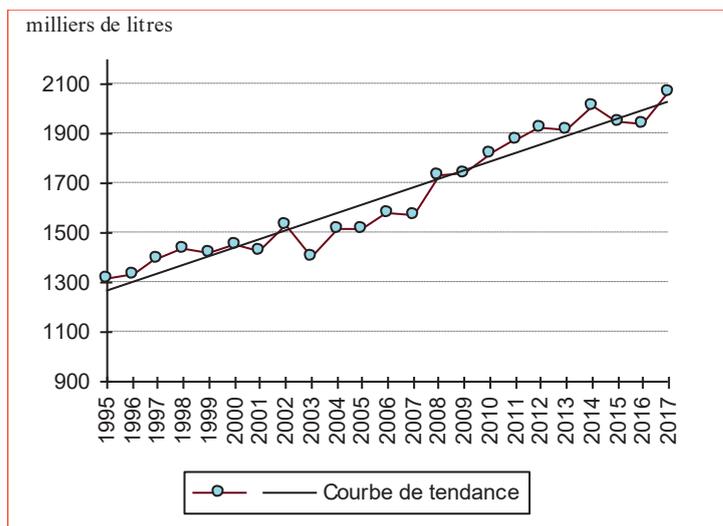
I.5.1.1. La consommation d'alcool en Nouvelle-Calédonie en 2017

Evolution de la consommation

La consommation d'alcool correspond à la somme de la quantité d'alcool importée plus la quantité produite localement. En Nouvelle-Calédonie, cette consommation n'est pas biaisée par la culture de la garde en cave de vins ou d'autres alcools.

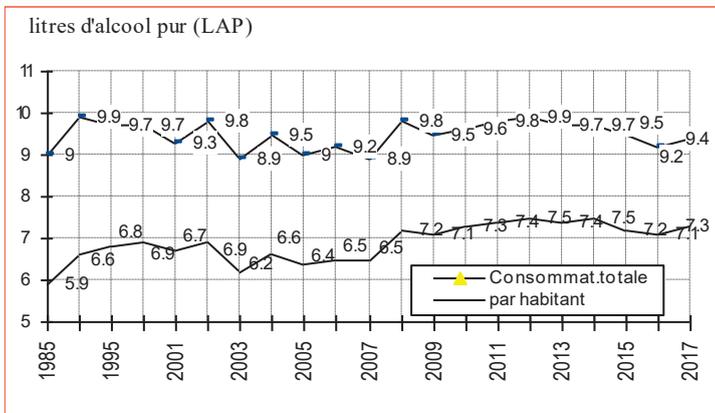
Ainsi les importations et la production locale se rapprochent plus de la consommation réelle qu'en métropole. Ne sont pas comptabilisées les exportations dans cette consommation.

En 2017, **2 070 804** LAP (litres d'alcool pur), ont été consommés en Nouvelle-Calédonie, soit une augmentation de 6,5% par rapport à 2016. Comme le montre la figure suivante, la quantité totale d'alcool consommée a tendance à poursuivre sa croissance, en dépit de l'importante baisse observée en 2003, qui coïncidait avec la mise en place de l'interdiction de vente de bière fraîche chez les détaillants.



Évolution de la consommation annuelle totale d'alcool pur.

Toutefois, il s'avère plus pertinent de suivre la population des 15 ans ou plus, qui est la population effectivement concernée par la consommation d'alcool, d'où le calcul de la consommation par habitant de 15 ans et plus. Mais à des fins de comparaisons internationales, il faut cependant continuer à calculer la consommation par habitant car certains pays ne calculent pas toujours la consommation par habitant de 15 ans et plus.



Évolution de la consommation annuelle moyenne en LAP par habitant, et par habitant de 15 ans et plus.

Entre 1985 et 2000, la consommation par habitant a eu tendance à augmenter régulièrement. Elle a amorcé une baisse en 2001, suivie par une évolution irrégulière avec en 2003 la baisse la plus importante (-10,3%). Elle s'est stabilisée autour de 6,5 LAP par habitant jusqu'en 2007. Depuis 2008, cette valeur augmente légèrement puis oscille entre 7,1 et 7,6.

	2014	2015	2016	2017	Variation 2016-2017
LAP Import	1 132 100	1 064 981	1 044 837	1 153 045	10,3%
Production locale	885 461	894 371	919 618	928 720	1,0%
Production + Importation	2 017 561	1 959 351	1 964 454	2 081 764	6,0%
LAP Export	1 542	9 437	19 400	10 960	-43,5%
CONSOMMATION TOTALE ¹	2 016 019	1 949 914	1 945 054	2 070 804	6,5%
Consommation par habitant	7,4	7,1	6,9	7,3	
Conso. par habitant de 15 ans et +	9,7	9,5	9,2	9,4	

¹ : importations + production locale - exportations
* les effectifs des populations de 15 ans et + sont des estimations au 1^{er} janvier de chaque année

Répartition annuelle de la consommation en LAP au cours des 4 dernières années

En matière de consommation d'alcool, le principal indicateur utilisé est celui de la consommation annuelle moyenne en litres d'alcool pur (LAP) par habitant (rapport de la quantité totale d'alcool consommée à la population) car il permet :

- d'obtenir une estimation du niveau moyen de consommation,
- de suivre l'évolution de la consommation par habitant en tenant compte de l'évolution de la population,
- et enfin, d'effectuer des comparaisons avec d'autres pays qui utilisent ce même indicateur.

Entre 1990 et 2000, la consommation rapportée à la population de 15 ans et plus ne suivait pas tout à fait la même évolution que celle de la population générale. On observait une consommation qui avait tendance à augmenter en population générale alors qu'elle avait tendance à diminuer chez les 15 ans et plus. A partir de 2001, ces deux courbes suivent la même évolution et la consommation par habitant de 15 ans et plus se stabilise autour de 9 LAP par habitant jusqu'en 2007. A partir de 2008, cette consommation a tendance à augmenter régulièrement et se situe en moyenne autour de 9,6 LAP par habitant.

Les produits alcoolisés sont classés en 3 catégories selon leur teneur en alcool pur : les bières, les vins et les alcools forts.

La proportion de bière consommée en 2016 représente **41,6%** de la consommation totale. La consommation augmente par rapport à 2016.

On note une augmentation (7,5%) de la consommation de vin par rapport à 2016. En 2017, elle représente **34,8%** de la consommation totale.

La proportion d'alcool fort représente **23,6%** de la consommation totale, on observe une augmentation de la consommation de 14,7% par rapport à 2016.

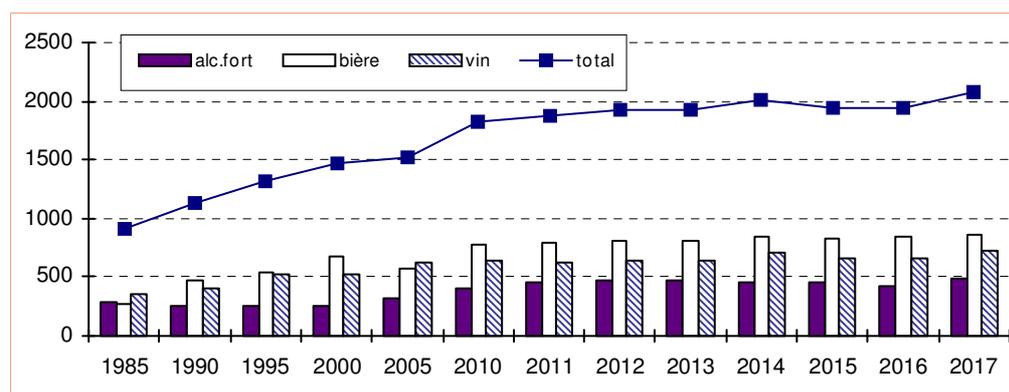
Le tableau présenté ci dessous illustre la répartition de ces différentes consommations au cours des 4 dernières années.

Produit	2014	2015	2016	2017	Variation 17-16
BIERE					
Total bière consommée % conso. totale	839 376 41,6%	835 384 42,8%	848 135 43,7%	860 814 41,6%	1,5%
LAP bière habitant de 15 et plus	4,1	4,1	4,0	3,9	
VIN					
Total vin consommé % total	713 703 35,4%	660 053 33,8%	670 452 34,3%	720 601 34,8%	7,5%
LAP vin par habitant de 15 et plus	3,5	3,2	3,1	3,3	
ALCOOLS FORTS					
Total alcools forts consommés % total	463 090 23%	454 477 23,3%	426 467 22,0%	489 389 23,6%	14,8%
LAP alcools forts par habitant 15 et plus	2,2	2,2	2,0	2,2	
TOTAL					
Consommation totale	2 016 019	1 949 914	1 945 054	2 070 804	6,5%
Total exportations	1 542	9 437	19 399	10 960	-43,7%

Répartition de la consommation de bière, vin et alcools fort (LAP).

Depuis 29 ans, on observe des variations dans la répartition des types d'alcool consommés, comme le montre la figure suivante avec, après une augmentation de la consommation de bière entre 1985 et 2000, une tendance à la diminution entre 2000 et 2005 au profit du vin et des alcools forts.

Depuis, cette consommation annuelle augmente régulièrement avec un volume plus important enregistré en 2017.



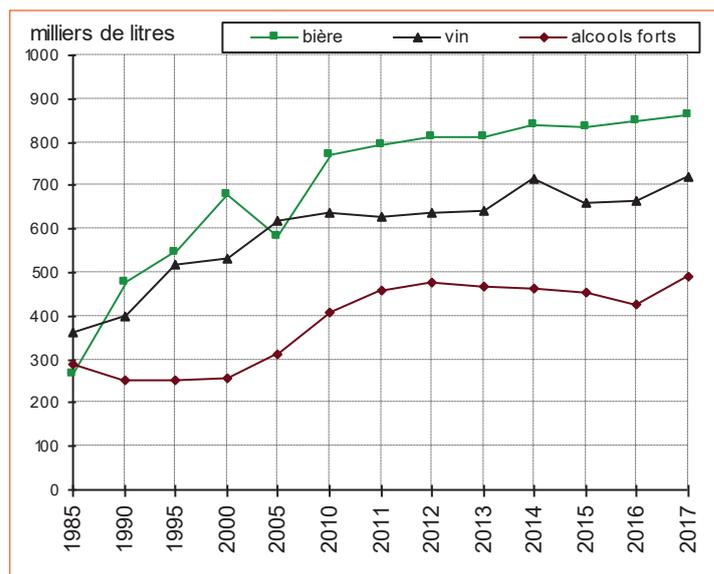
Évolution de la répartition des produits consommés (en milliers de litres) selon l'année.

Lorsque l'on étudie les différentes quantités d'alcool consommées au cours des 30 dernières années, la consommation totale est passée de 916 649 LAP en 1985 à 2 070 804 LAP en 2017 soit une augmentation de 125,9%, pour une augmentation de la population totale de 84,3%.

Cette hausse est essentiellement due à celle de la bière qui a augmenté de 225,4 % depuis 1985, puis à celle du vin avec 98,9 % d'augmentation. La quantité d'alcool fort a aussi augmenté mais dans des proportions moindres par rapport aux deux autres types de produits (68,8%).

Jusqu'à la fin des années 1980, la plus grande part de l'alcool consommé en Nouvelle-Calédonie l'était sous forme de vin. **C'est en 1990, que la bière consommée a commencé à dépasser le vin.** Depuis 2003, on observe une inversion de cette tendance avec le vin qui supplante la bière jusqu'en 2007. Depuis 2008, de nouveau la consommation de bière est plus élevée que celle du vin.

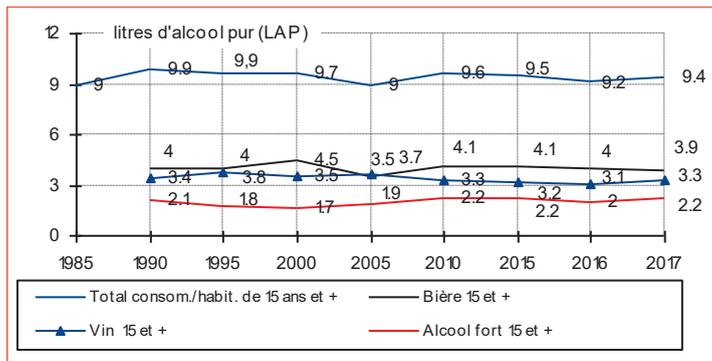
Cette inversion avec la baisse importante de la consommation de bière en 2003, est à mettre en rapport avec l'interdiction de vente de bière sous forme réfrigérée chez les détaillants, qui a notamment modifié les habitudes puisque depuis 2008, de nouveau elle commence à augmenter et ne cesse de croître, alors que celle du vin a tendance à se stabiliser.



Consommation annuelle de bière, vin et alcools forts (LAP)

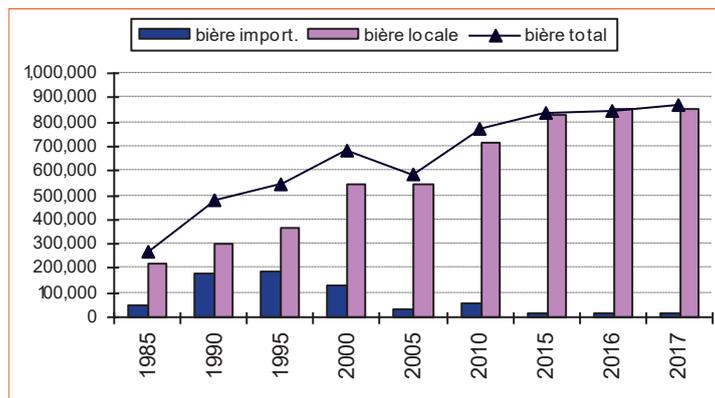
Lorsque l'on rapporte ces quantités à la population de 15 et plus, on observe, entre 2000 et 2005, une diminution de la consommation moyenne par habitant de l'ensemble des alcools principalement de la bière.

On note une augmentation plus nette de la consommation de bière et d'alcool forts à partir de 2005.



Évolution de la consommation annuelle moyenne en LAP par habitant de 15 ans et plus, par type de produit

Lorsque l'on étudie en détail la consommation de bière depuis 1985, on constate une augmentation de 287,1% de la production locale, accompagnée d'une diminution de -66,4% des importations. Baisse particulièrement nette à partir de 2000 au profit de la production locale (date de la mise en place de taxes).



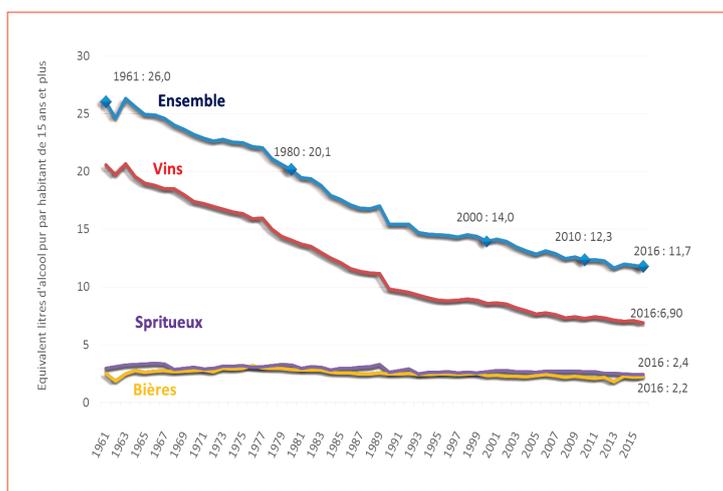
Évolution des types de bières consommées.

Au total, même si la consommation totale d'alcool a fortement augmenté depuis ces 30 dernières années, celle-ci rapportée au nombre d'habitants (et au nombre d'habitants de 15 ans et plus), montre une consommation moyenne par habitant qui a nettement diminué entre 2000 et 2005. Cette consommation augmente de nouveau à partir de 2005.

Celle-ci est accompagnée d'une modification des types de consommation avec de nouveau une prédominance de la bière sur le vin depuis 2008.

Comparaisons

En 1961, les quantités d'alcool par habitant âgé de 15 ans et plus s'élevaient à 26 litres d'alcool pur. Un peu plus de quarante ans plus tard, ces montants ont été divisés par deux et la tendance à la baisse se poursuit encore jusqu'en 2016. Sur le long terme, comme on peut le voir sur le graphique page ci-contre, cette baisse est entièrement imputable à la diminution des quantités de vin. Ce n'est plus tout à fait le cas pour la période 2000-2016 : si ce sont toujours les quantités de vin qui baissent le plus fortement (-19%), celles de spiritueux ont diminué de 9% et celles de bières de 4%.



Consommation d'alcool par habitant âgé de 15 ans et plus depuis 1961 (OFDT)

La tendance à la baisse a été moins forte dans les années 1990 que dans les années 1980. Le mouvement de diminution des quantités se poursuit dans les années 2000 mais depuis 2008, cette tendance, si elle persiste, apparaît plus faible. Pour le vin, la baisse tendancielle est de près de 15 centilitres d'alcool pur par an entre 2000 et 2008, et de 5 centilitres d'alcool pur entre 2008 et 2016.

En 2016, le nombre de litres d'alcool pur correspond en moyenne à 2,6 verres « standard » ou unité standard d'alcool (1 verre standard contient environ 10 g d'alcool pur) consommés chaque jour par chaque habitant âgé de 15 ans et plus.

Les données disponibles les plus récentes (OMS) de la consommation chez les 15 ans et plus montrent que la Nouvelle-Zélande (9,6 litres/hab.) est située, à titre comparatif pour l'année 2010, au même niveau de consommation que la Nouvelle-Calédonie ; l'Australie se situe au-dessus avec 10,3 litres/hab. (source OMS, *global status report on alcohol and health 2014*).

Les débits de boissons

En France : des licences, au nombre de 5, sont attribuées par catégorie :

- Licence de 1^{ère} classe : celle des bars, discothèques et de certains restaurants. Elle permet de vendre de l'alcool à consommer sur place, du lever du jour jusqu'à minuit. Elle peut être assortie d'une autorisation tardive. La nouvelle réglementation change l'heure du début de la vente d'alcool en l'autorisant seulement à partir de 10 heures du matin.
- Licence de 2^{ème} classe : généralement celle des restaurants. Elle permet de vendre l'alcool uniquement sur place et dans le cadre d'un repas.
- Licence de 3^{ème} classe : celle des commerces. Elle permet de vendre de l'alcool à emporter jusqu'à 21 heures.
- Licence de 4^{ème} classe : celle de certains restaurants qui peuvent vendre du vin et de la bière dans le cadre d'un repas.

- Licence de 5^{ème} classe : plus rare, elle autorise uniquement la vente de bière avec un repas.

Ainsi les établissements sont classés selon les licences accordées qui sont les suivantes :

- premier groupe : les boissons comportant moins de 1,2 degré d'alcool ;
- deuxième groupe : les boissons comportant de 1,2 à 15 degrés d'alcool ;
- troisième groupe : les boissons présentant un degré d'alcool supérieur à 15 et inférieur à 25 ;
- quatrième groupe : toutes les boissons comportant plus de 25 degrés d'alcool.

Le nombre de débits de boissons permanents pour consommer sur place (les bars) est en forte diminution du fait de la double limitation à l'ouverture.

- L'ouverture de tout nouveau débit permanent titulaire d'une licence IV est strictement prohibée hors transfert d'une licence IV ayant cessé d'être exploitée dans un rayon de 100 km et pour des nécessités touristiques.
- Et pour l'ouverture d'un débit de licence II ou III, le quota maximal est d'un débit de licence 2 à 4 pour 450 habitants.

En Nouvelle-Calédonie, les provinces sont compétentes en matière de débits de boissons. Elles ont réglementé l'exploitation des débits de boissons en adoptant les délibérations suivantes :

- délibération de l'Assemblée de la province Sud n°53-89/APS du 13 décembre 1989 relative aux débits de boissons.
- délibération n°44/93 de l'Assemblée de la province Nord du 7 avril 1993 relative au régime des boissons dans la province Nord.
- délibération n° 96-18 du 10 mai 1996 des Iles Loyautés portant réglementation de l'exploitation de débits de boissons et lutte contre l'alcoolisme.

Au 27 novembre 2018, le nombre de débits de boisson dans les établissements de la Nouvelle-Calédonie est de 137. Ce total est réparti ainsi :

En province Sud, on relève 127 débits de boissons dans les établissements (contre 125 en 2016). La commune de Nouméa compte à elle seule 68,6% de débits de boisson dans les établissements sur l'ensemble de la Nouvelle-Calédonie et 74% de débits de boisson sur l'ensemble de la province Sud.

En ce qui concerne les provinces Nord et Iles Loyauté, le nombre de débits de boissons en 2017 perd 5 débits pour la province Nord (de 13 en 2016, il passe à 8 en 2017) et ne change pas pour la province des Iles Loyauté (2 débits de boissons).

I.5.1.2 Conséquences sanitaires de l'alcoolisme en Nouvelle Calédonie

L'usage de l'alcool conduit une partie des consommateurs à avoir recours au système médico-social de soins. Les conséquences de la consommation d'alcool, et en particulier de la consommation excessive ou inadaptée, se déclinent dans des domaines variés. En dehors des pathologies pour lesquelles l'alcoolisme chronique a été clairement identifié

comme un facteur de risque, des études spécifiques ont permis d'identifier les pathologies dont une fraction des cas est attribuable à l'alcool. Ainsi, l'alcool est :

1 - directement à l'origine de certaines pathologies comme l'alcoolisme chronique, la cirrhose du foie, le syndrome d'alcoolisme fœtal, la psychose alcoolique,

2 - également impliqué plus ou moins directement dans la survenue d'autres pathologies :

- cancers des voies aéro-digestives supérieures (bouche, pharynx, larynx, œsophage),
- d'autres cancers (foie, estomac, sein, pancréas, rectum),
- des infections (tuberculose, infections respiratoires, notamment la grippe et la pneumonie)
- des pathologies vasculaires (hypertension artérielle, maladies dégénératives des parois vasculaires, maladies cérébro-vasculaires et coronariennes) en cofacteur avec le tabac,
- des pathologies cardiaques (myocardites),
- des pancréatites aiguës et chroniques,
- le diabète, la névrite optique, la polynévrite, des troubles psychiques.

3 - impliqué aussi dans la survenue d'autres dommages comme les accidents (de la route, domestiques, du travail), les suicides, les rixes et dans de nombreux problèmes sociaux, entre autres : délinquance, mauvais traitements à enfant et conjoint, coups et blessures...

La mesure des effets de l'alcoolisme demeure encore complexe et parcellaire. En effet, si les conséquences de l'alcoolisme apparaissent dans de nombreux domaines, l'attribution du phénomène à l'alcool n'est pas toujours prouvée ; lorsqu'elle l'est, l'alcool peut intervenir aussi en relation avec d'autres facteurs.

En raison de la multiplicité des effets dus à une consommation excessive d'alcool, l'évaluation des conséquences sanitaires peut s'apprécier sur :

- les demandes de traitement à la fois dans les dispositifs spécialisés : centre d'addictologie en Nouvelle-Calédonie, mais aussi en médecine de ville (enquêtes spécifiques),
- la morbidité, pour les pathologies directement liées à l'alcool, ou en partie attribuables à l'alcool, au travers d'enquêtes ou bien d'autres sources de données (PMSI, caisses d'assurance maladie, accidentologie, ..),
- la mortalité, pour les pathologies directement ou en partie attribuables à l'alcool au travers de l'analyse des certificats médicaux de décès.

I.5.1.3. La mortalité attribuable à l'alcool en Nouvelle-Calédonie et en métropole

• Estimation restreinte

Les trois causes directement liées à l'alcool sont :

- les cancers des VADS,
- la cirrhose alcoolique et
- les psychoses alcooliques.

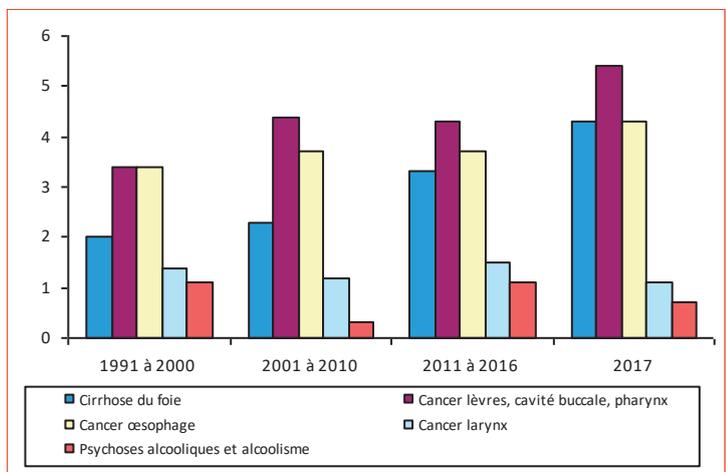
Remarques méthodologiques : les décès par cirrhose du foie regroupent les causes de décès codés 571.0,3,5 dans

la CIM9 et K70.3, K74.4, K74.6 dans la CIM 10. Les cancers des VADS comprennent les tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx (CIM9 = 140-149 et CIM10 = C00-C14), de l'œsophage (CIM9 = 150, CIM10 = C15) et du larynx (CIM9 = 161, CIM10 = C32). Les décès par psychoses alcooliques et alcoolisme correspondent aux codes 291 et 303 de la CIM 9 et aux codes F10 de la CIM 10.

En Nouvelle-Calédonie, on recense à partir des certificats médicaux de décès, de 1991 à 2017, 759 décès qui seraient imputables totalement ou en grande partie à l'alcool, ce qui représente 2,4% du nombre total de décès, soit un taux brut annuel égal à **12,8 décès** pour 100 000 habitants de 15 ans et plus au 01/01/2018.

Depuis 1991, le taux de décès par « psychoses alcooliques et alcoolisme », catégorie qui regroupe un ensemble d'affections neuropsychiatriques liées à la consommation d'alcool, semble beaucoup plus faible que la mortalité par cirrhose.

On note une tendance à la baisse du cancer du larynx et une tendance à la hausse du cancer de la cavité buccale.



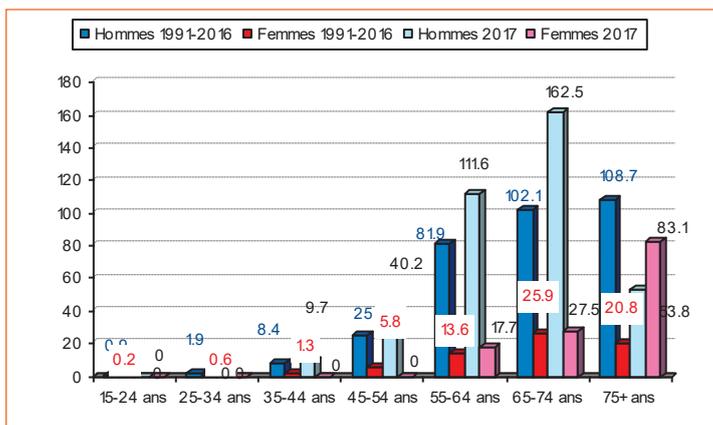
Taux de décès par pathologies (pour 100 000 habitants)

Dans le graphique page suivante, sont représentés les taux moyens spécifiques de mortalité en rapport avec la consommation d'alcool (pour 100 000 habitants) par sexe et tranche d'âge, pour la période **1991-2016** ainsi que les taux spécifiques de 2017 (population de référence 2014).

Chez les hommes, en 2017, on observe une mortalité plus élevée que celle étudiée dans la période 1991-2016, de 35 à 74 ans. A partir de 75 ans et plus, le taux de mortalité diminue de moitié.

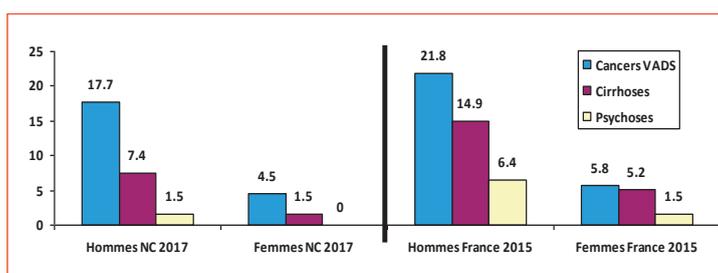
Chez les femmes, en 2017, on observe une mortalité plus élevée que celle étudiée dans la période 1991-2016, à partir de 75 ans et plus.

Quel que soit la tranche d'âge, et la période étudiée, les taux de mortalité sont toujours largement plus élevés chez les hommes que chez les femmes avec un facteur multiplicatif qui varie selon les tranches d'âge.



Comparaison des taux spécifiques de mortalité : 1991-2016 et 2017

Comparaison du taux de décès avec la France



Evolution du taux de décès pour les 3 causes directement liées à l'alcool en Nouvelle-Calédonie et en France

En Nouvelle-Calédonie :

En 2017, le taux de mortalité par cirrhose est 4,9 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes et on ne note pas de psychoses alcooliques chez les femmes.

En France :

En 2015, le taux de mortalité par cirrhose est 2,9 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes et 4,3 fois plus élevé pour les psychoses alcooliques. Cet écart de mortalité entre hommes et femmes s'explique par la proportion beaucoup plus élevée de buveurs et de buveurs excessifs d'alcool parmi les hommes que parmi les femmes

Ainsi, même si l'on n'atteint pas encore les taux métropolitains, l'augmentation régulière de la consommation d'alcool va inéluctablement entraîner à moyen terme une augmentation de la valeur de ces indicateurs.

La consommation excessive d'alcool joue également un rôle dans de nombreux autres décès. C'est le cas par exemple des cancers des voies aérodigestives supérieures (lèvres, cavité buccale, pharynx et œsophage), liés conjointement à la consommation de tabac et d'alcool, mais pouvant être aussi liés, plus rarement, à d'autres facteurs (exposition à des produits chimiques ou à des poussières, traumatismes prothétiques, radioactivité locale). Des méthodes épidémiologiques permettent de déterminer pour chacune de ces causes de décès la fraction attribuable à la consommation excessive et de calculer ainsi le nombre total de décès attribuables à l'alcool.

• Estimation élargie

Selon les estimations plus récentes (mortalité attribuable à l'alcool, Institut Gustave Roussy) le nombre de décès attribuables à l'alcool en France était 2 fois plus élevé que celui estimé de manière restreinte.

En 2009, l'alcool est ainsi responsable de 49 000 décès, dont environ un tiers par cancer, un quart par maladie cardiovasculaire, 17% par accidents ou suicides, 16 % par maladie digestive et 11% pour d'autres causes.

Ce calcul repose, comme pour la morbidité, sur la détermination de la fraction des décès attribuables à l'alcool pour un certain nombre de causes initiales de décès.

Ces fractions ont été présentées dans l'étude publiée en 1985 (Pignon JP, Hill C, Nombre de décès attribuables à l'alcool en France en 1985, Gastroenterol Clin Biol 1991;15 :51-6), qui évalue en France, la fraction attribuable à l'alcool de différentes causes de décès selon le sexe et donne le tableau suivant :

	1991-2017	Nombre de décès	Risque attribuable à l'alcool	Nombre de décès attribuables à l'alcool	Nombre de décès	Risque attribuable à l'alcool	Nombre de décès attribuables à l'alcool
Psychose alcoolique		45	1	45,0	3	1	3,0
Cardiopathie alcoolique		5	1	5,0	0	1	0,0
Maladie alcool. du foie et cirrhose		211	0,91	192,0	74	0,69	51,1
Pancreatite aiguë		33	0,4	13,2	19	0,4	7,6
Pancreatite chronique		8	0,7	5,6	1	0,55	0,6
Cancer de la bouche		170	0,84	142,8	40	0,24	9,6
Cancer du pharynx		27	0,89	24,0	7	0,3	2,1
Cancer de l'œsophage		194	0,86	166,8	27	0,55	14,9
Cancer du rectum		77	0,12	9,2	61	0,05	3,1
Cancer du foie		394	0,71	279,7	145	0,54	78,3
Cancer du larynx		75	0,79	59,3	7	0,15	1,1
cancer du pancreas		216	0,2	43,2	150	0,2	30,0
Cancer du sein		4	0	0,0	615	0,16	98,4
Cardiopathie ischémique <75 ans		821	0,39	320,2	235	0,07	16,5
Maladie vasculaire cérébrale <75 ans		516	0,26	134,2	333	0,08	26,6
Pneumonie, grippe <75 ans		733	0,36	263,9	403	0,07	28,2
Accident de la circulation		1357	0,34	461,4	312	0,33	103,0
Chute accidentelle		240	0,49	117,6	147	0,11	16,2
Suicide		691	0,53	366,2	193	0,13	25,1
Homicide		192	0,5	96,0	59	0,5	29,5
Total				2745,4			544,6

Evaluation de la fraction attribuable à l'alcool des différentes causes de décès en France (Hill et Pignon, 1985)
Pathologies liées à l'alcool en Nouvelle-Calédonie – Cumul sur 27 ans de 1991 à 2017

Ainsi entre 1991 et 2017, 3 290 décès seraient attribuables à l'alcool, soit 10,4% des décès totaux pour cette période. Cette estimation est donc 4,3 fois plus élevée par rapport à l'estimation restreinte.

1.5.1.4. La morbidité et l'activité médicale

Programme de prévention et de soins en addictologie (source : rapport 2017 ASS NC).

Les missions de la **prévention en addictologie** sont le développement des actions d'éducation pour la santé en rapport avec l'alcool, le tabac, le cannabis et autres produits psycho actifs ainsi que les addictions aux nouvelles technologies et la favorisation de tout projet et toute action communautaire en lien avec l'addictologie.

Le dispositif DECLIC (consultation jeunes usagers 12-25 ans)

Il a été créé en Nouvelle-Calédonie au sein du programme de prévention et de soins en addictologie de l'ASS-NC en 2007.

Les consultations proposées sont gratuites et anonymes, elles sont destinées aux jeunes consommateurs de substances psychoactives.

Une évaluation de DECLIC a été effectuée en 2017 et ses préconisations visent à renforcer ce dispositif qui n'est pas remis en cause dans ses fondements. L'insistance portée sur la nécessité d'améliorer les partenariats et sur certains points d'organisation et de procédures s'est traduite par un début de mise en œuvre qui se poursuivra en 2018.

Les missions du dispositif de réinsertion et d'accompagnement

Depuis le 1er janvier 2011, le « Dispositif de Réinsertion et d'Accompagnement en Addictologie » a été intégré au programme Addictologie de l'ASS-NC. Ce dispositif propose un panel d'actions socio-éducatives allant de la prévention des premières consommations à la prévention de la rechute, en passant par la prévention de la dépendance et des risques liés à une consommation avérée. Il s'agit d'aider les personnes, les groupes dans le déploiement de comportements favorables à la santé et de développer ainsi le sens des responsabilités et de la solidarité.

Le centre de soins en addictologie

1. L'activité de la consultation adulte (CSA)

Les consultations adultes se déroulent géographiquement au centre de Nouméa. Des consultations décentralisées ont lieu au CMS de Houaïlou et au CHN de Poindimié à raison de deux jours par mois dans chaque structure.

En 2017, le centre de soins a accueilli 1 711 patients dont 74% d'hommes et 24% de femmes pour une moyenne d'âge de 37 ans.

L'alcool est à l'origine de la demande dans 52% des cas (le tabac dans 30% et le cannabis dans 15% des cas). Il s'agit souvent de poly-consommations associant presque toujours le tabac et/ou le cannabis.

L'origine des demandes était dans 27% des cas une démarche personnelle, 45% dans le cadre d'une mesure de justice dont 5% en milieu carcéral, et 20% par le secteur médical, hospitalier ou libéral.

En 2017, 76 patients ont été vus en liaison hospitalière contre 174 en 2016 : cette baisse notable d'activité a été induite par le déménagement du Médipôle et a perduré sur tout le 1er semestre correspondant à la reprise progressive des activités hospitalières.

Dans la majorité des cas, le tabac et l'alcool sont à l'origine de la demande, suivis ensuite du cannabis.

Dans 28% des cas, il s'agit d'une démarche personnelle, dans 26% des cas, d'une orientation par un médecin ou les services sociaux, dans 7% d'une injonction thérapeutique, dans 25% d'une obligation de soins et dans 12% de personnes vues en milieu carcéral (soit 44% de personnes sous-main de justice).

L'activité de l'équipe de liaison ELSA

Cette activité se déroule exclusivement au CHT. Elle est assurée par les infirmiers et les médecins du CSA. Elle a pour mission de :

- répondre à toute demande des services hospitaliers,
- informer les patients, leur donner des repères de consommation,
- évaluer leur consommation et leur éventuelle dépendance,
- les accompagner au changement,
- proposer un suivi au centre de soins,
- les aider à envisager un éventuel sevrage si nécessaire, et un accompagnement spécialisé,
- assurer la liaison avec les autres structures de soins intra, inter ou extra hospitalières (coordination du partenariat intra et extra hospitalier),
- sensibiliser et former des équipes soignantes.

Plan ISA 2012-2016 : informer, sensibiliser, agir

Le plan ISA a été élaboré à la demande du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie Il se présente comme un plan d'actions multisectoriel et recherche avant tout à créer un véritable changement des représentations et des normes sociales vis-à-vis des substances psycho-actives qui provoquent le plus de dommages et dont l'usage est largement banalisé (extrait du plan ISA).

La quantité d'alcool consommée par habitant est de 9,5 litre en 2015. Elle n'est pas supérieure à la moyenne métropolitaine mais ce sont les modes de consommation tels que le binge-drinking (terme anglo-saxon qui caractérise une alcoolisation massive dans un intervalle de temps très court) qui posent le plus gros problème en Nouvelle-Calédonie.

La fréquence du binge-drinking est plus répandue parmi les hommes 36% contre 18% parmi les femmes et cette fréquence baisse avec l'âge. (43% pour les 18-27 ans, 25% pour les 28-47 ans, 17% pour les 48-57 ans). Elle varie aussi en fonction de la résidence. Le grand Nouméa est moins touché que le reste de la Nouvelle-Calédonie.

Quelques indicateurs pour les 18 à 67ans. Les calédoniens interrogés déclarent à 95% avoir déjà bu au moins une fois de l'alcool (expérimentation).

- 30% en consomment occasionnellement, 18% de façon hebdomadaire et 15% tous les jours.
- L'ivresse au cours de la vie concerne 76% des calédoniens.

Chez les 12- 18 ans en Nouvelle-Calédonie entre 2005 et 2010 : rajeunissement massif de 2 à 5 ans de l'expérimentation alcool qui reste actuellement de loin le produit le plus expérimenté par la jeunesse calédonienne.

A 13 ans c'est plus de 40% des jeunes qui l'ont expérimenté, soit 4 fois plus qu'en 2005 au même âge (anciennement 10%).

L'usage régulier semble stationnaire chez les collégiens (13-15 ans) et en légère hausse chez les lycéens (16-18 ans).

I.5.1.5. Les comportements en Nouvelle Calédonie

• Les comportements chez les jeunes

Les enquêtes ESCAPAD

Mise en œuvre par l'OFDT depuis 2000 en partenariat avec la direction du service national (DSN), l'enquête déclarative ESCAPAD est effectuée à partir d'un questionnaire proposé à l'ensemble des jeunes présents lors d'une journée d'appel de préparation à la défense (JAPD). Elle renseigne sur les niveaux d'usage et les évolutions en termes de produits et de modalités de consommation et offre un suivi très actif des évolutions à un âge particulièrement concerné.

En mars 2017, 46 054 jeunes appelés ont répondu à un questionnaire anonyme portant sur leur santé et leur consommation de substances psychoactives. Depuis la première édition d'ESCAPAD, en 2000, près de 240 000 adolescents ont ainsi été questionnés. Cette enquête, singulière par la taille importante de son échantillon, s'avère un outil précieux pour appréhender l'évolution des comportements de consommation et des conduites addictives à la fin de l'adolescence en France.

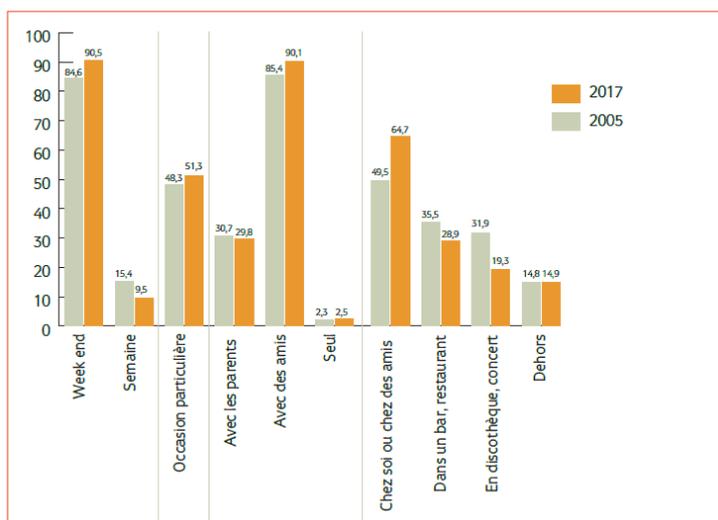
En 2017, un adolescent de 17 ans sur six déclare n'avoir jamais bu d'alcool au cours de sa vie (14,3%). La baisse continue de l'expérimentation d'alcool à 17 ans depuis 2000 n'a pas donné lieu de manière systématique à un recul des usages réguliers d'alcool dont les tendances ont été plus fluctuantes au cours du temps, avec une alternance de hausses et de reculs.

Toutefois, cette consommation régulière, rapportée par 8,4% des jeunes, est aujourd'hui en net recul par rapport à 2014 (12,3%). Elle demeure principalement masculine, concernant 12,0% des garçons contre à peine 4,6% des filles de 17 ans.

L'amplitude de cet écart n'a pas évolué entre les deux dernières enquêtes. S'agissant des comportements d'alcoolisation ponctuelle importante (API), mesurée par la consommation d'au moins 5 verres d'alcool en une seule occasion, la moitié des jeunes de 17 ans disent avoir connu un tel épisode dans le mois précédant l'enquête, soit sensiblement moins qu'en 2014 (44,0% vs 48,8%).

En ce qui concerne les API répétées (au moins trois épisodes au cours du mois), elles ont également diminué (16,4%, contre 21,8% en 2014), alors que les API dites « régulières » (au moins dix fois) ne concernent, comme en 2014, qu'une très faible part des adolescents (2,7%).

Pour la seconde fois après 2005, ESCAPAD incluait des questions sur le contexte de la dernière consommation d'alcool (jour, lieu et personnes présentes). L'analyse des réponses a porté sur les adolescents qui avaient bu au moins une boisson alcoolisée durant le mois précédant l'enquête (66,5%). Cette dernière consommation s'est déroulée dans 90,5% des cas le week-end (commençant le vendredi) et une fois sur deux lors d'un événement particulier (fête, anniversaire).



Remarque : La question concernait la dernière fois où le répondant avait bu une ou plusieurs boissons alcoolisées, plusieurs réponses étaient donc possibles (total > 100%) à l'exception de celle concernant le jour. Par exemple, parmi ceux qui ont précisé un lieu de consommation, 36,6% en ont indiqué au moins deux.

Contextes de la consommation d'alcool la plus récente (parmi les buveurs dans le mois) (en %)

Les bières (63,5% de consommations rapportées au cours de la dernière occasion) et les spiritueux (67,3%) demeurent, comme lors des enquêtes précédentes, les boissons alcoolisées les plus populaires à 17 ans. Viennent ensuite les prémix5 (26,4%), suivis du champagne (24,8%) et des vins (18,4%). Interrogés sur l'intensité d'une ivresse éventuelle lors du dernier usage d'alcool, un peu moins d'un quart des usagers dans le mois déclarent ne pas avoir été ivres du tout alors 3% l'ont été « au point de vomir ou de tout oublier » (score de 9 ou 10 sur une échelle de 0 à 10) et presque autant ont dit avoir déjà été admis dans leur vie aux urgences parce qu'ils avaient trop bu.

• Contexte épidémiologique calédonien (résultats généraux du baromètre santé jeune de l'Agence Sanitaire et Sociale de Nouvelle-Calédonie 2015).

A) Baromètre santé jeune

Le baromètre santé jeune est une étude dont l'objectif est de décrire les comportements en santé des jeunes en Nouvelle-Calédonie. Cette enquête a été réalisée pour la première fois par l'ASS-NC chez les filles et garçons **scolarisés âgés de 10 à 18 ans** dans les collèges et lycées du territoire.

En plus des caractéristiques sociodémographiques, le questionnaire du baromètre santé jeune permet d'évaluer les comportements des jeunes interrogés. La consommation d'alcool fait partie d'un des thèmes principaux de santé.

L'échantillon final sur lequel l'ensemble des analyses a été réalisé comprenait 1 483 individus.

Sur les questions relatives à l'alcool, le taux de non-réponse reste globalement limité et concerne entre 4% et 11% des 10-18 ans. Il est plus important chez les garçons.

6 jeunes sur 10 déclarent avoir déjà consommé de l'alcool.

L'âge médian d'expérimentation se situe à 12 ou 13 ans. Il est plus tardif en province des îles Loyauté (14 ou 15 ans), qu'en province Nord et province Sud. Il est également plus tardif chez les filles (14 ou 15 ans, contre 12 ou 13 ans pour les garçons).

Près de 60% des jeunes calédoniens ont déjà expérimenté l'alcool et 40% en ont consommé dans les 30 jours. 4% déclarent une consommation régulière d'alcool et 14% déclarent boire cinq verres ou plus par occasion.

C'est en province des îles Loyauté que la consommation d'alcool est la moins répandue (entre 25% et 35%), 44% en province Nord et 43% en province Sud.

C'est en province Sud que la quantité d'alcool consommée par occasion semble la plus importante avec une proportion de jeunes déclarant consommer cinq verres ou plus par occasion ainsi qu'une proportion de jeunes déclarant avoir été ivres au cours du mois plus élevées qu'en province Nord ou province des îles Loyauté.

Les filles sont plus nombreuses que les garçons à déclarer avoir expérimenté l'alcool, à déclarer en avoir consommé dans les 30 jours et à déclarer avoir été ivres dans le mois. La consommation d'alcool semble augmenter avec l'âge, à la fois en terme de jeunes concernés (11% des 10-12 ans consomment occasionnellement de l'alcool et entre 45% et 60% des 16-18 ans) et en terme de quantité consommée.

La comparaison par rapport à la France métropolitaine laisse penser que la consommation d'alcool est moins répandue en Nouvelle-Calédonie, mais que les quantités consommées y sont plus importantes étant donnée la proportion de jeunes déclarant avoir été ivres en Nouvelle-Calédonie plus élevée qu'en France métropolitaine. Les proportions de jeunes ayant consommé de l'alcool dans le mois précédent en Nouvelle-Calédonie et ayant déjà été ivres sont supérieures à ce que l'on observe dans des territoires voisins du Pacifique.

B) Baromètre santé adulte

L'objectif général de cette enquête est d'améliorer nos connaissances sur la santé et les comportements de santé de **la population, âgée de 18 à 60 ans**, résidant sur l'ensemble du territoire de la Nouvelle-Calédonie.

Les analyses préliminaires de ce second Baromètre Santé Adulte en Nouvelle-Calédonie ont permis de mettre en place une nouvelle série d'indicateurs sur les comportements et habitudes de santé de la population de Nouvelle-Calédonie ainsi que de comparer les tendances avec les résultats obtenus lors du premier opus de 2010.

Globalement, la participation des personnes sollicitées est satisfaisante. Malgré des difficultés rencontrées en province Nord, liées principalement à l'éloignement de certaines tribus, et quelques refus des habitants de Nouméa-Grand Nouméa, plus d'un millier de personnes ont accepté de répondre au questionnaire et de réaliser les mesures physiques et biologiques.

La prévalence de la consommation actuelle d'alcool est de 59%. Il s'agit majoritairement de consommateurs occasionnels : 70% consomment moins de 10 fois par mois et 60% ne consomment que les week-ends. Un tiers des consommateurs actuels d'alcool a déclaré consommer, en moyenne, plus de l'équivalent d'un litre un quart de bière ou d'un demi-litre de vin ou de quatre verres et demi de spiritueux par jour de week-end.

De même l'ivresse au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête a touché 43% des personnes déclarant consommer actuellement de l'alcool.

La fréquence de consommation d'alcool, parmi les buveurs actuels, varie fortement selon le sexe. Les femmes sont plus nombreuses à boire de l'alcool occasionnellement, les hommes sont plus nombreux à boire de l'alcool toutes les semaines voir tous les jours (11% des hommes contre 3% des femmes).

La fréquence de consommation varie également fortement en fonction des classes d'âge. Les 18-24 ans déclarent consommer de manière beaucoup moins régulière que les plus âgés.

Afin de pouvoir repérer les usages problématiques de l'alcool et aussi de compléter les déclarations sur la consommation, le questionnaire BSNC comporte une série de 4 questions correspondant au test standardisé du DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool). Le DETA est un outil de repérage des usages à risque en population générale. Ce test explore brièvement les conséquences psychosociales de la consommation excessive d'alcool et leur perception par le consommateur. Le risque de problème avec l'alcool est jugé avéré dès l'obtention de 2 réponses positives sur les 4 qui constituent le test.

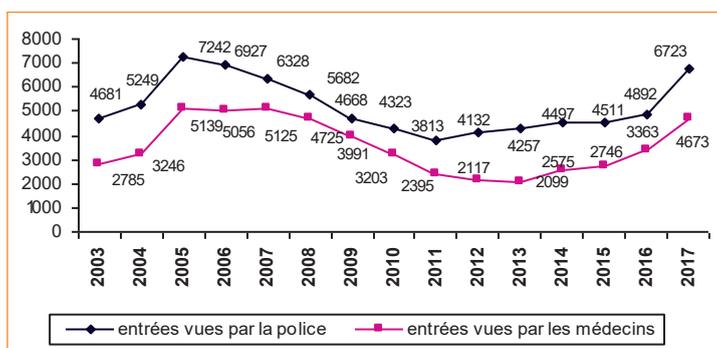
Sur 590 personnes ayant déclaré consommer actuellement de l'alcool près d'un tiers (32%) des consommateurs a déclaré avoir déjà ressenti le besoin de diminuer leur consommation, 23% ont déclaré avoir eu des remarques de leur entourage et cela les a ennuyé, 23% reconnaissent avoir l'impression de trop boire et se sentent coupables au sujet de cette consommation et 3% déclarent avoir déjà eu besoin de consommer de l'alcool dès le matin pour se sentir en forme.

Au total, 25% des consommateurs d'alcool ont répondu de façon positive à au moins 2 questions sur 4. Nous n'observons pas de différence entre les classes d'âge. En revanche, les hommes sont plus nombreux que les femmes à avoir un score DETA supérieur ou égal à 2. Les habitants, consommateurs d'alcool, de la province des îles Loyauté sont particulièrement touchés par un usage nocif d'alcool.

• Association médicale contre l'ivresse publique et manifeste (AML IPM)

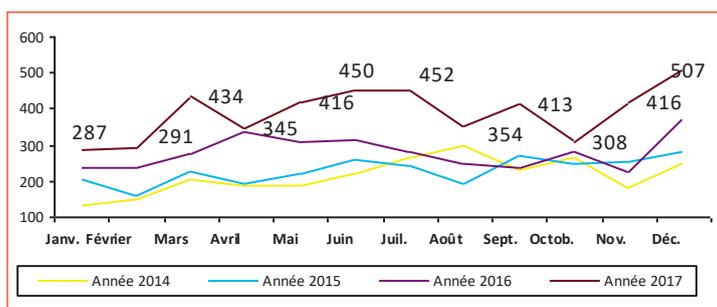
Principale activité des géôles au Commissariat Central de Nouméa - Etude statistique du 1^{er} janvier au 30 juin 2017 (Dr Patrick CHENE).

Le bilan de l'année fait état de 6 723 entrées pour ivresses publiques et manifestes et gardes à vue reçues par les policiers, soit une augmentation de 37,4% par rapport à 2016.



Répartition annuelle du nombre total d'entrées dans les geôles vues pas la police et les médecins

69,5% de ces entrées ont été vues par les médecins.



Répartition mensuelle de 2014 à 2017 du nombre de mises en dégrisement.

L'année 2017 dépasse les 4 600 personnes vues, avec un record en décembre de plus de 500 personnes ivres examinées.

L'étude sur les données générales de l'année 2017 et plus précisément sur les 6 premiers mois de l'année est représentative statiquement et est conforme aux recommandations de l'OMS du Pacifique sur l'alcoolisme.

Le profil type de la personne mise en geôles en 2017 :

C'est une personne de sexe masculin, venue une seule fois et âgée de 20 à 24 ans, née et résidant à Nouméa, sans domicile fixe.

Chômeur, son interpellation a lieu un samedi en juin à 15 heures.

Le motif de cette interpellation concerne l'ivresse publique et manifeste.

La personne sans domicile fixe (SDF)

En 2017, 171 personnes interpellées. Ce nombre est largement supérieur à la moyenne des chiffres des 5 années précédentes de 2012 à 2016 (N=114), d'où un chiffre d'entrées important (N=506) contre une moyenne de 244 entrées sur les 5 dernières années.

61% d'entre eux ne sont venus qu'une seule fois contre 60% en 2016.

L'âge moyen des SDF est entre 30 et 44 ans.

Les SDF sont à plus de 90% des chômeurs sans profession ou à profession inconnue.

C'est une interpellation continue qui commence à 8 heures et se prolonge jusqu'à 20 heures en 2017.

Les mineurs :

Le nombre de mineurs mis en geôles a diminué sur les 6 premiers mois de 2017 (N=106) par rapport à 2016 mais se situe tout de même au-dessus de la moyenne calculée sur les 5 années précédentes de 2012 à 2016 (N=93).

On note une nouvelle génération de délinquants chaque année. En 2017, les plus jeunes sont âgés de 14 ans, alors qu'en 2016, on notait des records avec 4 mineurs de moins de 14 ans, dont le plus jeune était âgé de 11 ans.

Le nombre de mineurs de sexe féminin est moins important en 2017 qu'en 2016 tant en nombre de personnes qu'en nombre d'entrées.

L'interpellation a lieu plutôt un vendredi et un samedi les 6 premiers mois de l'année sauf en janvier et en avril période de vacances scolaires.

Il existe une **Association Médicale de Lutte contre l'Ivresse Publique et Manifeste** depuis le 13 décembre 2000. Cette Association assure la présence d'un médecin au Commissariat Central pour évaluer l'état et examiner les personnes mises en dégrisement. Elle apporte un soutien médical et psychologique à ces personnes. Les projets de l'association sont de continuer à améliorer l'hygiène des geôles et l'état de santé des personnes mises en geôles et d'assurer la réalisation d'un mémoire sur l'activité des geôles.

1.5.1.5. Rappel de la réglementation en Nouvelle Calédonie

La loi du pays n°2001-014 du 13 décembre 2001 a institué une taxe sur les alcools et les tabacs en faveur du secteur sanitaire et sociale. Elle est perçue pour 33% de son montant au profit de la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de la Nouvelle-Calédonie (CAFAT), pour 67% de son montant au profit de l'agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie.

En 2003 et 2004 des mesures concernant l'interdiction de ventes de bières fraîches avaient été prises en provinces Sud et Nord. Plus récemment la délibération n°79 du 15 juin 2005 relative à la lutte contre le tabac et l'alcoolisme prévoit en autres pour l'alcool, l'interdiction partielle de publicité, de consommer de l'alcool dans les établissements scolaires, les services publics ainsi que l'interdiction de vendre/offrir de l'alcool aux mineurs.

Arrêté n°2005-1913/GNC du 28 juillet 2005 fixant le modèle d'affiche rappelant l'interdiction de vente du tabac et des produits du tabac à des mineurs pris en application de l'article 9 de la délibération n°79 du juin 2005 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme.

Délibération n°198 du 22 août 2006 relative à l'instauration de la rétention du permis de conduire.

Arrêté n°2006-4501/GNC du 9 novembre 2006 relatif au

barème des durées de suspension d'un permis de conduire faisant suite à une mesure de rétention à titre conservatoire.

Le décret n°2007-1626 du 16 novembre 2007 portant extension et adaptation en Nouvelle-Calédonie de diverses dispositions du code de la route a abaissé le taux d'alcoolémie toléré qui fixe les valeurs limites de concentration d'alcool dans le sang (égale ou supérieure à 0,50 gramme par litre) ou l'air expiré (égale ou supérieure à 0,25 milligramme par litre) prévu à l'article L 234-1 du code de la route de Nouvelle-Calédonie. De plus, ce décret institue une distinction plus stricte pour les véhicules de transports en commun (concentration d'alcool dans le sang égale ou supérieure à 0,20 gramme par litre ou dans l'air expiré, concentration égale ou supérieure à 0,10 milligramme par litre).

Délibération n°42 du 21 décembre 2009 portant modification de la structure des prix du tabac, cigares et cigarettes et **augmentation du taux de la taxe sur les alcools et tabacs en faveur du secteur sanitaire et social.**

Au total : l'alcoolisme reste un problème majeur de santé publique impliqué de manière élevée dans la morbidité et la mortalité de la population, qu'elle soit accidentelle ou non.

Dans le cadre de la lutte contre l'alcoolisme, le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie a arrêté un projet de délibération qui vise à augmenter la taxe appliquée aux boissons alcooliques importées et fabriquées localement.

En décembre 2017, un premier train de mesures a été adopté visant à réduire la consommation d'alcool et à changer les comportements

- Hausse de la TAT3S (taxe sur les alcools et les tabacs en faveur du secteur sanitaire et social) de 20 à 25%, dont le but est de réduire la consommation, sur le modèle de ce qui a été voté en faveur de la lutte contre le tabagisme (baisse de la consommation de 14%),
- Lancement de la campagne-citoyenne «Zéro-tolérance » par l'ASS, l'Agence sanitaire et sociale.