



HAL
open science

État des lieux des pratiques et connaissances des habitants de l'île de Lifou en Nouvelle-Calédonie concernant l'usage de l'alcool et ses complications

Jeanne de Magnienville, Corentin Leroux

► To cite this version:

Jeanne de Magnienville, Corentin Leroux. État des lieux des pratiques et connaissances des habitants de l'île de Lifou en Nouvelle-Calédonie concernant l'usage de l'alcool et ses complications. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04762609

HAL Id: dumas-04762609

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04762609v1>

Submitted on 31 Oct 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2024

Thèses n° 80A et 80B

THESE POUR L'OBTENTION DU

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement à Bordeaux le 08/10/2024

Par de MAGNIENVILLE Jeanne, Désirée, Marie

Née le 9 janvier 1996 à Paris 14^{ème}

et

Par LEROUX Corentin, Pierre, Martin

Né le 11 mars 1997 à Saint-Lô

**État des lieux des pratiques et connaissances des habitants de l'île
de Lifou en Nouvelle-Calédonie concernant l'usage de l'alcool et ses
complications.**

D.E.S de MEDECINE GENERALE

Sous la direction du Docteur CLEIREC Grégoire

Rapporteur : Professeur ALLA François

Membres du jury :

Professeur JOSEPH Jean-Philippe

Professeur DABIS François

Docteur VINCENT Yves-Marie

Docteur LE MONNIER Fabienne

Président

Juge

Juge

Juge

REMERCIEMENTS

Jeanne :

Je souhaite exprimer ma reconnaissance envers toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de cette thèse.

Je tiens premièrement à remercier le Professeur Joseph d'avoir accepté de présider notre jury de thèse.

Je remercie également vivement le Docteur Grégoire Cleirec d'avoir été notre directeur de thèse et de nous avoir accompagné tout au long de sa réalisation.

Je souhaite également remercier les autres membres de notre jury pour leur participation à cette démarche académique importante.

Je tiens également à remercier tous les enseignants et les différents professionnels de santé que j'ai eu la chance de croiser lors de mon parcours qui m'ont accompagnée, transmis leurs connaissances et qui ont grandement enrichi ma formation.

Je souhaite également exprimer ma gratitude envers mes parents, dont le soutien a été essentiel tout au long de ce parcours. Merci de m'avoir donné la chance et les moyens de suivre ce chemin.

Je tiens à remercier mes frères ainsi que ma belle-famille pour tous les bons moments partagés pendant ces années.

Un grand merci à mes ami(e)s, qui m'ont apporté beaucoup de bonheur et motivation mais aussi soutien durant les moments difficiles. Votre amitié et votre présence sont inestimables.

Et surtout merci à Corentin pour toutes ces années mémorables, cette complicité, ce soutien sans faille, ces fous-rires mais aussi ces instants studieux comme la réalisation de ce cette thèse et pour toutes les belles choses qui nous restent à vivre.

Corentin :

Je tiens à exprimer ma gratitude à toutes les personnes ayant contribué à la réalisation de cette thèse.

Tout d'abord, je souhaite remercier les médecins et professionnels de santé qui m'ont enseigné et soutenu durant mes stages, en particulier l'équipe du dispensaire de Wé qui nous a également aidé lors du recueil de données.

Je remercie Grégoire CLEIREC, notre directeur de thèse, pour son engagement et son soutien tout au long de ce projet, ainsi que les membres de notre jury pour leurs contributions.

Je suis profondément reconnaissant envers mes parents, Oanh et Denis, mes frères Jean-Claude, François et Tanguy, ainsi que toute ma famille, pour leur soutien indéfectible durant ces longues années d'études. Je remercie également mes amis et toutes les personnes que j'ai eu la chance de rencontrer au cours de ce parcours.

Enfin, je tiens à remercier Jeanne, ma partenaire. Son soutien et sa collaboration ont été essentiels pour surmonter l'instabilité et les difficultés de cet internat, ainsi que pour mener à bien cette thèse.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	3
LISTE DES ABREVIATIONS.....	6
PREFACE.....	8
INTRODUCTION.....	10
I) L'alcool.....	10
1) Caractéristiques : toxico-cinétique et métabolisme	10
2) Les différents types d'alcool	11
3) Modes de consommation	12
a) L'abstinence	13
b) L'usage à faible risque.....	13
c) L'usage à risque.....	13
d) L'usage nocif	13
e) L'usage avec dépendance	13
f) Binge drinking	14
4) Toxicité aiguë	14
a) Effets cliniques	14
b) Complications	16
5) Toxicité chronique.....	18
a) Hépatopathies alcooliques et maladies digestives.....	18
b) Polyneuropathie périphérique longueur dépendante	19
c) Cancers.....	20
d) Complications cardiovasculaires.....	20
e) Épilepsie	20
f) Troubles psychiatriques.....	21
g) Troubles cognitifs liés à l'alcool	21
II) La Nouvelle-Calédonie : caractéristiques du territoire	23
1) Géographie.....	23
2) Climat	24
3) Histoire	24
4) Population	26
5) Culture et coutumes.....	27
a) Société traditionnelle kanak, coutume	27
b) Case kanak	28
c) Les aires coutumières, le sénat coutumier	29
6) Offre de soins	30
a) Structures de soins.....	30
b) Couverture sociale	30
c) Approche culturelle et représentations de la maladie dans la société kanak – Médecine traditionnelle.....	31
7) État de santé de la population	32
8) Particularités de Lifou	33
a) Géographie.....	33
b) Population.....	35
c) Spécificités culturelles de Lifou	36
d) Offre de soins sur l'île	36
III) L'alcool en France métropolitaine	38
1) Consommation d'alcool en Europe et en France	38
2) Contexte historique et culturel	39
3) Épidémiologie des consommations d'alcool en France	39
4) Perception des risques liés à l'alcool	40
5) Opinions des Français métropolitains sur les mesures de réduction de la consommation d'alcool	40
IV) L'alcool en Nouvelle-Calédonie.....	41
1) Histoire de l'alcool en Nouvelle-Calédonie	41
2) Épidémiologie des consommations sur le territoire calédonien	42
3) L'alcool à Lifou.....	44

a) Épidémiologie des consommations à Lifou	44
b) Épidémiologie des complications liées au binge drinking	46
4) Offre de soins en addictologie sur le territoire calédonien	50
5) Législation et mesures préventives sur le territoire calédonien	50
V) Question de recherche / Objectif de l'étude	53
MATERIELS ET METHODES	54
I) Schéma de l'étude	54
II) Population étudiée	54
III) Modalités du recueil de données.....	54
IV) Analyses statistiques	55
RESULTATS.....	56
I) Diagramme de flux.....	56
II) Description de la population.....	57
1) Sexe	58
2) Âge.....	59
3) Situation socio-économique	59
III) Épidémiologie des consommations d'alcool.....	61
IV) Épidémiologie des connaissances et opinions concernant l'alcool	63
DISCUSSION	70
I) Interprétation et discussion des résultats.....	70
1) Objectif principal : Évaluer les pratiques de consommation et les connaissances des effets de l'alcool sur la santé des habitants de Lifou.	70
2) Objectif secondaire : Comparer les pratiques et connaissances des habitants de Lifou avec celles des Français métropolitains.....	70
3) Objectif secondaire : Pistes d'amélioration pour la prévention de l'alcool à Lifou	71
a) Intensification de la prévention chez les jeunes	71
b) Considérations Culturelles	72
II) Forces et faiblesses de l'étude	72
1) Effectif de l'étude	72
2) Sujet de l'étude	72
3) Validité interne.....	72
a) Biais de sélection :	72
b) Biais d'information.....	73
4) Validité externe	74
5) Pistes d'améliorations méthodologiques.....	74
CONCLUSION.....	76
BIBLIOGRAPHIE	77
ANNEXES.....	84
TABLE DES ILLUSTRATIONS	90
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	92
RESUME	93

LISTE DES ABREVIATIONS

ALDH : Aldéhyde Déshydrogénase

ASSNC : Agence Sanitaire et Sociale de Nouvelle-Calédonie

AVP : Accidents de la Voie Publique

CAFAT : Caisse d'Allocations Familiales et des Accidents du Travail

CARP : Conducteur Alcoolisé Responsable Présumé d'un accident de la circulation routière

CH : Centre Hospitalier

CIM : Classification Internationale des Maladies

CIRC : Centre International de Recherche sur le Cancer

CVS : Cadre de Vie et Sécurité

DETA : Diminuer, Entourage, Trop, Alcool

DITTT : Direction des Infrastructures, de la Topographie et des Transports Terrestres

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

FLNKS : Front de Libération National Kanak et Socialiste

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

ISEE : Institut de la Statistique et des Études Économiques de Nouvelle-Calédonie

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MEOS : Microsomal Ethanol Oxidizing System

NIAAA : National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PTSPD : Plan Territorial de Sécurité et de Prévention de la Délinquance

RUAMM : Régime Unifié d'Assurance Maladie-Maternité

SIADD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

SMAG : Salaire Minimum Agricole Garant

PREFACE

La Nouvelle-Calédonie est un ensemble d'îles et d'archipels français situé dans la partie sud de l'Océan Pacifique. Elle est composée principalement de la Grande-Terre avec son chef-lieu Nouméa et des trois Îles Loyauté : Ouvéa, Lifou et Maré.

Durant notre internat, nous avons eu la chance d'effectuer un stage au dispensaire de Wé sur l'île de Lifou. Cette expérience nous a permis de travailler auprès d'une population différente d'un point de vue culturel, ayant d'autres facteurs de vulnérabilité, de traiter des pathologies différentes en termes de prévalence, et d'y appréhender les particularités de la prise en charge comparativement à la métropole.

Sur place, nous avons observé que la consommation d'alcool représente un enjeu majeur de Santé Publique en Nouvelle-Calédonie, particulièrement sur l'île de Lifou.

Nous souhaitons dresser un état des lieux des connaissances de la population de l'île de Lifou concernant la consommation d'alcool et ses conséquences sur la santé.

Dans un premier temps, nous aborderons l'alcool et ses complications, après nous présenterons les caractéristiques du territoire Calédonien avant d'explorer la situation actuelle de l'alcool en France métropolitaine puis en Nouvelle-Calédonie.

INTRODUCTION

I) L'alcool

1) Caractéristiques : toxico-cinétique et métabolisme

L'alcool, après le tabac, est le produit psychoactif qui occasionne la plus forte mortalité au monde, causant plusieurs millions de décès chaque année. Les boissons alcoolisées contiennent des molécules d'éthanol.

La formule chimique semi-développée de l'éthanol est $\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{-OH}$. Il est principalement absorbé par l'organisme humain via un processus de diffusion au niveau du système digestif.

L'absorption de l'éthanol est influencée par deux principaux facteurs :

- La présence de nourriture dans l'estomac, qui ralentit la vidange gastrique et étale le pic d'alcoolémie dans le temps, prolongeant ainsi l'absorption bien que la dose d'alcool ingérée soit inchangée (4). Si l'éthanol est consommé pendant un repas, le temps nécessaire pour atteindre la concentration plasmatique maximale est doublé, passant en moyenne à 90 minutes contre 45 minutes à jeun (7).
- La concentration en éthanol de la boisson : les boissons fortement alcoolisées provoquent un spasme du pylore, retardant ainsi la vidange gastrique et ralentissant l'absorption.

La distribution de l'éthanol est rapide vers les organes très vascularisés (cœur, poumons et foie).

L'éthanol se distribue dans la masse maigre du corps humain, incluant les os, les muscles, les organes, la peau et les liquides biologiques. En raison du dimorphisme sexuel, les femmes ont en moyenne une masse maigre inférieure à celle des hommes. Par conséquent, le volume de distribution de l'éthanol est plus faible chez les femmes, entraînant une concentration sanguine en éthanol plus élevée pour une même quantité ingérée.

L'élimination de l'éthanol se fait selon 2 mécanismes :

- Le premier mécanisme : Oxydation.
90 à 95% de l'éthanol est métabolisé par oxydation en acétaldéhyde puis en acétate.

La majorité de l'éthanol ingéré est oxydée **dans le foie** par les hépatocytes en acétaldéhyde, puis en acétate par l'ALDH. L'acétate est ensuite largement libéré dans la circulation générale et oxydé en CO_2 et H_2O dans les tissus extra-hépatiques (4).

En cas d'éthanolémie élevée ou de consommation chronique d'alcool, l'organisme active des voies métaboliques alternatives pour compenser le déficit métabolique.

A partir d'une alcoolémie de 2g/L, la voie MEOS (CYP2E1) est activée dans les microsomes hépatiques, ce qui est aussi responsable de la génération d'espèces réactives à l'oxygène toxiques pour le foie (O_2^- , H_2O_2 , OH^- , CH_3CHOH).

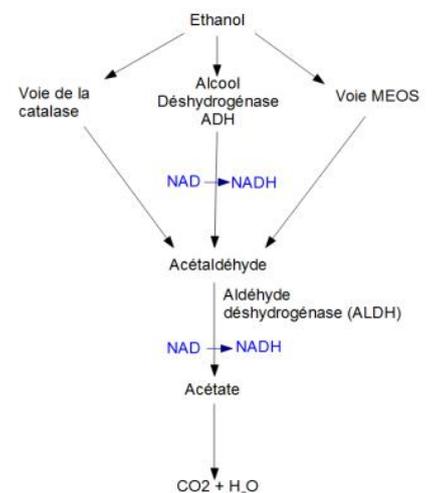


Figure 1 : Métabolisme hépatique de l'éthanol (5)

A partir d'une alcoolémie de 3g/L, la voie de la catalase est activée dans les peroxysomes, en présence d'H₂O₂ issu du métabolisme oxydatif des bases xanthiques (5).

- Le second mécanisme : Excrétion.
Environ 5 à 10% de l'alcool que l'on consomme est excrété de façon inchangée par l'urine, l'air expiré ou la sueur (6).

La concentration sanguine d'alcool diminue de 0,15 à 0,20 g/L par heure (7).

2) Les différents types d'alcool

L'éthanol, également appelé alcool éthylique ou communément alcool pur, est issu de la fermentation de fruits, de grains ou de tubercules.

En France, un verre standard d'alcool contient environ 10 grammes d'alcool pur, quel que soit le type de boisson alcoolisée (vin, bière, apéritif ou alcool fort). Ces équivalences sont basées sur les degrés d'alcool standards des différentes boissons. Par conséquent, la taille des verres standards varie en fonction du degré d'alcool de chaque boisson (7).

Pour calculer la masse d'alcool en grammes contenu dans une boisson, il faut prendre en compte la densité spécifique de l'alcool (0,8 g/mL) :

Masse d'alcool (en g) = Volume d'alcool pur (en mL) x 0,8 (8).



Figure 2 : Exemples de verres standards en alcool pur

Repères pour limiter les risques sur la santé :

Bien qu'il n'existe pas de seuil en dessous duquel la consommation d'alcool est sans risque, les connaissances scientifiques permettent de définir des repères pour limiter les risques. Actualisés en 2017, les recommandations de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) recommandent de :

- Ne pas consommer plus de 10 verres d'alcool par semaine.
- Ne pas consommer plus de 2 verres par jour.
- Ne pas boire d'alcool au moins 2 jours par semaine.

Ces recommandations s'appliquent aux adultes, hommes et femmes (hors grossesse). Aucun repère de consommation n'est validé pour les jeunes, chez qui toute consommation peut être nocive en raison de la vulnérabilité accrue du cerveau en développement.

Maintenir sa consommation en dessous de ces repères réduit le risque de dommages liés à l'alcool, mais ne l'annule pas. Même en petites quantités quotidiennes, comme 13 grammes (soit 1,3 verre), l'alcool serait responsable de 1 100 décès par an. Par exemple, le risque de développer certains cancers devient significatif dès le premier verre (9).

3) Modes de consommation

Il existe cinq catégories de consommation de l'alcool :

- L'abstinence
- L'usage à faible risque
- Le mésusage, comprenant trois catégories :
 - L'usage à risque,
 - L'usage nocif,
 - L'usage avec dépendance.

Les catégories de non-usage, usage à faible risque et usage à risque représentent des formes d'utilisation asymptomatiques, où les conséquences visibles de la consommation ne sont pas encore présentes ou manifestes. En revanche, les troubles associés à l'alcool, tels que l'usage nocif et la dépendance, présentent des symptômes et des conséquences visibles sur les plans social, psychologique et médical.

Chez les individus consommant de l'alcool, il existe un continuum allant de l'usage à faible risque jusqu'aux formes les plus sévères avec des répercussions significatives.

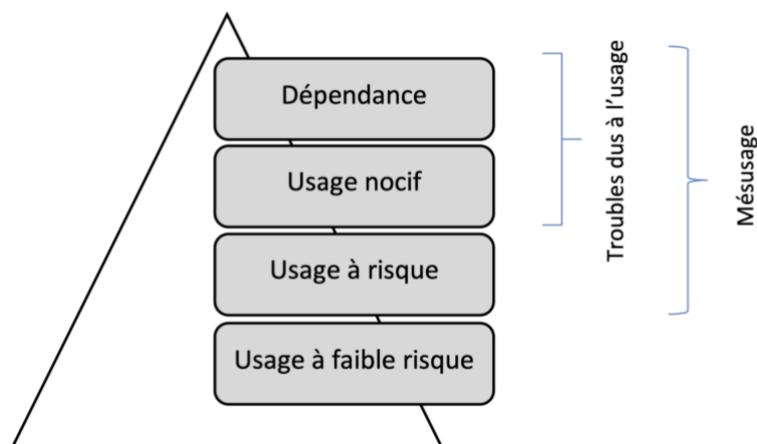


Figure 3 : Usage, mésusage, troubles dus à l'usage : un continuum

Le mésusage inclut toutes les formes d'usage d'alcool entraînant des conséquences négatives ou présentant un risque de les entraîner, intégrant l'usage à risque et les troubles liés à l'alcool.

Les troubles liés à l'usage d'alcool sont caractérisés par la présence de symptômes plutôt que par un niveau de consommation spécifique. Selon les systèmes de classification (CIM-10, CIM-11, DSM-IV ou DSM-5), ces troubles peuvent engendrer des complications physiques, psychiques ou sociales, une envie compulsive de consommer (craving), une perte de contrôle de la consommation, ou la poursuite de la consommation dans des situations dangereuses (10,14).

a) L'abstinence

Le non-usage, ou "abstinence", se caractérise par l'absence totale de consommation. Il peut être primaire, lorsqu'il s'agit d'une abstention initiale (comme chez les enfants ou les préadolescents) ou d'un choix durable (préférence personnelle ou culturelle chez l'adulte), ou secondaire, après une période de mésusage.

b) L'usage à faible risque

L'usage à faible risque est défini par une consommation qui est à la fois asymptomatique et conforme aux recommandations de consommation d'alcool émises par Santé Publique France et l'Institut National du Cancer (10).

c) L'usage à risque

L'usage à risque, la forme la moins sévère de mésusage, est asymptomatique mais peut entraîner des dommages à long terme. Intégré dans la 11ème version de la Classification Internationale des Maladies (CIM) comme facteur de risque (11), il se caractérise par une consommation d'alcool augmentant significativement le risque de conséquences néfastes pour la santé physique ou mentale nécessitant ainsi l'attention et les conseils des professionnels de santé (12). Ce risque peut être lié à la fréquence et à la quantité de consommation, aux comportements à risque, ou au contexte de consommation. Bien que les dommages ne soient pas encore présents, la consommation à risque persiste souvent malgré la conscience du danger.

d) L'usage nocif

Il s'agit d'un mode de consommation d'alcool entraînant des dommages à la santé physique ou mentale de l'individu, ou causant des préjudices à autrui. Il est observé sur au moins 12 mois en cas de consommation épisodique, ou au moins sur un mois en cas de consommation continue. Les dommages peuvent inclure des comportements liés à l'intoxication, des effets toxiques sur les organes et systèmes du corps, ou des méthodes de consommation nocives.

e) L'usage avec dépendance

La dépendance à l'alcool est un trouble caractérisé par une perte de contrôle sur la consommation, un désir intense et incontrôlable de boire, et la poursuite de la consommation malgré les conséquences négatives. Elle se manifeste par une priorité accrue donnée à l'alcool, des symptômes de tolérance, des symptômes de sevrage, et l'utilisation continue pour atténuer ces symptômes. Le diagnostic se fait généralement après au moins 12 mois de

consommation problématique, ou après 3 mois de consommation quotidienne ou quasi quotidienne (10,14).

Ces différents niveaux de troubles de l'usage de l'alcool sont utilisés dans le DSM-IV et le CIM-10. Toutefois, le DSM-5 réunit les critères d'abus et de dépendance en une seule dimension appelée "trouble de l'usage de l'alcool", avec trois niveaux de sévérité (léger, modéré, sévère) selon le nombre de critères présents sur 12 mois. Cette approche remplace la dichotomie entre usage nocif et usage avec dépendance du DSM-IV, qui peut créer des confusions. En se concentrant sur le nombre de critères plutôt que sur des catégories distinctes, le DSM-5 a pour objectif d'avoir un diagnostic plus précis et un suivi plus adapté aux variations du trouble au fil du temps (62).

f) Binge drinking

L'OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives) définit l'alcoolisation ponctuelle importante comme la consommation d'au moins 5 verres en une seule occasion au cours des 30 derniers jours. L'OMS utilise une définition similaire en parlant de "consommation forte épisodique", correspondant à la consommation de 6 verres ou plus en une occasion au moins une fois par mois, voire une fois par semaine. Plus récemment, l'OMS a adopté le terme de "binge drinking". Une définition courante du binge drinking par le NIAAA (Institut National Américain sur l'Abus d'Alcool) consiste en l'ingestion de 7 verres (70 g) ou plus pour les hommes et de 6 verres (60 g) ou plus pour les femmes en moins de deux heures, entraînant une alcoolémie d'au moins 0,8 g/l. Ces seuils sont multipliés par 2 voire 3 pour définir le binge drinking à "haute intensité ou extrême". (10)

De nombreuses recherches sont en cours pour identifier les déterminants individuels et environnementaux du binge drinking ainsi que pour affiner sa définition. Le binge drinking est associé à de nombreuses conséquences à court terme, telles qu'un risque accru de blessures, de décès, d'agressions, de relations sexuelles non-consenties et de moins bons résultats scolaires. À long terme, il est associé à des atteintes cérébrales et cognitives, et pourrait accroître le risque de développer une dépendance. (13)

4) Toxicité aiguë

L'alcool est un produit psychoactif qui altère la conscience, les perceptions et, par conséquent, les ressentis et les comportements. Les effets immédiats sont principalement influencés par le taux d'alcool dans le sang (7).

a) Effets cliniques

La présentation clinique de l'intoxication alcoolique aiguë varie considérablement, allant de la simple ébriété à un état d'agitation, jusqu'au coma.

Ce premier tableau cherche à corrélérer le taux d'éthanol sanguin avec les symptômes neurologiques. Cette corrélation n'est pas linéaire et dépend de plusieurs facteurs, notamment la quantité et la rapidité de l'ingestion, les habitudes de consommation, et le profil génétique des individus.

Tableau 1 : Effets cliniques en fonction de l'éthanolémie.

0,2-0,5 g/l Diminution de la coordination motrice fine, de l'attention, de l'acuité visuelle et auditive
0,5-1 g/l Altération de la capacité de jugement et de la concentration, ralentissement du temps de réaction, altération de la perception des objets et de la vision spatiale
1-1,5 g/l Troubles de l'équilibre, du langage, surestimation de soi, désinhibition, perte de l'esprit critique
1,5-2,5 g/l Léthargie, difficulté à se tenir debout sans aide, troubles de la mémoire, vomissements
3 g/l Amnésie, coma chez le non-dépendant
4 g/l Dépression et arrêt respiratoire, décès

(18)

Outre les symptômes neurologiques, l'éthanol provoque des effets cardiovasculaires, digestifs et respiratoires, présentés dans ce deuxième tableau.

Tableau 2 : Effets autres que neurologiques de l'éthanol.

Digestifs	Cardiovasculaires	Respiratoires
<ul style="list-style-type: none"> • Vomissements, nausées • Diarrhées • Dysmotilités œsophagienne, gastrique et duodénale 	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles du rythme • Vasodilatation périphérique • Hypotension artérielle 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution de la sensibilité des voies aériennes • Diminution de la clairance ciliaire • Dépression respiratoire

(18)

b) Complications

Tableau 3 : Complications d'une intoxication alcoolique aiguë.

Infectieuse	• Pneumonie d'aspiration
Neurologique	• Convulsions
Cardiaque	• Fibrillation auriculaire : «holiday heart syndrome»
Psychiatrique	• Violence
Si éthyliste chronique sous-jacent	• Hypoglycémie • Acidocétose alcoolique • Encéphalopathie de Wernicke
Si diabète sous-jacent	• Hypoglycémie
Autres	• Hypothermie • Traumatismes

(18)

- Risque accru de traumatismes et d'accidents de la route

Entre 25% et 40% des patients victimes de traumatismes sont sous l'influence de l'alcool (18). Les effets de l'alcool commencent dès le premier verre, augmentant le temps de réaction, diminuant les réflexes, la vigilance et la résistance à la fatigue. Il perturbe la vision, l'estimation des distances et la coordination des mouvements, tout en désinhibant, ce qui conduit à sous-estimer les dangers et à prendre des risques (oublier de boucler sa ceinture, rouler à une vitesse excessive, etc.).

Le risque d'être responsable d'un accident mortel est multiplié par 8 en cas de consommation d'alcool, augmentant rapidement avec l'alcoolémie : multiplié par 6 pour un taux de 0,5 à 0,8 g/l, et par 40 pour un taux supérieur à 2 g/l. Selon les derniers chiffres de la sécurité routière, en France métropolitaine, l'alcool est impliqué dans près d'un tiers des accidents mortels, affectant aussi bien les conducteurs de véhicules que les piétons (7).

- Trou noir ou « black-out »

Il s'agit d'une altération de la mémoire des événements survenus pendant l'ivresse, augmentant considérablement le risque de blessures et d'autres préjudices. Les trous noirs peuvent affecter toute personne consommant de l'alcool, quel que soit son âge ou son expérience. Ils se produisent lorsque l'alcool bloque temporairement le transfert des souvenirs du stockage à court terme au stockage à long terme vers une région du cerveau appelée hippocampe. Il existe deux types de trous noirs : les trous noirs fragmentaires, caractérisés par des souvenirs ponctuels d'événements entrecoupés de périodes de temps manquantes, et les amnésies complètes, qui s'étendent souvent sur plusieurs heures. Les trous noirs surviennent généralement à des concentrations d'alcool dans le sang d'environ 1,6 g/L et plus, altérant significativement les capacités cognitives. Ils sont liés à une forte consommation d'alcool. La prise rapide, notamment à jeun ou en ingérant rapidement de

grandes quantités, accroît ce risque. Les femmes, ayant généralement un poids corporel inférieur et une proportion d'eau moindre que les hommes, atteignent plus rapidement des niveaux d'alcoolémie élevés par verre consommé, ce qui explique en partie pourquoi elles sont plus susceptibles de faire l'expérience de trous noirs après la consommation d'alcool (19).

- Gueule de bois

La gueule de bois, résultant d'une consommation excessive d'alcool, englobe divers symptômes tels qu'asthénie, faiblesse, céphalées, nausées, vertiges, irritabilité, sensibilité à la lumière et au bruit. Ces manifestations peuvent varier d'une personne à l'autre. En raison de la variabilité entre les individus, il est compliqué d'estimer la quantité de verres pouvant entraîner une gueule de bois.

Les symptômes de la gueule de bois sont causés par divers facteurs :

- La déshydratation légère : L'alcool perturbe la production d'une hormone appelée vasopressine, ce qui entraîne une augmentation de la miction et une perte de liquides, contribuant ainsi à des symptômes tels que la soif et l'asthénie.
- Les troubles du sommeil : Bien que l'alcool puisse induire le sommeil, il perturbe également la qualité de celui-ci, entraînant asthénie et baisse de la productivité.
- Irritation gastro-intestinale : L'alcool irrite la muqueuse de l'estomac et augmente la libération d'acide, ce qui provoque des nausées et des gênes gastriques.
- Inflammation : L'alcool augmente l'inflammation de l'organisme, ce qui contribue au malaise ressenti pendant la gueule de bois.
- Exposition à l'acétaldéhyde : Le métabolisme de l'alcool produit de l'acétaldéhyde, un sous-produit toxique qui contribue à l'inflammation de divers organes.
- Mini-sevrage : Lorsque les effets positifs de l'alcool diminuent, le cerveau peut réagir en augmentant l'anxiété et l'agitation chez certaines personnes.

Les symptômes de la gueule de bois culminent lorsque la concentration d'alcool dans le sang revient à des niveaux presque nuls. Ils peuvent persister pendant 24 heures ou plus. Les gueules de bois sont non seulement inconfortables, mais aussi potentiellement dangereuses. Elles peuvent altérer l'attention, la prise de décision et la coordination musculaire, compromettant ainsi la capacité à effectuer des tâches essentielles telles que la conduite, l'utilisation de machines ou prendre soin d'autrui (20).

- Coma éthylique et décès

Le coma éthylique est secondaire à une surdose d'alcool. Chez les personnes qui consomment de l'alcool de manière occasionnelle, une alcoolémie de 3 à 4 g/l entraîne souvent un coma et des niveaux ≥ 4 g/l peuvent être mortels. Le décès peut survenir par dépression respiratoire, troubles du rythme cardiaque, surtout si l'alcool est consommé en grande quantité et rapidement, mais également par hypotension, hypoglycémie, rhabdomyolyse, acidocétose alcoolique et inhalation en cas de vomissements (21,25).

- Ivresse convulsivante

Il s'agit généralement d'une crise généralisée unique, survenant chez un buveur occasionnel lors d'une intoxication aiguë due à un abaissement du seuil épiléptogène (13).

- Augmentation de l'agressivité, de la violence et des délits

L'alcool augmente l'impulsivité, rend la gestion émotionnelle plus difficile, et limite les capacités de jugement et de recul critique. Sa consommation augmente donc le risque de passage à l'acte auto ou hétéro agressif en cas d'émotion négative. Les effets de l'alcool peuvent se cumuler avec ceux d'autres drogues, amplifiant ces comportements (13).

- Violence familiale, intime et sexuelle

La consommation d'alcool, surtout lorsqu'elle est abusive, peut gravement affecter les proches du consommateur. Les membres de la famille, en particulier le conjoint ou la conjointe et les enfants, sont les plus à risque de subir les conséquences de cette consommation. Les enfants sont particulièrement vulnérables et sont plus susceptibles de subir de la négligence et de la maltraitance physique et psychologique lorsque l'un des parents consomme de l'alcool de façon abusive (15).

Il existe également une vulnérabilité chimique liée à l'alcool qui se définit par un état de fragilité de la personne causé par la consommation volontaire d'alcool, la rendant plus susceptible d'être victime d'actes délictueux ou criminels. Les agressions sexuelles sont particulièrement courantes, soulevant la question du consentement sous l'effet de l'alcool. Les consommations d'alcool se produisent principalement en milieu festif, et les agressions surviennent majoritairement dans des lieux privés, souvent au domicile (64).

Il existe un lien étroit entre la consommation d'alcool et la violence entre partenaires intimes. La consommation d'alcool augmente généralement la fréquence et la gravité des violences (16). Il y a une forte association entre les agressions sexuelles et la consommation d'alcool par l'agresseur et/ou par la victime (17,3,64).

5) Toxicité chronique

a) Hépatopathies alcooliques et maladies digestives

La stéatose hépatique, l'hépatite alcoolique et la cirrhose sont souvent considérées comme des stades distincts et progressifs de la maladie hépatique alcoolique, mais elles coexistent souvent.

- Stéatose hépatique alcoolique

La stéatose hépatique alcoolique, résultant d'une consommation excessive d'alcool, est la lésion initiale et la plus courante. Elle est potentiellement réversible et souvent asymptomatique. Des graisses macrovésiculaires s'accumulent dans les hépatocytes, principalement dans les cellules péri-veinulaires, et le foie augmente de volume.

- Hépatites alcooliques

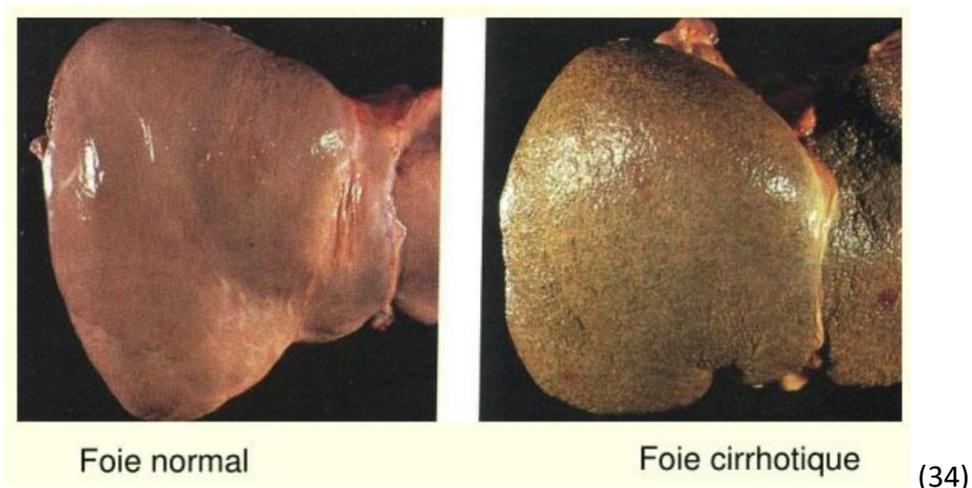
L'hépatite alcoolique (ou stéatohépatite) combine une stéatose hépatique, une inflammation diffuse du foie et une nécrose hépatique.

Elle peut être modérée et réversible ou potentiellement mortelle. Les patients atteints d'une forme modérée présentent souvent une dénutrition, une asthénie, de la fièvre, un ictère, une hépatomégalie douloureuse et parfois un souffle hépatique. Environ 40 % des patients s'aggravent rapidement. Des signes cliniques de cirrhose peuvent également être présents.

- Cirrhose hépatique

La cirrhose est une maladie hépatique avancée où la fibrose étendue détruit la structure normale du foie. Elle peut être accompagnée d'une accumulation variable de graisse et parfois d'une hépatite alcoolique. La capacité du foie à se régénérer est limitée, ce qui entraîne la formation de petits nodules (cirrhose micronodulaire) et finalement, même en cas d'arrêt de la consommation d'alcool, une fibrose plus sévère avec de gros nodules (cirrhose macronodulaire).

Elle peut être asymptomatique lorsqu'elle est compensée, avec un foie souvent petit. Les symptômes peuvent inclure ceux de l'hépatite alcoolique ou des complications telles que l'hypertension portale, qui entraîne des varices œsophagiennes, des hémorragies gastro-intestinales, une splénomégalie, une ascite et une encéphalopathie hépatique. L'hypertension portale peut aussi provoquer des shunts artérioveineux intrapulmonaires et une hypoxémie (syndrome hépato-pulmonaire), menant à la cyanose et à l'hippocratisme digital. Une insuffisance rénale aiguë due à une baisse du débit sanguin rénal (syndrome hépatorénal) peut survenir. De plus, un carcinome hépatocellulaire se développe chez 10 à 15 % des patients atteints de cirrhose alcoolique (22).



b) Polyneuropathie périphérique longueur dépendante

L'alcool exerce une double toxicité sur les nerfs : une toxicité directe et en entraînant une carence en vitamine B1 et folates. La neuropathie toxique alcoolique affecte principalement les petites fibres sensibles, responsables de la sensibilité thermoalgique. En revanche, la neuropathie due à une carence en vitamine B1 entraîne surtout des conséquences motrices. Les signes initiaux incluent des crampes nocturnes, de la fatigue à la marche avec douleur à la

pression des mollets, une hypoesthésie douloureuse et une aréflexie achilléenne. Le traitement principal consiste en l'arrêt de la consommation d'alcool.

À un stade avancé, les symptômes incluent des douleurs (sensation de brûlure, d'étau, hyperesthésie au contact), une anesthésie distale symétrique en forme de « chaussettes », un steppage et des signes trophiques liés à une neuropathie autonome distale (dépilation, troubles de la sudation, impuissance, parfois maux perforants plantaires) et cardiaques, ce qui augmente le risque de mortalité.

Le traitement combine, en plus du sevrage d'alcool, une vitaminothérapie et une renutrition en cas de carence, des antalgiques ciblant les douleurs neuropathiques, des soins locaux, de la rééducation et des orthèses. La récupération est lente et souvent incomplète (23).

c) Cancers

Depuis 1988, le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) reconnaît l'alcool comme cancérogène. En France, la consommation d'alcool représente la deuxième cause de cancer, avec environ 28 000 nouveaux cas attribuables en 2015, soit 8% des nouveaux cas de cancer cette année-là, toutes localisations confondues. L'alcool est associé à 8 types de cancer : les voies aérodigestives supérieures (bouche, pharynx, larynx), l'œsophage, le sein, le foie, l'estomac et le colorectal (24). Il est important de noter que la consommation simultanée de tabac augmente considérablement le risque de complications cancéreuses (25).

d) Complications cardiovasculaires

La cardiomyopathie alcoolique est la principale cause de cardiomyopathie dilatée non ischémique en Occident, représentant un tiers de tous les cas de cardiomyopathies dilatées. Elle se manifeste par un affaiblissement du muscle cardiaque pouvant mener à l'insuffisance cardiaque congestive. La relation entre la consommation d'alcool et les maladies cardiovasculaires est complexe. Une méta-analyse récente (2018) qui analyse 83 études incluant 599 912 patients montre que la consommation modérée d'alcool est liée à un risque accru d'accident vasculaire cérébral, de maladie coronarienne (sauf l'infarctus du myocarde), d'insuffisance cardiaque, de maladie hypertensive et d'anévrisme de l'aorte mortel. L'étude indique cependant qu'une augmentation de la consommation d'alcool est associée à un risque réduit d'infarctus du myocarde (26).

e) Épilepsie

La relation entre l'alcool et les crises d'épilepsie est complexe. Le sevrage d'alcool est la cause la plus fréquente de crises d'épilepsie chez les patients avec un trouble de l'usage de l'alcool. Ces crises généralisées se manifestent dans les 12 à 24 heures suivant l'arrêt de l'alcool, souvent en salves. Un état de mal épileptique peut survenir dans 1 à 7 % des cas, provoqué par la suractivation du système glutamatergique. La répétition de ces crises peut rendre le cerveau plus excitable par un processus de kindling. Initialement, les crises surviennent surtout pendant le sevrage, où les complications neurologiques sont rares. Avec la consommation chronique, les crises deviennent plus fréquentes et moins liées au sevrage. Finalement, même les personnes abstinences peuvent en souffrir à cause de lésions cérébrales

irréversibles, diminuant ainsi le seuil épiléptogène. Si on retrouve un point de départ focal de la crise, il convient d'exclure une lésion cérébrale sous-jacente (63, 65).

Le traitement antiépileptique à long terme n'est nécessaire que si un risque de crises persiste en dehors de toute consommation d'alcool (23).

f) Troubles psychiatriques

Les conduites addictives sont souvent associées à des troubles psychiatriques tels que la dépression, l'anxiété et les troubles de la personnalité. Ces comorbidités sont fréquentes et impactent significativement la prise en charge des patients. Ces troubles peuvent influencer à la fois le traitement de l'addiction et son évolution.

Il existe une distinction importante entre les troubles psychiatriques primaires et ceux qui sont secondaires à l'addiction. Traditionnellement, l'addiction était parfois vue comme une forme d'automédication pour soulager l'anxiété ou la dépression. Cependant, les études récentes remettent en question cette hypothèse, suggérant que les symptômes psychiatriques peuvent être des conséquences de l'addiction plutôt que des causes sous-jacentes.

Pour cause, les personnes dépendantes à l'alcool ou à d'autres substances présentant des symptômes dépressifs ou anxieux tendent à s'améliorer considérablement après un sevrage complet. Cette observation suggère que ces troubles psychiatriques sont soit induits par la consommation abusive de substances, soit aggravés par celle-ci. La disparition d'un syndrome dépressif à l'arrêt de l'alcool par contre signe l'imputabilité de l'alcool dans le trouble dépressif.

La classification diagnostique DSM-IV distingue les troubles de l'humeur et les troubles anxieux induits par l'alcool, reconnaissant ainsi que ces conditions peuvent se développer en réponse directe à la consommation pathologique d'alcool. Dans tous les cas, cela souligne l'importance d'une approche intégrée pour traiter à la fois les troubles psychiatriques et les addictions. (27)

g) Troubles cognitifs liés à l'alcool

Les données épidémiologiques montrent une forte association entre l'usage de l'alcool et les déficits cognitifs. Plus de la moitié des patients en addictologie présentent des troubles cognitifs significatifs, avec 50 à 80 % de déficits légers et 10 % de troubles sévères. L'alcool cause des dommages directs et indirects au cerveau, et les effets varient selon la susceptibilité individuelle et les interactions avec d'autres pathologies. Il est proposé de parler de "trouble cognitif lié à l'alcool" (TCLA) avec trois niveaux de sévérité : léger, modéré et sévère.

Les études de neuroimagerie montrent que la consommation chronique d'alcool affecte plusieurs régions cérébrales, avec des altérations structurales et fonctionnelles de la substance grise et blanche, et une réduction du débit sanguin cérébral. Ces changements affectent trois circuits fonctionnels : le circuit fronto-cérébelleux (impactant l'équilibre et les fonctions exécutives), le circuit de Papez (affectant la mémoire épisodique), et le réseau de la cognition sociale (affectant la théorie de l'esprit). Les effets sont partiellement réversibles

avec l'abstinence. Le syndrome de Korsakoff se distingue par une atteinte sévère du circuit de Papez, affectant gravement la mémoire épisodique.

Cliniquement, ces lésions entraînent un syndrome dysexécutif, des troubles de la mémoire épisodique, une surestimation des compétences ainsi que des difficultés interpersonnelles (66).

Les recherches récentes montrent que le binge drinking peut aussi entraîner des dommages neuronaux qui sont rapides et significatifs. L'alternance fréquente entre intoxication et sevrage pourrait être plus neurotoxique que la consommation régulière d'alcool. Les adolescents et jeunes adultes de moins de 25 ans, dont le cerveau est encore en développement, sont particulièrement vulnérables. Le binge drinking chez ces jeunes peut induire des troubles cognitifs précoces, tels que des problèmes d'attention, de la mémoire épisodique et de prise de décision, ainsi qu'à des anomalies dans le traitement des informations émotionnelles, ce qui peut exacerber les troubles liés à l'alcool. À l'imagerie, on peut observer une réduction de la substance grise dans l'hippocampe par perturbation de la plasticité hippocampique chez ces sujets (67).

Des études sur les rats suggèrent une vulnérabilité masculine particulière au binge drinking. En effet, elles montrent qu'après plusieurs semaines de binge drinking, les rats mâles montrent une altération de leur capacité de prise de décision, tandis que les femelles ne présentent pas ce problème. Cette différence pourrait être liée à la dopamine et aux hormones sexuelles (68).

II) La Nouvelle-Calédonie : caractéristiques du territoire



Figure 5 : Organisation du territoire Néo-Calédonien.

Nb : L'orthographe « kanak » est recommandée par l'Académie des langues kanak et utilisée dans le texte de l'Accord de Nouméa du 5 mai 1988 de façon invariable en genre et en nombre (49).

1) Géographie

La Nouvelle-Calédonie est un archipel situé dans le Pacifique-Sud, à l'est de l'Australie et au nord de la Nouvelle-Zélande, à 16 732 kilomètres de la France métropolitaine (28). Elle forme une collectivité sui generis au sein de la République française, relevant d'un régime constitutionnel qui lui est propre. L'île principale, appelée la Grande Terre et surnommée « le caillou », s'étend sur 500 kilomètres de long et environ 50 kilomètres de large. Elle est entourée par les îles Loyauté à l'Est (Ouvéa, Lifou, Tiga, Maré), l'île des Pins au sud, et les îles Bélep au Nord. Le territoire est divisé en trois provinces (Sud, Nord, et Îles Loyauté), comprenant 341 tribus et 33 communes. Le chef-lieu est Nouméa et compte 100 000 habitants. (28,29). La **monnaie** est le Franc Pacifique (1 euro = 119 XPF), le coût de la vie est de 30 à 70% plus élevé qu'à Paris (28).

La Nouvelle-Calédonie abrite 25 % des ressources mondiales de nickel. Découvert en 1864 par Jules Garnier, le nickel a façonné l'histoire récente du territoire, attirant de nombreux travailleurs immigrés. Malgré cette richesse minière, le territoire mise sur le développement durable, avec un secteur des services florissant et une agriculture en voie de modernisation, tout en préservant son patrimoine écologique unique (30).

Le lagon néo-calédonien s'étend sur une surface totale de 24 000 km², le plaçant parmi les plus vastes lagons du monde. Depuis 2008, une grande portion des lagons et des récifs coralliens de l'archipel est inscrite au Patrimoine mondial de l'Unesco.

Il existe un décalage horaire par rapport à Paris de +10 h en hiver et +9 h en été (28).

2) Climat

Baignée par les alizés, la Nouvelle-Calédonie bénéficie d'un climat tropical tempéré, caractérisé par une alternance entre saison sèche et saison des pluies. Les températures maximales, dépassant les 30°C, sont atteintes entre décembre et février, période qui correspond également à la saison des cyclones et aux grandes vacances scolaires. Une chaîne montagneuse, la Chaîne centrale, traverse la Grande Terre et crée une différence climatique notable entre ses deux côtes. La côte ouest, plus sèche, est dominée par des savanes à niaoulis et de vastes exploitations de bétail. De son côté, la côte est, plus humide et luxuriante, possède un littoral plus étroit. Le point culminant de l'île est le Mont Panié, atteignant 1 629 mètres (28).

3) Histoire

La Nouvelle-Calédonie possède une histoire riche et mouvementée, marquée par des conflits profonds et de significatives réconciliations entre les communautés.

Les Kanak, ainsi que la majorité des Océaniens, descendent des Austronésiens, un ancien peuple de navigateurs, qui se sont installés vers 1100 av. J.-C, où ils développent jusqu'au début du premier millénaire une culture principalement côtière (28). De 1000 à 1774, la société traditionnelle kanak se forme progressivement (30).

Au XVIII^e siècle, les navigateurs britanniques et français explorent l'ouest du Pacifique, encore inconnu des Européens. Lors de son deuxième voyage, James Cook découvre la Grande Terre le 4 septembre 1774, baptisant cette nouvelle terre « New Caledonia » en raison de sa ressemblance avec l'Écosse (30). Rapidement, l'archipel devient un lieu d'échanges entre autochtones et visiteurs, notamment santaliers et missionnaires protestants et catholiques (28).

Le 24 septembre 1853, le contre-amiral Febvrier-Despointes prend possession officielle de la Nouvelle-Calédonie au nom de la France. Dix ans plus tard, en 1864, Napoléon III en fait une colonie pénitentiaire. Pour peupler la Nouvelle-Calédonie, il fait venir deux catégories de colons : les « libres », qui ont délibérément choisi de s'installer dans l'archipel, et les « pénaux », envoyés pour purger une peine d'emprisonnement, souvent avec l'obligation de résider de manière permanente dans la colonie (30).

Durant trente-quatre ans, y seront déportés les condamnés de droit commun (les transportés ou « bagnards »), les opposants politiques, comme la révolutionnaire Louise Michel, et les récidivistes (« les relégués »). Les derniers centres pénitentiaires sont fermés en 1922, et en 1931 la Nouvelle-Calédonie n'est plus une terre de bagne (28).

Le régime de l'indigénat, instauré en 1887 et régulièrement reconduit, impose des règles spécifiques aux Kanak, régulant leurs déplacements et restreignant leur accès à Nouméa sans autorisation. Ces politiques ont exacerbé les tensions sociales et culturelles, conduisant à plusieurs révoltes notables telles que celles de 1878 et 1917 (30).

En 1946, la Nouvelle-Calédonie devient un territoire d'outre-mer (TOM), marquant la fin du statut colonial. Cette évolution permet aux habitants de bénéficier d'une représentation politique par le biais d'un député et d'un conseiller de la République au Sénat. Le régime de

l'indigénat est aboli, accordant aux Kanak le statut de citoyens français avec le droit de circuler librement, de choisir leur employeur et de résider où ils le souhaitent. Bien que la Constitution de 1946 leur accorde un statut de « droit particulier » pour préserver la Coutume dans des domaines comme l'état civil, le mariage et la propriété, le suffrage universel intégral n'est instauré qu'en 1957 (30).

Entre 1968 et 1971, l'essor de l'industrie du nickel marque une période de développement industriel intense pour la Nouvelle-Calédonie. Cependant, l'arrivée massive de nouveaux immigrants, combinée aux changements économiques et politiques, aggrave les déséquilibres entre les différentes communautés. Les années 1980 sont marquées par de violents conflits entre loyalistes et indépendantistes. L'arrivée au pouvoir de François Mitterrand en 1981 marque un tournant, exacerbant les tensions en Nouvelle-Calédonie. L'assassinat de Pierre Declercq, secrétaire général de l'Union Calédonienne (parti politique indépendantiste), en est un exemple poignant.

En 1984, le boycott des élections déclenche ce qu'on nomme les « événements », une période de violences marquée par des barrages, des affrontements, des embuscades, des destructions de biens, des assassinats et des expulsions d'anti-indépendantistes. L'incompréhension entre les camps se cristallise, atteignant son paroxysme avec le « drame d'Ouvéa » en 1988, où des militants du FLNKS (Front de Libération National Kanak et Socialiste) tuent 4 gendarmes et en prennent d'autres en otages dans la grotte de Gossanah, dans l'espoir d'obtenir une indépendance immédiate. L'assaut pour libérer les otages, le 5 mai 1988, se solde par la mort de 21 personnes, dont 19 Kanak et 2 gendarmes (30).

En 1988, les accords de Matignon-Oudinot, conclus entre les partis indépendantistes, non-indépendantistes et l'État français, visent à rétablir l'harmonie en instaurant une politique de rééquilibrage des pouvoirs. Ces accords prévoient la création de trois Provinces administrées de manière autonome et reconnaissent officiellement le peuple kanak (28).



(30)

Figure 6. La célèbre poignée de main entre Jacques Lafleur et Jean-Marie Tjibaou, accords de Matignon, 1988.

Dix ans après les accords de Matignon, l'accord de Nouméa est signé le 5 mai 1998 et adopté par référendum avec 72% des voix (1). Il reconnaît les aspects positifs et négatifs de la période coloniale et admet une « double légitimité » : celle des Kanak, premiers occupants, et celle des populations arrivées après 1853. L'objectif est de créer un « destin commun » pour la Nouvelle-Calédonie, intégrant l'identité kanak et un avenir partagé par tous.

Il instaure une souveraineté partagée entre la France et la Nouvelle-Calédonie, transférant progressivement les compétences non-régaliennes de la France à la Nouvelle-Calédonie, à l'exception de la défense, de la sécurité, de la justice et de la monnaie. Il introduit une citoyenneté calédonienne spécifique, réservée aux résidents depuis 1998 et à leurs descendants, et prévoit un référendum d'autodétermination d'ici 2018.

Le 4 novembre 2018, 56,4 % des votants refusent l'indépendance. Deux autres référendums, autorisés par l'accord, ont lieu. En 2020, le non l'emporte à nouveau avec 53,26 %. En 2021, un boycott partiel des indépendantistes entraîne une faible participation (44 %) et une victoire massive du non (96 %), mais les indépendantistes contestent la légitimité du scrutin (50).

En mai 2024, l'Assemblée nationale a adopté un projet de loi de révision constitutionnelle visant à élargir le corps électoral en Nouvelle-Calédonie. Cette loi permettrait à toute personne née ou résidant depuis au moins dix ans sur le territoire de voter aux élections provinciales. Ce changement est vivement contesté par les indépendantistes kanak, qui redoutent une marginalisation politique et une menace pour leur identité. Le 15 mai 2024, des violences majeures ont éclaté, incluant des émeutes, des barrages, des pillages et des affrontements avec les forces de l'ordre. L'état d'urgence a été déclaré et des renforts ont été dépêchés de la métropole afin de rétablir l'ordre. La situation s'est progressivement apaisée, mais des tensions persistent. Les efforts pour trouver une solution pacifique et équilibrée continuent, cherchant à prendre en compte les aspirations de toutes les communautés de Nouvelle-Calédonie (51).

4) Population

Au recensement de l'Institut de la Statistique et des Études Économiques en Nouvelle-Calédonie (ISEE), en 2023 la Nouvelle-Calédonie comptait 268 500 habitants. Entre 2014 et 2019, la croissance démographique de la Nouvelle-Calédonie a ralenti, passant de +1,8 % par an (2009-2014) à +0,2 % par an. Cette baisse de croissance s'explique par une hausse des départs et une baisse des arrivées, entraînant pour la première fois depuis 1983 un solde migratoire négatif. La population augmente uniquement dans la province Sud, avec une croissance dans les communes périphériques de Nouméa. En revanche, la population diminue dans les provinces Nord et des îles Loyauté.

Le vieillissement de la population s'accélère avec une diminution de la part des jeunes et une augmentation des personnes âgées. Ce vieillissement est dû à une baisse de la fécondité et à une augmentation de l'espérance de vie, qui est passée de 68,8 ans en 1989 à 77,8 ans en 2019. De plus, de nombreux jeunes émigrent pour poursuivre leurs études ou trouver un emploi. La population des 60 ans ou plus a augmenté, passant de 12,5 % en 2014 à 14,5 % en 2019, tandis que la part des moins de 20 ans a diminué de 32 % à 30,1 %.

La taille des ménages continue de diminuer. En 2019, les ménages comptent en moyenne 2,9 personnes, contre 3,1 en 2014 et 3,9 en 1989.

Le niveau d'éducation en Nouvelle-Calédonie s'améliore avec les générations. En 2019, 25 % des 25-64 ans étaient diplômés de l'enseignement supérieur, contre seulement 12 % en 1989. Les femmes sont plus nombreuses à posséder un diplôme de l'enseignement supérieur

par rapport aux hommes, avec 32% des jeunes femmes de 25 à 34 ans diplômées contre 23 % des jeunes hommes.

La Nouvelle-Calédonie est une terre de métissages, résultant de son histoire et des flux migratoires. La population est pluriethnique avec une mosaïque complexe de communautés. En 2019, les Kanak représentent 41,2% de la population, les Européens 24%, et la communauté wallisienne et futunienne 8,3%. Les autres communautés (Tahitiens, Indonésiens, Ni-Vanuatu, Vietnamiens, etc.) forment moins de 8 % de la population. En 2019, 78 % des habitants sont nés en Nouvelle-Calédonie (28,31,60).

Le français y est la langue officielle, mais on y parle également 28 langues kanak, ainsi que d'autres langues des diverses communautés présentes, telles que le wallisien, l'indonésien, le tahitien et le javanais (28).

5) Culture et coutumes

a) Société traditionnelle kanak, coutume

Dans la société kanak, le Grand-Chef supervise plusieurs tribus, chacune dirigée par des Petits-Chefs et un conseil des anciens. Les clans, composés de familles, sont dirigés par des aînés. Les décisions sont prises collectivement, avec l'aîné ou le chef s'exprimant en dernier après avoir écouté le groupe.

Les clans descendent d'un ancêtre commun, l'Être Premier, et sont liés à des éléments naturels totémiques. Le mariage est l'occasion de tisser des alliances et de générer des chemins coutumiers entre les clans (32).

La coutume, essentielle pour comprendre la culture kanak, représente un ensemble de règles et de rituels. C'est un art de vivre où tout événement majeur - naissance, deuil, mariage - rassemble des centaines de personnes. Les responsables coutumiers y prononcent de longs discours, relatent leurs généalogies et leurs histoires. Le terme "coutume" englobe non seulement les pratiques et rituels anciens, mais aussi l'ensemble de la vie mélanésienne, un système de relations sociales où le respect des forces naturelles, le pouvoir de la parole et les échanges rituels sont fondamentaux.

"Faire la coutume" consiste à accomplir un ensemble d'actes nécessaires pour entrer dans le monde kanak, avec un échange de paroles. Le geste coutumier est un signe de considération, empreint de respect et d'humilité (33).

Les objets traditionnels utilisés dans la coutume sont essentiels pour les échanges rituels. Les divers niveaux de cérémonies coutumières déterminent la nature et la quantité des dons offerts. Ce sont principalement les monnaies kanak, les ignames et le taro (32,33).

La monnaie kanak n'a pas de valeur monétaire réelle comme dans le monde occidental, elle revêt une valeur symbolique. Elle représente l'homme, l'ancêtre et le clan. Fabriquées selon des schémas anciens avec des matériaux modernes, ces pièces sont ornées de symboles, tressés en laine et parfois sculptés en bois. Elles incluent également des coquillages en conque, des os de roussette, et des tressages en bourre de coco symbolisant la case (33).



(32)

Figure 7. Monnaies kanak

L'igname, présente dans la plupart des îles océaniques, possède une forte symbolique en Mélanésie. Arrivée il y a 3000 ans avec les premiers habitants, elle constitue un pilier de l'alimentation traditionnelle kanak. De couleur blanche ou mauve et pouvant atteindre trois mètres de long, l'igname est souvent cuite à l'étouffée avec du lait de coco, enveloppée dans des feuilles de bananier, ou bien frite à la poêle. Très nourrissante et riche en vitamines, elle se conserve plusieurs mois dans un endroit sec. Le cycle annuel de l'igname, de la plantation en juin à la récolte en février-mars, marque le rythme de la vie sociale traditionnelle kanak. Ce tubercule sacré est offert lors des grandes cérémonies coutumières telles que les naissances, mariages, décès ou intronisations de chefs de clan. Liée aux ancêtres, chaque nouvelle pousse provient d'un fragment enfoui lors des plantations précédentes, perpétuant ainsi les gestes ancestraux et incarnant un véritable don. Les ignames sont classées en "vraies ignames", fondamentales pour les échanges coutumiers, et les ignames ordinaires, consommées au quotidien (34).



Figure 8. Ignames de Lifou. Photographie de l'auteur (2023)

Une coutume simple, comme celle de l'entrée dans un lieu, peut se limiter à un **manou**, (coupon d'étoffe) et de l'argent (33).

b) Case kanak

La case kanak est à la fois une résidence familiale et un lieu sacré pour les grands échanges et décisions collectives, menées par le conseil des anciens sous l'influence des esprits.

La grande case centralise le pouvoir du clan, de la tribu, ou de la grande-chefferie et se distingue par son architecture et son importance symbolique. C'est un lieu sacré où l'on pénètre en se courbant par respect. Elle est souvent située sur un tertre surélevé, entourée

d'une palissade ou face à une pelouse délimitée par des pins colonnaires et des cocotiers. La forme de la case, circulaire avec un poteau central, symbolise la société kanak. Le poteau central représente le chef ou l'aîné, en lien avec les ancêtres. Les poteaux autour représentent les clans, chacun autonome mais unifié sous l'aîné. La flèche faîtière, au sommet, symbolise l'ancêtre et le clan, avec une conque qui représente la voix de l'aîné.

La case reflète une organisation en trois parties :

1. Tête/Esprit : Connexion avec le monde spirituel, objets sacrés en haut.
2. Corps/Vivant : Vie quotidienne et savoir, espace de vie.
3. Pied/Terre : Attachement à la terre, fondations de la case (32).



Figure 9. Case kanak du centre culturel Tjibaou, Nouméa. Photographie de l'auteur (2023)

c) Les aires coutumières, le sénat coutumier

Les huit aires coutumières, créées par les Accords de Matignon-Oudinot en 1988, sont des subdivisions spéciales parallèles aux divisions administratives. Leur fonctionnement est défini par la loi organique du 19 mars 1999. Chaque aire est représentée par un Conseil coutumier, composé de membres désignés selon les règles propres à chaque aire pour un mandat variable. Les chefs et grands chefs y siègent de droit. Ce Conseil peut être consulté par les autorités institutionnelles, administratives ou juridictionnelles sur l'interprétation des règles coutumières.

Le Sénat Coutumier de la Nouvelle-Calédonie a été créé par l'Accord de Nouméa en 1998 et la loi organique de 1999. Il est composé de 16 sénateurs (deux représentants pour chacune des huit aires coutumières). Le rôle du Sénat Coutumier est de porter la parole coutumière dans les institutions de la Nouvelle-Calédonie, de défendre et protéger l'identité kanak, et de représenter le monde coutumier dans ses diverses dimensions. Son avis est obligatoire pour les projets de loi relatifs aux signes identitaires, au statut civil coutumier et aux terres coutumières. Le Sénat Coutumier peut également être consulté sur tout sujet concernant l'avenir du pays. Cette institution territoriale joue un rôle clé en agissant comme gardien des traditions et défenseur des intérêts kanak, intervenant sur toutes les questions touchant l'accord de Nouméa (35).

Le droit civil commun ne s'applique pas automatiquement aux Kanak et à leurs biens. Les personnes relevant du statut civil coutumier sont régies par la coutume, sauf si elles choisissent le statut civil de droit commun. La coutume régit également les terres coutumières, qui sont inaliénables et protégées. Les décisions des autorités coutumières sont enregistrées dans des "actes coutumiers". La coexistence de deux statuts civils est reconnue par l'article 75 de la Constitution française de 1958, permettant aux citoyens de conserver leur statut personnel coutumier tant qu'ils n'y ont pas renoncé (30).

6) Offre de soins

a) Structures de soins

Le Centre Hospitalier Territorial de référence, connu sous le nom de Médipôle ou hôpital Gaston Bourret, est situé à Koutio, en banlieue proche de Nouméa. Il dispose d'un plateau technique diversifié, comprenant notamment un Pôle mère-enfant et un Pôle chirurgie et médecine.

Le territoire compte également quatre autres centres hospitaliers publics : le CH de Poindimié, le CHN de Koné, le CHN de Koumac, et le CH Albert Bousquet spécialisé en psychiatrie.

Par ailleurs, il y a 26 Centres Médico-Sociaux, aussi appelés « dispensaires », principalement situés en zone rurale (la brousse) et dans les îles. Il y a également 23 Centres Médico-Sociaux secondaires qui assurent la couverture du reste du territoire. Leurs actions incluent les consultations médicales sur place et à domicile, les urgences, l'accompagnement et le suivi médico-social, la prévention, la protection maternelle et infantile, le suivi gynécologique et les visites scolaires, toutes gérées par des médecins généralistes ou urgentistes. Des soins infirmiers sont également proposés. La permanence des soins est assurée 24h/24.

Il existe également de nombreux cabinets libéraux de médecins généralistes et spécialistes, principalement en Province Sud, avec une présence plus rare dans les autres provinces. En plus de ces cabinets médicaux, il y a des cabinets libéraux d'infirmiers, de kinésithérapeutes, de sage-femmes et de dentistes.

Les soins nécessitant une approche plus spécialisée sont souvent redirigés vers le Médipôle, entraînant des transferts de patients de toutes les provinces, par voie terrestre ou aérienne, selon l'état de santé et l'urgence. Les cas les plus graves peuvent être évacués vers l'Australie ou la métropole (36).

b) Couverture sociale

CAFAT :

En Nouvelle-Calédonie, la protection sociale est gérée par la CAFAT (Caisse d'Allocations Familiales et des Accidents du Travail) depuis 1958. Elle couvre l'assurance

maladie, les accidents du travail, la vieillesse, le chômage et les prestations familiales. Le financement est assuré par les cotisations sociales (80 %) et des taxes spécifiques sur les services, l'alcool et le tabac.

La CAFAT collecte ces cotisations pour redistribuer diverses prestations :

- Santé : couverture santé via le Régime Unifié d'Assurance Maladie-Maternité (RUAMM) prenant en charge les soins médicaux ainsi que les indemnités journalières en cas d'arrêt maladie
- Familles : allocations prénatales, familiales et rentrée scolaire
- Chômage : allocations chômage
- Accidents du travail : indemnisations et remboursements
- Retraite : pensions et allocations de veuvage

Elle propose également des prestations de solidarité pour les familles et les retraités, des aides pour les personnes handicapées ou en perte d'autonomie, ainsi que des services d'évacuation sanitaire et des centres de soins à Nouméa (40,41).

Aide médicale :

L'aide médicale est une assistance sociale conçue pour soutenir financièrement les personnes ne pouvant pas payer leurs frais de santé, leur permettant d'accéder aux soins en tiers-payant (sans avancer les frais). Elle est accessible uniquement en Nouvelle-Calédonie ou pour des évacuations sanitaires hors du territoire. Cette aide concerne ceux qui n'ont aucune ressource ou dont les revenus mensuels sont égaux ou inférieurs au Salaire Minimum Agricole Garanti (SMAG). Chaque province gère ses propres conditions et formalités. Elle assure une couverture partielle ou totale des frais médicaux, couvrant les honoraires médicaux, les médicaments, les appareillages, les frais d'hospitalisation, de transport en ambulance et d'analyses médicales (42).

c) Approche culturelle et représentations de la maladie dans la société kanak – Médecine traditionnelle

La culture kanak est omniprésente en Nouvelle-Calédonie. Dans la cosmologie kanak, deux univers coexistent : le « monde visible », qui correspond au monde des vivants, et le « monde invisible », celui des esprits ancestraux et du sacré. Le monde invisible est un univers sacré coexistant avec notre monde, où les ancêtres (esprits des morts) attendent de revenir dans le monde visible. Les ancêtres sont des membres à part entière de la société kanak. Ils forment la base de cette culture : tout est pensé, vécu et décidé en lien avec ce rapport au sacré. Ils sont à l'origine des différents pouvoirs qui régissent le monde, tels que les pouvoirs de guerre, de guérison, de voyance, etc.

Dans la cosmologie kanak, il n'existe pas de traduction exacte du mot « santé ». Le terme le plus proche est « harmonie ». Les interactions entre le corps, la société et le monde déterminent l'équilibre homéostatique de chaque individu, en relation avec ses ancêtres.

Un déséquilibre de cette harmonie peut résulter de l'intervention d'un pouvoir ancestral punissant le non-respect des règles de la société ou de l'environnement. Les ancêtres rappellent ainsi aux vivants l'architecture du monde.

La maladie est perçue comme une conséquence d'un déséquilibre au niveau du corps, de la société et/ou de l'environnement. Une maladie grave trouve généralement sa cause dans une rupture du tissu relationnel interpersonnel, souvent liée à un avertissement des ancêtres, tandis qu'une maladie plus ordinaire est souvent causée par un déséquilibre entre l'Homme et son environnement, pouvant être traitée avec la pharmacopée familiale. La maladie ne concerne pas seulement le malade. Il est nécessaire de rechercher son origine de manière collective afin de guérir l'individu et son lignage, sinon le mal continuera de se propager au sein du groupe.

Les représentations de la maladie se divisent en quatre grandes catégories :

1. **Les maladies vraies (de cause évidente)** : troubles courants, tels que les maladies d'origine alimentaire ou climatique, et les accidents de la vie quotidienne. Leur traitement se fait par la pharmacopée familiale.
2. **Les maladies des Blancs** : épidémies apparues après la colonisation, comme la lèpre et la tuberculose. Elles ne trouvent de remède qu'auprès du docteur du village mais peuvent nécessiter une médication traditionnelle préalable pour accélérer la guérison.
3. **Les maladies des ancêtres** : représentations spirituelles de la maladie, envoyées par les forces ancestrales comme avertissement après une faute contre les règles de la société kanak. La guérison nécessite réparation de la faute en demandant pardon à l'esprit offensé, via un guérisseur capable de communiquer avec les ancêtres.
4. **Les maladies provoquées ou fabriquées** : agressions par sorcellerie avec recours à des maléfices appelés « boucans ». Elles nécessitent un spécialiste de la voyance pour identifier le protagoniste et déjouer le mauvais sort. Ces actes sont sévèrement réprimés par les autorités coutumières.

Cette catégorisation est transmise oralement et chaque clan possède ses propres théories, de sorte que rien n'est figé.

Les savoirs thérapeutiques traditionnels kanak sont encore très pratiqués, et l'utilisation des pharmacopées familiales est toujours observée. La médecine traditionnelle kanak n'est pas une médecine « alternative » utilisée en cas d'échec de la médecine occidentale ; elle occupe une place spécifique en amont ou en parallèle de la médecine conventionnelle, et peut parfois être considérée comme une médecine de premier recours.

Ces deux médecines coexistent sans entrer en concurrence directe, car elles n'abordent pas les mêmes domaines (38).

7) État de santé de la population

L'état de santé de la population a été décrit par le Baromètre Santé de Nouvelle-Calédonie de 2021-2022, une étude épidémiologique descriptive réalisée sur 5470 habitants des trois provinces de Nouvelle-Calédonie. On retrouve alors que la majorité des Calédoniens (70%)

jugent leur état de santé globalement bon, bien que 22% souffrent de maladies chroniques. Un cinquième de la population rencontre des difficultés d'accès aux soins, principalement à cause des délais d'attente.

Les taux de dépistage de cancers gynécologiques sont stables par rapport à 2015, avec 66% des femmes ayant réalisé un frottis cervico-vaginal et 54% une mammographie dans les délais recommandés.

Les habitudes alimentaires montrent que seulement 24% des adultes consomment des fruits quotidiennement et 38% des légumes. La consommation moyenne est de 2,5 portions de fruits et légumes par jour, loin des cinq portions recommandées. En moyenne, les Calédoniens consacrent presque trois heures par jour à l'activité physique.

Une grande partie de la population adulte est en excès de poids, avec une prévalence notable de l'obésité et de l'obésité abdominale, particulièrement chez les femmes. Environ un tiers de la population souffre d'hypertension. Les mesures biologiques montrent une prévalence significative de diabète, d'hypercholestérolémie, d'anémie et d'insuffisance rénale chronique. Le risque cardiovasculaire varie, mais une majorité a un risque faible à modéré.

Le tabagisme quotidien concerne plus d'un tiers de la population, bien que ce chiffre soit en diminution et que l'utilisation de la cigarette électronique augmente. La consommation d'alcool est courante, tout comme la consommation de cannabis, particulièrement chez les jeunes adultes.

Les problèmes de santé mentale sont en augmentation, avec 12% des adultes en épisode dépressif caractérisé, contre 12,5% en métropole, et 10% ayant tenté de se suicider au moins une fois dans leur vie, contre 6,8% en métropole.

Les violences physiques touchent plus de 3% de la population, avec une prévalence plus élevée chez les jeunes adultes et les femmes, notamment pendant la grossesse.

La majorité des premiers rapports sexuels sont consentis. 9% des Calédoniens ont subi des abus sexuels durant l'enfance et 6% à l'âge adulte. Plus d'un tiers des femmes ayant déjà eu des relations sexuelles ont eu recours à une interruption volontaire de grossesse (IVG).

Cette étude révèle un état de santé globalement bon chez les Calédoniens, mais met en lumière des défis significatifs en matière de maladies chroniques, d'accès aux soins, de nutrition, d'activité physique et de santé mentale. La consommation de produits psychoactifs, les violences et certains problèmes de santé sexuelle nécessitent également une attention particulière (1,69).

8) Particularités de Lifou

a) Géographie

Lifou, également désignée sous le nom de Drehu, se situe dans la mer de Corail et constitue l'île la plus vaste de l'archipel des îles Loyauté. Elle est à la fois une commune française et une aire coutumière de Nouvelle-Calédonie.



Figure 10. Vue aérienne de la baie de Châteaubriand, Wé, Lifou. Photographie de l'auteur (2023)

Le centre administratif de Lifou, Wé, se trouve au bord de la baie de Châteaubriand et abrite les principales infrastructures commerciales et administratives de l'île.

Lifou partage des caractéristiques géologiques avec ses voisines Maré et Ouvéa, étant composée de roches calcaires coralliennes. Comme les autres îles Loyauté, elle est un ancien atoll surélevé. Ces îles représentent les sommets émergés de la ride des Loyauté, façonnée par des événements tectoniques complexes résultant de la subduction de la plaque australienne sous la plaque des Nouvelles-Hébrides.

L'île de Lifou possède un vaste plateau central entouré de falaises, vestiges de l'ancienne barrière récifale. En raison de son sol calcaire poreux, l'île n'a pas de rivières mais abrite une grande lentille d'eau douce souterraine, explorable via des trous d'eau et des grottes (43).



Figure 11. Falaises de Jokin, Lifou. Photographie de l'auteur (2023)

L'île de Lifou est accessible via l'aéroport de Wanaham, assurant des liaisons avec Nouméa et Tiga, ainsi que par le port de Wé, où le ferry *Betico II* permet de rejoindre Nouméa, Maré, Ouvéa, et l'île des Pins. De plus, Lifou bénéficie de deux routes principales qui facilitent les déplacements à travers l'île (44).

b) Population

D'après le recensement de l'ISEE de 2019, Lifou couvre une superficie de 1207 km² et comptait une population municipale de 9 195 habitants, ce qui représente une baisse de 0,9 % par rapport à 2014. La densité de population est de 7,6 habitants par km², bien en-dessous de celle de la Nouvelle-Calédonie qui est de 14,6 habitants par km².

En termes de répartition, la population se compose de 245 Européens, 8 679 Kanak, 8 Wallisienne-Futuniennes et 104 personnes appartenant à d'autres communautés. Parmi eux, 6 477 personnes parlent au moins une langue kanak et 269 autres en comprennent au moins une.

Les principales tribus de Lifou, par ordre de population, incluent Luecila, Hnathalo et Sinoj.

La structure par âge montre que 34 % de la population a moins de 20 ans et 10,2 % a 65 ans ou plus.

En termes d'éducation, 55,3% des habitants n'ont aucun diplôme ou un diplôme inférieur au bac, 19,3% ont le bac général ou professionnel et 25,4% possèdent un diplôme supérieur au bac.

L'emploi est caractérisé par un taux d'activité de 62,3 % et un taux d'emploi de 42,9 %, alors que le taux de chômage s'établit à 31,2 %, en baisse de 4,6 points depuis 2014 (45).

c) Spécificités culturelles de Lifou

L'île est divisée en trois districts correspondant aux grandes chefferies : la grande chefferie de Lösi, dans la partie sud de l'île avec son siège à Mu ; la grande chefferie de Wetr, située dans la partie nord, avec son siège à Hnathalo et la grande chefferie de Gaïca, au centre de l'île avec son siège à Drueulu (47).

La Nouvelle-Calédonie abrite 28 langues vernaculaires, dont 24 sont parlées sur la Grande Terre et 4 dans les îles Loyauté (nengone, iaai, drehu, et fagauvea). Ces langues sont collectivement appelées langues kanak.

Le drehu est la langue kanak la plus parlée en Nouvelle-Calédonie avec environ 13 000 locuteurs. Il est utilisé principalement dans les îles de Lifou et Tiga, ainsi que par des communautés de Lifou établies sur la Grande Terre. Historiquement, le drehu a servi de langue d'évangélisation pour les missionnaires protestants, facilitant l'alphabétisation des communautés, ce qui explique pourquoi de nombreux locuteurs d'autres zones linguistiques de Nouvelle-Calédonie ont appris le drehu en plus de leur langue maternelle.

L'orthographe actuelle du drehu, établie par les missionnaires, est largement utilisée, permettant à la majorité des habitants de Lifou de lire et écrire en drehu. Cette langue est également l'une des quatre langues kanak enseignées en Nouvelle-Calédonie. Depuis 1980, elle est présente dans les classes du secondaire, depuis 1999 à l'Université de Nouvelle-Calédonie, et officiellement depuis 2005 dans les écoles primaires publiques. Le drehu peut même être présenté comme option au baccalauréat (46).

d) Offre de soins sur l'île

L'offre de soins sur Lifou se compose de plusieurs structures de santé et notamment deux centres médico-sociaux, également appelés « dispensaires », Wé et Xépénéhé.



Figure 12. Entrée des urgences du dispensaire de Wé, Lifou. Photographie de l'auteur (2023)

Le dispensaire de Wé est le plus grand des dispensaires de l'île. Il couvre les districts de Lössi et Gaïcha. Il offre une forte activité de consultations de médecine générale avec deux ou trois bureaux de consultations ouverts tous les jours sans rendez-vous. Il assure également une permanence de soins avec des urgences disponibles en continu 24h/24 et 7j/7. Il est

équipé pour effectuer des examens d'imagerie tels que des radiographies et des échographies, des examens biologiques via un système de biologie délocalisée et dispose d'une capacité d'hospitalisation de 7 lits. Le dispensaire possède un stock de médicaments qui peuvent être délivrés en cas d'urgence.



Figure 13. Salle d'urgences, dispensaire de Wé, Lifou. Photographie de l'auteur (2023)

Il offre également des consultations de Protection Maternelle et Infantile (PMI) pour les nourrissons de 0 à 2 ans, des consultations avec les sage-femmes, des consultations dentaires, des consultations d'orthophonie, de diététique, de la kinésithérapie, de la médecine scolaire et des visites à domicile en tribus via le Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD).

Un centre de dialyse et un centre d'aide médicopsychologique complètent également l'offre de soins. De plus, le dispensaire dispose d'un service de prévention dirigé par un médecin addictologue qui intervient dans les écoles, les tribus et sur l'ensemble de l'île.

Par ailleurs, des médecins spécialistes et d'autres professionnels de santé de la Grande-Terre organisent régulièrement des consultations sur l'île, couvrant divers domaines tels que la cardiologie, la diabétologie, la gériatrie, la neurologie, la psychiatrie, les examens de fond d'œil, ainsi que des consultations de podologie, entre autres.

Des évacuations sanitaires (évasans) vers Nouméa peuvent être réalisées par vols réguliers, par avion ou hélicoptère du SAMU, selon la situation ou le degré d'urgence. Selon les cas, un transfert médicalisé jusqu'à l'aéroport de Wanaham, situé à 45 minutes de route du dispensaire, peut être nécessaire.



Figure 14. Évacuation sanitaire avec le SAMU, Tarmac de l'aérodrome de Wanaham, Lifou.
Photographie de l'auteur (2023)

Le dispensaire de Xépénéhé couvre le district du Wetr et fonctionne de manière similaire mais avec une équipe restreinte.

Chaque dispensaire principal dispose de plusieurs dispensaires délocalisés accessoires répartis à différents points de l'île visant à faciliter l'accès aux soins des populations, en proposant des consultations régulières de médecine générale, de PMI et des soins infirmiers.



Figure 15. Dispensaire délocalisé de Druulu, Lifou. Photographie de l'auteur (2023)

Pour finir, Lifou dispose de structures libérales comprenant un cabinet de médecine générale, un cabinet de kinésithérapie, ainsi que plusieurs cabinets d'infirmiers. Deux pharmacies, situées à Wé et à Xépénéhé, assurent l'accès aux médicaments.

III) L'alcool en France métropolitaine

1) Consommation d'alcool en Europe et en France

L'Europe se distingue par l'une des plus fortes consommations d'alcool au monde. Selon les données de l'OMS de 2016, 59,9 % des Européens de 15 ans et plus avaient consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois. En France, l'alcool représente un enjeu majeur de santé publique. En 2020, l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Économiques)

classait la France au 14^e rang sur 49 pour la consommation d'alcool, avec une moyenne de 2,28 verres standards par jour et par personne de 15 ans et plus. Bien que la consommation ait fortement diminué depuis les années 1960, passant de 26 litres d'alcool pur par habitant en 1961 à 10,4 litres en 2020, elle s'est stabilisée au cours des dix dernières années (24).

2) Contexte historique et culturel

La consommation d'alcool en France est enracinée dans un contexte historique, culturel et économique. Elle est souvent valorisée par les représentants de la filière vitivinicole, qui la considère comme un élément essentiel de l'identité française. L'alcool est également associé à la convivialité et aux fêtes, surtout chez les jeunes. En 2017, 44 % des jeunes de 17 ans avaient eu des alcoolisations ponctuelles importantes, avec une prévalence plus élevée chez les garçons (49,6 %) que chez les filles (38,1 %) (24).

3) Épidémiologie des consommations d'alcool en France

D'après le Baromètre Santé de 2021 de Santé Publique France, en 2021 80 % des personnes interrogées ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois, un chiffre stable par rapport aux années précédentes. Entre 2005 et 2015, la consommation quotidienne a beaucoup diminué, mais elle montre une stabilité depuis 2015. Elle reste plus faible que dans certains pays voisins comme l'Espagne ou l'Italie. La consommation d'alcool demeure majoritairement masculine, avec trois fois plus d'hommes que de femmes déclarant une consommation quotidienne. Elle augmente également avec l'âge, particulièrement chez les plus de 75 ans, en partie expliqué par un changement de statut social à la retraite, un effet de génération, une solitude parfois plus importante et un manque d'interactions sociales. Les jeunes, quant à eux, ont tendance à faire du binge drinking dans des lieux festifs comme les bars, les boîtes de nuit, ou chez des amis (24).

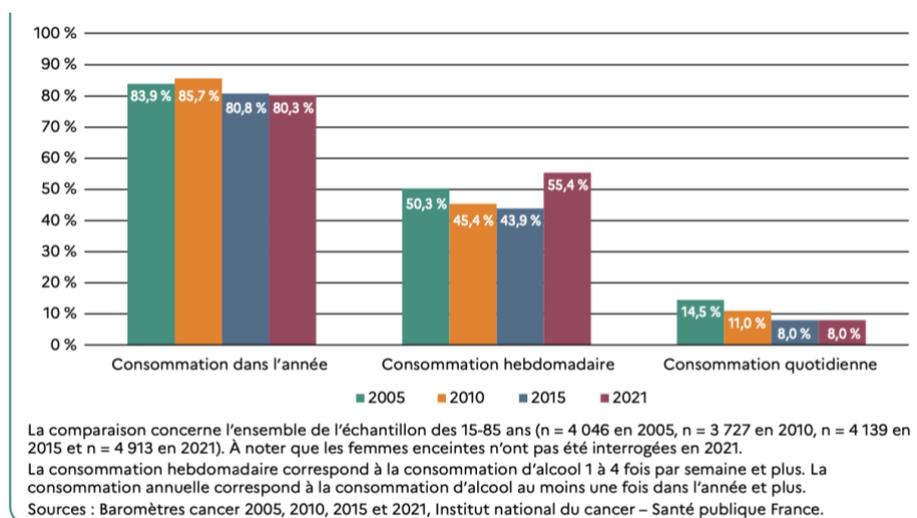


Figure 16. Évolution des fréquences de consommation d'alcool déclarée entre 2005 et 2021 : Consommateur dans l'année, consommateur hebdomadaire, consommateur quotidien parmi les 15-85 ans.

4) Perception des risques liés à l'alcool

En ce qui concerne les risques associés à l'alcool, 82,2 % des personnes pensent que les accidents de la route et la violence sont les principaux risques liés à la consommation d'alcool, une opinion stable depuis 2005. Par ailleurs, 80 % croient que certaines personnes peuvent boire beaucoup sans développer de cancer. Seulement 50 % des personnes savent qu'un verre par jour augmente le risque de cancer, et 23,5 % pensent que boire un peu de vin réduit ce risque, ce qui reflète la persistance des croyances sur les bienfaits du vin (24).

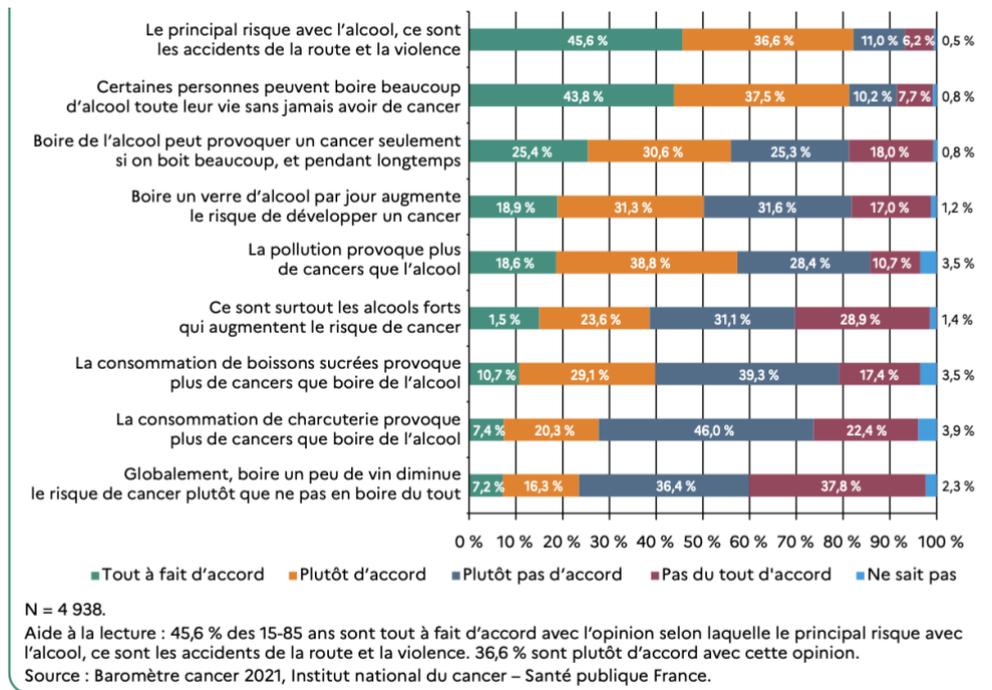


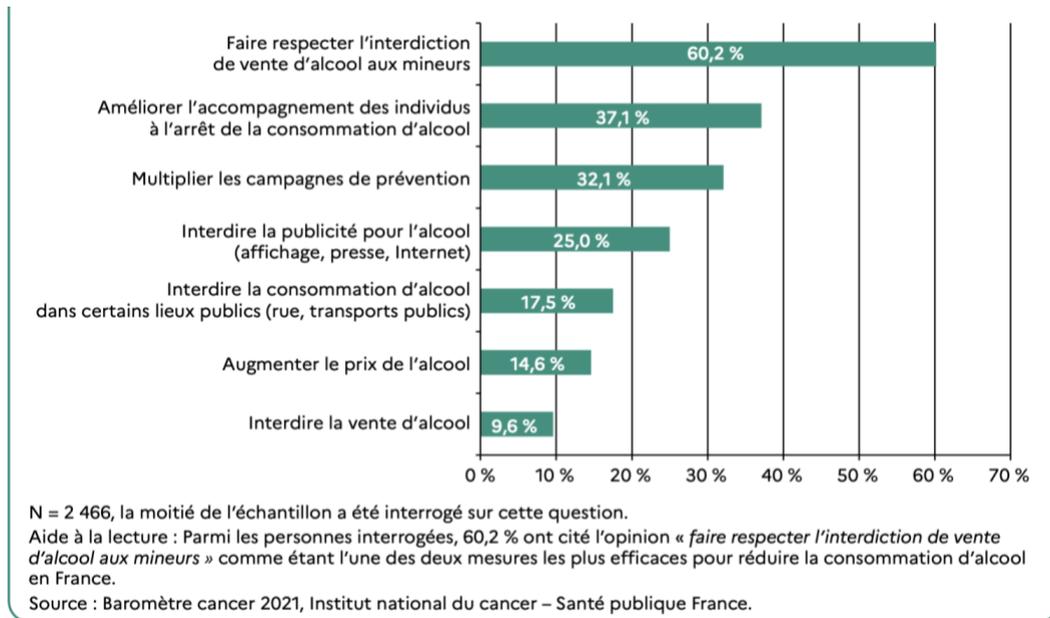
Figure 17. Opinions sur la nocivité de l'alcool parmi les 15-85 ans.

5) Opinions des Français métropolitains sur les mesures de réduction de la consommation d'alcool

Les mesures jugées les plus efficaces afin de réduire la consommation d'alcool sont : le respect de l'interdiction de vente aux mineurs (60,2%), l'amélioration de l'accompagnement à l'arrêt de l'alcool (37,1%) et l'intensification des campagnes de prévention (32,1%).

En revanche, l'interdiction de vente d'alcool et l'augmentation des prix sont les mesures les moins populaires, avec respectivement 9,6 % et 14,6 %.

Les méthodes de prévention sont donc privilégiées par la population, plutôt que les méthodes prohibitives (24).



(24)

Figure 18. Opinions sur les mesures les plus efficaces pour réduire la consommation d'alcool en France parmi les 15-85 ans.

IV) L'alcool en Nouvelle-Calédonie

1) Histoire de l'alcool en Nouvelle-Calédonie

L'introduction de l'alcool en Nouvelle-Calédonie est étroitement liée à l'histoire coloniale française dans le Pacifique.

- **Premiers contacts et débuts de la consommation (1793-1841)** : L'alcool fort, comme le tafia et le rhum, commence à être introduit par les Européens, d'abord par les baleiniers aux Loyauté en 1793 et ensuite par les santaliers à l'île des Pins en 1841. Cependant, les premiers récits ne signalent pas une consommation généralisée parmi les populations autochtones à cette époque.
- **Colonisation et premières lois (1856-1873)** : avec l'arrivée des colons et l'essor du commerce des alcools forts et doux, ces boissons deviennent omniprésentes sur l'archipel. La consommation d'alcool devient une préoccupation sérieuse. Importées en grandes quantités à Nouméa, il est largement consommé par la population, tant européenne qu'autochtone, libre ou transportée, malgré les effets dévastateurs sur la santé, la société et la sécurité publique, affectant profondément toutes les couches de la population. En 1856, le tribunal correctionnel de Nouméa est créé avec ses premiers cas concernant la vente illégale d'alcool. En 1873, la France promulgue sa première loi contre l'ivresse publique, reflétant un changement dans la perception de l'alcool comme problème social.
- **Répression et prohibition (1887-1903)** : Le code de l'Indigénat de 1887 interdit aux Kanak l'accès aux débits de boissons, marquant le début de mesures spécifiques visant les autochtones. En 1897, une loi rend illégale la vente d'alcool aux autochtones, et en 1903, la consommation de boissons alcoolisées leur est totalement interdite.

- **Évolutions sociales et législatives (20e siècle)** : Malgré les prohibitions, la consommation d'alcool continue et devient un problème majeur au XXe siècle. Les politiques de répression varient et reflètent un changement dans la perception sociale de l'alcool au fil des décennies. Si au début du XXe siècle, l'ivresse était sévèrement réprimée, elle est devenue progressivement plus tolérée. Malgré son interdiction en 1915, l'absinthe et d'autres alcools forts ont laissé un héritage de consommation excessive persistante, contribuant à des problèmes sociaux et d'autres conséquences dommageables sur la société coloniale (58,59).

Ainsi, l'héritage de la consommation d'alcool en Nouvelle-Calédonie est profondément ancré dans son histoire coloniale, influençant de manière durable les évolutions sociales et législatives au XXe siècle.

2) Épidémiologie des consommations sur le territoire calédonien

Ces données sont tirées du Baromètre Santé de Nouvelle-Calédonie de 2021, une étude épidémiologique réalisée de manière périodique. Elle décrit l'état de santé de la population à l'aide de 3732 questionnaires distribués dans toutes les provinces (Sud, Nord et îles Loyauté) (1). Nous allons ici présenter les résultats relatifs à la consommation l'alcool.

Chez les 18-64 ans, 96% ont déjà consommé de l'alcool, avec une légère différence entre les hommes (97%) et les femmes (95,5%). Les 45-64 ans sont moins nombreux à avoir consommé de l'alcool (94%) comparé aux plus jeunes (97% pour les 18-24 ans et 98 % pour les 25-44 ans). La proportion de femmes ayant essayé l'alcool a augmenté de 92% en 2010 à 95,5% en 2021. En comparaison à un pays insulaire voisin, Wallis et Futuna, 72% avaient déjà consommé de l'alcool contre 96% en Nouvelle-Calédonie.

L'âge moyen du premier verre est de 17,4 ans contre 14 ans en France métropolitaine (70). Les hommes commencent à 16,4 ans et les femmes à 18,3 ans.

22 % des personnes n'ont pas consommé d'alcool au cours des 12 derniers mois contre 19,7 % en métropole, 29 % boivent moins d'une fois par mois, 19,5 % au moins une fois par mois, 26 % au moins une fois par semaine contre 55,4 % en métropole, et 3,5 % tous les jours contre 8 % en métropole. La consommation récente est plus fréquente chez les hommes (70 %) que chez les femmes (48,5 %). Il y a donc plutôt moins de consommateurs d'alcool en Nouvelle-Calédonie qu'en France métropolitaine (1).

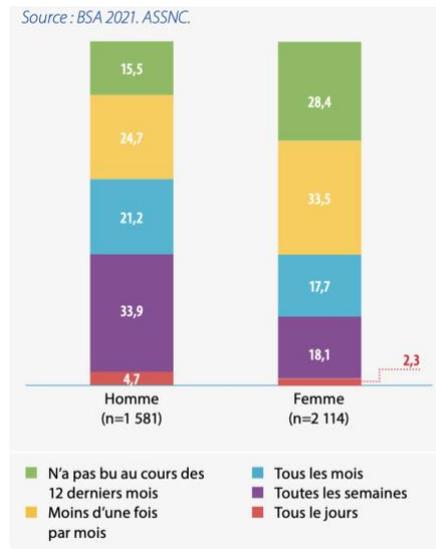
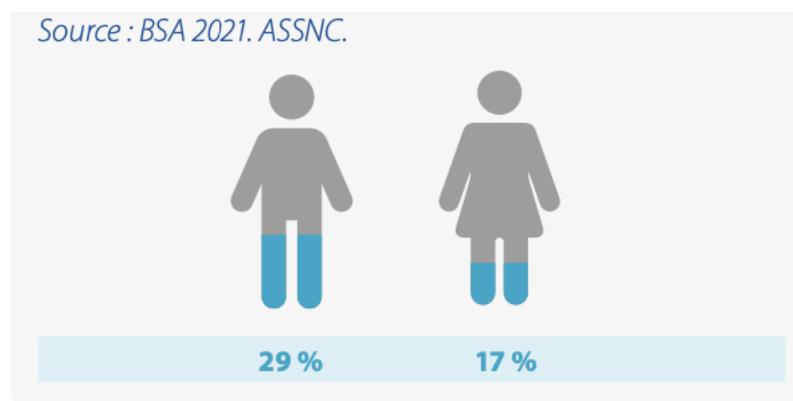


Figure 19. Fréquence de la consommation d'alcool, au cours des 12 derniers mois, par sexe (%)

En moyenne, les consommateurs d'alcool ont consommé 5 fois dans le mois, (6 fois pour les hommes et 4,5 fois pour les femmes) contre 7,6 fois dans le mois en métropole, avec une moyenne de 6,9 verres par occasion (7,9 pour les hommes et 5,3 pour les femmes) contre 2,1 verres par occasion en métropole (61). 51 % n'ont jamais bu plus de 5 verres en une occasion, 24 % l'ont fait une fois, 19 % entre 2 et 4 fois, et 7 % au moins 5 fois par mois. 57 % des hommes et 37 % des femmes ont bu plus de 5 verres en une occasion (1).

Environ 29 % de la population a bu au moins 6 verres en une seule occasion au cours du mois écoulé.

Le questionnaire comportait une série de 4 questions correspondant au test standardisé DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool). Le DETA est un outil de repérage des usages à risque dans la population générale. Ce test explore brièvement les conséquences psychosociales de la consommation excessive d'alcool et la perception qu'en a le consommateur. Un risque de problème avec l'alcool est jugé avéré si le participant obtient au moins 2 réponses positives sur les 4 questions. Le test DETA montre que 24 % des buveurs récents ont potentiellement un usage à risque d'alcool, avec 29 % chez les hommes et 17 % chez les femmes (1).



(1)

Figure 20. Proportion de personnes ayant un score DETA supérieur ou égal à 2, parmi les consommateurs récents d'alcool, par sexe.

Une autre étude épidémiologique menée en 2022 auprès des élèves de 3^{ème} de la province Sud révèle que les principaux lieux de consommation d'alcool en Nouvelle-Calédonie sont les événements tels que les mariages, les fêtes et les cérémonies coutumières.

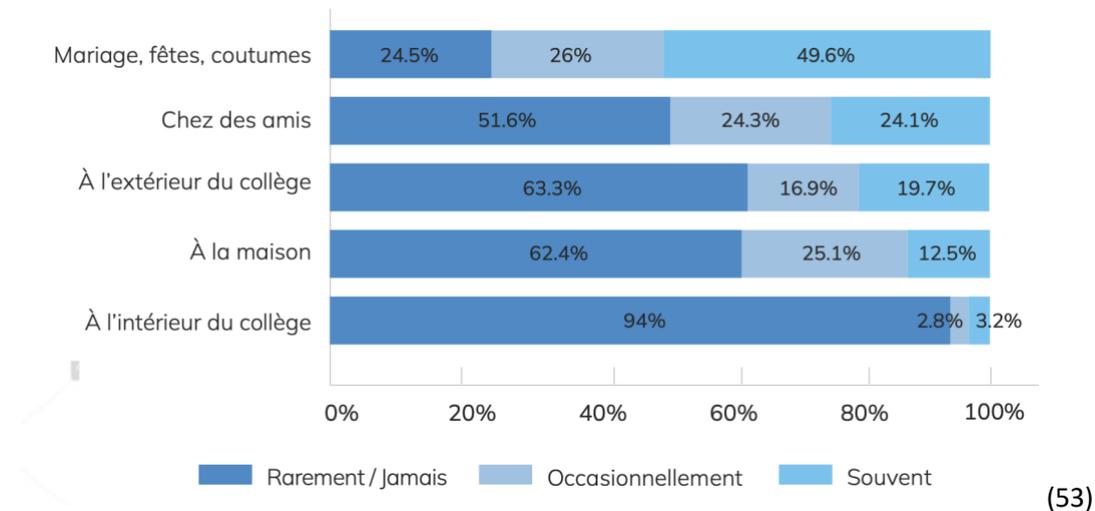


Figure 21. Lieux de consommation d'alcool, question posée à 795 élèves de 3^{ème} en province Sud, Nouvelle-Calédonie, 2022. (53)

Au total, la consommation d'alcool en Nouvelle-Calédonie semble moins fréquente qu'en France métropolitaine quand on compare aux données épidémiologiques citées dans la partie précédente. Cette différence pourrait être attribuée à un contexte historique différent où l'introduction de l'alcool a été nettement plus tardive qu'en métropole (1).

3) L'alcool à Lifou

a) Épidémiologie des consommations à Lifou

Les habitants de la province des îles Loyauté sont moins nombreux à avoir déjà consommé de l'alcool (88%) que ceux des provinces Nord (96%) et Sud (97%, $p < 0.001$). En province Sud, l'âge moyen d'expérimentation est le plus précoce, correspondant à 17,2 ans, comparé à 17,6 ans en province Nord et 18,8 ans en province des îles Loyauté ($p < 0.001$).

La fréquence de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois est bien plus faible dans la province des îles Loyauté que dans la province Sud.

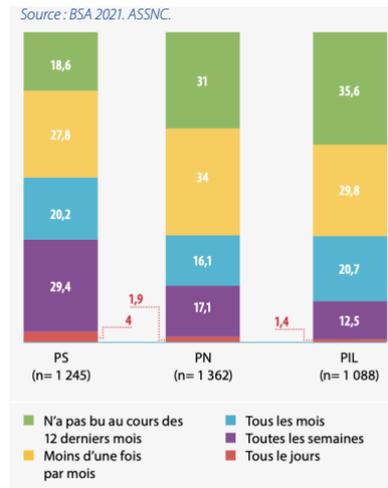


Figure 22. Fréquence de la consommation d'alcool, au cours des 12 derniers mois, par province (%).

Dans les 30 derniers jours, 64% des habitants de la province Sud ont bu de l'alcool, contre 47% en province Nord et 45% en province des îles Loyauté ($p < 0.001$).



Figure 23. Consommation d'alcool au cours des 30 derniers jours, par province.

Le nombre moyen d'occasions de consommation est plus élevé en province Sud (5,9) qu'en province Nord et en province des îles Loyauté (3,4 chacune, $p < 0.001$).

Cependant, le nombre moyen de verres consommés par occasion est beaucoup plus élevé en province des îles Loyauté (**13 verres**), qu'en province Nord (9,2 verres) et Sud (**6,1 verres**) ($p < 0.001$) ainsi qu'en métropole (2 verres). Les jeunes (18-24 ans) consomment en moyenne plus de verres (10,4) que les 25-44 ans (7,4) et les 45-64 ans (4,4, $p < 0.001$), toute province confondue.

75,5 % des consommateurs de la province des îles Loyauté ont bu au moins une fois plus de 5 verres standards en une seule occasion, contre 61 % en province Nord et 45,5 % en province Sud ($p < 0.001$). De même, 74 % des 18-24 ans, 52% des 25-44 ans et 33 % des 45-64 ans ont consommé de telles quantités ($p < 0.001$).

Ces données montrent que les habitants de la province des îles Loyauté boivent moins souvent mais en plus grandes quantités lorsqu'ils consomment, une tendance également observée chez les jeunes par rapport aux personnes plus âgées. Le binge drinking est donc très prévalent dans les îles Loyauté et plus particulièrement chez les jeunes.

La proportion de personnes à risque d'usage problématique de l'alcool parmi les consommateurs récents (score DETA ≥ 2) est beaucoup plus élevée dans la province des îles Loyauté (42,5 %), comparée à 27,8 % en province Nord et 22,4 % en province Sud (1,61).



Figure 24. Proportion de personnes ayant un score DETA supérieur ou égal à 2, parmi les consommateurs récents d'alcool, par province.

b) Épidémiologie des complications liées au binge drinking

- Accidents de la Voie Publique (AVP)

Une étude du DITTT (Direction des Infrastructures, de la Topographie et des Transports Terrestres) a analysé les accidents mortels en Nouvelle-Calédonie de 2017 à 2021 impliquant des conducteurs alcoolisés. Durant cette période, 507 accidents corporels, dont 95 mortels, ont été causés par des conducteurs sous l'influence de l'alcool, représentant 32,7% des accidents corporels et 47,3% des accidents mortels. Ces 507 accidents ont fait 974 victimes, dont 115 morts et 859 blessés.

Tableau 4. Bilan de l'accidentalité en Nouvelle-Calédonie entre 2017 et 2021 impliquant des conducteurs alcoolisés.

Bilan accidentalité	Accidents corporels	Dont mortels	Tués	Blessés
Situation globale	1551	201	246	2224
Accidents impliquant au moins un CARP	507	95	115	859

CARP : Conducteur Alcoolisé Responsable Présumé d'un accident de la circulation routière.

61% des accidents mortels ont eu lieu le week-end, principalement la nuit. Dans 95,8% des cas, c'est un homme, âgé de 18 à 34 ans (61%), avec les 18-24 ans représentant 24,2% et les 25-34 ans représentant 36,8 % des CARP (Conducteur Alcoolisé Responsable Présumé d'un accident de la circulation routière).

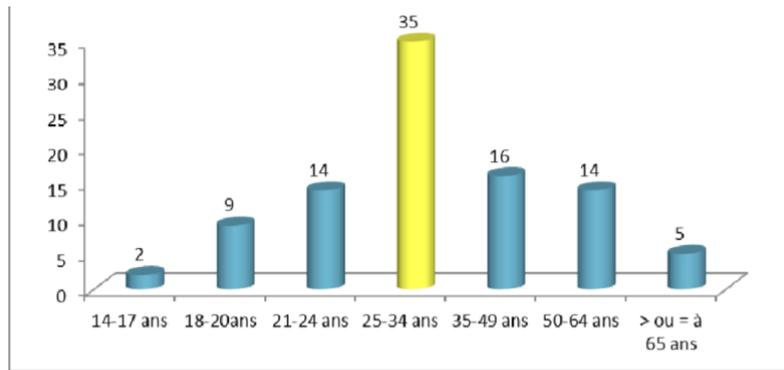


Figure 25. Age des conducteurs alcoolisés responsables présumés d'un accident mortel, 2017-2021.

La majorité des conducteurs alcoolisés (89,5%) avaient un taux d'alcool délictuel, avec une moyenne de 1,76 g/l, le taux le plus élevé étant de 4,14 g/l. De plus, 43,4% des CARP étaient sous la double influence alcool/cannabis. Enfin, 37,9% des conducteurs alcoolisés responsables d'accidents mortels n'avaient pas de permis de conduire.

En résumé, le profil-type du conducteur alcoolisé responsable d'un accident mortel en Nouvelle-Calédonie est un homme (95,8%), âgé de 18 à 34 ans (61%), avec un taux d'alcool élevé (moyenne de 1,76 g/l), souvent sous l'influence de l'alcool et du cannabis (43,4%), et souvent sans permis de conduire (37,9%). La majorité de ces accidents se produisent le week-end (61%) et sont responsables de près de la moitié des décès dus aux accidents de la route (46,7%). (2)

Une étude épidémiologique réalisée en 2019 sur 3424 jeunes de Nouvelle-Calédonie âgés de 10 à 18 ans révèle que 45,9% d'entre eux sont montés dans un véhicule conduit par une personne ayant consommé de l'alcool au cours des 30 derniers jours.

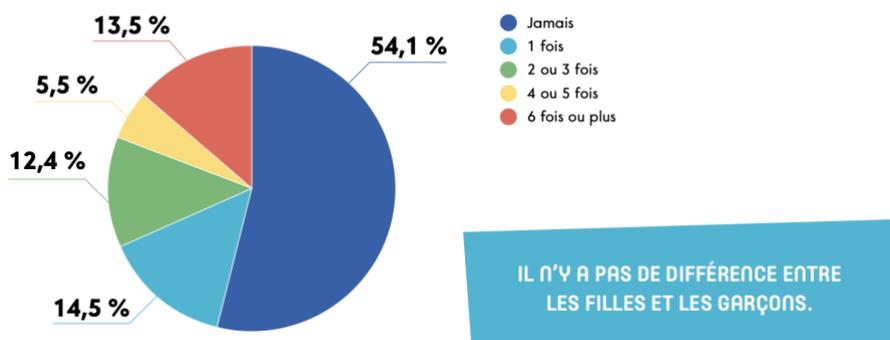


Figure 26. Proportions des jeunes entre 10 et 18 ans qui sont montés dans les 30 derniers jours dans un véhicule conduit par une personne ayant consommé de l'alcool, Nouvelle-Calédonie, 2019.

La situation est particulièrement marquée dans la province des îles Loyauté, où 60,2 % des jeunes déclarent avoir été dans cette situation, contre 55,7 % en province Nord et 42,7 % en province Sud ($p < 0,001$).

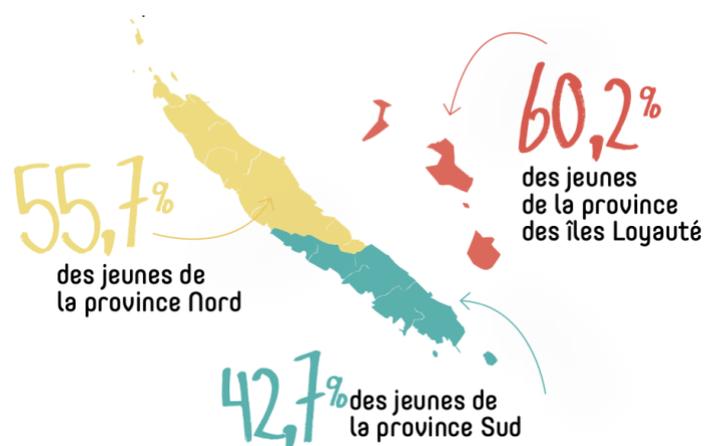


Figure 27. Proportions par province des jeunes entre 10 et 18 ans qui sont montés dans les 30 derniers jours dans un véhicule conduit par une personne ayant consommé de l'alcool, Nouvelle-Calédonie, 2019.

Pour les jeunes de 13 à 18 ans, cette proportion monte à 49,3%. À titre de comparaison, en Nouvelle-Zélande, seulement 18,4% des jeunes de 13 à 17 ans déclarent être montés dans un véhicule conduit par une personne ayant bu de l'alcool (48).

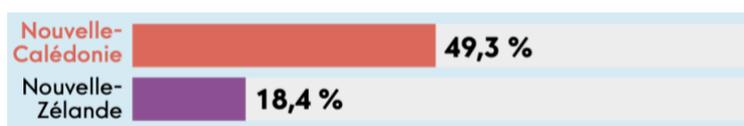


Figure 28. Jeunes déclarant être monté dans un véhicule conduit par une personne alcoolisée au cours des 30 derniers jours.

- Violences intrafamiliales et sexuelles liées à l'alcool :

L'enquête Cadre de Vie et Sécurité (CVS) est réalisée tous les ans en métropole par l'ISEE mais a été réalisée pour la première fois en 2021 en Nouvelle-Calédonie. Elle a porté sur un échantillon de 2861 personnes et a pour objectif d'étudier les violences intrafamiliales et conjugales subies par les Calédoniens. On retrouve alors que 7,6% des adultes âgés de 18 à 75 ans ont subi des violences physiques ou sexuelles en 2019-2020. Cela représente environ 14 500 personnes. Les femmes sont plus touchées que les hommes, avec 8,7% des femmes et 6,5% des hommes déclarant avoir subi des violences. Les jeunes de 18 à 29 ans sont particulièrement vulnérables, avec un taux de victimation de 12,4 %, soit deux fois plus élevé que celui des 30-75 ans.

Les violences au sein de la sphère familiale concernent 43% des cas, touchant 4 400 personnes (2,3% de la population). Les conjoints ou ex-conjoints sont responsables de 28% de ces violences. Les femmes sont majoritairement les victimes, avec 3,4% subissant des violences familiales, dont 2,6% perpétrées par leur partenaire.

Les membres de la communauté kanak sont plus souvent victimes de violences sexuelles graves que les non-kanak, et les violences intrafamiliales sont plus fréquentes dans les provinces Nord et Îles Loyauté par rapport au Sud. Les zones rurales enregistrent également des taux plus élevés de violences intrafamiliales que les zones urbaines.

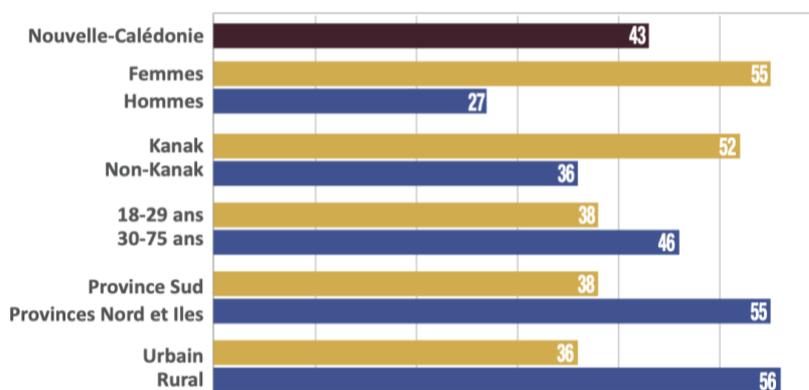


Figure 29. Part des violences intrafamiliales selon le profil de la victime et son cadre de vie (%).

Les violences sont principalement commises par des hommes, trois quarts des victimes rapportent que l'agresseur était un homme. L'agresseur est déclaré sous l'influence de l'alcool et/ou de la drogue au moment des faits dans environ la moitié des cas.



Figure 30. Proportion d'agresseurs sous l'influence de l'alcool et/ou de la drogue, selon la nature des violences (%).

Les violences ont des répercussions physiques, psychologiques et sociales significatives. Cependant, elles restent souvent non signalées : près de sept victimes sur dix ne contactent pas les forces de l'ordre, préférant se confier à des proches. Les raisons incluent l'espoir de trouver une autre solution ou la minimisation des faits. En plus des violences physiques et sexuelles, les violences psychologiques sont fréquentes, touchant 8% des personnes en couple ou ayant été en couple. Ces violences, souvent axées sur la dévalorisation et l'isolement, sont particulièrement courantes chez les jeunes, les femmes et les membres de la communauté kanak.

En conclusion, les violences intrafamiliales et autres violences sexuelles sont importantes en Nouvelle-Calédonie, avec une fréquence plus élevée en milieu rural (Province Nord et Îles Loyauté) et dans la communauté kanak. L'agresseur est plus fréquemment un homme, sous l'influence de l'alcool, souvent le conjoint ou un membre de la famille de la victime (3).

4) Offre de soins en addictologie sur le territoire calédonien

L'Agence Sanitaire et Sociale (ASS-NC) a mis en place un Programme de Prévention en Addictologie à destination des jeunes consommateurs comprenant trois pôles :

- DECLIC, un service qui propose, gratuitement et anonymement, aux jeunes de moins de 25 ans et à leur entourage, une évaluation des consommations, des informations, des conseils, et une aide à l'arrêt, avec une équipe spécialisée en développement de l'adolescent et en addictologie
- Un service de prévention en addictologie
- DRAA (Dispositif de Réinsertion et d'Accompagnement en Addictologie), basé en Province nord, il accompagne les personnes dès 12 ans ainsi que leur entourage dans la lutte contre les addictions, la réinsertion sociale, et la promotion de comportements favorables à la santé à travers diverses actions socio-éducatives

Le Centre Hospitalier Spécialisé Albert Bousquet :

- Service de psychiatrie : consultations et hospitalisations.
- Centre de Soins en Addictologie qui propose une prise en charge pluridisciplinaire et médicosociale pour les personnes de plus de 25 ans et leur entourage, avec des missions d'accueil, d'écoute, d'évaluation des dépendances, de préparation et suivi des sevrages, d'information et d'accompagnement, de soutien au changement de comportement.
- Une Équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) (52).

5) Législation et mesures préventives sur le territoire calédonien

La lutte contre la consommation excessive d'alcool en Nouvelle-Calédonie est devenue une priorité majeure, marquée par des statistiques alarmantes : l'alcool est impliqué dans une grande partie d'accidents mortels et de violences intrafamiliales. Face à cette réalité, le Congrès de Nouvelle-Calédonie a élevé cette lutte au rang de « Grande cause territoriale » en décembre 2017. Pour inverser cette tendance, plusieurs mesures ont été mises en place, via un Plan territorial de sécurité et de prévention de la délinquance (PTSPD) 2018-2022.

D'abord, une **augmentation significative du prix** de l'alcool a été instaurée pour dissuader la consommation excessive, en particulier parmi les jeunes et les consommateurs occasionnels. Cette politique vise à réduire non seulement les risques liés à la consommation d'alcool, mais aussi à financer les dépenses de santé et les initiatives de prévention.

En parallèle, des mesures spécifiques visent à **renforcer la protection des mineurs**, telles que des sanctions plus sévères pour la vente d'alcool aux jeunes, l'exigence systématique d'une pièce d'identité en cas de doute sur l'âge du consommateur, et des fermetures administratives pour les établissements qui enfreignent ces règles.

En termes de régulation commerciale, des **restrictions strictes ont été prévues pour la publicité** et les promotions liées aux boissons alcoolisées, ainsi que pour les pratiques commerciales comme les "happy hour". De plus, des **sanctions renforcées** sont prévues pour

les infractions, avec des amendes significatives et la possibilité de fermeture administrative des établissements en cas de récidive.

Sur le plan de la répression, des mesures comme la **tolérance zéro pour les jeunes conducteurs** et **l'interdiction de la consommation d'alcool dans les lieux publics** et autour des zones sensibles comme les écoles et les hôpitaux ont été adoptées pour dissuader les comportements à risque. La loi renforce également les sanctions pour la vente d'alcool illicite et encourage la confiscation des marchandises.

Enfin, une **coordination étroite** entre les différents acteurs, y compris les collectivités locales et l'État, est essentielle pour assurer l'efficacité des politiques mises en œuvre. Cela comprend l'harmonisation des réglementations sur les débits de boissons et le renforcement des contrôles coordonnés pour lutter contre le marché noir, particulièrement prévalent en dehors des zones urbanisées.

En résumé, la Nouvelle-Calédonie s'engage résolument dans une lutte contre la consommation excessive d'alcool, combinant prévention, régulation et répression, dans le but d'améliorer la santé publique et de réduire les incidences négatives sur la société calédonienne.

Le PTSPD pour la période 2018-2021 a par ailleurs lancé plusieurs initiatives pour améliorer la prise en charge des violences conjugales, exacerbées par les consommations excessives d'alcool. Bien que la province Sud offre une prise en charge relativement efficace, les zones rurales du Sud ainsi que les provinces Nord et Îles font face à des défis importants. Pour y répondre, le plan a promu la création de nouveaux centres d'accueil avec hébergement d'urgence et mobilisé des familles d'accueil réactives, tout en prévoyant un système de transport adapté entre ces sites. Des mesures ont également été prévues pour encadrer les auteurs de violences intrafamiliales, visant à prévenir les récidives et à briser le cycle des comportements violents.

En parallèle, le déploiement d'un système de géolocalisation à l'échelle du territoire est envisagé pour améliorer la réactivité face aux situations de danger grave. De plus, l'accès gratuit au droit est facilité dans toutes les régions afin d'assurer un soutien juridique adéquat aux victimes. Le plan encourage également une information complète sur les droits familiaux pour prévenir les violences conjugales et favoriser un environnement familial sûr et respectueux.

De plus, la sécurité routière reste une priorité en Nouvelle-Calédonie, principalement en raison de l'implication fréquente de l'alcool et du cannabis dans les accidents mortels. Pour répondre à ce défi, le plan de sécurité routière s'efforce de s'adapter aux réalités locales en mettant l'accent sur l'obtention du permis de conduire et la sensibilisation aux comportements à risques au volant, particulièrement ceux liés aux conduites sous l'emprise de substances addictives.

Dans ce contexte, une initiative clé en 2017 a été le Sécuribus, un véhicule mobile équipé d'ateliers interactifs variés, incluant des simulateurs de conduite sous l'influence de l'alcool et des stupéfiants, des démonstrations de chocs automobiles, ainsi que des stands d'information et de débats sur la sécurité routière. Le Sécuribus a joué un rôle essentiel en

sensibilisant près de 5 000 personnes lors d'événements tels que des foires et des salons, contribuant ainsi à promouvoir une conduite responsable et à réduire les risques d'accidents sur les routes (54).

Par ailleurs, le vice-rectorat - direction générale des enseignements (VR-DGE), en partenariat avec le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, a lancé en 2018 le concours annuel ACROVIE (Alcool Cannabis ROute Violences. accro à la viE), destiné aux élèves du primaire et du secondaire. Il encourage les élèves à devenir des acteurs de prévention sur plusieurs sujets essentiels : les violences aux personnes (harcèlement, violences verbales et physiques), la consommation d'alcool et de cannabis, les atteintes aux biens, ainsi que la sécurité routière. L'objectif est de créer des messages promouvant des comportements positifs pour prévenir les violences sous toutes leurs formes, les dangers sur la route, ainsi que les discriminations et les addictions (57).

En février 2023, le Conseil provincial de prévention de la délinquance a fait le bilan du plan provincial 2018-2022, prolongé d'une année pour assurer une meilleure coordination entre les différentes stratégies de prévention. Ce plan a enregistré une diminution notable des atteintes aux biens (-12,37 %), comme les vols et les cambriolages, tandis que les signalements d'atteintes aux personnes ont augmenté de manière significative (+27,96 %), en partie due à une plus grande libération de la parole sur les violences conjugales (55).

Fin 2023, des discussions ont débuté pour définir les orientations du prochain PTSPD pour la période 2024-2027. L'accent est mis sur la réduction des problèmes liés aux consommations excessives d'alcool en Nouvelle-Calédonie. Des groupes de travail se sont formés pour élaborer des objectifs stratégiques et des actions prioritaires, en particulier parmi la jeunesse. Les instances de pilotage, incluant des représentants politiques, de l'État, des provinces et des communes, se réuniront régulièrement jusqu'à la finalisation du PTSPD prévue le 15 novembre 2024 (56).

V) Question de recherche / Objectif de l'étude

Nous avons vu que le binge drinking est particulièrement répandu à Lifou, et que l'alcool est corrélé à des violences et des accidents de la voie publique. Les causes de cette prévalence importante du binge drinking à Lifou ne sont pas connues.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les pratiques de consommation et les connaissances des effets de l'alcool sur la santé des habitants de Lifou. Les objectifs secondaires sont de comparer ces pratiques et connaissances avec celles des Français métropolitains et d'identifier des axes d'amélioration pour la prévention.

Mieux comprendre les connaissances des habitants et leurs habitudes de consommation permettrait d'aider à mieux orienter les actions de prévention sur l'île en ciblant les informations importantes à diffuser. Ces informations pourraient être communiquées de diverses façons, notamment à l'école, en PMI, lors de consultations de médecine générale, ou à travers des campagnes de prévention.

MATERIELS ET METHODES

I) Schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale multicentrique menée entre le 5 septembre et le 20 octobre 2023. Cette étude a été réalisée dans différents centres de soin de l'île de Lifou en Nouvelle-Calédonie.

II) Population étudiée

La population cible pour notre enquête était l'intégralité des habitants majeurs de l'île de Lifou.

Les lieux de recrutement étaient le dispensaire de Wé, le dispensaire de Xépénéhé, le centre dentaire de Mou, le cabinet libéral de kinésithérapie de Wé, le cabinet libéral de médecine générale de Wé.

Cette étude n'avait pas de critère d'inclusion hormis habiter sur l'île. Les critères d'exclusion étaient : le fait d'être mineur, et le fait de ne pas pouvoir répondre au questionnaire (pathologie somatique ou psychiatrique sévère ne permettant pas de répondre, barrière de la langue).

III) Modalités du recueil de données

Les données ont été collectées au moyen d'un questionnaire anonyme (voir annexe 1), présenté sous forme de QCMs, portant sur les caractéristiques socio-démographiques des personnes interrogées, les caractéristiques de leur consommation d'alcool, et leurs connaissances sur l'alcool et ses complications. Une page de garde explicative a été réalisée, fournissant les critères d'exclusion et les considérations réglementaires. Le questionnaire a été testé au préalable auprès de 3 membres du personnel du dispensaire.

Certains items du questionnaire, notamment les questions 1, 3, 4, 19 à 28 et la question 31, ont été empruntés aux enquêtes "Baromètre santé 2015" et "Baromètre santé 2021" (24) de Santé Publique France. Ces enquêtes étant validées et ayant porté sur des échantillons représentatifs de la population française métropolitaine, leur utilisation offre une base de comparaison solide pour notre étude. La question portant sur les professions (question 2) a également été empruntée à ces enquêtes, mais a été ajustée pour mieux s'adapter au contexte de Lifou.

Des items supplémentaires ont été ajoutés au questionnaire, portant notamment sur les complications liées au binge drinking et sur des aspects spécifiques au territoire de Lifou.

Les questionnaires ont été mis à disposition en format papier aux patients consultant dans différents centres de soins, puis collectés dans six urnes :

- Une dans la salle d'attente des consultations de médecine générale du dispensaire de Wé,
- Une dans la salle d'attente des urgences et des soins infirmiers de Wé,

- Une dans la salle d'attente des consultations de médecine générale du dispensaire de Xépénéhé,
- Une dans la salle d'attente du cabinet dentaire de Mou,
- Une dans la salle d'attente du cabinet libéral de médecine générale de Wé,
- Une dans la salle d'attente du cabinet libéral de kinésithérapie de Wé.

Les urnes ont été relevées uniquement à la fin de l'étude afin de garantir l'anonymat des réponses.



Figure 31. Urnes de recueil des questionnaires remplis. Photographie de l'auteur (2023)

IV) Analyses statistiques

Les données ont été retranscrites dans un tableur sous le logiciel EXCEL. Une analyse descriptive par graphiques et tableaux a ensuite été effectuée sur ce même logiciel via des tableaux croisés dynamiques.

Les analyses statistiques ont quant à elles été réalisées sur le site internet biostatgv.

Les résultats des 3 premières questions concernant les caractéristiques socio-démographiques (sexe, métier et diplôme) ont été comparés par des Chi2 aux données du recensement de l'ISEE de Lifou de 2019.

Pour la question 4 concernant les fréquences de consommation, nous les avons classées en consommation annuelle, hebdomadaire et quotidienne, puis nous avons comparé les résultats par des Chi2 avec les données du Baromètre Santé 2021 de France métropolitaine.

Ensuite, pour la question 5 portant sur le nombre de verres consommés par occasion, nous avons classés les résultats dans un tableau, où la définition du binge drinking comprend les consommations supérieures à 6 verres par occasion. La proportion de binge drinking entre les hommes et les femmes a ensuite été comparée par un Chi2. La consommation par occasion a ensuite été comparée dans chaque tranche d'âge et un Chi2 a été réalisé pour comparer les 25-44 ans avec le reste des répondants.

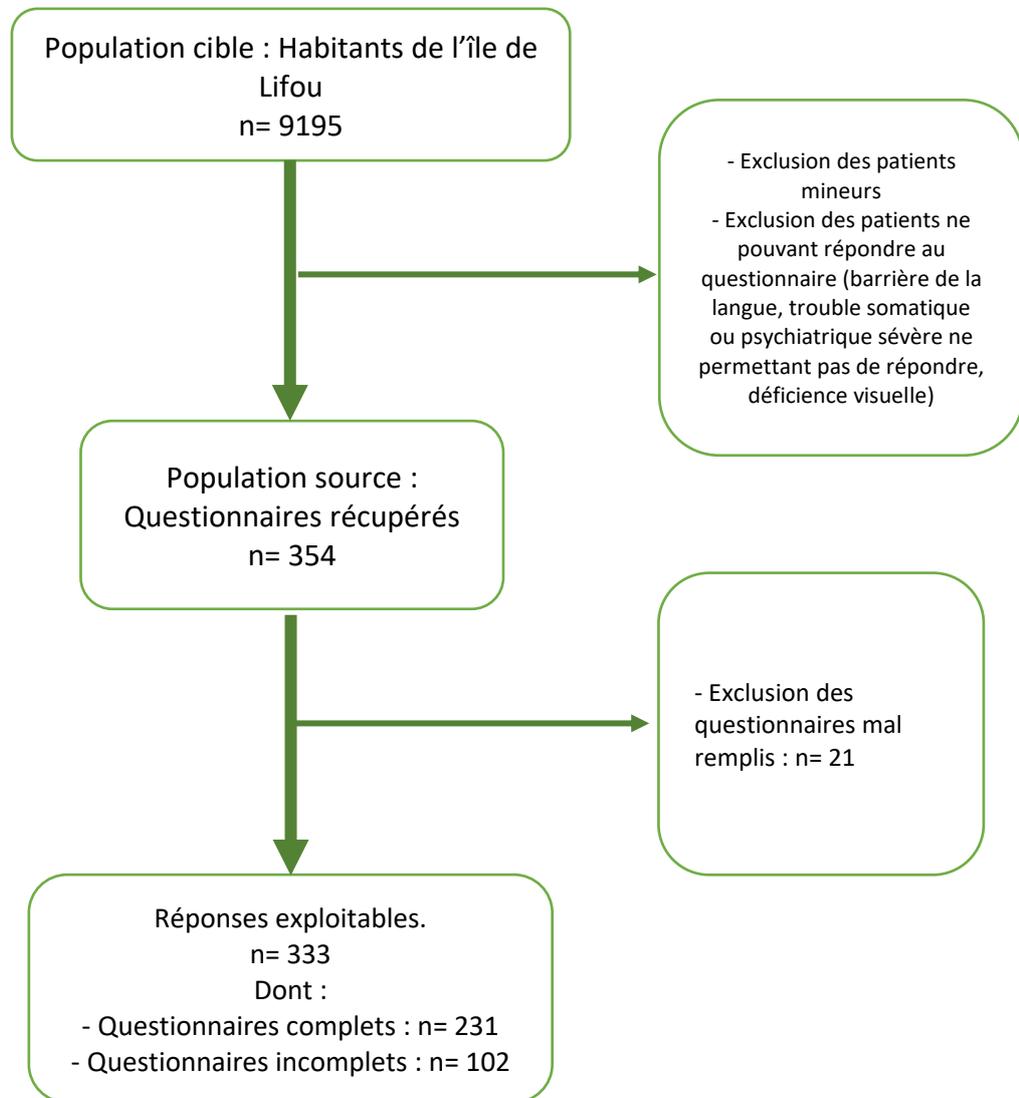
Les réponses aux questions 6 à 18 sur les connaissances à propos de l'alcool ont été comparées dans chaque tranche d'âge avec des Chi2.

Les réponses aux questions 19 à 28 ont été comparées par Chi2 aux résultats des Français de métropole publiés par Santé Publique France dans le Baromètre Santé 2021.

Enfin, tous les items de la question 31 concernant les opinions sur les mesures les plus efficaces pour réduire la consommation d'alcool ont été comparés avec ceux du Baromètre Santé 2021 de Santé Publique France par des Chi2.

RESULTATS

I) Diagramme de flux



À la fin de l'étude, 354 questionnaires ont été collectés. Parmi eux, 2 questionnaires pratiquement vides ont été exclus, ainsi que 19 questionnaires comportant des réponses jugées non fiables, telles que des premières cases cochées systématiquement ou des réponses exclusivement vraies ou fausses. En conséquence, ces questionnaires ont été retirés de l'analyse.

Au total, 333 questionnaires ont été considérés comme exploitables, parmi lesquels 231 étaient complets et 102 incomplets (avec une ou plusieurs réponses manquantes).

II) Description de la population

Tableau 5. Caractéristiques sociodémographiques des répondants (n = 333).

Sexe	Nombre	%
Hommes	140	42,2
Femmes	178	53,6
Tranches d'âge		
Entre 18 et 24 ans	27	8,6
Entre 25 et 34 ans	76	24,2
Entre 35 et 44 ans	91	24,0
Entre 45 et 54 ans	63	20,1
Entre 55 et 64 ans	33	10,5
Entre 65 et 74 ans	21	6,7
Entre 75 et 84 ans	3	1,0
Métiers		
Employé / Salarié	119	37,1
Sans activité / retraité/ femme au foyer	104	32,4
Agriculteur / constructeur de cases	37	11,5
Au chômage	19	5,9
Artisan / Libéral	12	3,7
Cadre	12	3,7
Etudiant	11	3,4
Ouvrier	7	2,2
Niveau de diplôme		
Inférieur au Baccalauréat	156	48,9
Baccalauréat	94	29,5
Supérieur au Baccalauréat	69	21,6

1) Sexe

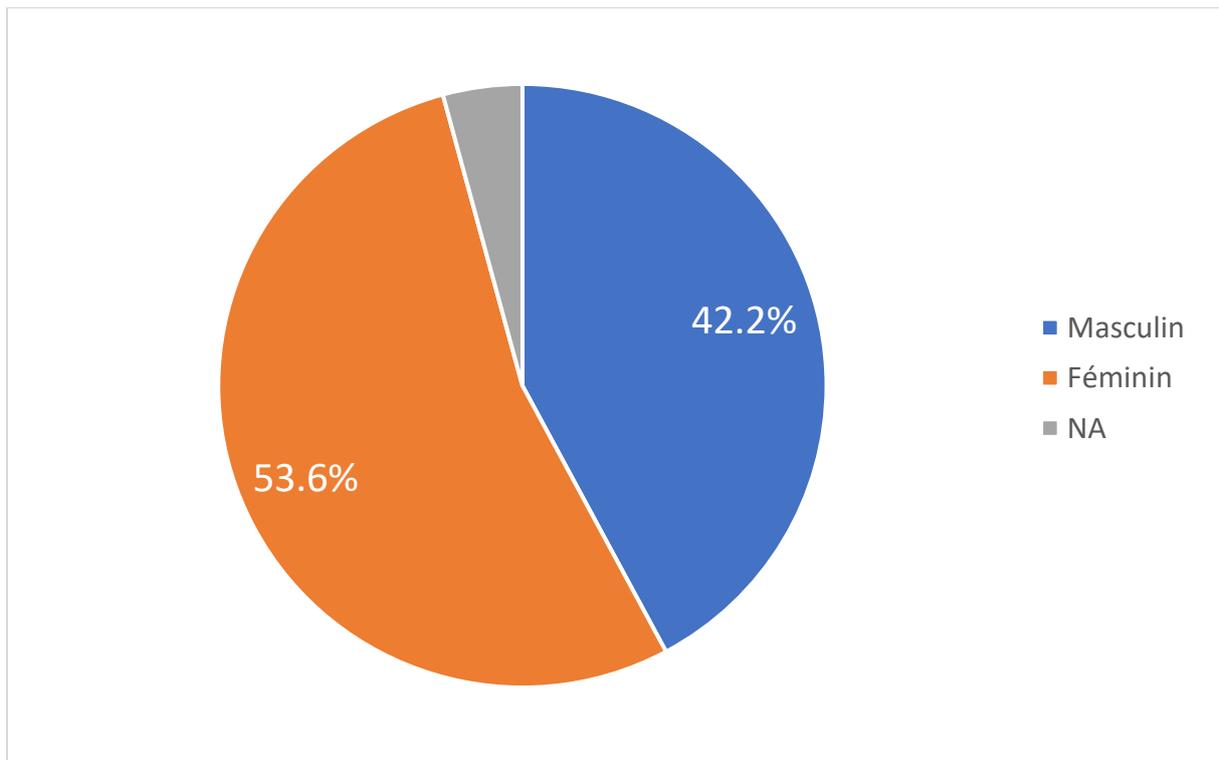


Figure 32. Sexe des répondants.

La population d'étude se répartissait entre 53,6 % de femmes (n= 178) et 42,2 % d'hommes (n= 140), soit un sex-ratio d'environ 1,27. Cela signifie qu'il y a environ 1,27 femme pour chaque homme dans l'échantillon donné. 14 personnes n'ont pas renseigné de sexe, soit 4,2 % des répondants.

En comparaison, lors du recensement de la population de Lifou par l'ISEE en 2019, les femmes représentaient 48,9 % et les hommes 51,1 %.

Il n'y a pas de différence significative de répartition des sexes entre les répondants de l'étude et la population de Lifou ($p = 0,088$).

2) Âge

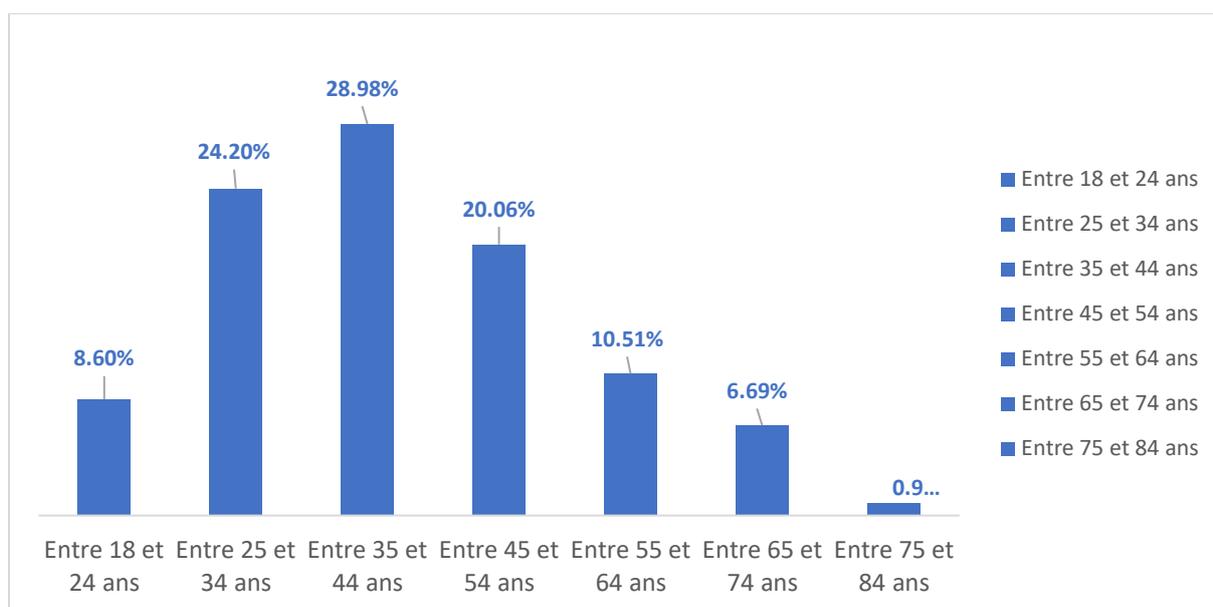


Figure 33. Répartition des âges des participants.

Concernant l'âge, la majorité des participants à l'étude a entre 25 et 54 ans (73,24 %), ce qui semble être cohérent avec la pyramide des âges établie par l'ISEE en 2019. La moyenne d'âge dans notre échantillon est de 41,97 ans et la médiane est de 41 ans.

3) Situation socio-économique

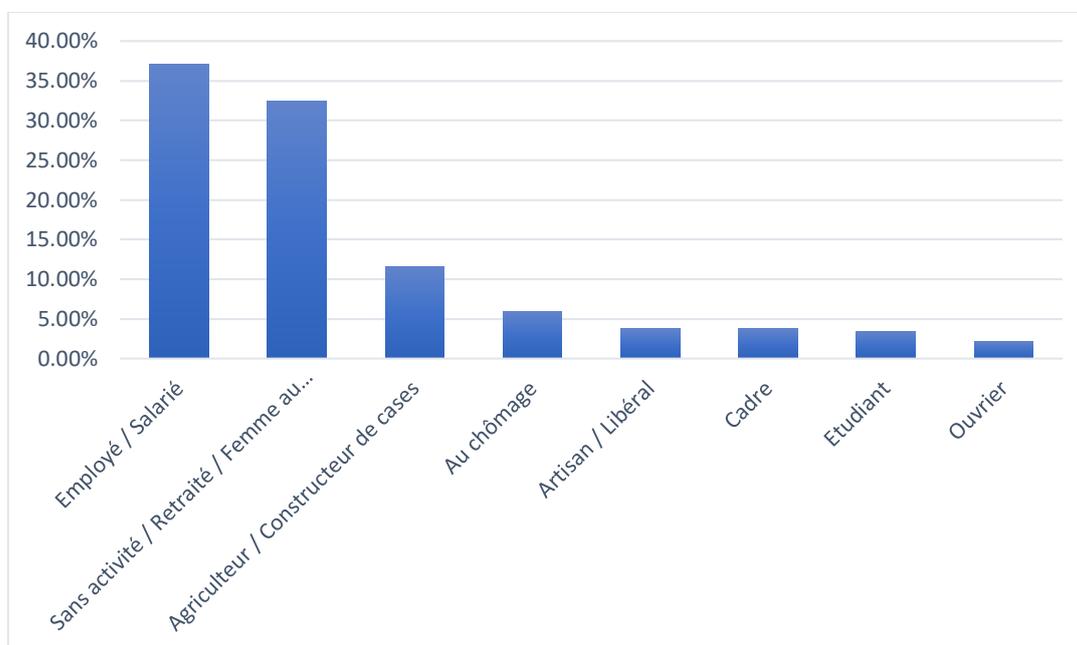


Figure 34. Répartition des métiers dans les participants.

Concernant la répartition des métiers dans la population de l'étude, la majorité des répondants est salarié/employé (37,07 %) ou sans activité/retraité/femme au foyer (32,40 %).

Dans l'échantillon, il y a 67,1 % d'actifs chez les 18-65 ans contre 62,3 % dans le recensement 2019 de l'INSEE. Il n'y a pas de différence significative du taux d'activité entre les répondants de l'étude et la population de Lifou ($p = 0,097$).

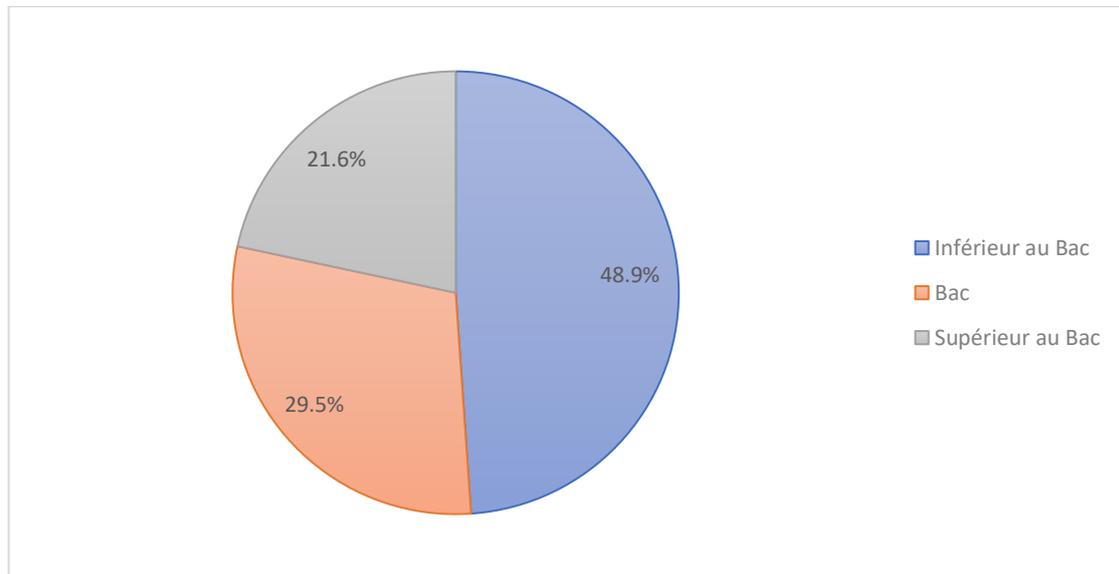


Figure 35. Niveau de diplôme des participants.

En ce qui concerne la répartition du niveau de diplôme à Lifou, 48,9% des répondants ont un diplôme inférieur au Baccalauréat, comparé à 69,1 % sur le recensement de l'INSEE en 2019. De plus, 29,5 % des répondants ont un niveau Baccalauréat, contre 16,8 % dans le recensement de l'INSEE, et 21,6% déclarent posséder un diplôme supérieur au Baccalauréat, contre 14 % selon l'INSEE. Les répondants semblent avoir un niveau de diplôme significativement plus élevé que la population recensée en 2019 ($p = 0,011$).

III) Épidémiologie des consommations d'alcool

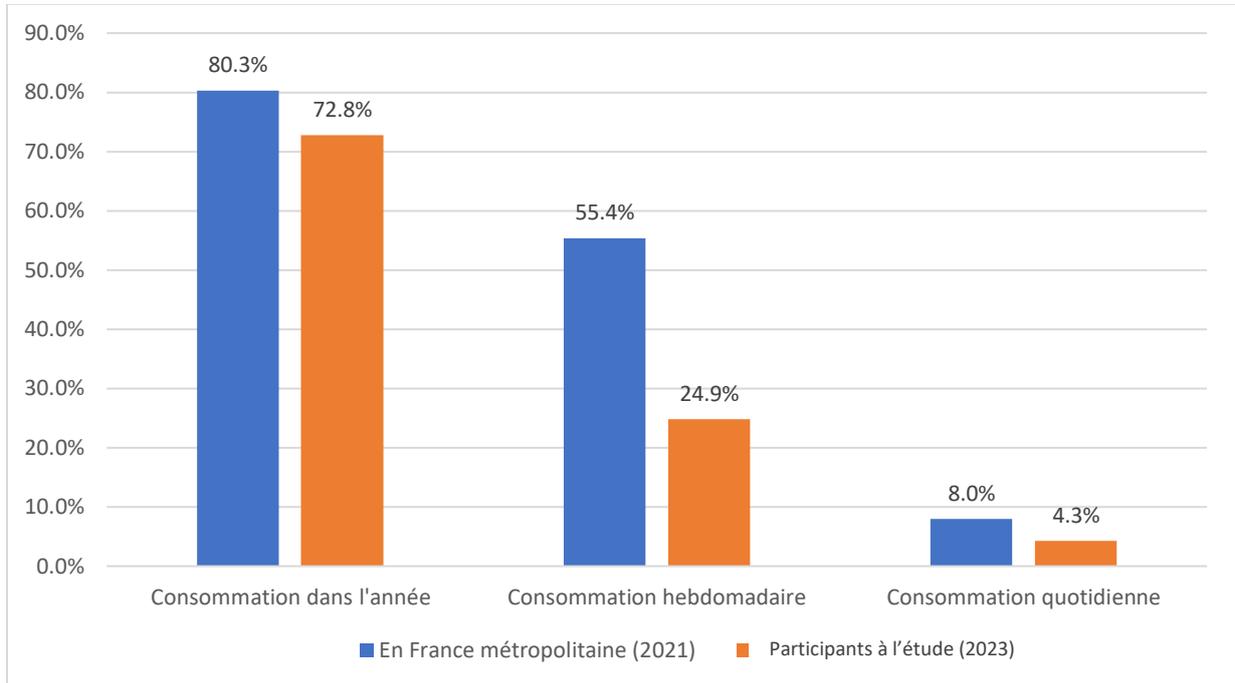


Figure 36. Comparaison de la fréquence de consommation entre les participants de l'étude et les français métropolitains.

Les habitants de Lifou inclus dans l'échantillon de l'étude présentent une fréquence de consommation significativement différente de celle des habitants de France métropolitaine ($p < 0,01$).

La consommation quotidienne est significativement plus faible à Lifou par rapport à la France métropolitaine : 4,3 % à Lifou contre 8 % en métropole ($p < 0,01$).

Pour la consommation hebdomadaire, elle est également significativement plus faible à Lifou par rapport à la France métropolitaine : 24,9 % à Lifou contre 55,4 % en métropole ($p < 0,01$).

En revanche, la proportion des habitants de Lifou qui consomment de l'alcool dans l'année n'est pas significativement différente par rapport aux français métropolitains : 72,9 %, contre 80,3 % en métropole ($p = 0,161$).

Tableau 6. Répartition des consommations par occasion chez les participants.

	Proportion des participants
Pas de consommation	25,0%
0 verre	25,0%
Consommation modérée	36,1%
1 à 3 verres	25,0%
4 à 6 verres	11,1%
Binge drinking	36,4%
7 à 9 verres	6,3%
10 à 12 verres	7,8%
13 à 15 verres	5,1%
15 à 17 verres	2,7%
18 à 20 verres	1,2%
Plus de 20 verres	13,3%
Ne se prononce pas	2,4%
Pas de réponse	2,4%
Total général	100,0%

Ce tableau présente la répartition des consommations d'alcool par occasion des répondants. Les données sont classées en différentes catégories selon le nombre de verres consommés. Un quart des participants (25,0%) déclarent ne pas consommer d'alcool du tout. 36,1% indiquent une consommation modérée, tandis qu'une part importante (36,4%) pratique le binge drinking. **13,3 % des personnes interrogées déclarent consommer plus de 20 verres par occasion.**

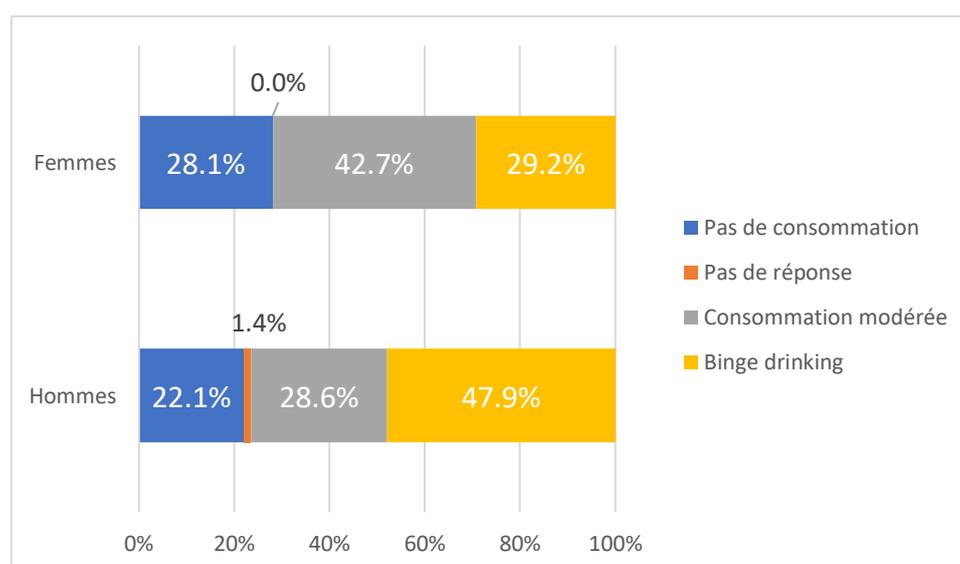


Figure 37. Répartition des consommations par occasion en fonction du sexe chez les participants.

Les hommes pratiquent significativement plus le binge drinking que les femmes avec des proportions de 47,9 % et 29,2 % respectivement ($p < 0,01$).

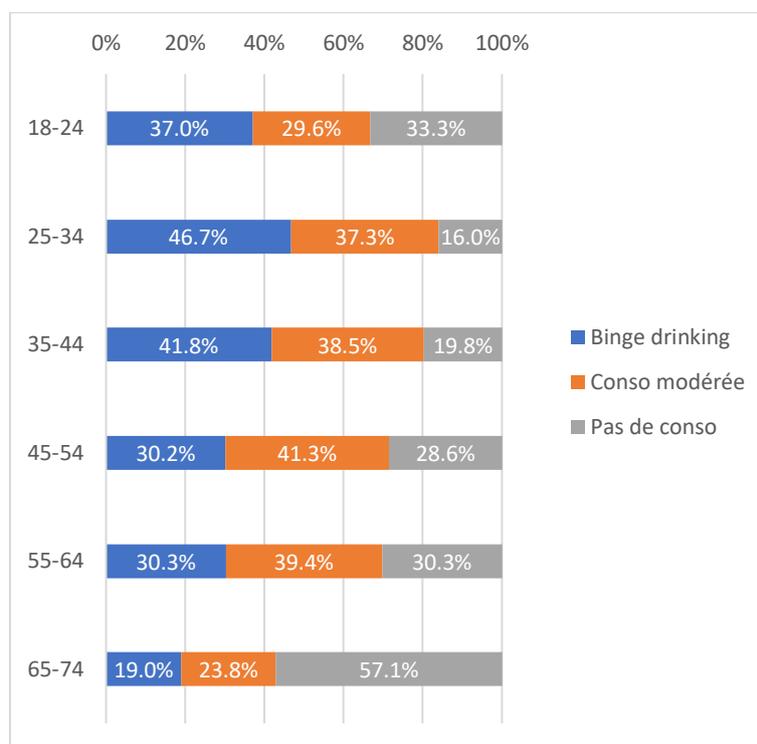


Figure 38. Consommation par occasion en fonction de l'âge des participants.

Ce graphique compare les pratiques de consommation par occasion dans la population de l'étude en fonction de l'âge. On observe une prévalence significativement plus élevée du binge drinking chez les 25 à 44 ans par rapport au reste de la population ($p < 0,01$). Les niveaux de consommation par occasion semblent ensuite diminuer avec l'âge.

IV) Épidémiologie des connaissances et opinions concernant l'alcool

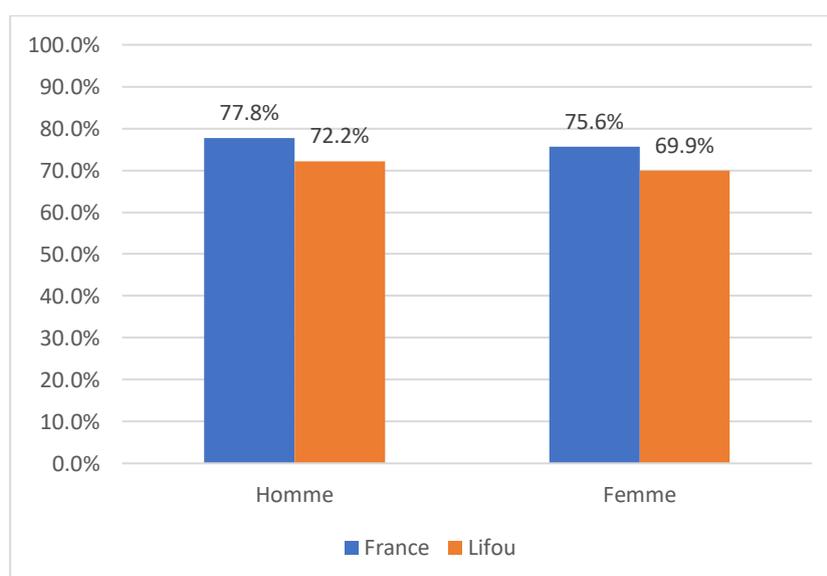


Figure 39. Comparaison de la proportion du sentiment de bonne information sur l'alcool entre les participants à Lifou et la France métropolitaine chez les hommes et les femmes

La question sur le sentiment d'information concernant l'alcool a été posée de manière similaire dans notre étude que dans celle réalisée par Santé Publique France en métropole en 2021. À Lifou, le sentiment d'information semble légèrement inférieur, mais aucune différence significative globale n'a été trouvée, aussi bien chez les hommes ($p = 0,13$) que chez les femmes ($p = 0,09$).

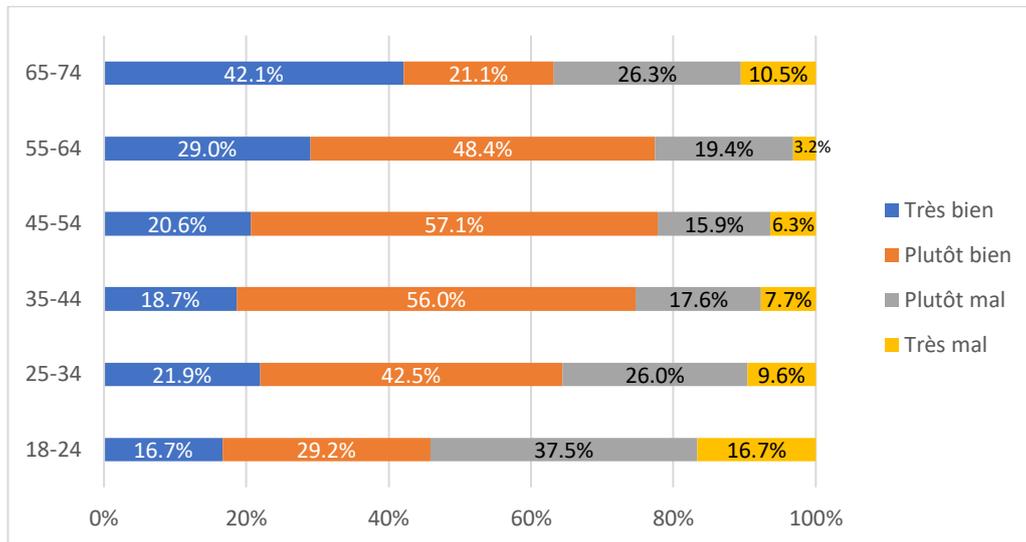


Figure 40. Niveau de sentiment d'information en fonction de l'âge chez les participants.

Ensuite, nous examinons la variation du sentiment d'information sur l'alcool au sein de la population de l'étude en fonction de l'âge. 54,2 % des individus âgés de 18 à 24 ans se sentent plutôt mal ou très mal informés. Nous pouvons observer une différence significative chez ces individus âgés de 18 à 24 ans qui se sentent moins bien informés par rapport aux autres tranches d'âges ($p < 0,05$).

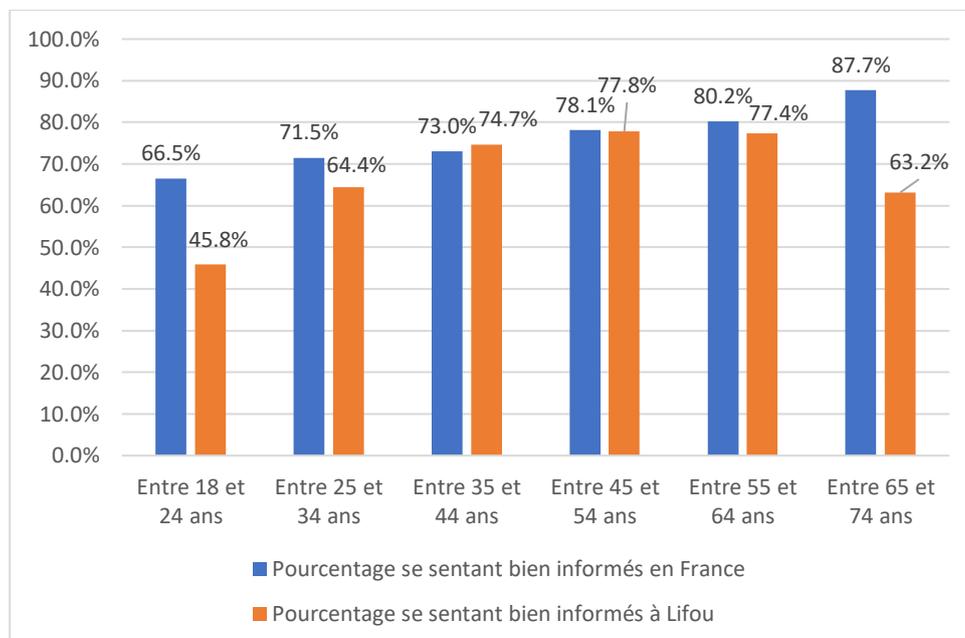


Figure 41. Comparaison de la proportion du sentiment de bonne information entre les participants et la France métropolitaine en fonction de l'âge.

En outre, les jeunes adultes âgés de 18 à 24 ans à Lifou ressentent une moins bonne information que leurs pairs de France métropolitaine ($p < 0,05$) avec une proportion de 45,8 % de sentiment de bonne information contre 66,5 %.

De même, les personnes âgées de 65 à 74 ans ressentent une moins bonne information à Lifou que la même classe d'âge en France métropolitaine ($p < 0,05$) avec une proportion de sentiment de bonne information de 63,2 % contre 87,7 %.

Aucune différence significative n'a été observée pour les autres tranches d'âge.

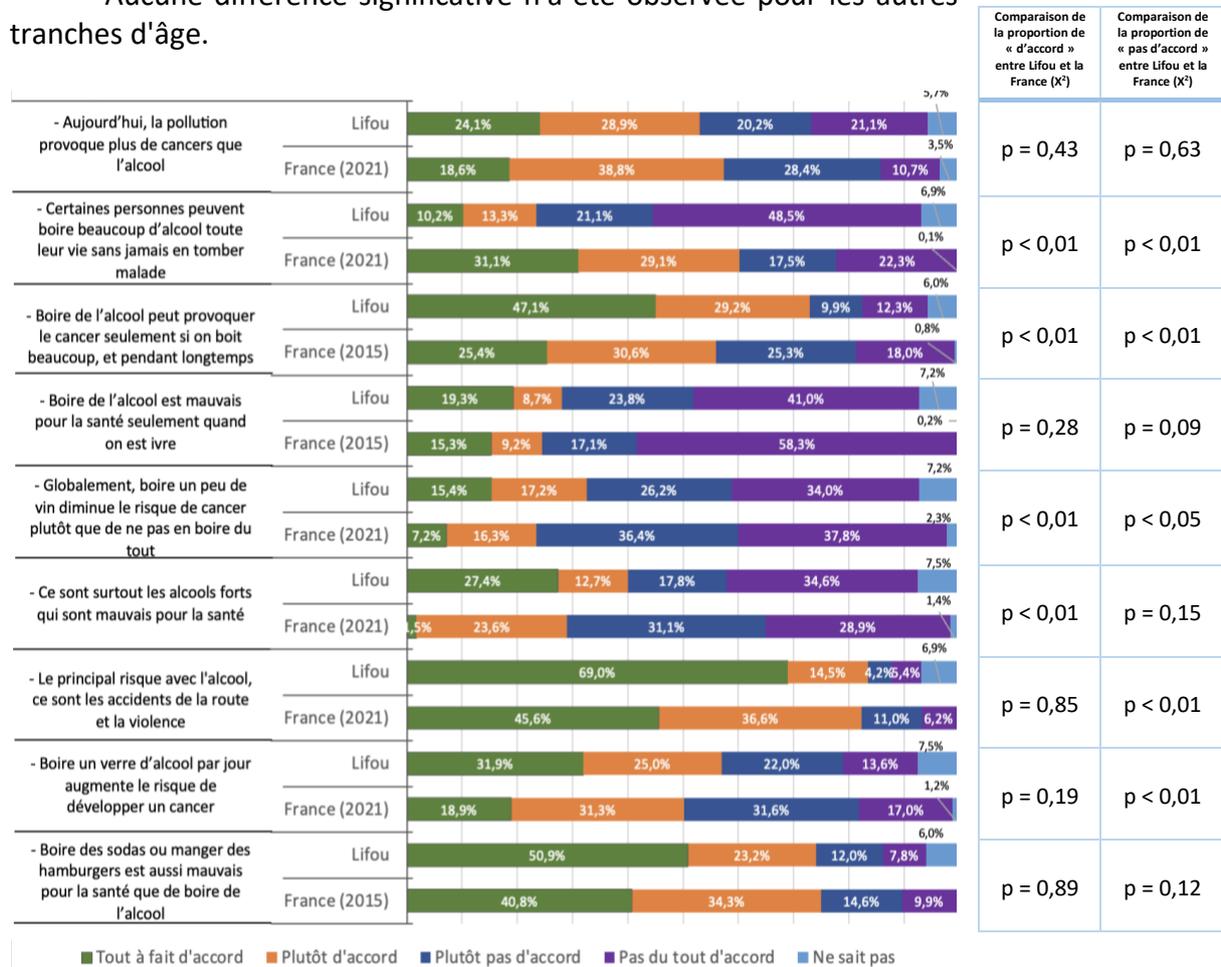


Figure 42. Comparaison des opinions des Français métropolitains et des participants concernant la nocivité de l'alcool.

Ce graphique compare les opinions des habitants de Lifou à celles des Français métropolitains concernant les effets nocifs de l'alcool, révélant des différences importantes de perception sur certaines questions.

Nous observons une différence significative que ce soit sur la proportion de « d'accord » ou de « pas d'accord » sur les questions :

- « Certaines personnes peuvent boire beaucoup d'alcool toute leur vie sans jamais en tomber malade » où les métropolitains sont beaucoup plus en accord avec cette affirmation que les habitants de Lifou.
- « Boire de l'alcool peut provoquer le cancer seulement si on boit beaucoup, et pendant longtemps » où les habitants de Lifou sont plus en accord avec cette affirmation que les métropolitains.

- Et « Globalement, boire un peu de vin diminue le risque de cancer plutôt que de ne pas en boire du tout » où les habitants de Lifou sont plus en accord avec cette affirmation que les métropolitains.

Nous observons une différence significative sur la proportion de « d'accord » sur la question :

- « Ce sont surtout les alcools forts qui sont mauvais pour la santé » où les habitants de Lifou sont plus en accord avec cette affirmation que les métropolitains.

Ensuite, nous observons une différence significative sur la proportion de « pas d'accord » sur les questions :

- « Le principal risque avec l'alcool ce sont les accidents de la route et la violence » où les habitants de métropole sont plus en désaccord avec cette affirmation que les habitants de Lifou.
- « Boire un verre d'alcool par jour augmente le risque de développer un cancer » où les habitants de métropole sont plus en désaccord avec cette affirmation que les habitants de Lifou.

Enfin, nous n'avons pas mis en évidence de différence significative sur les questions :

- « Aujourd'hui la pollution provoque plus de cancers que l'alcool »,
- « Boire de l'alcool est mauvais pour la santé seulement quand on est ivre »,
- Et « Boire des sodas ou manger des hamburgers est aussi mauvais pour la santé que de boire de l'alcool ».

Tableau 7. Comparaison des pourcentages de bonnes réponses à propos de l'alcool entre les hommes et les femmes participants.

	Hommes	Femmes
Quelles sont les consommations d'alcool recommandées ?	15,0%	13,5%
L'alcool est addictif ?	68,6%	73,6%
En buvant de l'eau ou en mangeant un gros repas, l'alcool est éliminé plus vite par le corps ?	54,3%	62,9%
En faisant de l'exercice physique/du sport, l'alcool est éliminé plus vite par le corps ?	33,6%	38,8%
En coupant son verre d'alcool avec un jus de fruit, l'alcool fera moins d'effet ?	76,4%	77,0%
Après 2 verres d'alcool, la conduite en voiture est dangereuse ?	81,4%	88,8%
L'alcool peut endommager le foie ?	91,4%	94,4%
L'alcool augmente les capacités mentales ?	47,9%	43,8%
L'alcool peut rendre violent ?	95,7%	96,1%
Je peux mélanger alcool et médicaments sans aucun risque ?	82,1%	89,9%
L'alcool peut endommager le cerveau et notamment la mémoire ?	87,1%	88,8%
Boire trop d'alcool peut engendrer un coma, voire la mort ?	89,3%	89,3%
Boire de l'alcool pendant la grossesse est sans risque ?	77,9%	86,0%

Ce tableau compare les connaissances sur l'alcool entre les hommes et les femmes. Globalement, les hommes semblent obtenir un taux de bonnes réponses inférieur, mais aucune différence significative n'a été trouvée, à l'exception de la question sur le mélange alcool et médicaments ($p < 0,05$).

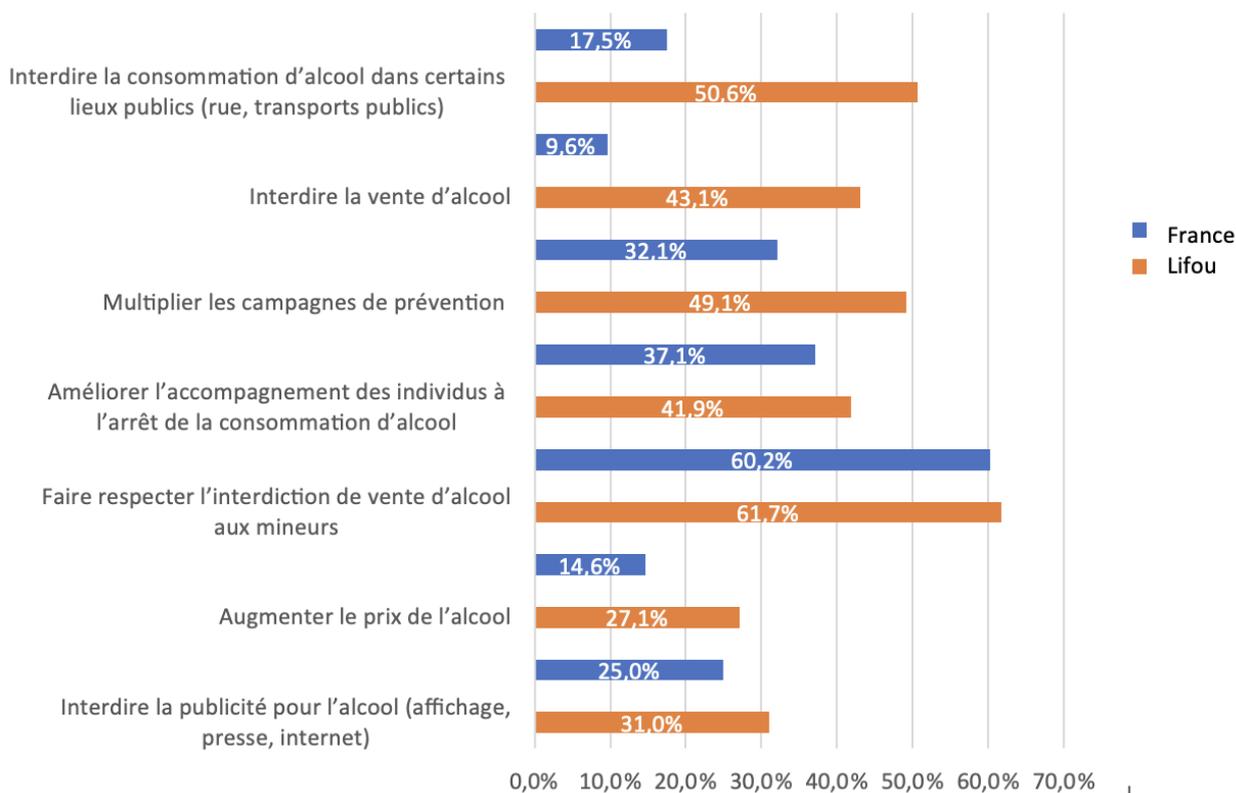


Figure 43. Comparaison des opinions des Français métropolitains et des participants à propos des mesures les plus efficaces pour réduire la consommation d'alcool.

Nous avons ensuite comparé les opinions des Français métropolitains et des habitants de Lifou concernant les mesures les plus efficaces pour réduire la consommation d'alcool. Nous avons constaté une différence significative sur presque tous les points. Les habitants de Lifou se montrent plus en faveur de mesures telles que l'interdiction de la consommation d'alcool dans certains lieux publics ($p < 0,05$), l'interdiction de la vente d'alcool ($p < 0,05$), l'intensification des campagnes de prévention ($p < 0,05$), l'amélioration de l'accompagnement des individus pour arrêter la consommation d'alcool ($p < 0,05$), l'augmentation du prix de l'alcool et l'interdiction de la publicité pour l'alcool ($p < 0,05$). La seule exception concerne l'interdiction de vente d'alcool aux mineurs, où aucune différence significative n'a été observée ($p = 0,29$).

Les divergences les plus marquées concernent spécifiquement l'interdiction de la consommation d'alcool dans certains lieux publics et l'interdiction de la vente d'alcool. Par exemple, 50,6% des habitants de Lifou sont en faveur de l'interdiction dans les lieux publics, contre seulement 17,5% en métropole, et 43,1% soutiennent l'interdiction de vente, comparé à 9,6% en métropole.

Tableau 8. Comparaison des connaissances sur l'alcool entre les jeunes de 18-24 ans et les personnes de 25-44 ans chez les participants.

	18-24 ans	25-44 ans
Quelles sont les consommations d'alcool recommandées ?	18,5%	13,2%
L'alcool est addictif ?	70,4%	77,2%
En buvant de l'eau ou en mangeant un gros repas, l'alcool est éliminé plus vite par le corps ?	48,1%	62,3%
En faisant de l'exercice physique/du sport, l'alcool est éliminé plus vite par le corps ?	25,9%	38,3%
En coupant son verre d'alcool avec un jus de fruit, l'alcool fera moins d'effet ?	66,7%	87,4%
Après 2 verres d'alcool, la conduite en voiture est dangereuse ?	85,2%	88,0%
L'alcool peut endommager le foie ?	96,3%	94,6%
L'alcool augmente les capacités mentales ?	48,1%	50,9%
L'alcool peut rendre violent ?	96,3%	97,6%
Je peux mélanger alcool et médicaments sans aucun risque ?	88,9%	93,4%
L'alcool peut endommager le cerveau et notamment la mémoire ?	88,9%	88,0%
Boire trop d'alcool peut engendrer un coma, voire la mort ?	92,6%	92,2%
Boire de l'alcool pendant la grossesse est sans risque ?	81,5%	89,2%

Nous avons comparé les connaissances des jeunes adultes de 18 à 24 ans, qui, comme mentionné précédemment, se sentaient moins bien informés, avec celles des 25-44 ans, qui semble être les mieux informés d'après leurs réponses. Aucune différence significative n'a été observée, à l'exception de la question « en coupant son verre avec un jus de fruits, l'alcool fera moins d'effet » ($p < 0,05$).

DISCUSSION

I) Interprétation et discussion des résultats

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les pratiques de consommation et les connaissances des effets de l'alcool sur la santé des habitants de Lifou. En complément, les objectifs secondaires visaient à comparer ces pratiques et connaissances avec celles des Français métropolitains et à identifier des axes d'amélioration pour la prévention.

1) **Objectif principal : Évaluer les pratiques de consommation et les connaissances des effets de l'alcool sur la santé des habitants de Lifou.**

Cette étude montre que 36,4 % des personnes interrogées pratiquent le binge drinking (plus de 6 verres par occasion) et 13,3 % déclarent consommer plus de 20 verres par occasion. Ces proportions sont très élevées et sont cohérentes avec les données du Baromètre Santé Adulte 2021-2022 de l'ASSNC (1).

Les hommes pratiquent significativement plus le binge drinking que les femmes avec des proportions de 47,9 % contre 29,2 % ($p < 0,01$).

Par ailleurs, la prévalence du binge drinking chez les 25-44 ans est plus élevée par rapport au reste de la population ($p < 0,01$). Cette tranche d'âge semble vulnérable à des comportements de consommation excessive d'alcool, ce qui nécessite une attention particulière. Les niveaux de consommation par occasion semblent ensuite diminuer avec l'âge.

54,2 % des individus âgés de 18 à 24 ans se sentent plutôt mal ou très mal informés sur les risques et complications liés à l'alcool. Ils se sentent significativement moins bien informés que les autres tranches d'âge ($p < 0,05$). Cependant, aucune différence significative n'a été observée dans leurs connaissances réelles par rapport à celles des 25-44 ans qui sont les mieux informés.

Concernant les questions portant sur les connaissances réelles sur l'alcool, les résultats étaient globalement bons. Cependant, il en ressort que seulement 13,5 % des femmes et 15 % des hommes connaissent les recommandations sur les consommations d'alcool et plus de 50 % des habitants pensent que l'alcool augmente les capacités mentales. Cela peut-être une piste d'amélioration pour les mesures de prévention sur l'île.

2) **Objectif secondaire : Comparer les pratiques et connaissances des habitants de Lifou avec celles des Français métropolitains.**

Les résultats de cette étude révèlent plusieurs tendances et des points de divergence par rapport à la population métropolitaine.

La consommation d'alcool est moins fréquente à Lifou qu'en France métropolitaine avec une consommation quotidienne de 4,3 % à Lifou contre 8 % en métropole ($p < 0,01$) et une consommation hebdomadaire de 24,9 % à Lifou contre 55,4 % en métropole ($p < 0,01$). Ces données sont cohérentes avec l'épidémiologie présentée dans l'introduction.

Il n'existe pas de différence significative sur le sentiment de bonne information concernant l'alcool entre Lifou et la métropole toutes tranches d'âges confondues, aussi bien chez les hommes ($p = 0,13$) que chez les femmes ($p = 0,09$).

Cependant, les jeunes âgés de 18 à 24 ans à Lifou ressentent une moins bonne information que leurs pairs de France métropolitaine avec un sentiment d'être bien informé de 63,2 % contre 87,7 % ($p < 0,05$). Cette perception d'un manque d'information est préoccupante. Les questions sur les connaissances réelles n'ayant pas été posées en France, il n'est pas possible de les comparer pour savoir si les jeunes sont réellement moins bien informés à Lifou. Cela pourrait faire l'objet d'une autre étude.

Concernant les opinions à propos de l'alcool, à la proposition « certaines personnes peuvent boire beaucoup d'alcool toute leur vie sans jamais en tomber malade », une proportion plus élevée de métropolitains a répondu être d'accord (60,2 % contre 23,5 % à Lifou, $p < 0,01$), ce qui peut être mis en parallèle avec la consommation chronique plus fréquente en France.

En revanche, sur la question « le principal risque avec l'alcool, ce sont les accidents de la route et la violence », une proportion plus élevée de répondants en métropole se déclarent en désaccord (17,2 % contre 10,6 % à Lifou, $p < 0,01$), ce qui peut être en lien avec une plus faible consommation d'alcool par occasion en métropole.

Concernant les opinions des métropolitains et des habitants de Lifou à propos des mesures les plus efficaces pour réduire la consommation d'alcool, nos résultats soulignent un fort soutien des habitants de Lifou envers des mesures plus restrictives, avec les divergences les plus marquées sur le soutien de l'interdiction de vente (43,1 % à Lifou contre 9,6 % en métropole, $p < 0,05$) et sur le soutien de l'interdiction de la consommation d'alcool dans certains lieux publics (50,6 % à Lifou contre 17,5 % en métropole, $p < 0,05$).

3) Objectif secondaire : Pistes d'amélioration pour la prévention de l'alcool à Lifou

a) Intensification de la prévention chez les jeunes

Renforcer les efforts de prévention auprès des jeunes serait une mesure bénéfique. Des campagnes éducatives et des programmes de sensibilisation précoces sont recommandés. La prévention doit être ciblée particulièrement pour les hommes qui sont plus vulnérables aux comportements de consommations excessives d'alcool.

Nous pourrions cibler la délivrance d'informations factuelles sur l'alcool sur les questions qui ont été mal réussies telles que les recommandations sur les consommations d'alcool ou encore l'effet de l'alcool sur les capacités mentales.

Les complications de l'alcool à Lifou étant majoritairement celles liées au binge drinking, nous pouvons proposer également des campagnes de prévention sur les accidents de la route ou encore des campagnes concernant le rapport à la fête type « Sans alcool, la fête est plus folle ».

Concernant les mesures gouvernementales, nous avons des données qui montrent que les habitants de Lifou sont en faveur de mesures plus restrictives telles que l'interdiction de la

vente d'alcool ou encore la consommation d'alcool dans les lieux publics. Le PTSPD 2018-2022 qui doit être révisé en Novembre 2024 a déjà initié des mesures régulatrices et restrictives telles que l'augmentation du prix de l'alcool, des sanctions plus sévères contre la vente d'alcool aux mineurs avec exigence systématique de la carte d'identité, une interdiction de la publicité pour l'alcool, une tolérance zéro pour les jeunes conducteurs, une interdiction de la consommation dans les lieux publics ou encore le renforcement des sanctions sur la vente d'alcool illicite. Notre étude pourrait aider pour définir les orientations du prochain PTSPD.

b) Considérations Culturelles

Notre travail met en évidence une prévalence importante du binge drinking notamment chez les jeunes, mais sans fournir d'explications vis-à-vis de ce phénomène. Cela nécessiterait d'autres travaux exploratoires de Sciences Humaines et Sociales. En effet, le rapport à l'alcool de la population est influencé par des facteurs sociologiques, démographiques, économiques et culturels. Un regard purement biomédical semble insuffisant pour capturer la complexité d'un tel phénomène. Les futures politiques de santé publique doivent tenir compte de ces particularités culturelles pour être efficaces.

II) Forces et faiblesses de l'étude

1) Effectif de l'étude

Aucune limite de nombre de répondants n'a été fixée en vue d'atteindre un échantillon suffisamment large pour assurer la meilleure puissance possible à l'étude.

2) Sujet de l'étude

L'originalité constitue la principale force de notre étude. Bien que le sujet de la consommation d'alcool soit souvent évoqué, il n'avait pas été exploré de manière approfondie chez les habitants de Lifou. Cette étude offre un intérêt épidémiologique significatif et pourrait servir pour élaborer des outils de prévention adaptés à ce contexte spécifique. Nos résultats confortent et précisent les données citées lors de l'introduction à propos de l'épidémiologie des consommations d'alcool à Lifou (1,61). Une autre force de notre étude est aussi d'avoir comparé les connaissances sur les complications liées à l'alcool avec les données existantes pour la métropole.

3) Validité interne

La validité interne d'une étude assure que les résultats observés sont bien dus à la variable étudiée et non à des biais méthodologiques/erreurs systématiques.

a) Biais de sélection :

Un biais de sélection provient d'une distorsion lors de la constitution de l'échantillon analysé.

Dans le cadre de notre étude, l'utilisation d'auto-questionnaires et le recrutement de sujets volontaires ont pu entraîner un biais d'auto-sélection. Les raisons de non-participation peuvent être variées : manque de motivation pour prendre part à l'étude, sentiment de ne pas être concerné par le sujet de recherche. Ce choix méthodologique comporte le risque de surestimer les résultats si seuls les individus intéressés par le thème abordé répondent, ou de sous-estimer ces résultats si les personnes concernées par des consommations problématiques ou des addictions choisissent de ne pas participer, parfois par déni ou évitement.

Pour minimiser ce biais, nous avons encouragé les participants, en leur garantissant l'anonymat de l'étude, de son caractère non-jugeant vis-à-vis de leurs habitudes de consommation, et de l'absence d'impact sur leur prise en charge médicale en cas de non-réponse.

La longueur du questionnaire complet, bien que rapide à remplir (environ 5 minutes), a pu également constituer un frein pour certains répondants.

Un autre biais de sélection réside dans le fait que les personnes fréquentant les structures de soins ne représentent pas nécessairement toute la population de l'île. Ce mode de recrutement peut en effet exclure ceux qui n'utilisent pas ces établissements médicaux. On l'a vu précédemment, certains utilisateurs peuvent privilégier la médecine traditionnelle. Ce mode de sélection peut également sélectionner des personnes qui accordent une attention particulière à leur santé personnelle. En outre, nos résultats indiquant un niveau socio-économique plus élevé chez les sujets répondants que dans la population du recensement de 2019 de l'ISEE suggèrent une possible sur-représentation des personnes de catégorie socio-professionnelle plus aisée parmi les participants.

En revanche, l'utilisation de questionnaires au format papier a permis d'éviter de restreindre la sélection aux personnes qui utilisent les technologies informatiques et d'exclure celles qui ne les utiliseraient pas.

Nous avons tout de même réussi à recruter beaucoup de participants avec 333 répondants, soit 3,62 % de la population de l'île. De plus, notre échantillon est globalement représentatif de la population de Lifou décrite dans le recensement de l'ISEE de 2019 sur les critères socio-démographiques analysés tels que le sexe, l'âge et l'activité professionnelle.

b) Biais d'information

Avec l'utilisation d'auto-questionnaires, des biais de déclaration et de mémorisation sont également possibles. Les répondants peuvent sur- ou sous-déclarer leur consommation réelle d'alcool. Un biais de prévarication, ou biais de désidérabilité sociale, peut également survenir. Ce biais se produit lorsque les participants fournissent des réponses qu'ils estiment socialement acceptables ou favorables, plutôt que des réponses honnêtes et exactes, en raison d'un souhait de se conformer aux attentes, de la peur du jugement ou du désir de protéger leur image. Cependant, l'anonymat des réponses permet de diminuer ce dernier biais.

4) Validité externe

La validité externe concerne la capacité des conclusions d'une étude à être généralisées à une autre population.

Dans notre étude, nous étudions une population bien spécifique qui est celle des personnes consultant les centres de santé à Lifou. Nous avons un échantillon de taille importante, et qui semble représentatif de la population étudiée et donc une bonne validité interne.

Les résultats semblent extrapolables à la population de Lifou. Cependant, ils ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble de la Nouvelle-Calédonie en raison des différences démographiques à travers le reste du territoire.

5) Pistes d'améliorations méthodologiques

L'absence de différence significative dans les connaissances réelles sur les complications de l'alcool chez les moins de 25 ans par rapport aux autres tranches d'âge pourrait être due à un manque de puissance de l'étude, le nombre de sujets répondants chez les 18-24 ans étant en effet peu élevé (n = 27).

Il serait pertinent d'augmenter le nombre de participants de cette tranche d'âge dans les futures recherches afin d'améliorer la puissance de l'étude et ainsi accroître la fiabilité des résultats.

Pour approcher les représentations sur l'alcool, une méthodologie qualitative aurait pu être privilégiée mais nous avons choisi une méthodologie quantitative pour pouvoir comparer nos résultats avec ceux de la métropole. Une autre étude avec une méthodologie qualitative pourrait être envisagée afin d'enrichir la compréhension des dynamiques culturelles influençant la consommation d'alcool à Lifou.

CONCLUSION

Cette étude apporte un éclairage sur les pratiques de consommation d'alcool et les connaissances sur l'alcool des habitants de Lifou. Elle met en évidence des comportements de binge drinking chez 36,4 % des personnes sondées, et plus particulièrement chez les hommes et les jeunes adultes.

Le manque de connaissances sur les recommandations concernant la consommation d'alcool et ses effets sur la santé, associé à un sentiment d'information insuffisante chez les jeunes, souligne la nécessité de renforcer les efforts de prévention ciblée.

Comparativement à la population française métropolitaine, les habitants de Lifou consomment de l'alcool de manière moins fréquente mais en plus grande quantité lorsqu'ils consomment, avec une perception différente des risques liés à l'alcool. Ces résultats suggèrent l'importance d'adapter les politiques de santé publique aux spécificités culturelles et sociales locales.

La forte adhésion des habitants de Lifou à des mesures plus restrictives sur l'alcool pourrait guider l'élaboration de nouvelles régulations pour le prochain plan de santé publique prévu pour la période 2024-2027.

Malgré la solidité méthodologique et la pertinence épidémiologique de cette étude, certaines limites, telles que les biais de sélection et la taille réduite de l'échantillon des jeunes participants, invitent à la prudence quant à la généralisation des résultats. Des recherches complémentaires, notamment qualitatives, pourraient enrichir la compréhension des dynamiques culturelles influençant la consommation d'alcool à Lifou et aider à définir des stratégies de prévention plus adaptées et efficaces.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Cardeilhac J. Enquête STEPS Baromètre Santé Adulte 2021-2022, Enquête sur les facteurs de risque des maladies chroniques des Calédoniens de 18 à 64 ans. Nouméa : Agence Sanitaire et Sociale de Nouvelle-Calédonie (ASSNC); 2022.
- (2) Observatoire de la sécurité routière Nouvelle-Calédonie. Les conducteurs alcoolisés responsables présumés d'un accident mortel. Nouméa: DITTT; 2022.
- (3) Bodin A. Les violences intrafamiliales en Nouvelle-Calédonie : regard sur l'ampleur d'un phénomène social peu signalé. Nouméa: ISEE; 2022.
- (4) Berr C, Clavel-Chapelon F, et al. Expertise collective. Alcool : Effets sur la santé. Paris: Editions INSERM; 2001 [page consultée le 03/03/24]. Disponible sur: <https://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/41>
- (5) Ben Sakhria A. analyticaltoxicology[En ligne]. Alcoolisme. Algiers; 2016 [page consultée le 15/03/24]. Disponible sur: <https://www.analyticaltoxicology.com/wp-content/uploads/2016/05/alcoolisme.pdf>
- (6) Piano M. Alcohol's effects of the cardiovascular system. Alcohol Res 38? 2017;(2):219–241.
- (7) Santé Publique France[En ligne]. Quels sont les risques de la consommation d'alcool pour la santé ?; 2019. [page consultée le 19/03/24]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/articles/quels-sont-les-risques-de-la-consommation-d-alcool-pour-la-sante>
- (8) Danel V. SFMU[En ligne]. Alcool éthylique : Notions générales. Grenoble; 2017[page consultée le 03/04/24]. Disponible sur: <https://www.sfm.org/toxin/PROTOCOL/ALETH/ALETH2.HTM>
- (9) Naasila M, et al. Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)[En ligne]. Alcool et santé. Amiens : Inserm; 2021 [page consultée le 16/04/24]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/alcool-sante/>
- (10) Paille F, Aubin H, et al. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement (Recommandation de bonne pratique). Société Française d'Alcoologie. Loos; 2023[page consultée le 22/04/24]. Disponible sur: <https://sfalcoologie.fr/wp-content/uploads/RECO-SFA-Version-2023-2.pdf>
- (11) Raistrick D, Heather N, Godfrey C. Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems. Londres: NHS; 2006.
- (12) Murphy T, et al. Guideline on the development of medicinal products for the treatment of alcohol dependence. Dublin: European Medicines Agency; 2010.
- (13) Tavolacci M, Berthon Q, Cerasuolo D, Dechelotte P, Ladner J, Baguet A. Does binge drinking between the age of 18 and 25 years predict alcohol dependence in adulthood? A retrospective case–control study in France. BMJ Open. 2019 Mai;9(5):e026375.
- (14) Bonnot O, Cottencin O, et al. Référentiel de Psychiatrie et Addictologie: Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie. 3^{ème} édition. Tours : Presses Universitaires François-Rabelais; 2021.

- (15) Sedlak, A, Mettenburg J, Basena M, Petta I, McPherson K, Greene A. et al. Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4): Report to Congress. Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families; 2010[page consultée le 28/04/24]. Disponible sur <https://www.acf.hhs.gov/opre/report/fourth-national-incidence-study-child-abuse-and-neglect-nis-4-report-congress>
- (16) Gouvernement du Canada. Dossier de l'OMS sur l'alcool et la violence à l'égard du partenaire intime; 2012[page consultée le 03/05/24]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/arretons-violence-familiale/ressources-prevention/femmes/dossier-alcool-violence-egard-partenaire-intime.html>
- (17) Abbey A, Wegner R, Woerner J, Pegram SE, Pierce J. Review of survey and experimental research that examines the relationship between alcohol consumption and men's sexual aggression perpetration. *Trauma Violence Abuse*; 2014[page consultée le 08/05/24]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4477196/>
- (18) Wolter L, et al. Prise en charge du patient en intoxication éthylique aiguë. *Rev Med Suisse*. 2013;9(394): 1461–1464.
- (19) Miller W, et al. Interruption des souvenirs : Trous noirs induits par l'alcool: NIH; 2021[page consultée le 10/05/24]. Disponible sur: https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/publications/Blackouts_French.pdf
- (20) Miller W, et al. La gueule de bois: NIH; 2021[page consultée le 10/05/24]. Disponible sur: https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/publications/Hangovers_French.pdf
- (21) O'Malley G, O'Malley R. Intoxication et sevrage alcoolique. Myrtle Beach: Le Manuel MSD; 2022[page consultée le 15/05/24]. Disponible sur: https://www.msmanuals.com/fr/professional/sujets-spéciaux/drogues-illicites-et-substances-intoxicantes/intoxication-et-sevrage-alcoolique#Symptomatologie_v1026622_fr
- (22) Whitney J. Hépatopathie alcoolique. Université du Colorado: Le Manuel MSD; 2023[page consultée le 15/05/24]. Disponible sur: https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-hépatiques-et-biliaires/hépatopathie-alcoolique/hépatopathie-alcoolique?query=hépatopathie%20alcoolique#Diagnostic_v899257_fr
- (23) Béjot Y, et al. *Référentiel des Collèges Neurologie*. 6^{ème} édition. Paris: Elsevier-Masson; 2022.
- (24) Guillemin A, Cervenka I, Andler R, Gallopel Morvan K, Deutsch A. Baromètre cancer 2021. Alcool et cancer. Comportements, opinions et perceptions des risques. Saint-Maurice : Santé publique France, 2021
- (25) Lecoquerre E, et al. *Référentiel des Collèges Hépatogastro-Entérologie - Chirurgie digestive*. 4^{ème} édition. Paris: Elsevier-Masson; 2018.

- (26) Wood A, Kaptoge S, et al. (2018). Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. Cambridge: The Lancet; 2018[page consultee le 25/05/24]. 391(10129), 1513-1523. Disponible sur: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30134-X/fulltext#%20](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30134-X/fulltext#%20)
- (27) Antiono M, Embouazza H. Troubles psychiatriques et addiction. Paris: Elsevier-Masson; 2013[page consultée le 30/05/24]. Disponible sur: http://www.antonioacasella.eu/archipsy/lejoyeux_embouazza_2013.pdf
- (28) Viratelle J. Un archipel d'exception. Paris: Maison de la Nouvelle-Calédonie[page consultée le 02/06/24]. Disponible sur: <https://www.mncparis.fr/nouvelle-caledonie/presentation/l-archipel>
- (29) Leclerc J. Nouvelle-Calédonie – Situation géographique. Laval: axl.cefan.ulaval; 2024[page consultée le 03/06/24]. Disponible sur: <https://www.axl.cefan.ulaval.ca/pacifique/ncal1geo.htm>
- (30) Terrier C. L'histoire de la Nouvelle-Calédonie. Paris: Maison de La Nouvelle-Calédonie; 2010[page consultée le 03/06/24]. Disponible sur: www.mncparis.fr/uploads/histoire-mnc.pdf
- (31) Fagnot O. Recensement. Nouméa: Institut de la Statistique et des Etudes Economiques Nouvelle-Calédonie (ISEE); 2019[page consultée le 05/06/24]. Disponible sur: <https://www.isee.nc/population/recensement>
- (32) Labègue S. Société Kanak. Nouméa: Centre culturel Tjibaou; 2019[page consultée le 07/06/24]. Disponible sur: <http://www.coutume-kanak.com/monde-kanak/societe-kanak/>
- (33) Viratelle J. Culture. Paris: Maison de la Nouvelle-Calédonie[page consultée le 08/06/24]. Disponible sur: <https://www.mncparis.fr/nouvelle-caledonie/presentation/culture>
- (34) Viratelle J. Ignose. Paris: Maison de la Nouvelle-Calédonie[page consultée le 08/06/24]. Disponible sur: <https://www.mncparis.fr/uploads/fiche-ignome.pdf>
- (35) Gaïa E. Les différentes aires. Nouméa: Sénat Coutumier de la Nouvelle-Calédonie; 2013[page consultée le 09/06/24]. Disponible sur: <https://www.senat-coutumier.nc/aires-coutumieres/les-differentes-aires>
- (36) L'organisation sanitaire de la Nouvelle-Calédonie. Nouméa: Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de la Nouvelle-Calédonie (DASS)[page consultée le 10/06/24]. Disponible sur: <https://dass.gouv.nc/etablissements-et-professionnels/lorganisation-sanitaire-de-la-nouvelle-caledonie>
- (37) Bourret D. Les raisons du corps : Éléments de la médecine traditionnelle autochtone en Nouvelle-Calédonie. Paris: Cahier Orstom série Sciences Humaines; 1982[page consultée le 11/06/24]. https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/pleins_textes_4/sci_hum/03217.pdf
- (38) Galindo T, Reiss U, Hamel O. Espoirs et enjeux d'une réforme d'une santé publique : L'exemple de la Nouvelle-Calédonie. Santé Publique, 35, 147-152.

- (39) Pauwels A. La cirrhose et ses complications. Gonesse; 2020[page consultée le 13/06/24]. Disponible sur: <https://www.slideserve.com/morna/la-cirrhose-et-ses-complications>
- (40) Beunardeau A. Le régime Calédonien de sécurité sociale. Montreuil: Centre de liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale (CLEISS)[page consultée le 14/06/24]. Disponible sur: https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_nc_salaries.html
- (41) Martin X. Comment est financée la CAFAT. Nouméa: Caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de Nouvelle-Calédonie(CAFAT)[page consultée le 14/06/24]. Disponible sur: <https://www.cafat.nc/financement-2/>
- (42) Mapou L. Aide médicale. Nouméa: Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie - Direction du numérique et de la modernisation (DINUM)[page consultée le 15/06/24]. Disponible sur: <https://service-public.nc/article/aide-medicale>
- (43) Louis G. Sols des karsts de l'atoll surélevé de Lifou (îles Loyalty, territoire de la Nouvelle-Calédonie) et problème de la bauxitisation, Compte-rendu du Laboratoire de pédologie de l'ORSTOM. Paris: Académie des Sciences; 1971[page consultée le 15/06/24].
- (44) Fagnot O. Transports. Nouméa: Institut de la Statistique et des Etudes Economiques Nouvelle-Calédonie (ISEE); 2016[page consultée le 16/06/24]. Disponible sur: https://www.isee.nc/phocadownload/non_theme/publications/tec/TECF-2016/22-transport.pdf
- (45) Fagnot O. Chiffres Clé de la commune de Lifou. Nouméa: Institut de la Statistique et des Etudes Economiques Nouvelle-Calédonie (ISEE); 2019[page consultée le 16/06/24]. Disponible sur: https://www.isee.nc/phocadownload/non_theme/publications/nouvelle_caledonie_cartes/chiffres_clefs_communes/lifou.pdf
- (46) Huchet J. Drehu (Lifou). Paris: Institut National des Langues et Civilisations Orientales(INALCO)[page consultée le 17/06/24]. Disponible sur: <https://www.inalco.fr/langues/drehu-lifou>
- (47) Unë E. Drehu. Nouméa: Académie des Langues Kanak(ALK); 2007[page consultée le 18/06/24]. Disponible sur: <https://www.alk.nc/aires-coutumieres/drehu>
- (48) Huyghe L. Baromètre Santé Jeune 10-18 ans 2019, Enquête sur la santé des jeunes collégiens et lycéens de Nouvelle-Calédonie. Nouméa : Agence Sanitaire et Sociale de Nouvelle-Calédonie(ASSNC); 2019.
- (49) Vin-Datiche D. L'enseignement des langues et de la culture Kanak. Nouméa: Vice-Rectorat de la Nouvelle-Calédonie[page consultée le 19/06/24]. Disponible sur: <https://www.ac-noumea.nc/spip.php?rubrique88>
- (50) Feertchak A. La Nouvelle-Calédonie, une histoire mouvementée depuis un siècle et demi. Paris: Le Figaro; 2018[page consultée le 21/06/24]. Disponible sur:

- <https://www.lefigaro.fr/politique/2018/05/02/01002-20180502ARTFIG00369-la-nouvelle-caledonie-une-histoire-mouvementee-depuis-un-siecle-et-demi.php>
- (51) Tacchi N. Emeutes en Nouvelle-Calédonie : Qu'est-ce que le « dégel du corps électoral » ?. Paris: Le Point; 2024[page consultée le 19/06/24]. Disponible sur: https://www.lepoint.fr/societe/emeutes-en-nouvelle-caledonie-qu-est-ce-que-le-degel-du-corps-electoral-16-05-2024-2560322_23.php
- (52) Addictions. Nouméa: Agence Sanitaire et Sociale de Nouvelle-Calédonie (ASSNC)[page consultée le 20/06/24]. Disponible sur: <https://www.santepourtous.nc/les-thematiques/addictions/presentation>
- (53) Brial G. Enquête sur la jeunesse de la province Sud : Rapport provincial global, résultats descriptifs. Nouméa: Agence Sanitaire et Sociale de Nouvelle-Calédonie (ASSNC); 2022[page consultée le 20/06/24]. Disponible sur: https://www.province-sud.nc/sites/default/files/DCJS/BDMC/bdmc-2022_rapport-provincial.pdf
- (54) Plan territorial de Sécurité et de Prévention de la Délinquance 2018-2022. Nouméa : Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie; 2018[page consultée le 20/06/24]. Disponible sur: https://gouv.nc/sites/default/files/atoms/files/brochure_ptspd_14_mars_2018_bd.pdf
- (55) Diallo M. Conseil provincial de prévention de la délinquance La province Sud et l'Etat font le bilan et réaffirment leur détermination à assurer la tranquillité et la sécurité. Nouméa : Haut-Commissariat de la République en Nouvelle-Calédonie; 2023[page consultée le 20/06/24]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-caledonie.gouv.fr/contenu/telechargement/10702/81035/file/DP-20230210%2BConseil%2Bprovincial%2Bde%2Bpr%C3%A9vention%2Bde%2Bla%2Bd%C3%A9linquance%2BVF.pdf>
- (56) Nouvelles orientations pour le PTSPD en 2024. Nouméa: Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie; 2023[page consultée le 20/06/24]. Disponible sur: <https://gouv.nc/actualites/18-09-2023/nouvelles-orientations-pour-le-ptspd-en-2024>
- (57) Calendrier du concours ACROVIE 2023. Nouméa: Vice-rectorat de la Nouvelle-Calédonie; 2023[page consultée le 20/06/24]. Disponible sur: <https://www.ac-noumea.nc/spip.php?article5780>
- (58) Murphy G. Pour une histoire de l'alcool aux colonies, introduction à la journée d'étude vapeurs coloniales. Alcool et sociétés dans l'Océanie francophone depuis le XIXème siècle. Nouméa: Université de Nouvelle-Calédonie; 2022[page consultée le 21/06/24]. Disponible sur: <https://hal.science/hal-03893987/document>
- (59) Murphy G. Vapeurs coloniales. Alcool, justice et société en Nouvelle-Calédonie (années 1850-1940) . Nouméa: Université de Nouvelle-Calédonie; 2021[page consultée le 21/06/24]. Disponible sur: <https://hal.science/hal-03600972/document>
- (60) Rivoilan P. La croissance démographique fléchit nettement en Nouvelle-Calédonie entre 2014 et 2019. Nouméa: Institut National de la Statistique et des Études

- Économiques (INSEE); 2020[page consultée le 24/07/24]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4924021>
- (61) Andler R, Quatremère G, Richard JB, Beck F, Nguyen-Thanh V. La consommation d'alcool des adultes en France en 2021, évolutions récentes et tendances de long terme. Bull Épidémiol Hebd. 2024;(2):22-31. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/2/2024_2_1.html
- (62) Dematteis M. Trouble de l'usage d'alcool : évolution de la nosographie. Paris: La revue du praticien; 2019[page consultée le 25/07/24]. Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/article/trouble-de-lusage-dalcool-evolution-de-la-nosographie>
- (63) Chaouachi L. Soumission chimique : résultat de l'enquête 2021. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Neurologie, 17-161-B-10, 1998, 8 p
- (64) Rivoilan P. La croissance démographique fléchit nettement en Nouvelle-Calédonie entre 2014 et 2019. Paris: Agence Nationale de Sécurité des Médicaments (ANSM); 2021[page consultée le 25/07/24]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/uploads/2023/07/03/20230703-sc-plaquette-sc-vc-2021.pdf>
- (65) Hilibom M, et al. Seizures in alcohol-dependent patients: epidemiology, pathophysiology and management: CNS Drugs; 2003[page consultée le 25/07/24]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14594442/>
- (66) Questel F. Troubles de l'usage de l'alcool et troubles cognitifs. COPAAH; 2014;36 (4) : 335-373.
- (67) Trichard C. Binge drinking : une catastrophe annoncée ?. Paris: Congrès Français de Psychiatrie; 2015[page consultée le 26/07/24]. Disponible sur: <https://congresfrançaispsychiatrie.org/binge-drinking-une-catastrophe-annoncee/#:~:text=Il%20apparaît%20en%20effet%20relativement,et%20de%20contrôle%20du%20comportement.>
- (68) P. sauton et coll. Sex-specific decision-making impairments and striatal dopaminergic changes after binge drinking history in rats. Front Pharmacol; 2023[page consultée le 27/07/24]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/actualite/binge-drinking-des-causes-et-des-consequences-comportementales-qui-dependent-du-sexe/>
- (69) Christophe L, et al. Baromètre santé 2021. Saint-Maurice: Santé Publique France; 2021[page consultée le 27/07/24]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2021>
- (70) BVA Xsight. Deux enquêtes d'Addictions France révèlent pourquoi les mineurs boivent si facilement en France. Paris: Addictions France; 2023[page consultée le 22/08/24]. Disponible sur: https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2023/12/Dossier-de-presse-Addictions-France_121223.pdf

ANNEXES

Annexe 1 :

Étude sur l'alcool et ses complications. **Questionnaire**

Madame, Monsieur,

Ce questionnaire a été réalisé par Corentin LEROUX et Jeanne de MAGNIENVILLE, internes en médecine générale.

Dans le cadre de notre fin d'études, nous réalisons une thèse d'exercice avec pour but de questionner vos connaissances concernant l'alcool et ses complications pour la santé afin d'en faire un état des lieux global.

Ce questionnaire est absolument **ANONYME** et n'est **pas là pour vous juger** mais uniquement pour cibler les informations que les médecins doivent vous transmettre concernant les problèmes d'alcool dans le but d'améliorer la prévention sur l'île.

Afin de garantir votre anonymat, les questionnaires seront remis dans une urne qui ne sera relevée qu'à la fin de l'étude.

Merci de répondre à ce questionnaire, seulement si :

- **Vous avez 18 ans ou plus**
- **Vous habitez à Lifou.**

Merci de ne répondre qu'une seule fois au questionnaire par personne.

Vos réponses sont anonymes et il ne sera demandé aucune information personnelle à propos de votre santé. Les questions concernent uniquement vos connaissances générales et votre ressenti par rapport à l'alcool.

Il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de modification. Les réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de thèse. Votre participation est entièrement volontaire. Si vous ne désirez pas prendre part à cette recherche, vous continuerez à bénéficier de la meilleure prise en charge médicale possible, conformément aux connaissances médicales actuelles.

Responsable de traitement : Université de Bordeaux – Département de médecine générale
35 place Pey Berland, 33000 Bordeaux. promotion-recherche@u-bordeaux.fr

Temps estimé du questionnaire : **5 MINUTES**

Merci de répondre à toutes les questions

Caractéristiques personnelles

1. Quel est votre âge ? : _____ Sexe : Masculin Féminin
2. Quelle est votre métier / catégorie socio-professionnelle ? (Ne cocher qu'une seule case)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Agriculteur/Constructeur de cases | <input type="checkbox"/> Employé/Salarié |
| <input type="checkbox"/> Au chômage | <input type="checkbox"/> Cadre |
| <input type="checkbox"/> Artisan/Libéral | <input type="checkbox"/> Ouvrier |
| <input type="checkbox"/> Étudiant | <input type="checkbox"/> Sans activité / Retraité / Femme au foyer |
3. Quel est le diplôme le plus élevé que vous ayez obtenu ?
- Aucun diplôme ou diplôme inférieur au baccalauréat
 - Baccalauréat
 - Diplôme supérieur au baccalauréat
4. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous bu des boissons alcoolisées (c'est-à-dire de la bière, du vin, des alcools forts, du champagne ou tout autre type d'alcool même peu alcoolisé) ?
- Tous les jours
 - 4 fois par semaine ou plus
 - 2 ou 3 fois par semaine
 - 1 fois par semaine
 - 2 à 4 fois par mois
 - 1 fois par mois ou moins souvent
 - Aucune consommation
5. Au cours des 12 derniers mois, combien de verres d'alcool avez-vous consommé en moyenne par occasion (mariage, fête...) ?
[1 verre = 25 cL de bière ou 10 cL de vin ou 3 cL d'alcool fort]
- Aucune consommation
 - 1 à 3 verre(s)
 - 4 à 6 verres
 - 7 à 9 verres
 - 10 à 12 verres
 - 13 à 15 verres
 - 15 à 17 verres
 - 18 à 20 verres
 - Plus de 20 verres

Les généralités sur l'alcool

6. Cochez la case qui vous semble juste (ne cocher qu'une seule case) :

- Il est recommandé de ne pas consommer plus de **5** verres standards par semaine, de ne pas consommer plus de **1** verre par jour et de ne pas consommer tous les jours.
- Il est recommandé de ne pas consommer plus de **10** verres standards par semaine, de ne pas consommer plus de **2** verres par jour et de ne pas consommer tous les jours.
- Il est recommandé de ne pas consommer plus de **15** verres standards par semaine, de ne pas consommer plus de **3** verres par jour et de ne pas consommer tous les jours.
- Il est recommandé de ne pas consommer plus de **20** verres standards par semaine, de ne pas consommer plus de **4** verres par jour et de ne pas consommer tous les jours.

7. L'alcool est addictif ?

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

8. En buvant de l'eau ou en mangeant un gros repas, l'alcool est éliminé plus vite par le corps ?

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

9. En faisant de l'exercice physique/du sport, l'alcool est éliminé plus vite par le corps ?

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

10. En coupant son verre d'alcool avec un jus de fruit, l'alcool fera moins d'effet ?

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

Les complications :

11. Après 2 verres d'alcool, la conduite en voiture est dangereuse ?

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

12. L'alcool peut endommager le foie ?

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

13. L'alcool augmente les capacités mentales ?

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

14. L'alcool peut rendre violent ?

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

15. Je peux mélanger alcool et médicaments sans aucun risque ?

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

16. L'alcool peut endommager le cerveau et notamment la mémoire ?

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

17. Boire trop d'alcool peut engendrer un coma, voire la mort ?

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

18. Boire de l'alcool pendant la grossesse est sans risque ?

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

19. Aujourd'hui, la pollution provoque plus de cancers que l'alcool

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

20. Boire de l'alcool peut provoquer le cancer seulement si on boit beaucoup, et pendant longtemps

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

21. Certaines personnes peuvent boire beaucoup d'alcool toute leur vie sans jamais en tomber malade

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

22. Boire de l'alcool est mauvais pour la santé seulement quand on est ivre

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

23. Globalement, boire un peu de vin diminue le risque de cancer plutôt que de ne pas en boire du tout

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

24. Ce sont surtout les alcools forts qui sont mauvais pour la santé

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

25. Le principal risque avec l'alcool, ce sont les accidents de la route et la violence

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

26. Boire un verre d'alcool par jour augmente le risque de développer un cancer

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

27. Boire des sodas ou manger des hamburgers est aussi mauvais pour la santé que de boire de l'alcool

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Perceptions/Avis :

Merci de ne pas écrire de mots / phrases.

28. Avez-vous le sentiment d'être bien informé sur les effets de l'alcool sur la santé ?

- Très bien
- Plutôt bien
- Plutôt mal
- Très mal

29. Pensez-vous que la consommation d'alcool est un problème important à Lifou ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

30. Pensez-vous que lors des occasions (soirées, fêtes, mariages), les consommations d'alcool sont plus importantes dans la Province des Iles Loyauté que dans les Provinces Sud et Nord ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

31. Quelles sont selon vous les mesures les plus efficaces pour réduire la consommation d'alcool à Lifou ? (Possibilité de cocher une seule ou plusieurs cases)

- Interdire la publicité pour l'alcool (affichage, presse, internet)
- Augmenter le prix de l'alcool
- Faire respecter l'interdiction de vente d'alcool aux mineurs
- Améliorer l'accompagnement des individus à l'arrêt de la consommation d'alcool
- Multiplier les campagnes de prévention
- Interdire la vente d'alcool
- Interdire la consommation d'alcool dans certains lieux publics (rue, transports publics)

Merci de votre participation.

Oléti atraqatr !

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Métabolisme hépatique de l'éthanol (5)	10
Figure 2 : Exemples de verres standards en alcool pur.....	11
Figure 3 : Usage, mésusage, troubles dus à l'usage : un continuum	12
Figure 4 : Aspect macroscopique d'un foie cirrhotique comparé à un foie sain	19
Figure 5 : Organisation du territoire Néo-Calédonien.	23
Figure 6. La célèbre poignée de main entre Jacques Lafleur et Jean-Marie Tjibaou, accords de Matignon, 1988.	25
Figure 7. Monnaies kanak	28
Figure 8. Igname de Lifou. Photographie de l'auteur (2023)	28
Figure 9. Case kanak du centre culturel Tjibaou, Nouméa. Photographie de l'auteur (2023)	29
Figure 10. Vue aérienne de la baie de Châteaubriand, Wé, Lifou. Photographie de l'auteur (2023)	34
Figure 11. Falaises de Jokin, Lifou. Photographie de l'auteur (2023)	35
Figure 12. Entrée des urgences du dispensaire de Wé, Lifou. Photographie de l'auteur (2023)	36
Figure 13. Salle d'urgences, dispensaire de Wé, Lifou. Photographie de l'auteur (2023)	37
Figure 14. Évacuation sanitaire avec le SAMU, Tarmac de l'aérodrome de Wanaham, Lifou. Photographie de l'auteur (2023)	38
Figure 15. Dispensaire délocalisé de Drueulu, Lifou. Photographie de l'auteur (2023)	38
Figure 16. Évolution des fréquences de consommation d'alcool déclarée entre 2005 et 2021 : Consommateur dans l'année, consommateur hebdomadaire, consommateur quotidien parmi les 15-85 ans.	39
Figure 17. Opinions sur la nocivité de l'alcool parmi les 15-85 ans.	40
Figure 18. Opinions sur les mesures les plus efficaces pour réduire la consommation d'alcool en France parmi les 15-85 ans.	41
Figure 19. Fréquence de la consommation d'alcool, au cours des 12 derniers mois, par sexe (%).....	43
Figure 20. Proportion de personnes ayant un score DETA supérieur ou égal à 2, parmi les consommateurs récents d'alcool, par sexe.....	43
Figure 21. Lieux de consommation d'alcool, question posée à 795 élèves de 3 ^{ème} en province Sud, Nouvelle-Calédonie, 2022.	44
Figure 22. Fréquence de la consommation d'alcool, au cours des 12 derniers mois, par province (%).....	45
Figure 23. Consommation d'alcool au cours des 30 derniers jours, par province.....	45
Figure 24. Proportion de personnes ayant un score DETA supérieur ou égal à 2, parmi les consommateurs récents d'alcool, par province.....	46
Figure 25. Age des conducteurs alcoolisés responsables présumés d'un accident mortel, 2017-2021.....	47
Figure 26. Proportions des jeunes entre 10 et 18 ans qui sont montés dans les 30 derniers jours dans un véhicule conduit par une personne ayant consommé de l'alcool, Nouvelle-Calédonie, 2019.	47
Figure 27. Proportions par province des jeunes entre 10 et 18 ans qui sont montés dans les 30 derniers jours dans un véhicule conduit par une personne ayant consommé de l'alcool, Nouvelle-Calédonie, 2019.	48

Figure 28. Jeunes déclarant être monté dans un véhicule conduit par une personne alcoolisée au cours des 30 derniers jours.	48
Figure 29. Part des violences intrafamiliales selon le profil de la victime et son cadre de vie (%).	49
Figure 30. Proportion d'agresseurs sous l'influence de l'alcool et/ou de la drogue, selon la nature des violences (%)	49
Figure 31. Urnes de recueil des questionnaires remplis. Photographie de l'auteur (2023)	55
Figure 32. Sexe des répondants.	58
Figure 33. Répartition des âges des participants.	59
Figure 34. Répartition des métiers dans les participants.....	59
Figure 35. Niveau de diplôme des participants.....	60
Figure 37. Comparaison de la fréquence de consommation entre les participants de l'étude et les français métropolitains.....	61
Figure 38. Répartition des consommations par occasion en fonction du sexe chez les participants.....	62
Figure 39. Consommation par occasion en fonction de l'âge des participants.	63
Figure 40. Comparaison de la proportion du sentiment de bonne information sur l'alcool entre les participants à Lifou et la France métropolitaine chez les hommes et les femmes ..	63
Figure 41. Niveau de sentiment d'information en fonction de l'âge chez les participants.	64
Figure 42. Comparaison de la proportion du sentiment de bonne information entre les participants et la France métropolitaine en fonction de l'âge.	64
Figure 43. Comparaison des opinions des Français métropolitains et des participants concernant la nocivité de l'alcool.....	65
Figure 44. Comparaison des opinions des Français métropolitains et des participants à propos des mesures les plus efficaces pour réduire la consommation d'alcool.	68
Tableau 1 : Effets cliniques en fonction de l'éthanolémie.....	15
Tableau 2 : Effets autres que neurologiques de l'éthanol.	15
Tableau 3 : Complications d'une intoxication alcoolique aiguë.....	16
Tableau 4. Bilan de l'accidentalité en Nouvelle-Calédonie entre 2017 et 2021 impliquant des conducteurs alcoolisés.	46
Tableau 5. Répartition des consommations par occasion dans la population de Lifou. Étude transversale avec 333 patients, 2023.....	62
Tableau 6. Comparaison des connaissances à propos de l'alcool entre les hommes et les femmes. Etude transversale avec 333 patients, Lifou, 2023.	67
Tableau 7. Comparaison des connaissances à propos de l'alcool entre les jeunes de 18-24 ans et les personnes de 24-44 ans. Etude transversale avec 333 patients, Lifou, 2023.	69

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

RÉSUMÉ

Titre : État des lieux des pratiques et connaissances des habitants de l'île de Lifou en Nouvelle-Calédonie concernant l'alcool et ses complications.

Résumé :

Introduction : L'alcool est un enjeu majeur de Santé Publique en Nouvelle-Calédonie, particulièrement sur l'île de Lifou. Les habitants de la Province des îles Loyauté pratiquent davantage le « binge drinking » avec une consommation moyenne par occasion de 13 verres contre 6,1 verres dans la Province Sud et 2,1 verres en métropole. Les complications fréquentes et significatives des consommations aiguës d'alcool à Lifou incluent les accidents de la voie publique, les violences conjugales et sexuelles, ainsi que les troubles de conscience. Nous avons mené une étude afin de comprendre les pratiques de consommation et les connaissances sur les complications de l'alcool chez les habitants de Lifou.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude épidémiologique transversale multicentrique réalisée entre le 5 septembre et le 20 octobre 2023 dans les différents centres de soins de l'île de Lifou. Les données ont été collectées au moyen d'un questionnaire anonyme. Exclusion uniquement des patients mineurs et de ceux ne pouvant pas répondre au questionnaire. Les données ont été recueillies et analysées sous les logiciels Excel et BiostaTGV.

Résultats : On observe une prévalence plus élevée du binge drinking chez les individus âgés de 25 à 44 ans. En outre, les jeunes adultes de 18 à 24 ans se sentent moins bien informés sur les risques et complications de l'alcool par rapport aux autres tranches d'âge ainsi qu'à leurs homologues métropolitains. Cependant, nos données n'ont pas révélé de différences objectives significatives dans les connaissances entre ces jeunes de 18 à 24 ans et les individus des autres tranches d'âges.

Conclusion : Bien que des défis méthodologiques aient limité certaines de nos conclusions (manque de puissance car effectif réduit chez les moins de 25 ans, biais de sélection et d'information), les résultats soulignent l'importance de cibler les jeunes adultes dans les efforts de prévention et de prendre en compte les particularités culturelles locales.

Mots clés : Alcool, Nouvelle-Calédonie, Kanak, Binge drinking, Prévention, Lifou

Title: Assessment of the practices and knowledge of the inhabitants of Lifou Island in New Caledonia regarding alcohol and its complications.

Abstract:

Background: Alcohol is a major public health issue in New Caledonia, particularly on Lifou Island. Residents of the Loyalty Islands Province engage more frequently in binge drinking, with an average consumption per occasion of 13 drinks, compared to 6.1 drinks in the Southern Province and 2.1 drinks in mainland France. Common and significant complications of acute alcohol consumption in Lifou include traffic accidents, domestic and sexual violence, and consciousness disorders. We conducted a study to understand the consumption practices and knowledge about alcohol-related complications among the inhabitants of Lifou.

Methods: This is a multicenter cross-sectional epidemiological study conducted between September 5 and October 20, 2023, across various healthcare centers on Lifou Island. Data were collected using an anonymous questionnaire, excluding only minors and those unable to respond. The data were gathered and analyzed using Excel and BiostaTGV software.

Results: There is a higher prevalence of binge drinking among individuals aged 25 to 44. Additionally, young adults aged 18 to 24 feel less informed about the risks and complications of alcohol compared to other age groups and their counterparts in mainland France. However, our data did not reveal significant objective differences in knowledge between these young adults and individuals from other age groups.

Conclusion: Despite methodological challenges that limited some of our conclusions (lack of power due to a small sample size among those under 25, selection and information biases), the results highlight the importance of targeting young adults in prevention efforts and considering local cultural particularities.

Keywords: Alcohol, New Caledonia, Kanak, Binge drinking, Prevention, Lifou