

Gesond Gesellschaft duerch Präventioun

Alléger le fardeau des maladies chroniques au Luxembourg :
Évaluation des principaux déterminants de la santé
pour guider les interventions de prévention primaire.



Gesond Gesellschaft duerch Präventioun

Alléger le fardeau des maladies chroniques au Luxembourg : Évaluation des principaux déterminants de la santé pour guider les interventions de prévention primaire

Observatoire national de la santé, 2026

Tanja Ducombe, Observatoire national de la santé

Katharina Rausch, Observatoire national de la santé

Till Seuring, Observatoire national de la santé

Mathilde Urbain, Observatoire national de la santé

Arnaud Chiolero, Observatoire national de la santé, Laboratoire de santé des populations, Université de Fribourg, Suisse

Observatoire national de la santé

Ce rapport est la traduction française du document original établi en langue anglaise. En cas d'ambiguïté, la version anglaise demeure la référence officielle et fait autorité.

Remerciements

L'Observatoire national de la santé tient à exprimer sa profonde gratitude à l'ensemble des personnes et institutions qui ont contribué à l'élaboration de ce rapport.

Ce rapport se base surtout sur des données mises à la disposition du public jusqu'en août 2025, sauf indication contraire. Nous remercions tout particulièrement les producteurs de ces données, sans lesquels cette analyse n'aurait pas pu être menée à bien : le *Luxembourg Institute of Health* (LIH) et la Direction de la santé (DiSa) pour les données de l'enquête européenne par interview sur la santé (EHIS), la Direction de la Santé, le ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse et l'Université du Luxembourg pour les données de l'enquête *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC), la Fondation Cancer, la Direction de la Santé et l'Institut Luxembourgeois de Recherches Sociales (ILRES) pour les données de l'Enquête nationale sur le tabagisme, la Direction de la Santé pour les statistiques des causes de décès, le STATEC pour les données de l'enquête *EU statistics on income and living conditions* (EU-SILC), et le LIH pour les indicateurs renseignés par les patients de l'enquête *Patient-Reported Indicator Surveys* (PaRIS).

Nous avons également bénéficié des projections démographiques d'Eurostat, ainsi que des données de l'*Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) concernant le fardeau des maladies chroniques.

Nous remercions le *Luxembourg Institute of Socio-Economic Research* (LISER), Maria Noel Pi-Alperin, et les équipes du projet SHARE pour les analyses de modélisation statistique sur l'impact d'une augmentation du prix du tabac sur les prévalences des maladies chroniques.

Nous souhaitons également saluer les nombreuses personnes ayant partagé des informations qualitatives essentielles à la compréhension des politiques de prévention au Luxembourg, en particulier à la Direction de la santé. Nos remerciements vont aux membres du Pôle médecine préventive et santé des populations, en particulier à Emmanuel Amsallem, Anne Marx, Robert Mann, Pedro Marques, Marisa Ferreira Da Costa, Filipa Tavares Fortuna, Catherine Tomicic, ainsi qu'à Chantal Brochmann et Silvana Masi. Nous remercions également Nora Wenner de l'Autorité luxembourgeoise indépendante de l'audiovisuel, les représentants de l'Administration des Douanes et Accises et les experts ayant contribué à l'analyse des législations sur la vente des boissons alcoolisées, ainsi que les membres de la Fondation Cancer. Au ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, Tom Rausch et Brian Schintgen nous ont fourni un éclairage précieux sur les actions en cours du ministère de la Santé et de la Sécurité sociale.

Enfin, nous exprimons notre gratitude au Conseil des observateurs pour leur guidance, leurs commentaires constructifs et leur soutien. Nous tenons également à remercier l'ensemble de l'équipe de l'ObSanté pour l'appui apporté tout au long de ce rapport. Notre reconnaissance va en particulier à Kimberly Chinfatt pour son travail éditorial, la révision attentive du contenu et la préparation des représentations graphiques, qui ont contribué significativement à la qualité de ce rapport. Nous remercions également Linda Kefi pour son apport essentiel dans la mise en page et le graphisme, renforçant ainsi la clarté et la lisibilité de l'ensemble du document.

Préface

Les maladies chroniques — cancers, maladies cardiovasculaires, troubles musculosquelettiques, dépression, démence, obésité ou encore maladies respiratoires chroniques — représentent un fardeau majeur pour la santé des populations et pour les systèmes de santé, au Luxembourg comme ailleurs. L'ampleur croissante de ce fardeau invite le Luxembourg à renforcer ses actions de prévention primaire, afin d'en réduire les facteurs de risque modifiables : le tabagisme, la consommation d'alcool, la mauvaise alimentation et l'inactivité physique.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a identifié un ensemble de politiques publiques fondées sur les données probantes et rentables, communément appelées « *best buys* », destinées à guider les pays dans la réduction des maladies chroniques. Ces interventions, qui s'inscrivent dans une approche populationnelle, agissent sur les déterminants qui structurent le cadre de vie et visent à faciliter l'adoption de comportements sains pour tous, tout au long du parcours de vie.

En procédant à une revue de l'action nationale au regard de ces recommandations internationales, le rapport met en évidence les avancées et les opportunités d'amélioration dans la lutte contre les maladies chroniques au Luxembourg. Ce travail témoigne de l'engagement de l'Observatoire national de la santé en faveur de la transparence, de l'utilisation de données probantes et de l'indépendance scientifique pour éclairer les politiques de santé, et s'inscrit pleinement dans sa mission d'évaluation de l'état de santé de la population et de la performance de notre système de santé.

Préparé en 2025, ce rapport accompagne la dynamique gouvernementale visant à placer la prévention au même niveau que la médecine curative, notamment à travers l'élaboration d'une stratégie nationale de prévention. Selon le rapport '*NCD Countdown 2030*', réalisé en collaboration avec l'OMS, le Luxembourg est actuellement en bonne voie pour atteindre la cible 3.4 de l'Objectif de développement durable — réduire d'un tiers la mortalité prématûrée due aux maladies chroniques d'ici 2030 par rapport à 2015 — mais des efforts soutenus en matière de prévention, de prise en charge et d'efficience restent nécessaires.

Des évolutions récentes dans la lutte contre le tabagisme font écho aux politiques des '*best buys*' : la modification de la loi relative à la lutte antitabac, l'avis de la Cour des comptes sur la soutenabilité de la fiscalité du tabac dans le projet de budget 2026, et les résultats de l'Enquête sur la stratégie nationale Génération Sans Tabac, qui révèlent un large soutien à des mesures ambitieuses. À l'échelle européenne, la proposition de révision de la directive sur la taxation du tabac visant à réduire les disparités entre États membres alimente également les débats nationaux.

Alors que le Luxembourg entend renforcer ses politiques de prévention, ce rapport se veut à la fois un miroir et une boussole : il met en lumière les progrès accomplis et oriente les actions à venir. Nous espérons que les enseignements tirés de cette analyse soutiendront les décideurs, les professionnels de la santé et l'ensemble de la société dans leur engagement commun pour promouvoir des modes de vie plus sains et réduire l'impact des maladies chroniques sur les individus, les familles et la collectivité.

En vous remerciant déjà de l'intérêt que vous porterez à ce rapport, je vous en souhaite une bonne lecture.

Dr. Françoise Berthet
Présidente
Observatoire national de la santé

Table des matières

Remerciements	ii
Préface	iii
Table des matières	iv
Liste des abréviations	v
Résumé	vi
Le fardeau des maladies chroniques et leur prévention au Luxembourg	vi
Les principaux facteurs de risque.....	vi
La mise en œuvre de la prévention primaire des maladies chroniques selon l'approche populationnelle	vii
Messages clés et implications pour les politiques publiques	ix
Définitions et concepts clés	x
1. Introduction	1
1.1. Le fardeau des maladies chroniques au Luxembourg.....	5
1.2. L'effet de la croissance de la population et du vieillissement sur le fardeau des maladies chroniques	7
1.3. Prévention primaire selon l'approche populationnelle et inégalités de santé	9
2. Les quatre principaux comportements de santé	10
Messages clés	10
2.1. Tabagisme	12
2.2. Consommation d'alcool.....	16
2.3. Mauvaise alimentation	20
2.4. L'inactivité physique et la sédentarité	22
3. La prévention des maladies chroniques	26
Messages clés	27
3.1. Interventions de prévention primaire fondées sur des données probantes.....	28
3.2. Mise en œuvre d'interventions de prévention primaire fondées sur des données probantes au Luxembourg.....	30
4. Messages clés et implications pour les politiques publiques	47
Références	51
Annexe 1. Comportements de santé supplémentaires	63
Annexe 2. Sources et méthodes.....	65
Annexe 3. Liste des figures et tableaux.....	69

Liste des abréviations

	Français		Anglais / Luxembourgeois
CCLAT	Convention-cadre pour la lutte antitabac	FCTC	Framework Convention on Tobacco Control
CNVD		CNVD	Cardio-Neuro-Vascular Diseases
DALY	Année de vie ajustée sur l'incapacité	DALY	Disability-adjusted life year
EHIS	Enquête européenne par interview sur la santé	EHIS	European Health Interview Survey
EU-SILC	-	EU-SILC	European Union Statistics on Income and Living Conditions
GBD	-	GBD	Global Burden of Disease (study)
GIMB	Bien manger, bouger plus	GIMB	Eat healthy, move more Gesond iessen, Méi beweegen
HBSC	-	HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
IHME	Institut pour la Métrique et l'Évaluation de la Santé	IHME	Institute for Health Metrics and Evaluation
MCNV	Maladies cardio-neuro-vasculaires	CNVD	Cardio-neuro-vascular diseases
MNT	Maladies non-transmissibles	NCD	Non-communicable disease
ODD	Objectif de développement durable	SDG	Sustainable Development Goals
OMS	Organisation mondiale de la santé	WHO	World Health Organisation
PALMA	Plan d'Action Luxembourgeois de réduction du mésusage de l'alcool	PALMA	Luxembourg Action Plan against Alcohol Misuse
PNLT	Plan national de lutte contre le tabagisme	PNLT	Luxembourg National Plan for Tobacco Control
TAPS	Publicité en faveur du tabac, promotion et parrainage	TAPS	Tobacco advertising, promotion and sponsorship

Résumé

Le fardeau des maladies chroniques et leur prévention au Luxembourg

Le fardeau des maladies au Luxembourg est dominé par les maladies chroniques, dont une grande partie sont évitables par la prévention. Il s'agit notamment du cancer, des maladies cardiovasculaires, des troubles musculo-squelettiques, de la dépression, de la démence, de l'obésité, du diabète et des maladies respiratoires chroniques. Les maladies chroniques représentent 83 % du fardeau des maladies au Luxembourg. En raison du vieillissement et de la croissance de la population, le fardeau des maladies chroniques pourrait augmenter d'environ 70 % d'ici 2050. Cette situation appelle à un renforcement de la prévention des maladies chroniques.

Le présent rapport analyse les quatre principaux comportements de santé — le tabagisme, la consommation d'alcool, la mauvaise alimentation et l'inactivité physique — qui contribuent le plus au fardeau des maladies chroniques. Il évalue également les inégalités sociales de santé. L'élément central du rapport est une revue des interventions de prévention primaire et populationnelles fondées sur les données probantes qui pourraient être mises en œuvre au Luxembourg pour lutter contre les maladies chroniques.

Complémentaires aux interventions de prévention individuelles, les interventions populationnelles peuvent avoir un impact majeur sur la santé publique car elles ciblent les déterminants sociaux, économiques et environnementaux qui façonnent le cadre de vie afin de faciliter l'adoption de comportements sains dans tous les groupes de la population. En agissant sur ces déterminants tout au long du parcours de vie, la prévention populationnelle contribue à réduire les inégalités de santé, liées notamment aux inégalités en matière d'éducation, de revenus et de richesse, et favorise le vieillissement en bonne santé de l'ensemble de la population.

Le rapport fait le point sur l'adoption, au Luxembourg, des interventions de prévention primaire populationnelle, en les comparant aux « *NCD best buys* » de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Les « *NCD best buys* » sont un ensemble d'options politiques rentables, qui ont démontré un bon rapport coût-efficacité, recommandées par l'OMS pour lutter contre les maladies non transmissibles (*NCD* pour *non communicable diseases*). En outre, le rapport donne un aperçu des interventions très susceptibles de produire un impact considérable pour la santé publique, incluant une estimation de l'effet d'une augmentation du prix du tabac sur le fardeau des maladies chroniques au Luxembourg.

Les principaux facteurs de risque

Le rapport examine quatre facteurs de risque majeurs, selon des déterminants démographiques et socio-économiques.

Tabagisme : En 2022, 19 % des adolescents âgés de 11 à 18 ans avaient déjà consommé du tabac au cours de leur vie. Chez les adultes, la prévalence du tabagisme quotidien a diminué de 26 % en 2001 à 15 % en 2014. Cependant, les progrès ont stagné depuis, la prévalence étant toujours de 15 % en 2024. Chez les personnes ayant un niveau d'éducation de base, le tabagisme quotidien est plus répandu que chez les personnes d'un niveau plus avancé.

Consommation d'alcool : En 2022, 43 % des adolescents âgés de 11 à 18 ans avaient déjà consommé de l'alcool au cours de leur vie. Chez les adultes, la prévalence de la consommation quotidienne d'alcool et de la consommation excessive d'alcool hebdomadaire (*binge drinking*) est plus fréquente chez les personnes ayant un niveau d'éducation de base que chez celles d'un niveau plus avancé.

Mauvaise alimentation : En 2022, un adolescent de 11 à 18 ans sur quatre (25 %) consommait des fruits et légumes quotidiennement. En 2019, 14 % des adultes consommaient au moins cinq portions de fruits et légumes par jour. Tant chez les enfants que chez les adultes, le taux de consommation

quotidienne de fruits et légumes est plus faible dans les groupes socialement défavorisés que dans les groupes plus favorisés.

Inactivité physique : En 2022, un adolescent de 11 à 18 ans sur six (16 %) pratiquait au moins 60 minutes d'activité physique par jour. En 2019, 21 % des adultes pratiquaient chaque semaine des activités aérobiques et de renforcement musculaire, conformément aux recommandations en matière d'activité physique. Les enfants et les adultes dont la situation socio-économique est plus favorisée respectent plus souvent les recommandations en matière d'activité physique que ceux dont la situation est moins favorisée.

Encadré. Inégalités sociales dans les comportements de santé

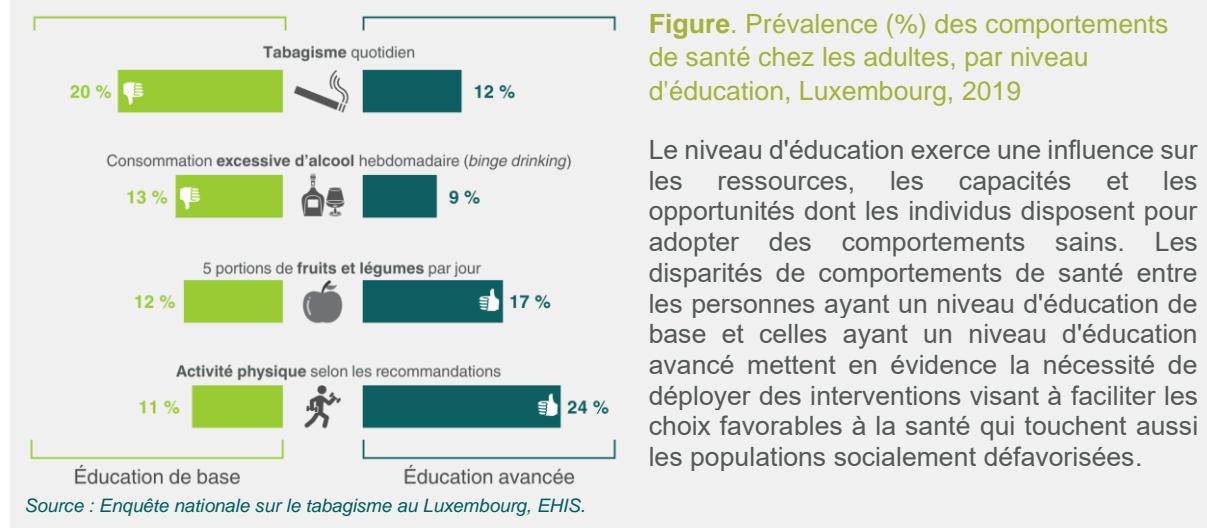


Figure. Prévalence (%) des comportements de santé chez les adultes, par niveau d'éducation, Luxembourg, 2019

Le niveau d'éducation exerce une influence sur les ressources, les capacités et les opportunités dont les individus disposent pour adopter des comportements sains. Les disparités de comportements de santé entre les personnes ayant un niveau d'éducation de base et celles ayant un niveau d'éducation avancé mettent en évidence la nécessité de déployer des interventions visant à faciliter les choix favorables à la santé qui touchent aussi les populations socialement défavorisées.

La mise en œuvre de la prévention primaire des maladies chroniques selon l'approche populationnelle

Ce rapport se concentre sur les interventions de prévention primaire selon une approche populationnelle pour lutter contre les quatre principaux facteurs de risque, en se basant sur les « NCD best buys » de l'OMS. Ces interventions constituent la pierre angulaire des stratégies de santé du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non-transmissibles 2013-2030. Leur mise en œuvre effective requiert l'action coordonnée de multiples acteurs des secteurs publics et privés, ainsi que le soutien de la société civile.

Tabagisme : Les « NCD best buys » de l'OMS pour la réduction du tabagisme ont été partiellement mis en œuvre au Luxembourg. Cependant, les produits du tabac restent peu coûteux et sont faiblement taxés. L'augmentation du prix du tabac pourrait entraîner une réduction relative rapide et significative du fardeau des maladies chroniques. Plus l'augmentation du prix du tabac est importante, plus les bénéfices pour la santé publique sont grands.

Consommation d'alcool : Les « NCD best buys » de l'OMS visant à restreindre la publicité ont été mis en œuvre qu'à titre limité. Néanmoins, le Luxembourg applique des droits d'accises peu élevés, n'impose pas de prix minimum pour les boissons alcoolisées et ne limite pas les plages horaires de vente. En conséquence, l'alcool est facilement disponible et peu coûteux. Les « NCD best buys » visant à limiter l'accessibilité financière, telles que la taxation et l'instauration d'un prix minimum, pourraient avoir un impact important sur le fardeau des maladies chroniques liées à la consommation d'alcool au Luxembourg.

Alimentation saine : Le Luxembourg encourage activement une alimentation et des modes de vie sains par le biais de campagnes publiques inclusives, de programmes dans les écoles et sur les lieux de travail, et d'actions de sensibilisation auprès des personnes âgées. Dans les écoles et les structures d'accueil

des enfants, les politiques de marchés publics pour les produits alimentaires favorisent l'accès à des repas équilibrés et durables, mais des normes nutritionnelles légales plus claires renforcentraient leur efficacité. Cependant, le caractère volontaire de l'étiquetage nutritionnel limite son impact sur les choix des consommateurs et il n'existe aucune mesure visant à protéger les enfants contre le marketing d'aliments nocifs pour la santé. En outre, les mesures visant la reformulation des produits alimentaires afin de protéger la population contre la mauvaise alimentation et les mesures visant à l'amélioration de la valeur nutritionnelle de ces produits se limitent à la restriction des acides gras trans.

Inactivité physique : Le Luxembourg met en œuvre diverses campagnes de communication, événements et programmes pour encourager l'activité physique. La mobilité active est intégrée dans le Plan national de mobilité 2035 et peut être davantage promue grâce à une communication axée sur la santé.

Messages clés et implications pour les politiques publiques

- 1.** Les maladies chroniques, notamment le cancer, les maladies cardiovasculaires, les troubles musculo-squelettiques, la dépression, la démence, l'obésité, le diabète et les maladies respiratoires chroniques, représentent 83 % du fardeau des maladies au Luxembourg. Elles sont évitables par des interventions de prévention primaire selon l'approche populationnelle.
- 2.** Le vieillissement et la croissance de la population se traduiront par une augmentation importante des maladies chroniques.
- 3.** Le fardeau des maladies chroniques au Luxembourg est alimenté par la prévalence élevée de quatre comportements de santé – tabagisme, consommation d'alcool, mauvaise alimentation et inactivité physique.
- 4.** Les comportements de santé sont marqués par de fortes disparités sociales. Le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, une mauvaise alimentation et l'inactivité physique sont plus fréquents chez les personnes ayant un niveau d'éducation de base que chez celles ayant un niveau plus avancé.
- 5.** Les interventions visant à rendre le tabac et l'alcool moins abordables et moins accessibles, ainsi que les mesures réglementaires favorisant une alimentation saine, sont très efficaces, mais leur mise en œuvre est incomplète au Luxembourg. Une augmentation du prix du tabac au Luxembourg réduirait le fardeau des maladies chroniques. D'autres marges d'amélioration subsistent pour adhérer aux « *NCD best buys* » de l'OMS.
- 6.** La plupart des interventions populationnelles fondées sur des données probantes issues des « *NCD best buys* » de l'OMS ont la capacité d'améliorer les comportements de santé et de réduire rapidement le fardeau des maladies chroniques. Leur impact est mesurable dans les cinq années suivant leur mise en œuvre et leurs bénéfices pour la santé publique se prolongent à plus long terme.
- 7.** Les interventions populationnelles qui facilitent les choix favorables à la santé ont le potentiel de réduire les inégalités dans le fardeau des maladies chroniques, car elles touchent également les personnes socio-économiquement défavorisées et contribuent à un vieillissement en bonne santé plus équitable pour l'ensemble de la population.

Définitions et concepts clés

Maladies chroniques

Dans le présent rapport, le terme « maladies chroniques » désigne les maladies non-transmissibles (*non-communicable disease ou NCD*) de longue durée. Le terme est utilisé pour caractériser les maladies qui durent des mois ou des années, et qui résultent d'une combinaison de facteurs génétiques, physiologiques, environnementaux et socio-économiques, ainsi que de comportements de santé. Les maladies chroniques deviennent plus fréquentes avec l'âge, ce qui les rend particulièrement importantes à considérer dans le contexte du vieillissement de la population. Les principales maladies chroniques au Luxembourg sont le cancer, les maladies cardiovasculaires, les troubles musculo-squelettiques, la dépression, la démence, l'obésité, le diabète et les maladies respiratoires chroniques.

Prévention des maladies

La prévention des maladies regroupe l'ensemble des mesures visant à éviter leur apparition, à freiner leur progression et à réduire leurs conséquences.

La prévention primaire des maladies chroniques vise à éviter leur apparition en réduisant l'exposition aux facteurs de risque communs à un ensemble de ces maladies. Elle s'appuie sur des interventions ciblant directement les changements de comportements de santé ou par des interventions qui agissent sur les déterminants sociaux de la santé, en modifiant le cadre de vie et les conditions économiques et sociales, et en influençant ainsi les comportements de santé. Ces interventions peuvent cibler l'individu ou s'inscrire dans une approche populationnelle. Le terme « prévention primordiale » est également utilisé pour désigner ces interventions qui agissent sur les origines structurelles de la santé et des maladies.

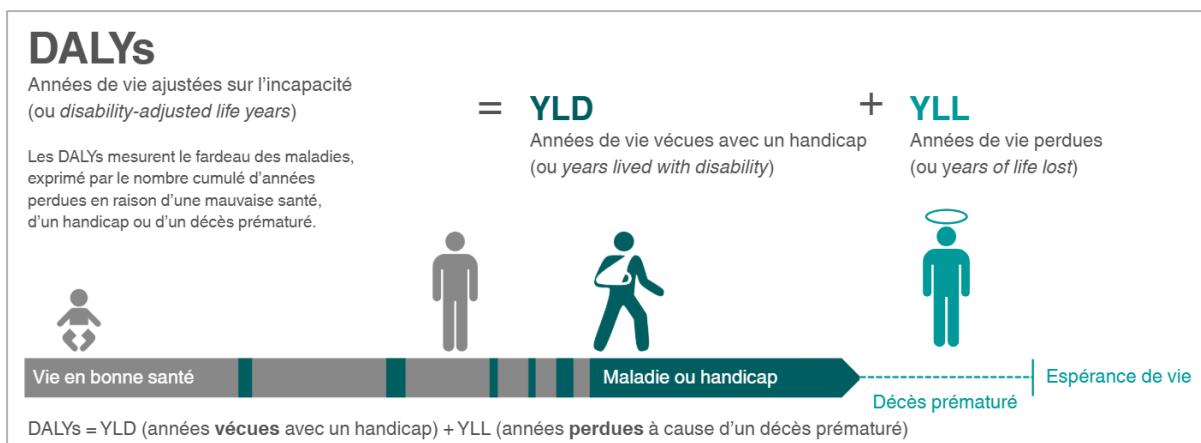
La prévention secondaire vise à détecter précocement une maladie déjà existante afin d'interrompre ou de retarder sa progression et ses conséquences, par exemple grâce au dépistage. La prévention tertiaire désigne généralement les stratégies de gestion des maladies ou de réadaptation visant à éviter ou à réduire le risque de détérioration ou de complications liées à une maladie établie, par exemple grâce à l'éducation des patients et à la kinésithérapie.^{1,2}

Ce rapport se concentre sur la prévention primaire des maladies chroniques, par des interventions menées selon l'approche populationnelle.

Fardeau des maladies et années de vie ajustées sur l'incapacité : DALYs

L'étude du fardeau des maladies repose sur la mesure de l'impact de la vie avec une maladie ou une blessure, ainsi que celui d'un décès prématuré. Le *DALY* (année de vie ajustée sur l'incapacité ou *disability-adjusted life year*), est l'indicateur composite qui exprime les années de vie en bonne santé perdues à cause d'un décès ou d'une maladie. Un *DALY* correspond à la perte d'une année de vie en bonne santé. Le nombre absolu de *DALYs* pour une maladie est la somme des années de vie perdues en raison d'un décès prématuré (*YLL* ou *years of life lost*) et des années de vie en bonne santé perdues en raison d'une incapacité (*YLD* ou *years lived with disability*) en lien avec les cas prévalents de la maladie au sein d'une population (Figure 1).^{3,4}

Figure 1. Comment sont calculées les années de vie ajustées sur l'incapacité (*DALYs* ou *disability-adjusted life years*) : Une infographie



Source : *Wiki Commons. Figure adaptée de Wikimedia* (https://commons.wikimedia.org/wiki/File:DALY_disability_affected_life_year_infographic.png).⁵

Depuis 1990, l'*Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME)* mesure les *DALYs* dans le cadre de l'étude *Global Burden of Disease (GBD)*, qui constitue la source des données relatives au fardeau des maladies pour ce rapport.⁶ La *Disease Burden Unit* de l'OMS a été créée en 1998. L'étude du fardeau des maladies a également occupé une place importante dans le Rapport sur le développement dans le monde 1993 de la Banque mondiale.⁷ Il s'agit d'un outil largement utilisé qui permet d'identifier les problèmes sanitaires les plus graves auxquels une population est confrontée, d'effectuer des comparaisons entre les pays et d'estimer l'évolution future du fardeau des maladies. L'étude *GBD* produit des estimations issues de modèles statistiques qui prennent en compte la qualité des données et les données manquantes. Ces estimations ont pour objectif de soutenir la priorisation des actions de santé publique, mais elles ne sont pas conçues pour en assurer le suivi ou l'évaluation.

Dans ce rapport, le fardeau des maladies est estimé et exprimé comme 1) le fardeau « relatif » des maladies, calculé comme le nombre de *DALYs* pour 100 000 personnes sur une année — un taux qui permet des comparaisons entre les populations ; et 2) le fardeau « chiffré » des maladies, calculé comme le nombre total de *DALYs*, permettant d'estimer le fardeau des maladies sur une population spécifique à un moment donné, en tenant compte de sa taille et de sa structure d'âge. Le fardeau chiffré des maladies est utilisé pour présenter le nombre total de *DALYs* en 2021, comparé aux projections pour l'année 2050.

Rapport coût-efficacité

L'efficacité d'une intervention est quantifiée par son impact mesurable sur la santé. Le rapport coût-efficacité d'une action exprime le compromis entre les ressources financières nécessaires pour obtenir le gain de santé résultant de cette action, et est calculé comme le coût par unité de résultat de santé. Plusieurs indicateurs synthétiques permettent de quantifier les résultats de santé, parmi lesquels les années de vie ajustées sur l'incapacité (*DALYs*), qui combinent les années de vie perdues en raison d'un décès prématuré et les années vécues avec incapacité. L'analyse coût-efficacité est utile pour comparer différentes interventions selon le montant à dépenser pour obtenir un même gain de santé, par exemple une *DALY* évitée. L'intervention la plus rentable, par un bon rapport coût-efficacité, est celle dont le coût monétaire pour atteindre une unité de gain de santé est le plus faible. Les « *NCD best buys* » de l'OMS sont un ensemble d'interventions qui se sont révélées les plus rentables et qui sont réalisables en pratique, avec un coût moyen inférieur à 100 dollars internationaux par *DALY* évitée (<100 \$ intl/DALY) dans les pays à revenu faible ou à revenu intermédiaire inférieur.^{8,9} Des analyses récentes montrent que la mise en œuvre des « *NCD best buys* » de l'OMS dans les pays à revenu élevé entraîne des bénéfices rapides pour la santé publique, observables dans les cinq années suivant leur application.¹⁰

Vieillissement en bonne santé

L'OMS définit le vieillissement en bonne santé (*healthy ageing*) comme le processus de développement et de maintien des capacités fonctionnelles qui permettent le bien-être à un âge avancé.¹¹ Dans ce rapport, le vieillissement en bonne santé est utilisé pour exprimer l'opportunité de vivre longtemps en bonne santé.

Déterminants sociaux de la santé

Les déterminants sociaux de la santé sont les conditions ou circonstances sociales, économiques, environnementales, commerciales, culturelles et politiques dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, et qui sont considérés comme des facteurs influençant le risque de développer des maladies chroniques. Les déterminants sociaux de la santé façonnent les opportunités d'une personne d'être en bonne santé, ses comportements de santé, son risque de maladie et son espérance de vie en bonne santé. Les inégalités de santé résultent de la répartition inégale de ces déterminants sociaux entre les différents groupes de la population.^{12–14} Les interventions de prévention primaire selon l'approche populationnelle ciblent ces déterminants.

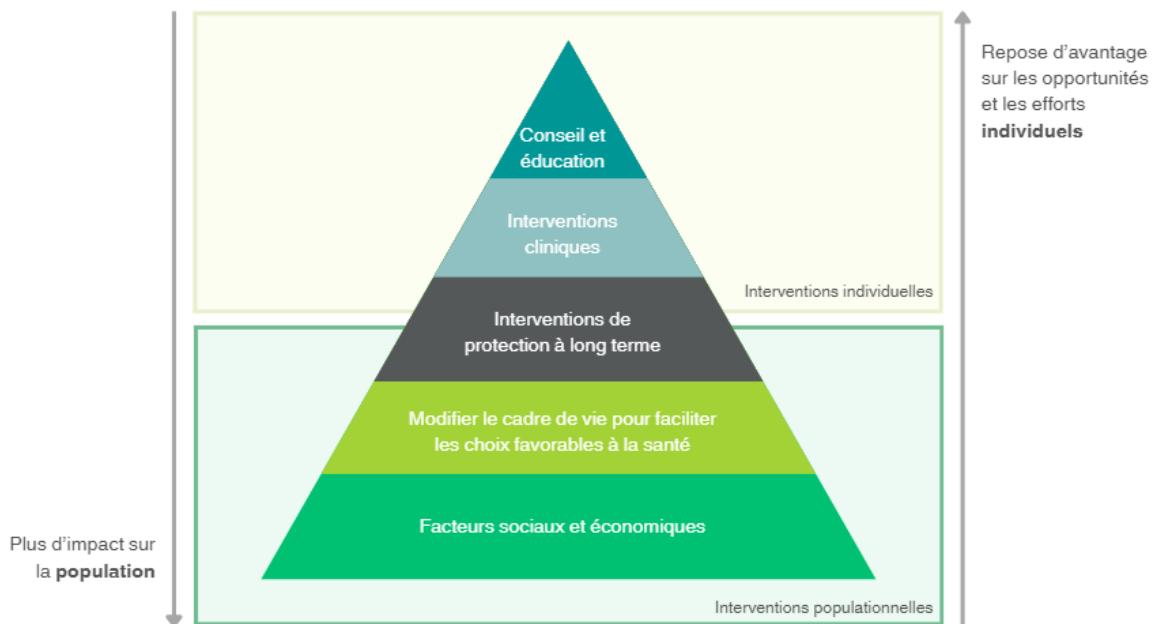
1.

Introduction

Au Luxembourg, les maladies chroniques, telles que le cancer, les maladies cardiovasculaires, les troubles musculo-squelettiques, l'obésité, le diabète, la dépression, la démence et les maladies respiratoires chroniques, sont les premiers contributeurs à la morbidité et à la mortalité. Quatre comportements de santé — le tabagisme, la consommation d'alcool, une mauvaise alimentation et l'inactivité physique — en sont les causes principales, modifiables et communes à ces maladies. Il est donc essentiel de réduire la prévalence de ces facteurs de risque afin de prévenir les maladies chroniques, de retarder leur apparition et d'en réduire les conséquences sur la santé publique.

Pour cibler ces comportements de santé, les interventions de prévention primaire peuvent suivre diverses stratégies. De nombreuses interventions visent à encourager les individus à abandonner les comportements défavorables à la santé ou à adopter des comportements plus sains, comme l'illustrent les niveaux supérieurs de la pyramide de l'impact sur la santé (Figure 2). Par exemple, les programmes de sevrage tabagique ou les interventions cliniques peuvent être bénéfiques pour les individus, en particulier s'ils présentent un risque élevé de développer des maladies en lien avec ce risque. Cependant, plus ces approches s'adressent de manière ciblée aux individus, plus elles dépendent de leur capacité d'agir, de leurs opportunités et de leurs efforts (Tableau 1). Les interventions individuelles échouent souvent à déclencher des changements significatifs vers des comportements de santé plus favorables dans l'ensemble de la population.

Figure 2. La pyramide de l'impact sur la santé



La pyramide de l'impact sur la santé illustre les interventions de prévention selon cinq niveaux d'influence. Les interventions selon l'approche populationnelle se situent à la base (zone verte), tandis que les interventions individuelles se trouvent vers le sommet. Les flèches sur les côtés de la pyramide indiquent que les interventions situées à la base ont le plus grand impact sur la santé de la population, tandis que celles situées plus haut reposent davantage sur les opportunités et les efforts individuels.

Adapté de Frieden T.R., A Framework for Public Health Action: The Health Impact Pyramid. 2010.¹⁵

Pour exploiter pleinement le potentiel de la prévention en santé publique, les interventions ciblant les individus doivent s'accompagner d'interventions populationnelles, illustrées aux niveaux inférieurs de la pyramide de l'impact sur la santé (Figure 2). Ces interventions visent à influencer les comportements de santé de l'ensemble de la population en agissant sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé. Elles cherchent à modifier le contexte social du cadre de vie des personnes, afin de faciliter des choix favorables à la santé. De tels exemples incluent l'augmentation du prix des produits néfastes à la santé (tabac, alcool, sucre, etc.), la reformulation des produits alimentaires (iodation du sel, réduction des acides gras trans, etc.) ou l'aménagement des villes pour favoriser la mobilité active. Comme ces interventions agissent au niveau structurel, elles concernent

l'ensemble des groupes de la population et ont un impact durable sur les comportements de santé ainsi que sur le fardeau des maladies chroniques associées, ce qui amplifie leur impact sur la santé publique. À noter, certaines de ces interventions populationnelles promeuvent la santé dès la petite enfance et permettent aux enfants de devenir des adultes en bonne santé. Dans une perspective de prévention tout au long du parcours de vie, ces interventions constituent un levier essentiel pour réduire le fardeau des maladies chroniques.¹³

Ce rapport examine les stratégies de prévention primaire selon l'approche populationnelle, en se concentrant sur les « *NCD best buys* » (les meilleurs choix pour lutter contre les maladies non-transmissibles) recommandées au niveau international pour lutter contre le tabagisme, la consommation d'alcool, une mauvaise alimentation et l'inactivité physique, afin de freiner l'augmentation globale du fardeau des maladies chroniques liée au vieillissement et à la croissance de la population.^{8,16} La plupart de ces interventions sont en mesure de générer des bénéfices mesurables de santé publique peu après leur mise en œuvre (Chapitre 3), tout en étendant leurs effets sur le long terme et en augmentant le nombre d'années de vie que les personnes passent en bonne santé.¹⁰ Ce faisant, elles contribuent au vieillissement en bonne santé de l'ensemble de la population.^{17,18}

S'appuyant notamment sur les résultats d'une modélisation reposant sur des données spécifiques au Luxembourg, le rapport illustre l'impact d'une stratégie de prévention populationnelle, en montrant les effets de l'augmentation du prix du tabac sur les maladies chroniques associées au tabagisme. Il fournit aux décideurs politiques et au public des informations fondées sur des données probantes afin de soutenir des interventions qui créent des cadres de vie qui facilitent l'adoption de comportements favorables à la santé.

Tableau 1. Interventions de prévention individuelles et populationnelles : Avantages et inconvénients

Niveau de prévention	Avantages	Inconvénients
Niveau individuel (Par exemple, dépistage, sevrage tabagique, médicaments hypocholestérolémiant)	Efficient au niveau individuel si le risque absolu de maladie est élevé	Nécessité d'atteindre et d'identifier les personnes qui pourraient bénéficier de l'intervention
	Adapté à la personne (par exemple, stratégie sur mesure pour le sevrage tabagique)	Adhésion dépendante des capacités et des ressources individuelles (par exemple, ressources financières et non monétaires)
	Cohérent avec la motivation individuelle (à l'initiative de l'individu et adapté à ses besoins)	Impact limité au niveau de la population (c-à-d, échoue souvent à modifier de manière significative la prévalence des comportements de santé dans la population)
	Favorable à l'autonomisation de l'individu (<i>empowering</i>) pour prendre activement des décisions favorables à la santé et être acteur de sa propre santé	Répétition requise pour chaque individu et chaque génération, car n'agit pas sur les déterminants sociaux sous-jacents
	Offrant l'opportunité d'un contact physique avec les professionnels de santé pour le dépistage	Besoin d'importantes ressources en prestataires de soins
	Pouvant permettre d'agir simultanément sur plusieurs facteurs de risque (par exemple, intervention de sevrage tabagique combinée à la promotion de l'activité physique)	Risque d'accroître les inégalités de santé (en raison, par exemple, des ressources limitées des populations défavorisées)
Approche populationnelle (Par exemple, taxation du tabac/sucre, interventions éducatives, accès à une offre alimentaire favorable à la santé)	Cible les déterminants sociaux (c-à-d les facteurs du cadre de vie qui influencent les comportements de santé) afin d'atteindre tous les groupes de la population et d'apporter ainsi des bénéfices à l'ensemble de la population	Est perçue comme antilibérale et contraire au libre arbitre, en particulier lorsque les interventions ciblent les comportements de santé
	Ne dépend pas des capacités, des ressources ni de la coopération des individus	Les avantages au niveau individuel peuvent être faibles
	Permet d'atteindre tous les groupes d'âge, y compris les populations jeunes pour lesquelles la prévention a un impact tout au long du parcours de vie	Si le bénéfice de l'intervention au niveau individuel est faible, il peut être contrebalancé par de légers effets néfastes
	Permet de couvrir les populations défavorisées, qui sont plus difficiles à atteindre par la prévention individuelle	Peut aller à l'encontre d'intérêts économiques (par exemple, les recettes fiscales provenant de produits nocifs pour la santé tels que le tabac et l'alcool)

Sources : Compilation des auteurs basée sur Rose G., *Sick Individuals and Sick Populations*, 1985; Sniderman, A.D. et al., *Sick Individuals and Sick Populations by Geoffrey Rose*, 2018; *Cardiovascular Prevention Update*, 2018; McLaren L., *In defense of a population-level approach to prevention: why public health matters today*, 2019; Marmot M., *Economic and social determinants of disease*, 2001.¹⁹⁻²²

1.1. Le fardeau des maladies chroniques au Luxembourg

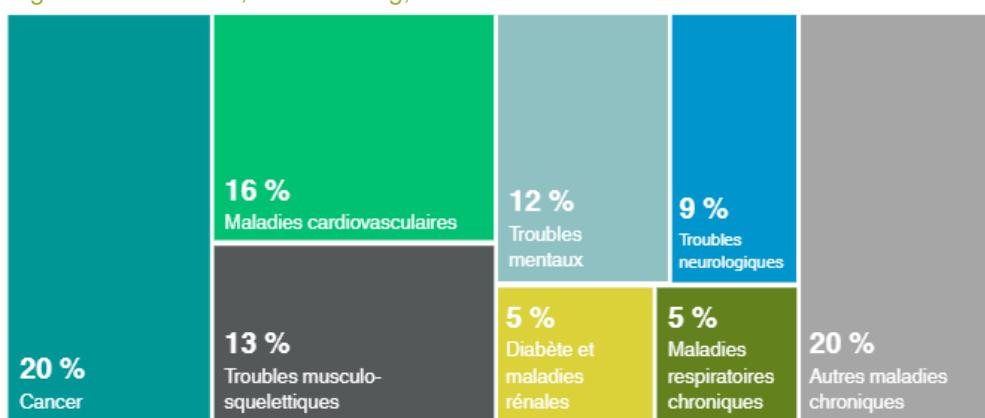
Au Luxembourg, les maladies chroniques sont responsables de 83 % du fardeau total de morbidité toutes causes confondues (évalué en DALYs) (Figure 3).

Figure 3. Part du fardeau des maladies estimé (% DALYs), par affection, Luxembourg, selon l'étude GBD 2021



Selon les estimations de l'étude GBD 2021, une large part du fardeau des maladies chroniques au Luxembourg est attribuable à un nombre limité d'affections chroniques de premier plan (Figure 4).

Figure 4. Fardeau des maladies chroniques au Luxembourg. Estimation de la part (%) des DALYs, par catégorie de maladies, Luxembourg, selon l'étude GBD 2021



Source : IHME. Utilisé avec autorisation. Tous droits réservés.

Note : La catégorie « Autres maladies chroniques » comprend les maladies digestives, les maladies des organes de sens, les troubles liés à l'utilisation de substances, les maladies de la peau et du tissu sous-cutané, ainsi que diverses autres maladies chroniques qui n'entrent dans aucune des autres catégories.

Les maladies chroniques sont également les principales causes de décès au Luxembourg. En 2023, 73 % de tous les décès étaient dus à des maladies cardiovasculaires, des cancers, des maladies respiratoires, des troubles mentaux et des maladies du système nerveux (Tableau 2).^{23,24}

Tableau 2. Causes de décès exprimées en taux brut de mortalité (pour 100 000 habitants), Luxembourg, 2023

Chapitre de la CIM-10	Nombre de décès pour 100 000 habitants en 2023
I00-I99 Maladies cardiovasculaires	160,9
C00-D48 Cancer	158,2
J00-J99* Maladies de l'appareil respiratoire	59,1
F00-F99 Troubles mentaux et du comportement	40,7
G00-G99 Maladies du système nerveux	32,3
Tous les autres maladies	166,3
Total pour toutes les maladies	617,5

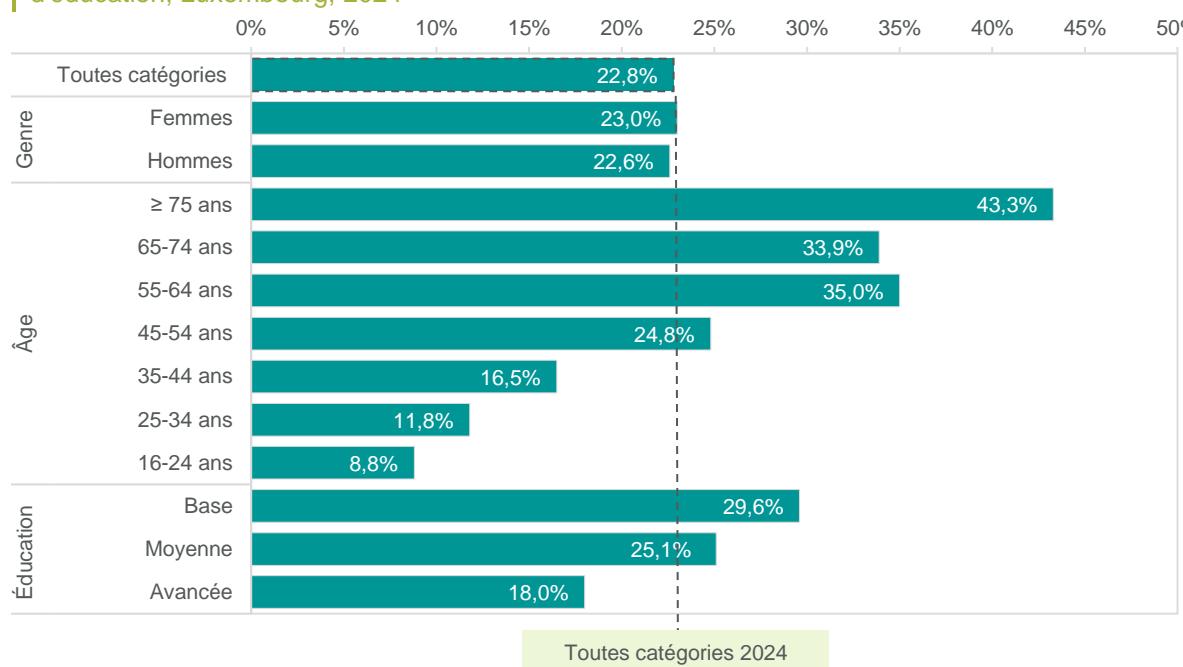
*J00-J99 Les maladies respiratoires comprennent les maladies respiratoires transmissibles et chroniques

Source : Registre national des causes de décès.²³

La prévalence élevée de l'obésité constitue également un problème de santé publique. L'obésité est à la fois une maladie chronique à part entière et un facteur sous-jacent dans le développement du diabète de type 2, des maladies cardiovasculaires, des maladies respiratoires, des troubles musculo-squelettiques, de plusieurs types de cancer et de la dépression.²⁵ Au Luxembourg, l'obésité chez l'enfant est courante (2022 : 6 % des enfants âgés de 11 à 18 ans), ce qui entraîne des risques immédiats et à long terme pour la santé.²⁶ Chez les adultes, une personne sur six est obèse (16 % : EHIS 2019) et l'obésité touche plus de deux fois plus souvent les personnes ayant un niveau d'éducation de base (25 %) que celles ayant un niveau avancé (10 %).

Les maladies chroniques sont très répandues et inégalement réparties parmi la population au Luxembourg (Figure 5). En 2024, environ une personne sur cinq âgée de 16 ans et plus, quel que soit son genre, a déclaré souffrir d'une maladie chronique, avec une prévalence plus élevée dans les groupes d'âge plus avancé. Il existe également un gradient social clair, avec une prévalence qui augmente progressivement à mesure que le niveau d'éducation diminue, créant un écart important entre les personnes ayant un niveau d'éducation de base (29,6 %) et celles ayant un niveau avancé (18,0 %).

Figure 5. Prévalence (%) des affections chroniques (définies comme une maladie ou un problème de santé de longue durée) chez les personnes âgées de 16 ans et plus, par genre, âge et niveau d'éducation, Luxembourg, 2024



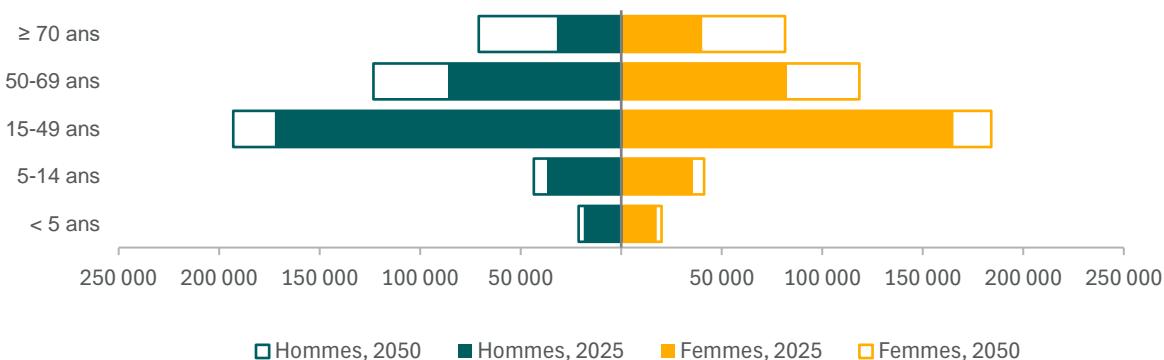
Source : EU-SILC.

La coexistence de plusieurs maladies chroniques est courante. Une étude récente menée au Luxembourg auprès d'utilisateurs de soins primaires a montré que, parmi les personnes âgées de 45 ans et plus souffrant d'au moins une maladie chronique, plus de la moitié avaient plusieurs maladies chroniques.²⁷ La multimorbidité est source de préoccupations, car elle est associée à une qualité de vie réduite, à une complexité accrue de la prise en charge, à un recours accru aux services de santé et à de moins bons résultats de santé pour les patients.²⁸⁻³²

1.2. L'effet de la croissance de la population et du vieillissement sur le fardeau des maladies chroniques

La population luxembourgeoise devrait augmenter d'environ un tiers au cours des 25 prochaines années : de 687 081 habitants en 2025 à environ 897 000 en 2050 (Figure 6). Cette croissance concernera principalement la population adulte. En particulier, la part de la population âgée de 50 ans et plus augmentera de manière notable : de 35 % de la population totale en 2025 à 44 % en 2050.

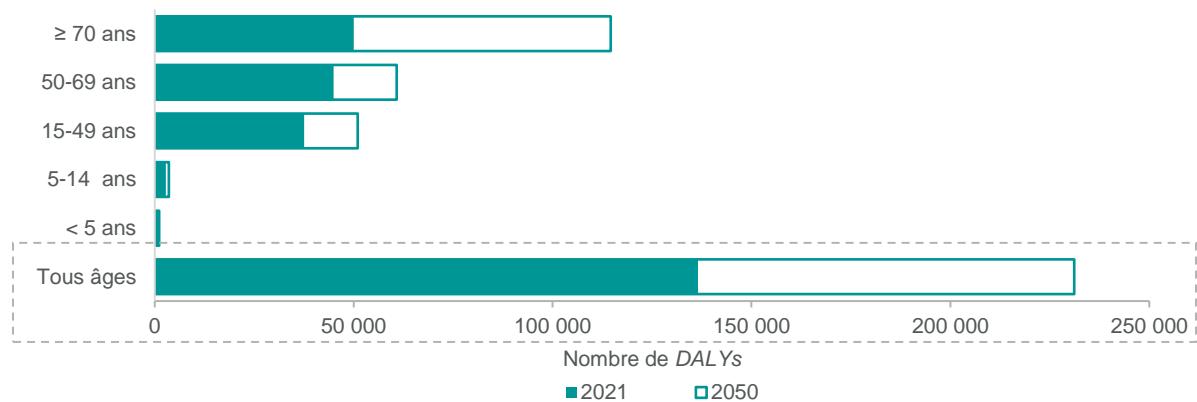
Figure 6. Pyramides des âges de la population luxembourgeoise, 2025 et projections pour 2050



Source : Eurostat, Europop 2023, projection de référence.

Les personnes âgées étant davantage touchées par les maladies chroniques, la croissance et le vieillissement de la population se traduisent par une augmentation du fardeau chiffré des maladies chroniques (nombre total de DALYs) (Figure 7). Dans l'ensemble, le fardeau chiffré augmentera de 70 % entre 2021 et 2050 ; cette augmentation sera de 130 % chez les personnes âgées de 70 ans ou plus et de 35 % chez les personnes âgées de 15 à 69 ans, en supposant que l'évolution des comportements de santé au cours des années à venir soit similaire à celle des années précédentes.^{33,34} Un changement positif des comportements de santé pourrait modifier le fardeau futur des maladies chroniques et atténuer l'impact du vieillissement de la population en permettant un vieillissement en meilleure santé.³⁵

Figure 7. Estimation du fardeau chiffré (nombre total de DALYs) attribuable aux maladies chroniques, par âge, Luxembourg, selon l'étude GBD 2021 et projections pour 2050



Source : IHME. Utilisé avec autorisation. Tous droits réservés.

Conséquences sociales et économiques des maladies chroniques

Les maladies chroniques ont un impact social et économique majeur. Les coûts directs sont liés aux traitements et aux soins dispensés aux patients, ce qui implique des ressources humaines et techniques considérables et des frais importants. Il est estimé que 70 à 80 % des dépenses totales de santé dans l'Union européenne (UE) sont allouées à la prise en charge des maladies chroniques.³⁶ Compte tenu de l'augmentation substantielle du nombre de patients atteints de maladies chroniques dans les années à venir, le financement et la garantie de l'accès à des services de santé de haute qualité constitueront un défi majeur.³⁷⁻³⁹

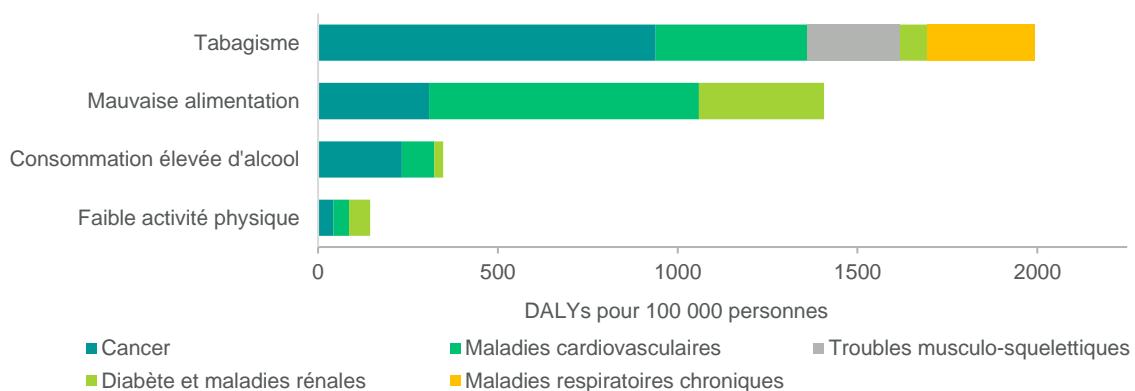
Les maladies chroniques entraînent également des conséquences économiques importantes pour les individus et les ménages, en réduisant leur participation au marché du travail, en diminuant leurs revenus et en augmentant leurs dépenses de santé, ce qui induit une perte d'épargne. Les maladies chroniques génèrent en outre des coûts indirects additionnels sur l'économie générale, notamment des pertes de productivité, des recettes fiscales diminuées et des rendements moindres sur les investissements en capital humain. A titre d'illustration, les coûts directs et indirects liés aux maladies cardiovasculaires, au cancer, aux maladies respiratoires chroniques et au diabète entraînent des pertes économiques estimées à 2 % du produit intérieur brut (PIB) des États membres de l'UE.^{40,41}

Le lourd fardeau des maladies chroniques compromet également la capacité à faire face aux crises globales. Lors de la pandémie de COVID-19, les personnes atteintes de maladies chroniques présentaient un risque plus élevé de développer une infection sévère à la COVID-19, augmentant ainsi la pression sur le système de santé.⁴²⁻⁴⁵

Comportements de santé et déterminants sociaux de la santé

D'après les estimations de l'étude GBD de 2021 (IHME), le tabagisme est responsable de 11 % des décès au Luxembourg, la mauvaise alimentation de 10 %, la consommation élevée d'alcool de 4 % et l'inactivité physique de 1 %. Ces quatre comportements de santé sont à l'origine d'un lourd fardeau de maladie (DALYs/100 000 personnes) pour le cancer, les maladies cardiovasculaires, le diabète et les maladies rénales, les maladies respiratoires chroniques et les troubles musculo-squelettiques (Figure 8)

Figure 8. Estimation du fardeau relatif (DALYs pour 100 000 personnes) attribuable aux principales maladies chroniques selon le facteur de risque, Luxembourg, selon l'étude GBD 2021



Source : IHME. Utilisé avec autorisation. Tous droits réservés.

Note : Les sources de données pour l'étude GBD 2021 « Consommation élevée d'alcool » pour le Luxembourg proviennent d'enquêtes nationales (Eurobaromètre et HBSC ou *Health Behaviour in School-aged Children*) et de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS (basé sur les données de la FAO). Étant donné que les données sur les ventes au Luxembourg ne reflètent pas la consommation des résidents, la consommation d'alcool du pays est estimée par la moyenne de celle de la France et de l'Allemagne.

1.3. Prévention primaire selon l'approche populationnelle et inégalités de santé

La prévention primaire couvre toutes les interventions visant à prévenir l'apparition de maladies, en ciblant directement les individus ou la population dans son ensemble (Figure 2). L'impact durable le plus élevé possible sur la santé publique, avec les bénéfices qui en découlent, résulte généralement d'une stratégie de prévention coordonnée, associant des interventions efficaces fondées sur des données probantes à la fois selon l'approche populationnelle et selon l'approche individuelle.⁴⁶

La prévention primaire des maladies chroniques selon l'approche populationnelle vise à modifier les comportements de santé en agissant sur les déterminants sociaux, économiques, environnementaux, commerciaux, culturels et politiques de la santé qui jouent un rôle important dans l'adoption de ces comportements de santé au sein de la population. Ces interventions soutiennent l'évolution du cadre de vie de la population, où les choix favorables à la santé deviennent l'option par défaut et la norme sociale.¹⁵ Par nature, les politiques publiques qui répondent à ces objectifs, et leur mise en œuvre, relèvent principalement de domaines autres que celui de la santé. Par conséquent, la participation et l'investissement des secteurs tant public que privé sont essentiels, soutenus par l'implication active et les actions de la société civile.

L'importance de la lutte contre les inégalités de santé dans le domaine des maladies chroniques est de plus en plus largement reconnue.^{12,47,48} Le niveau d'éducation et le revenu sont des facteurs qui contribuent de manière critique à ces inégalités de santé. Les personnes ayant un niveau plus faible d'éducation ou de revenu, ou exposées au risque de pauvreté ou d'exclusion sociale, présentent souvent un état de santé moins favorable en raison de leurs opportunités limitées d'adopter des comportements sains, de bénéficier de conditions de vie plus sûres et plus saines et d'accéder aux soins de santé. En agissant sur ces déterminants sociaux de la santé, la prévention populationnelle peut améliorer les comportements de santé dans tous les groupes de la population, y compris les groupes défavorisés et à haut risque. Bien conçues, ces interventions contribuent à réduire les inéquités de santé.^{12,13,49,50}

2.

Les quatre principaux comportements de santé

Messages clés

- Quatre comportements de santé modifiables — le tabagisme, la consommation d'alcool, la mauvaise alimentation et l'inactivité physique — sont très répandus et responsables d'une part importante des maladies chroniques au Luxembourg.
- Parmi les adolescents âgés de 17 et 18 ans, deux sur cinq déclarent avoir déjà consommé du tabac.
- La tendance à la baisse de la prévalence du tabagisme quotidien observée depuis 2001 s'est arrêtée. En 2024, la prévalence du tabagisme quotidien est de 15 %, soit le même niveau qu'en 2018. Le tabagisme quotidien est plus fréquent chez les personnes ayant un niveau d'éducation de base.
- Une grande partie des enfants ont consommé de l'alcool avant l'âge de 16 ans, qui est l'âge légal actuel pour acheter des boissons alcoolisées. Plus de la moitié des adolescents âgés de 17 à 18 ans ont déjà connu l'ivresse.
- Chez les adultes, la consommation quotidienne d'alcool est fréquente, et elle est plus répandue dans les groupes d'âge avancé que chez les plus jeunes, ainsi que chez les personnes ayant un niveau d'éducation de base comparativement à celles d'un niveau avancé.
- La consommation excessive d'alcool hebdomadaire est très répandue, bien que légèrement moins fréquente chez les personnes ayant un niveau d'éducation avancé que chez celles ayant un niveau de base.
- Environ un quart des enfants âgés de 11 à 18 ans respectent les recommandations consistant à manger cinq portions de fruits et légumes par jour. Les enfants issus de familles aisées respectent plus souvent ces recommandations que les enfants issus de familles moins aisées.
- Chez les adultes, la prévalence de la consommation de cinq portions ou plus de fruits et légumes par jour est faible, plus faible encore chez les personnes ayant un niveau d'éducation moyen ou de base que chez celles ayant un niveau d'éducation avancé.
- Un enfant sur six respecte la recommandation de 60 minutes d'activité physique par jour, mais cette pratique est plus fréquente chez les garçons que chez les filles, et chez les enfants issus de familles aisées que chez ceux issus de familles moins aisées.
- Environ un adulte sur cinq exerce une activité physique aérobique et de renforcement musculaire selon les niveaux recommandés par semaine, avec une proportion plus élevée chez les hommes que chez les femmes, ainsi que chez les personnes issues de milieux socio-économiques favorisés comparativement à celles de milieux défavorisés.

Ce chapitre examine la prévalence des quatre comportements de santé — tabagisme, la consommation d'alcool, mauvaise alimentation et inactivité physique — responsables d'une grande partie du fardeau de morbidité chronique au Luxembourg. Il analyse la répartition de ces comportements de santé entre les différents groupes démographiques, sociaux et économiques.

2.1. Tabagisme

Le tabagisme est le principal contributeur au fardeau des maladies chroniques au Luxembourg (Figure 8).

La fumée de tabac contient du goudron, du monoxyde de carbone et des milliers d'autres substances chimiques nocives pour la santé.⁵¹ La nicotine, une substance qui affecte le système cérébral de la récompense, est très addictive et rend le sevrage difficile pour les individus concernés, même lorsqu'ils sont conscients des risques pour la santé.^{52,53}

Tous les modes de consommation du tabac sont nocifs pour la santé ; même une consommation légère ou occasionnelle présente des risques sérieux pour la santé.⁵⁴ L'exposition à la fumée du tabac augmente le risque de nombreuses maladies et contribue au fardeau des maladies chroniques.^{55,56} Le tabagisme et l'exposition à la fumée passif pendant la grossesse sont associés à un risque accru de mort fœtale et à des problèmes de santé à long terme.^{57,58} Outre les effets nocifs de la fumée du tabac, le fait de fumer dans les lieux publics contribue à normaliser ce comportement.^{59,60}

L'initiation au tabagisme se produit principalement à un âge précoce, ce qui est particulièrement préoccupant, car un début précoce est associé à une consommation plus élevée, à un risque accru de dépendance et à un impact négatif sur la santé.⁶¹

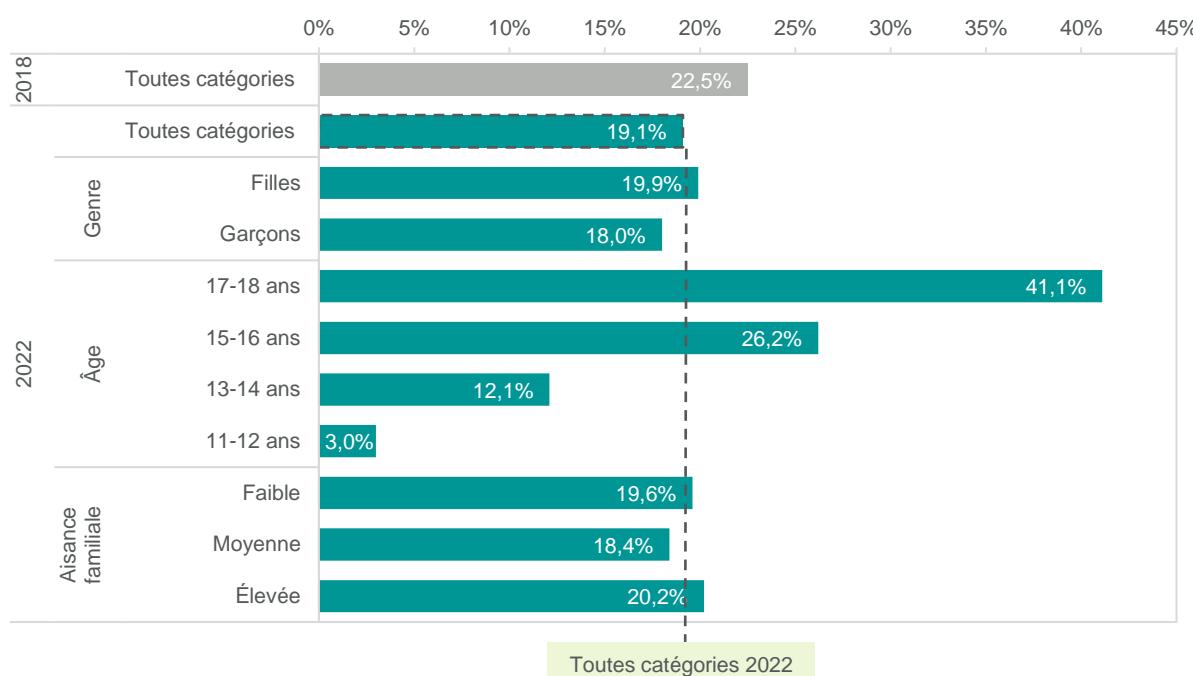
Recommandations au Luxembourg

Le plan national de lutte contre le tabac, le Plan national cancer et le Plan national maladies cardio-neuro-vasculaires recommandent de s'abstenir de fumer. L'objectif principal du plan national de lutte contre le tabac 2016–2020 était de prévenir et de réduire le tabagisme. Selon le dernier Accord de coalition de 2023-2028, le plan serait évalué et, en fonction des résultats, pourrait être poursuivi.⁶² La lutte contre le tabac reste une priorité pour le ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, qui a institué des groupes de travail afin d'élaborer des interventions couvrant cinq domaines clés : la jeunesse, la population générale, les environnements professionnels, la formation et la recherche, et la législation. Depuis 2017, et conformément à la réglementation européenne, la vente — et l'offre gratuite — de produits du tabac sont interdites aux personnes âgées de moins de 18 ans.⁶³ Les plans gouvernementaux bénéficient du soutien de la Fondation Cancer, une organisation de la société civile qui mène le mouvement de santé publique luxembourgeois Génération Sans Tabac, dont l'objectif est de créer une société dans laquelle les enfants grandissent sans être exposés aux dangers du tabagisme. L'un de leurs objectifs est de réduire la prévalence des fumeurs à moins de 5 % d'ici 2040.^{64,65} Selon une étude récente, 8 sur 10 personnes au Luxembourg sont en faveur des mesures proposées par une Génération Sans Tabac.

Tabagisme chez les enfants et les adolescents

En 2022, 19,1 % des enfants âgés de 11 à 18 ans avaient déjà consommé du tabac (2018 : 22,5 %) (Figure 9). Cette proportion allait croissant avec l'âge et atteignait 41,1 % chez les 17 à 18 ans.⁶⁷ La prévalence était similaire chez les garçons et les filles et ne présentait pas de différence selon le niveau d'aisance familiale.

Figure 9. Prévalence vie-entière (%) du tabagisme chez les 11 à 18 ans, 2018 et 2022. Stratifiée par genre, âge et niveau d'aisance familiale, Luxembourg, 2022

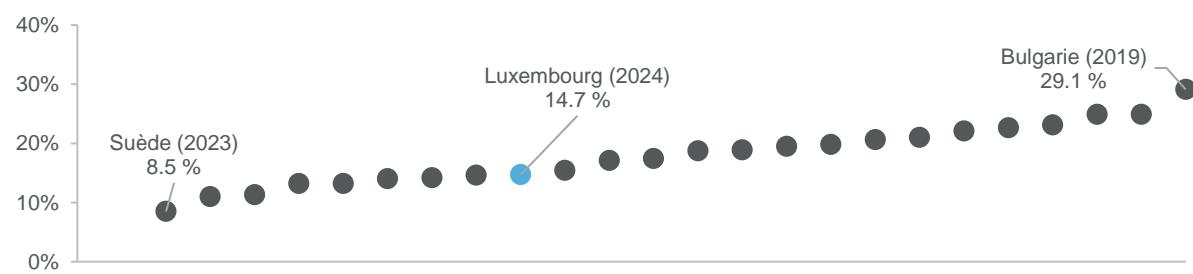


Source : HBSC.

Tabagisme chez les adultes

Parmi les pays de l'UE-27 disposant de données récentes sur la prévalence des fumeurs quotidiens, le Luxembourg (14,7 %) se situait dans le segment inférieur de la distribution, tout en affichant une prévalence nettement supérieure à celle de la Suède (8,5 %) (Figure 10).

Figure 10. Prévalence (%) des fumeurs quotidiens chez les personnes âgées de 15 ans et plus dans les pays de l'UE-27 : Luxembourg, UE-27 le plus bas et le plus élevé, 2024 ou dernière année disponible depuis 2018

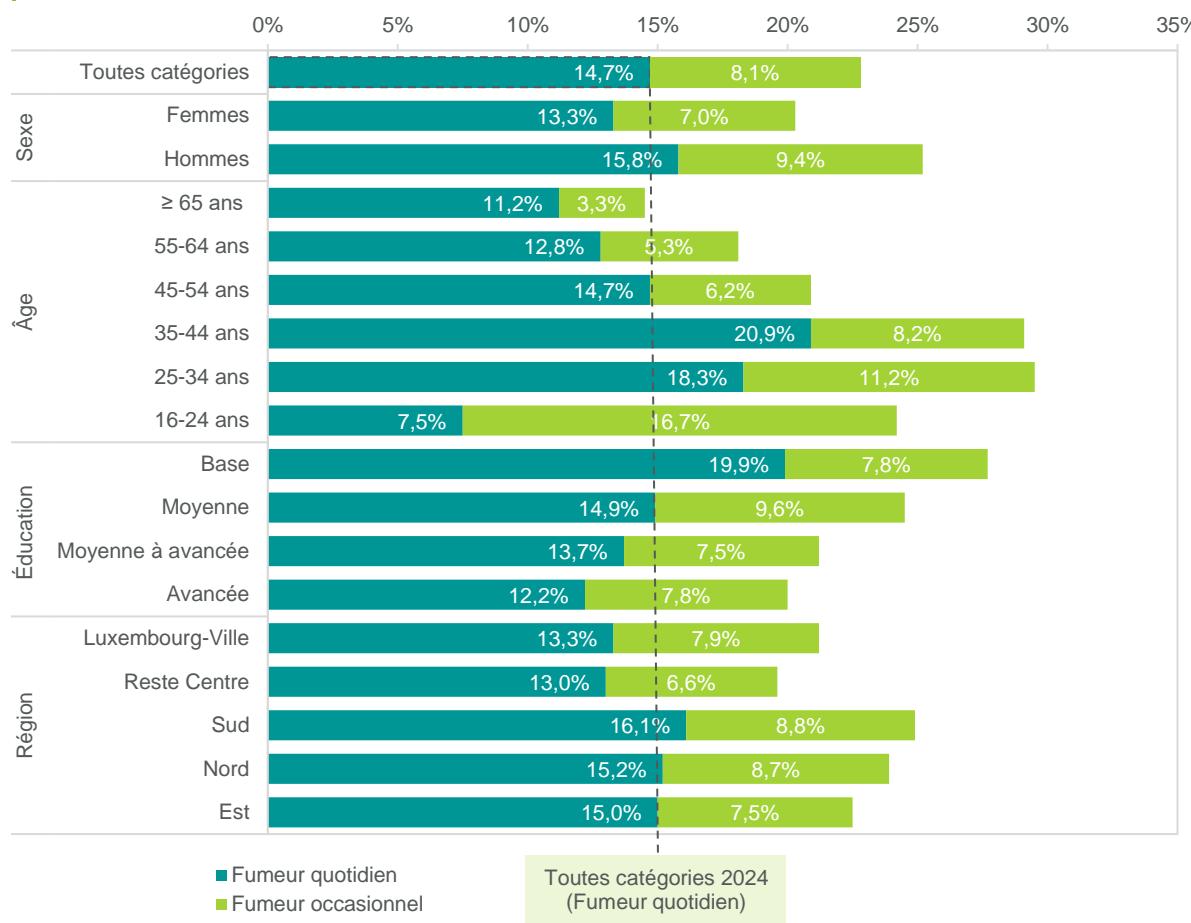


Source : Enquête nationale sur le tabagisme au Luxembourg.

En 2024, la prévalence des fumeurs quotidiens et occasionnels était plus faible chez les femmes que chez les hommes (Figure 11). Les jeunes adultes âgés de 16 à 24 ans présentaient la prévalence la plus faible de fumeurs quotidiens, mais la prévalence la plus élevée de fumeurs occasionnels. La prévalence des fumeurs quotidiens était la plus élevée chez les personnes âgées de 25 à 44 ans. Les

personnes ayant un niveau d'éducation de base présentaient une prévalence plus élevée de fumeurs quotidiens que les autres groupes. La prévalence des fumeurs quotidiens et occasionnels était légèrement plus faible à Luxembourg-Ville et dans le reste de la région Centre que dans les autres régions du pays. Selon la même enquête, trois fumeurs sur quatre ont déclaré avoir commencé à fumer avant l'âge de 19 ans.⁶⁸

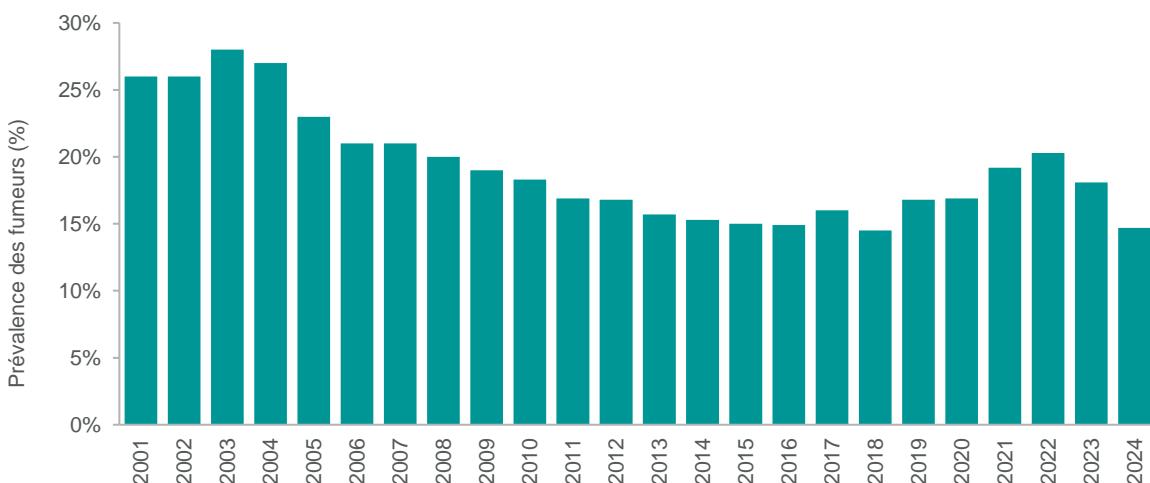
Figure 11. Prévalence (%) des fumeurs quotidiens ou occasionnels (cigarettes électroniques exclues) chez les personnes âgées de 16 ans et plus, par genre, âge, niveau d'éducation et région de résidence, Luxembourg, 2024



Source : *Enquête nationale sur le tabagisme au Luxembourg*.

Entre 2001 et 2018, la prévalence des fumeurs quotidiens chez les adultes a diminué de 11 points, pour atteindre 14,5 % en 2018 (Figure 12). Cependant, cette tendance à la baisse a marqué un arrêt depuis, la prévalence étant de 14,7 % en 2024.

Figure 12. Prévalence (%) des fumeurs quotidiens (cigarettes électroniques exclues) chez les personnes âgées de 16 ans et plus, Luxembourg, 2001 à 2024

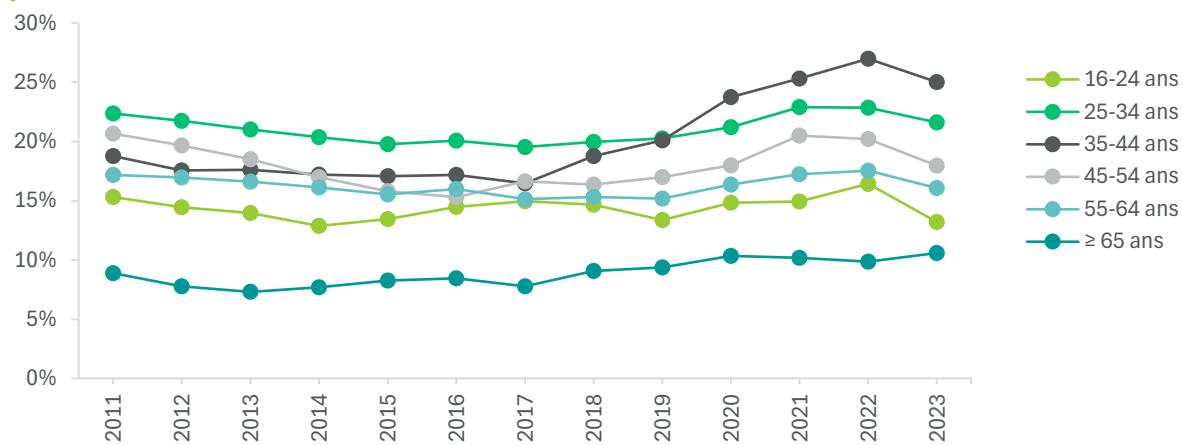


Source : *Enquête nationale sur le tabagisme au Luxembourg*.

Note : Les données de 2001 à 2017 incluent les jeunes adultes âgés de 15 ans et plus. À partir de 2018, les données concernent les personnes âgées de 16 ans et plus. Depuis 2019, les données sont exclusivement collectées en ligne, contrairement aux années précédentes où elles étaient recueillies à la fois par téléphone et en ligne.

Entre 2011 et 2023, la proportion de fumeurs quotidiens parmi les jeunes de 16 à 34 ans est restée relativement stable (Figure 13).^a Parmi les personnes âgées de 35 à 44 ans, la proportion a augmenté à partir de 2018 et est restée plus élevée par rapport à la période comprise entre 2011 et 2017. À partir de 2020, une augmentation modérée a été observée chez les personnes âgées de 45 à 54 ans. La proportion de fumeurs quotidiens parmi les personnes âgées de 55 ans et plus est restée relativement stable au cours des années observées.

Figure 13. Prévalence (%) des fumeurs quotidiens (cigarettes électroniques exclues) chez les personnes âgées de 16 ans et plus, par âge, Luxembourg, 2011 à 2023 (données 2010-2024 présentées sous forme de moyenne mobile centrée sur 3 ans)



Source : *Enquête nationale sur le tabagisme au Luxembourg*.

Note : les données de 2001 à 2017 incluent les jeunes adultes âgés de 15 ans et plus. À partir de 2018, les données incluent les personnes âgées de 16 ans et plus. Depuis 2019, la collecte des données s'effectue exclusivement en ligne, contrairement aux années précédentes où elle se faisait à la fois par téléphone et en ligne.

^a La prévalence des fumeurs quotidiens par tranche d'âge concerne un nombre réduit de personnes et est donc sensible aux fluctuations aléatoires. Afin de faciliter l'analyse des tendances par âge, nous avons appliqué des moyennes mobiles centrées sur trois ans. Par exemple, la prévalence des fumeurs quotidiens chez les personnes âgées de 16 à 24 ans en 2020 (présentée sous forme de moyenne mobile centrée sur trois ans) correspond à la moyenne de la prévalence annuelle observée en 2019, 2020 et 2021.

Encadré 1. Produits nouveaux et émergents

- Les nouveaux produits du tabac et les produits émergents à base de nicotine n'ont pas démontré leur innocuité. Ces produits émettent des substances nocives. Étant relativement récents, des données probantes à long terme sont encore nécessaires pour permettre une meilleure compréhension de leurs effets sur les maladies chroniques.^{69–71}
- Il existe un lien entre ces produits et une probabilité accrue d'initiation et de tabagisme ultérieur chez les jeunes. Cependant, les nouveaux produits peuvent aider certains fumeurs de cigarettes à arrêter.^{69,70,72}
- Le marketing des produits nouveaux et émergents, tels que les puffs (cigarettes électroniques jetables) et les sachets de nicotine, cible en particulier les jeunes, notamment à travers des emballages et des arômes attrayants. Depuis octobre 2025, le Luxembourg réglemente les produits du tabac chauffés et les sachets de nicotine ainsi que tous les nouveaux produits nicotinés en tant que produits du tabac. Elle comprend notamment l'obligation d'apposer des avertissements sanitaires, des restrictions en matière de publicité et de parrainage, un âge légal minimum d'achat fixé à 18 ans, ainsi que l'interdiction de consommation dans les lieux fréquentés par les jeunes (écoles, aires de jeux, etc.). De plus, la teneur en nicotine des sachets est limitée à 0,048 mg par unité.^{73,74}
- En 2024, 4 % de la population générale (âgée de 16 ans et plus) au Luxembourg utilisait des sachets de nicotine et 12 % utilisait des cigarettes électroniques. Chez les jeunes adultes âgés de 16 à 24 ans, ces proportions atteignaient 16 % pour les sachets de nicotine et 26 % pour les cigarettes électroniques. La réduction du tabagisme chez les jeunes adultes en 2024 doit donc être envisagée dans le contexte de l'essor des produits émergents et nouveaux.⁶⁸

2.2. Consommation d'alcool

La consommation d'alcool est un contributeur majeur au fardeau des maladies chroniques au Luxembourg (Figure 8).

Plus faible est la quantité d'alcool consommée, plus faible est le risque de développer des maladies chroniques.^{75,76} Depuis 1988, l'alcool est classé comme cancérogène (au même titre que le tabac, l'amiante ou les rayonnements) par le Centre international de recherche sur le cancer et l'OMS.⁷⁷ Des recherches ont montré que même une consommation légère ou modérée d'alcool augmente le risque de certains types de cancer, notamment le cancer du sein et le cancer colorectal.^{75,78} Les habitudes de consommation, telles que la fréquence et la consommation excessive (*binge drinking*), ainsi que des facteurs individuels, tels que l'état de santé général, l'âge et le sexe, déterminent les dangers liés à la consommation d'alcool.^{79,80} Chez les jeunes, la consommation d'alcool peut avoir des effets particulièrement néfastes sur le développement cognitif et psychologique. En outre, la consommation d'alcool pendant la jeunesse augmente le risque de consommation d'alcool, de dépendance et de troubles connexes plus tard dans la vie.^{81–83}

Recommandations au Luxembourg

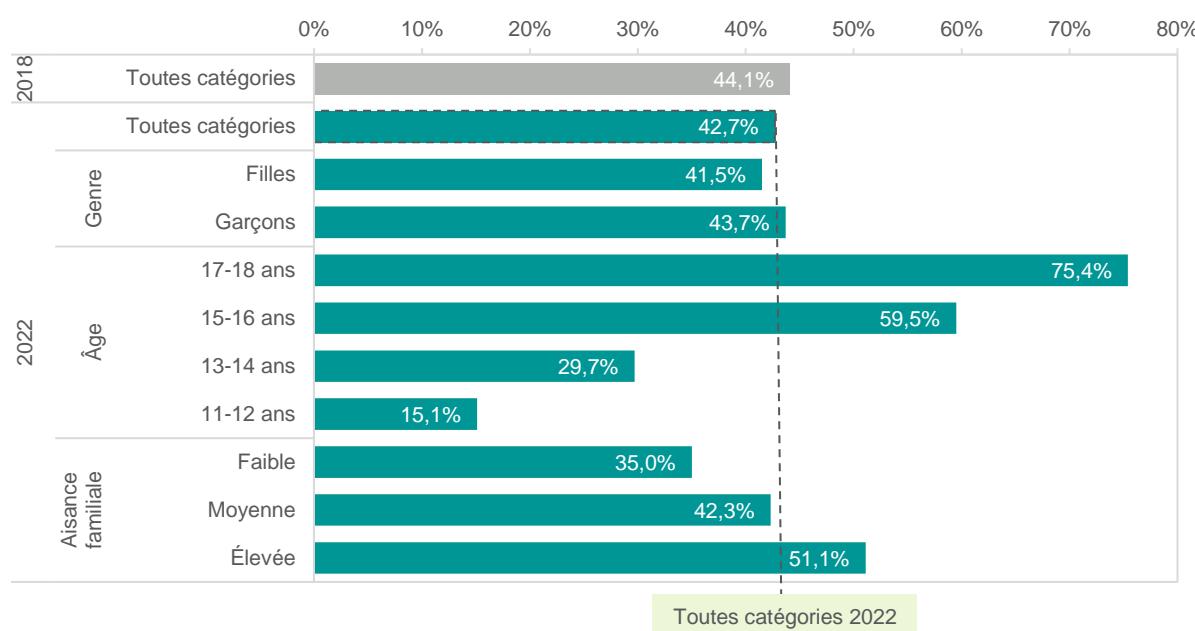
Le ministère de la Santé et de la Sécurité sociale recommande aux femmes de limiter leur consommation d'alcool à un verre de vin (10 cl) ou une bière (25 cl) par jour, et aux hommes à deux verres de vin ou deux bières par jour. Il est également recommandé de s'abstenir de consommer de l'alcool au moins deux à trois jours par semaine et pendant la grossesse. Pour les adolescents âgés de 18 à 20 ans, il est recommandé de consommer moins que les limites recommandées pour les adultes, tandis que pour ceux âgés de 16 à 18 ans, il est conseillé de s'abstenir complètement de consommer de l'alcool ou de limiter la consommation à des occasions rares.⁸⁴ Depuis 2006, la vente et l'offre gratuite de boissons alcoolisées sont interdites aux mineurs de moins de 16 ans et le Plan d'Action

Luxembourgeois de réduction du mésusage de l'alcool (PALMA) 2020-2024 propose de porter cette limite d'âge à 18 ans.^{85,86}

Consommation d'alcool chez les enfants et les adolescents

En 2022, 15,1 % des enfants âgés de 11 à 12 ans avaient consommé de l'alcool à un moment donné de leur vie (Figure 14).⁶⁷ Cette proportion atteignait 75,4 % chez les 17 à 18 ans. La prévalence vie-entière de la consommation d'alcool était moindre chez les enfants et les adolescents issus de familles dont le niveau d'aisance est faible. Il en est de même pour la prévalence vie-entière de l'ivresse, moindre chez les enfants dont le niveau d'aisance familiale est faible que chez ceux dont le niveau d'aisance est élevé.⁶⁷

Figure 14. Prévalence vie-entière (%) de la consommation d'alcool chez les 11 à 18 ans, 2018 et 2022. Stratifiée par genre, âge et niveau d'aisance familiale, Luxembourg, 2022

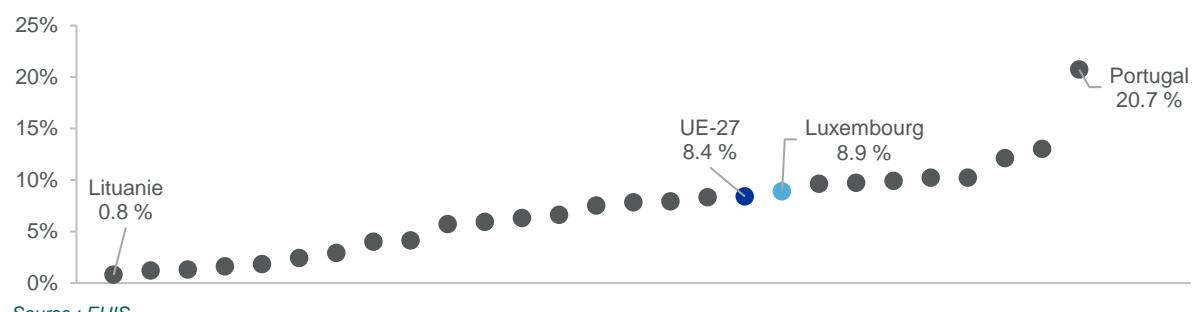


Source : HBSC.

Consommation d'alcool chez les adultes

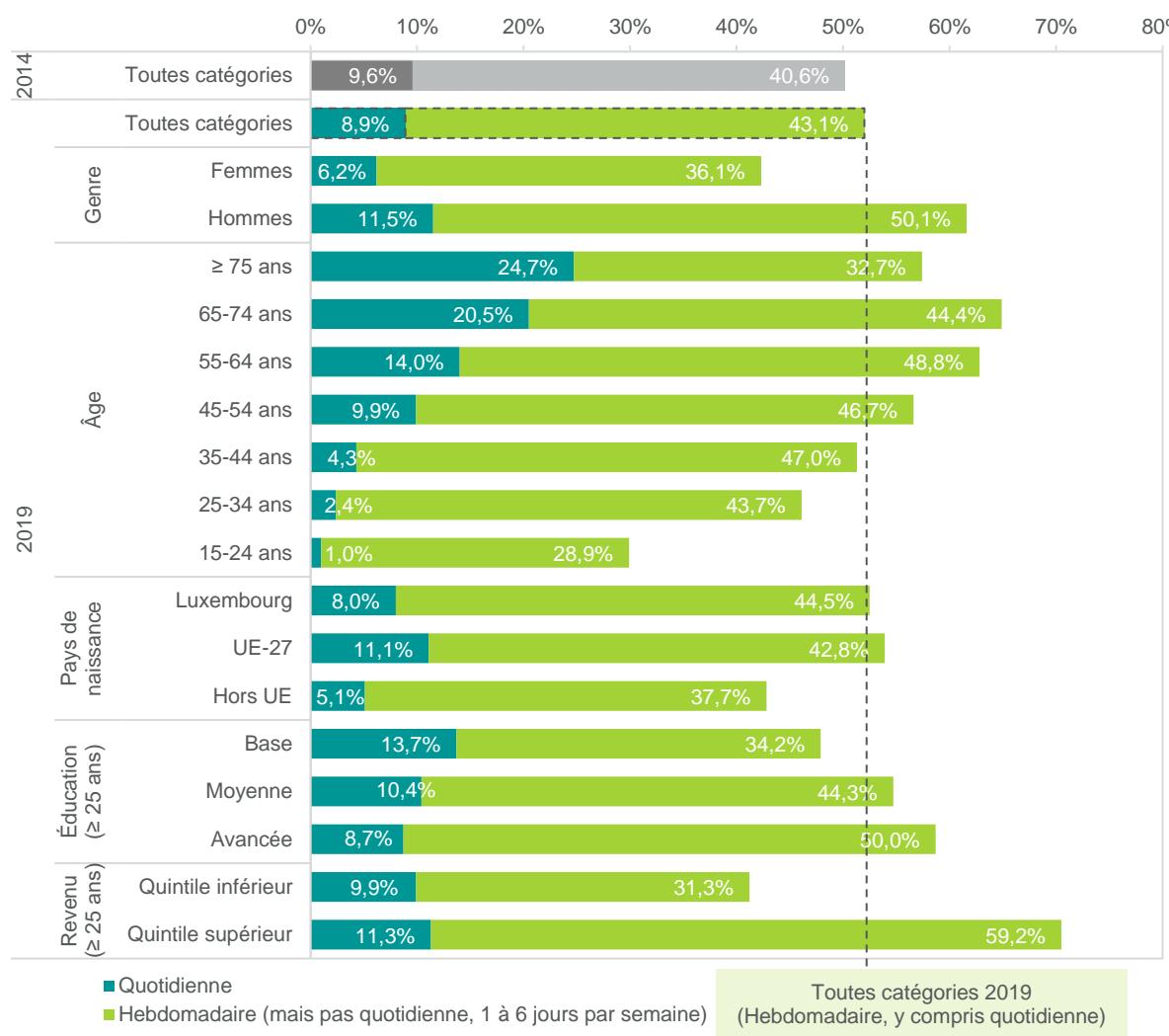
En 2019, la prévalence de la consommation quotidienne d'alcool au Luxembourg (8,9 %) était supérieure à celle de la majorité des pays de l'UE-27 et légèrement supérieure à la moyenne de l'UE-27 (8,4 %) (Figure 15).

Figure 15. Prévalence (%) de la consommation quotidienne chez les personnes âgées de 15 ans et plus dans les pays de l'UE-27 : Luxembourg, la moyenne de l'UE-27, UE-27 le plus bas et le plus élevé, 2019



La proportion de personnes consommant de l'alcool quotidiennement en 2019 était similaire à celle de 2014 (9,6 %) et était plus faible chez les femmes que chez les hommes (Figure 16). Cette proportion était plus élevée chez les personnes ayant un niveau d'éducation de base que chez celles ayant un niveau moyen ou avancé.

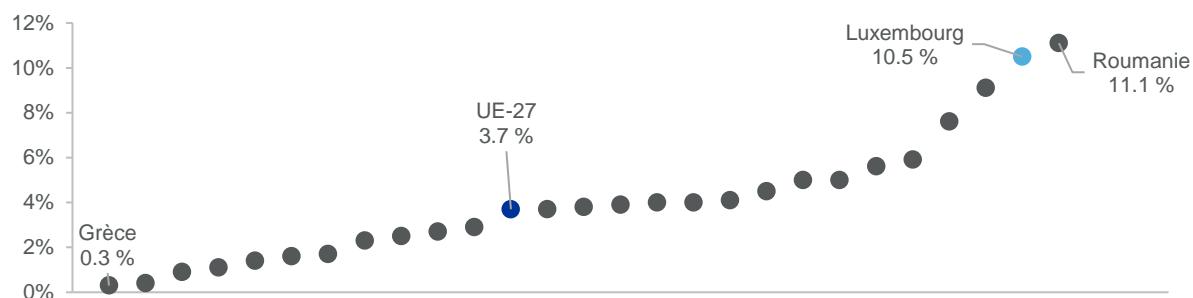
Figure 16. Prévalence (%) de la consommation d'alcool chez les personnes âgées de 15 ans et plus, par fréquence (quotidienne et hebdomadaire mais pas quotidienne, c'est-à-dire 1 à 6 jours par semaine), 2014 et 2019. Stratifiée par genre, âge, pays de naissance, niveau d'éducation et revenu (quintiles inférieur et supérieur), Luxembourg, 2019



Source : EHIS.

En 2019, la prévalence de la consommation excessive hebdomadaire, ou *binge drinking*, (définie comme la consommation de 5 verres ou plus en une seule occasion) était de 10,5 % — soit près de trois fois plus que la moyenne de l'UE-27 (Figure 17).

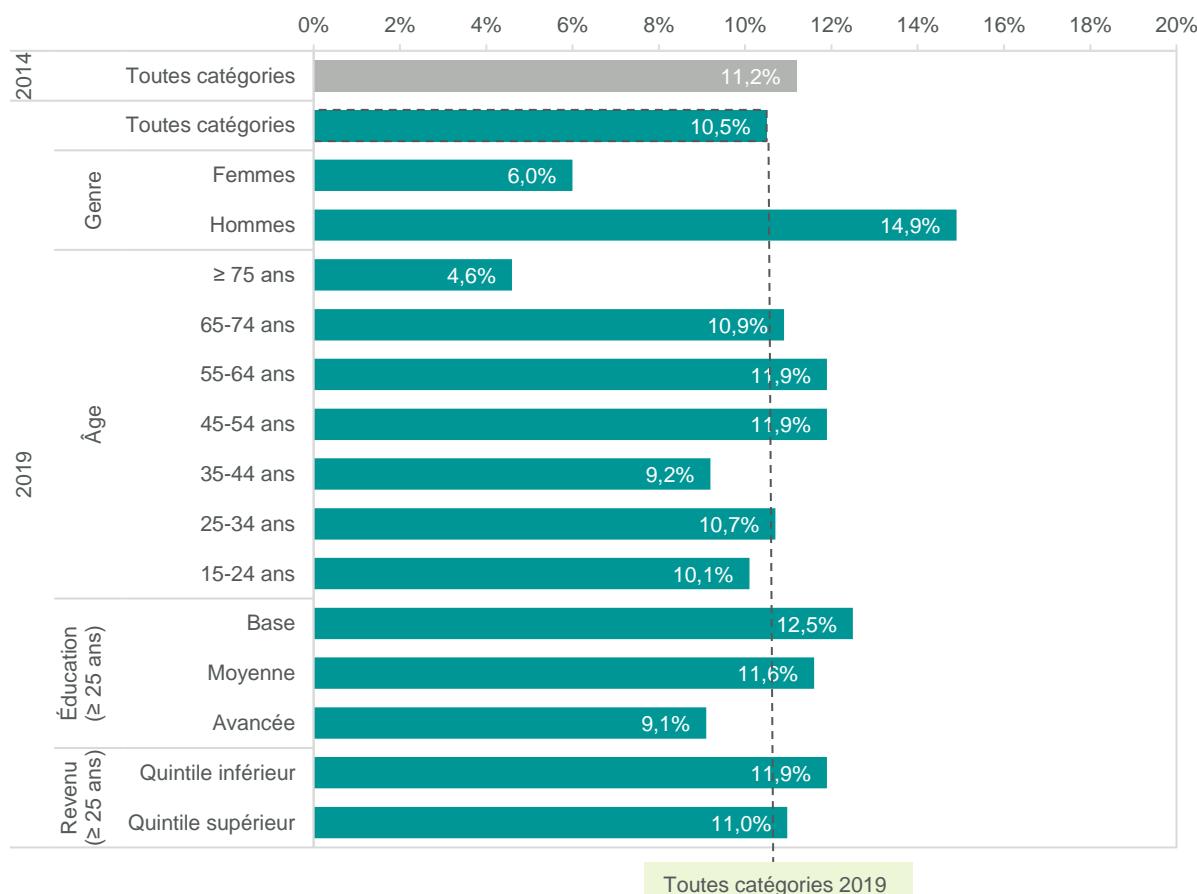
Figure 17. Prévalence (%) de la consommation excessive d'alcool hebdomadaire chez les personnes âgées de 15 ans et plus dans les pays de l'UE-27 : Luxembourg, moyenne de l'UE-27, UE-27 le plus bas et le plus élevé, 2019



Source : EHIS.

La prévalence de la consommation excessive d'alcool hebdomadaire était plus faible chez les femmes que chez les hommes et ne variait pas en fonction de l'âge (Figure 18) ; elle était légèrement plus élevée chez les personnes ayant un niveau d'éducation de base, mais similaire quel que soit le quintile de revenu (supérieur ou inférieur).

Figure 18. Prévalence (%) de la consommation excessive d'alcool hebdomadaire chez les personnes âgées de 15 ans et plus, 2014 et 2019. Stratifiée par genre, âge, niveau d'éducation et revenu (quintiles inférieur et supérieur), Luxembourg, 2019



Source : EHIS.

2.3. Mauvaise alimentation

Une mauvaise alimentation est une cause majeure de maladies chroniques au Luxembourg, contribuant au fardeau de morbidité due aux maladies chroniques, notamment les maladies cardiovasculaires, le diabète et le cancer (Figure 8).

Une alimentation saine et équilibrée contribue à la prévention des maladies chroniques, dont l'obésité.^{87,88} La consommation de quantités suffisantes de fruits et légumes constitue un pilier d'une alimentation saine. S'y ajoutent d'autres éléments importants, tels que la préférence pour les graisses insaturées plutôt que pour les graisses saturées et trans, et une limitation des apports en sel et en sucre.⁸⁹ Les principales sources de consommation de sucre sont les boissons sucrées, les aliments transformés et les sucreries. Ces aliments augmentent le risque d'obésité et de caries dentaires.⁹⁰ Des habitudes alimentaires saines pendant l'enfance sont particulièrement importantes pour favoriser un développement physique et cognitif optimal, ainsi que pour établir de bonnes habitudes nutritionnelles.^{91,92} Une alimentation saine dès le plus jeune âge constitue un élément important qui peut réduire l'incidence des maladies cardiovasculaires, du diabète et du cancer dans la population.⁹³

Recommandations au Luxembourg

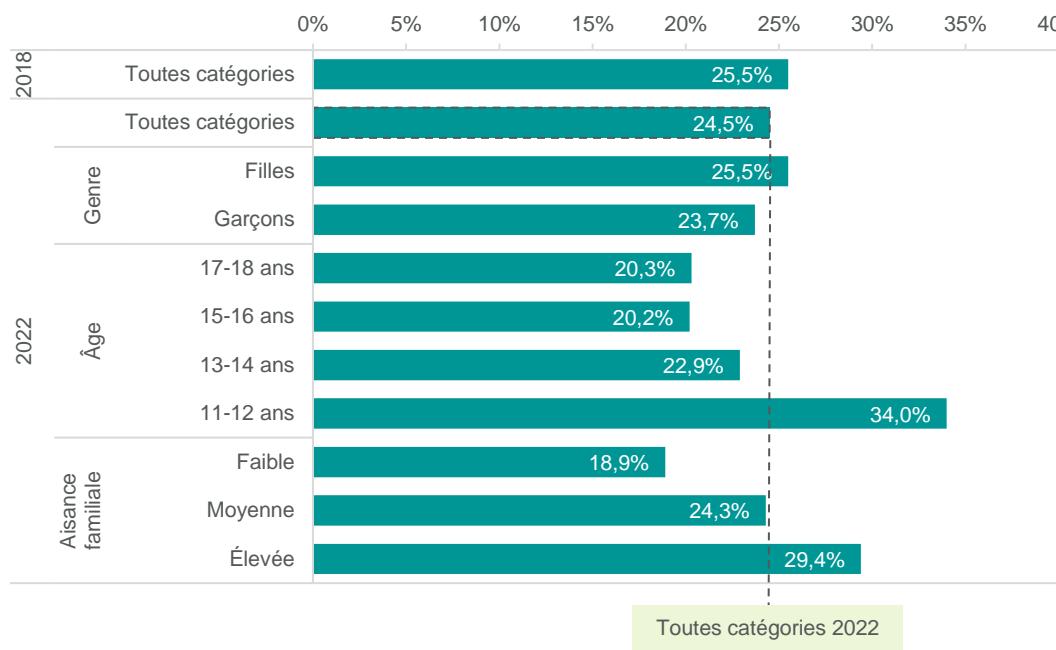
Au Luxembourg, le plan cadre national interministériel « Bien manger, bouger plus » (*Gesond iessen, Méi beweegen ou GIMB*) recommande de consommer au moins cinq portions de fruits et légumes par jour, ainsi que de limiter la consommation d'aliments et de boissons riches en sucre à de petites quantités, et seulement de manière occasionnelle. Pour les nourrissons, il encourage également l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de vie et la poursuite de l'allaitement maternel, associé à une introduction équilibrée d'aliments complémentaires, jusqu'à l'âge de deux ans et au-delà.^{94,95}

Pratiques alimentaires chez les nouveau-nés et comportements alimentaires chez les enfants et les adolescents

Entre 2011 et 2021, la proportion de nouveau-nés allaités exclusivement au lait maternel à la sortie de la maternité a diminué, passant de 81 % à 73 %. Au cours de la même période, l'allaitement mixte, combinant le lait maternisé et l'allaitement maternel, a augmenté, passant de 8 % à 15 %. La proportion de nouveau-nés exclusivement nourris au lait maternisé était de 11 % en 2021.^{96,97}

En 2022, un adolescent âgé de 11 à 18 ans sur quatre (24,5 %) consommait des fruits et légumes quotidiennement (Figure 19) (contre 25,5 % en 2018). La prévalence de la consommation quotidienne de fruits et légumes présentait des inégalités selon l'aisance familiale : environ un enfant ou adolescent sur trois issu d'une famille aisée en consommait chaque jour, contre moins d'un sur cinq parmi ceux de familles peu aisées.⁹⁷⁻⁹⁹

Figure 19. Prévalence (%) de la consommation quotidienne de fruits et légumes chez les 11 à 18 ans, 2018 et 2022. Stratifiée par genre, âge et niveau d'aisance familiale, Luxembourg, 2022



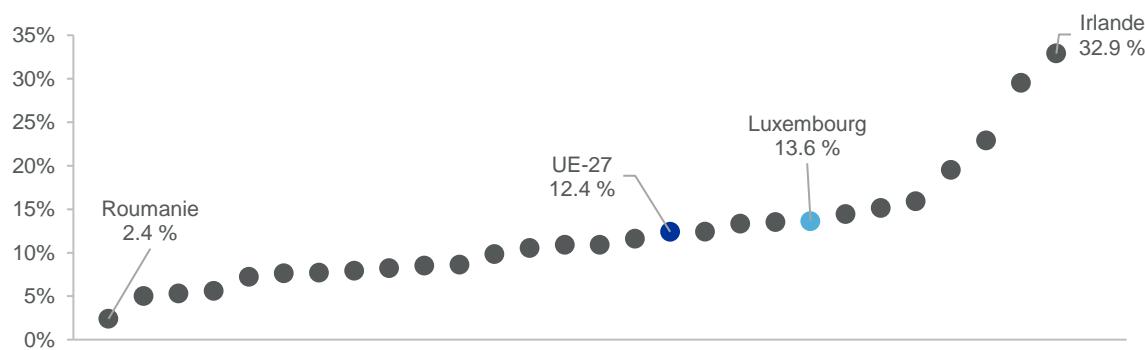
Source : HBSC.

Un adolescent sur quatre (23,7 %) de 11 à 18 ans consommait quotidiennement des boissons sucrées (2018 : 23,9 %) (voir Annexe 1, Figure 26). Cette proportion était la plus faible chez les 11 à 12 ans, comparativement aux enfants et adolescents plus âgés, ainsi que chez les enfants et adolescents issus de familles aisées, comparativement aux enfants et adolescents de familles moins aisées.^{97,98}

Comportements alimentaires chez les adultes

En 2019, 13,6 % des personnes âgées de 15 ans et plus au Luxembourg consommaient cinq portions ou plus de fruits et légumes par jour. Cette prévalence était proche de la moyenne de l'UE-27, mais bien inférieure à celle de l'Irlande, qui affichait la consommation de fruits et légumes la plus élevée des pays de l'UE-27 (Figure 20).

Figure 20. Prévalence (%) de la consommation quotidienne de cinq portions ou plus de fruits et légumes chez les personnes âgées de 15 ans et plus dans les pays de l'UE-27 : Luxembourg, moyenne de l'UE-27, UE-27 le plus bas et le plus élevé, 2019

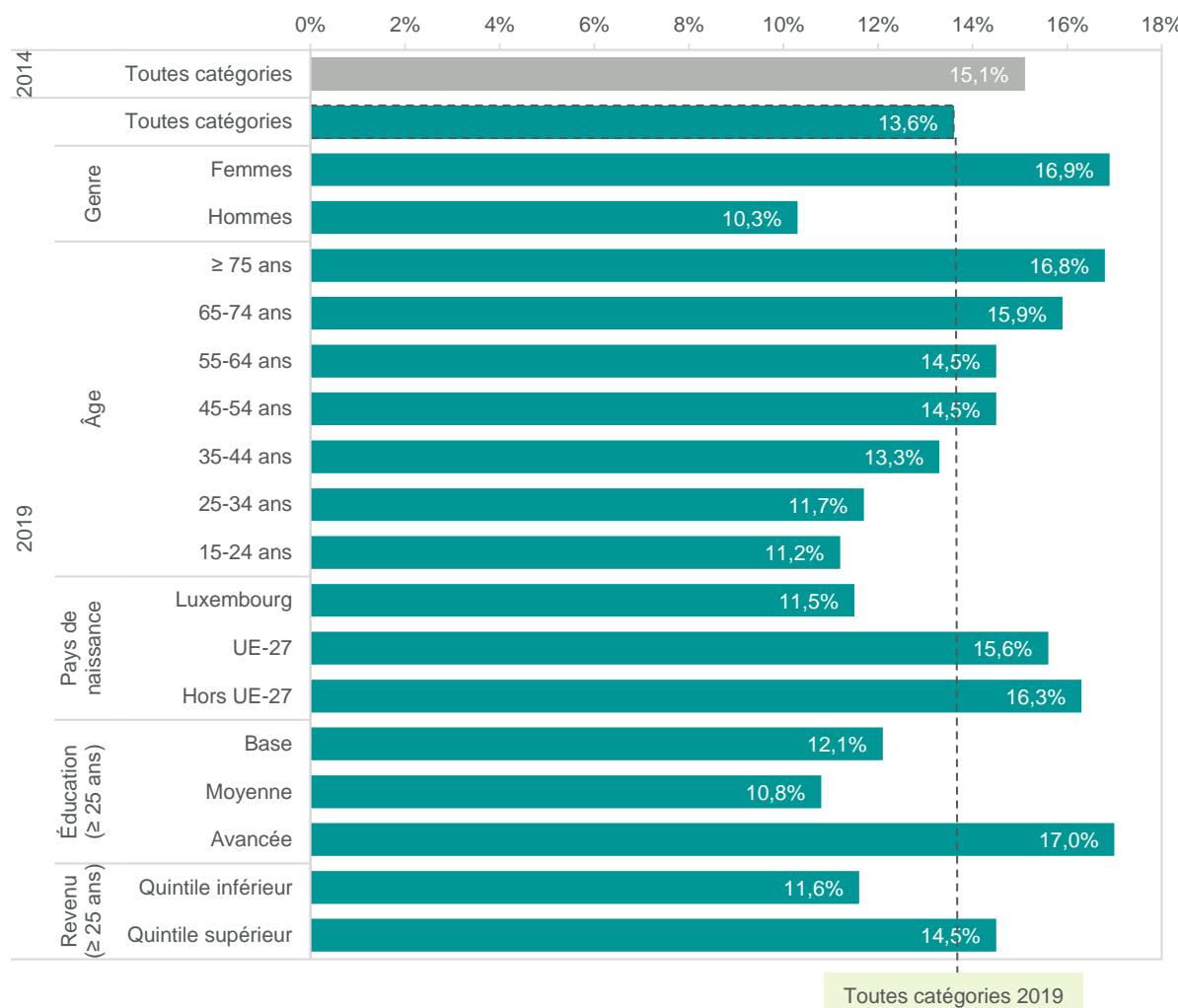


Source : EHIS.

Au Luxembourg, la prévalence de la consommation quotidienne de cinq portions ou plus de fruits et légumes était de 13,6 % en 2019 (2014 : 15,1 %) (Figure 21). Les femmes et les personnes âgées consomment plus fréquemment cinq portions ou plus de fruits et légumes par jour, de même que les

personnes ayant un niveau d'éducation avancé, comparativement à celles de niveau d'éducation moyen ou de base. La consommation quotidienne de cinq portions ou plus de fruits et légumes était plus fréquente parmi les personnes nées à l'étranger que parmi celles nées au Luxembourg.

Figure 21. Prévalence (%) de la consommation quotidienne de cinq portions ou plus de fruits et légumes chez les personnes âgées de 15 ans et plus, 2014 et 2019. Stratifiée par genre, âge, pays de naissance, niveau d'éducation et revenu (quintiles inférieur et supérieur), Luxembourg, 2019



Source : EHIS.

En 2019, la prévalence de la consommation de boissons sucrées chez les personnes âgées de 15 ans et plus était de 5,7 % pour une consommation quotidienne et de 5,3 % pour une consommation quatre à six jours par semaine (voir Annexe 1, Figure 27). Les jeunes adultes âgés de 15 à 24 ans consommaient le plus de boissons sucrées, comparativement aux groupes d'âge plus avancés. La prévalence de la consommation quotidienne de boissons sucrées était plus faible chez les personnes ayant un niveau d'éducation avancé que chez celles de niveau moyen ou de base.

2.4. L'inactivité physique et la sédentarité

L'inactivité physique contribue au fardeau des maladies chroniques (Figure 8). La santé physique et mentale, y compris le bien-être général à tous les âges, bénéficie de l'activité physique.^{100,101} Chez les enfants, l'activité physique est importante pour la santé osseuse, la forme physique générale et la prévention des maladies chroniques plus tard dans la vie. Elle est également bénéfique pour le bien-être général des enfants et a un effet positif sur leur développement cognitif.^{91,102} L'activité physique

peut être pratiquée à des fins récréatives et pendant les loisirs, comme c'est le cas pour le sport, le jeu et les activités ludiques, ou sous forme de mobilité active, par exemple la marche ou le vélo. Le travail manuel ou les tâches ménagères peuvent également être considérés comme une forme d'activité physique.¹⁰³

La sédentarité désigne le temps passé assis ou allongé avec une faible dépense énergétique pendant les heures de veille. Typiquement, cela couvre le temps passé devant un écran (travail de bureau, utilisation d'un ordinateur, télévision, jeux vidéo, etc.), au volant et à la lecture. Des niveaux élevés de sédentarité sont associés à un risque accru de maladie cardiovasculaire, de diabète de type 2, de certains types de cancer et de mortalité toutes causes confondues.¹⁰⁴ Les études montrent que même de petites augmentations du nombre de pas quotidiens procurent des bénéfices pour la santé, ces bénéfices allant croissant à mesure que le nombre de pas augmente.¹⁰⁵

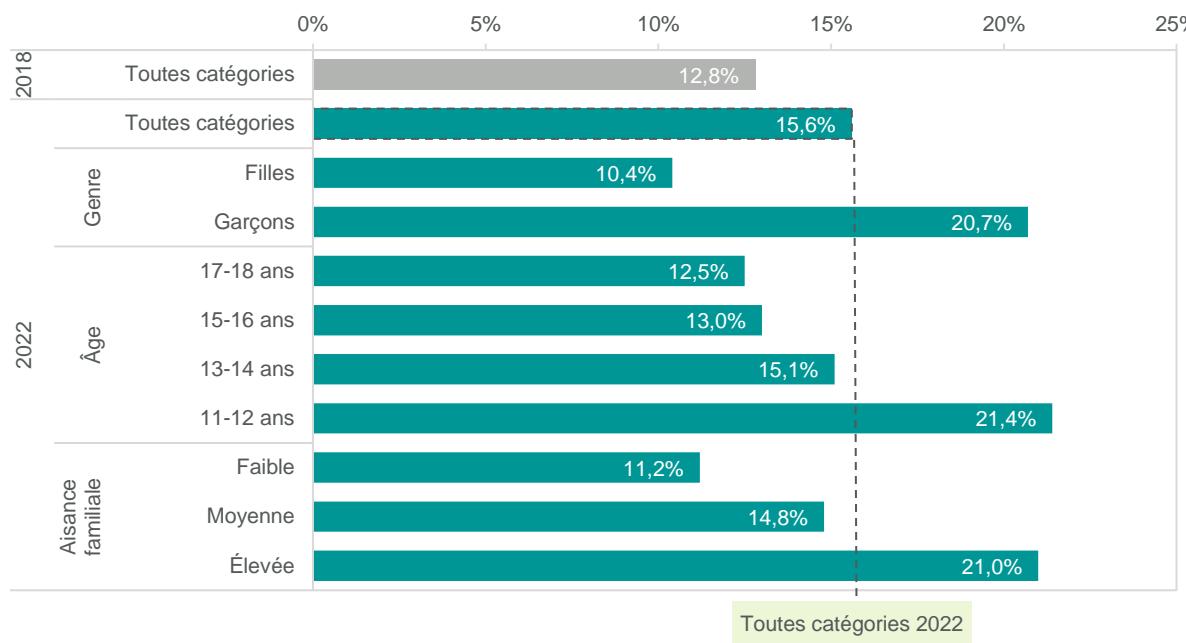
Recommandations au Luxembourg

Le plan cadre national interministériel GIMB, aligné sur les recommandations de l'OMS en matière d'activité physique, recommande une activité physique quotidienne (par exemple jeux, sports) d'au moins 60 minutes pour les enfants. En plus des 60 minutes quotidiennes, les enfants peuvent ajouter des activités sportives soutenues jusqu'à trois fois par semaine. Les adultes devraient viser un minimum de 150 à 300 minutes d'activité physique d'intensité modérée (par exemple marche, vélo, jardinage) ou au moins 75 à 150 minutes d'activité physique d'intensité soutenue (par exemple jogging, natation, aérobic) ou une combinaison équivalente d'activités d'intensité modérée et soutenue tout au long de la semaine. Les adultes devraient également pratiquer des activités de renforcement musculaire. Ce renforcement devrait solliciter tous les grands groupes musculaires et être pratiqué au moins deux fois par semaine, car il apporte des bienfaits supplémentaires pour la santé. Pour les personnes âgées, les recommandations restent inchangées, mais peuvent être adaptées pour améliorer l'équilibre et prévenir les chutes.¹⁰⁶

Inactivité physique chez les enfants et les adolescents

En 2022, environ un enfant ou adolescent sur six âgé de 11 à 18 ans (15,6 %) a suivi la recommandation minimale d'activité physique quotidienne au cours des sept derniers jours (Figure 22) (2018 : 12,8 %).⁹⁸ L'adhésion à cette recommandation était deux fois plus fréquente chez les garçons que chez les filles, et diminuait progressivement avec l'âge. Les enfants issus de familles aisées étaient deux fois plus susceptibles d'être physiquement actifs chaque jour que ceux de familles moins aisées. Des tendances démographiques et sociales similaires ont été observées pour l'activité physique d'intensité soutenue. Par exemple, 68,9 % des enfants issus de familles aisées et 47,4 % de ceux issus de familles moins aisées ont déclaré pratiquer une activité physique soutenue au moins trois fois par semaine.⁹⁸

Figure 22. Prévalence (%) d'au moins 60 minutes par jour d'activité physique au cours des 7 derniers jours, chez les 11 à 18 ans, 2018 et 2022. Stratifiée par genre, âge et niveau d'aisance familiale, Luxembourg, 2022

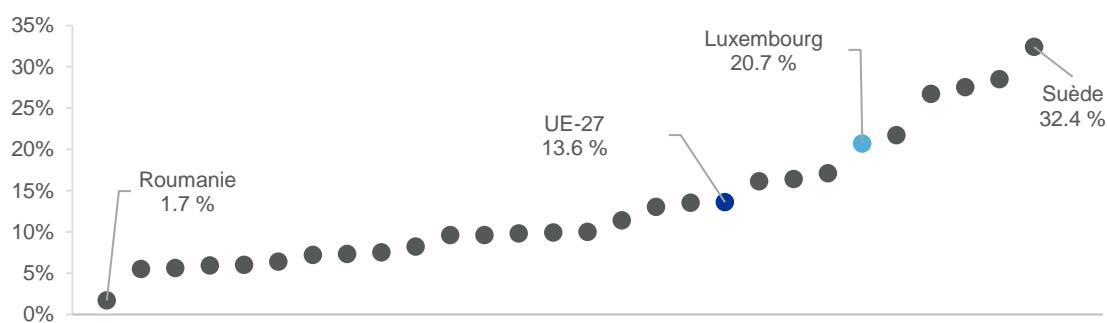


Source : HBSC.

Inactivité physique chez les adultes

En 2019, 20,7 % des adultes respectaient les recommandations en matière d'activité aérobique et de renforcement musculaire au Luxembourg, ce qui place le pays dans le tiers supérieur de la distribution de l'UE-27 et au-dessus de la moyenne de l'UE-27 (13,6 %) (Figure 23).

Figure 23. Prévalence (%) d'une activité physique aérobique (minimum 150 minutes par semaine) et de renforcement musculaire (au moins deux fois par semaine) chez les personnes âgées de 15 ans et plus dans les pays de l'UE-27 : Luxembourg, moyenne de l'UE-27, UE-27 le plus bas et le plus élevé, 2019

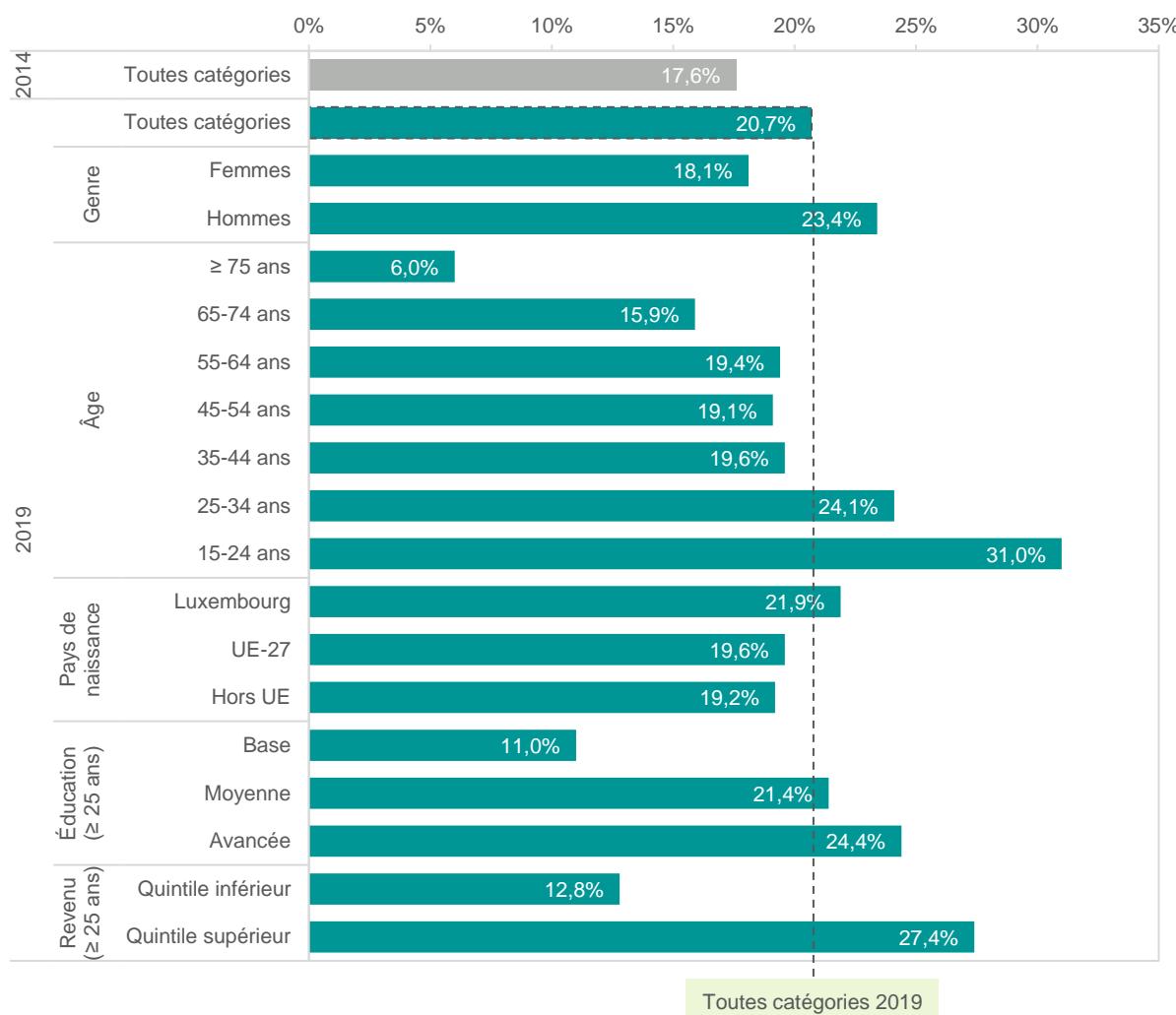


Source : EHIS.

La prévalence du respect des recommandations minimales en matière d'activité physique était légèrement plus élevée en 2019 (20,7 %) qu'en 2014 (17,6 %) (Figure 24).

Elle était plus élevée chez les hommes que chez les femmes, et plus élevée parmi les groupes d'âge plus jeunes que chez les plus âgés. Les personnes ayant un niveau d'éducation avancé, ainsi que celles appartenant au quintile de revenu le plus élevé, respectaient plus de deux fois plus souvent ces recommandations que celles ayant un niveau d'éducation de base et celles appartenant au quintile de revenu le plus bas.

Figure 24. Prévalence (%) d'une activité physique aérobique (minimum 150 minutes par semaine) et de renforcement musculaire (au moins deux fois par semaine) chez les personnes âgées de 15 ans et plus, 2014 et 2019. Stratifiée par genre, âge, pays de naissance, niveau d'éducation et revenu (quintiles inférieur et supérieur), Luxembourg, 2019



Source : EHIS.

La mobilité active désigne ici le fait de marcher ou de faire du vélo pendant au moins 10 minutes d'affilée pour se rendre d'un endroit à un autre et constitue un indicateur de mode de vie non sédentaire. En 2019, 89,6 % des personnes ont déclaré marcher et 17,2 % ont déclaré faire du vélo au cours d'une semaine typique (2014 : 88,6 % et 17,4 %, respectivement). La pratique de la mobilité active était plus fréquente chez les personnes ayant un niveau d'éducation avancé et un niveau de revenu plus élevé (voir Annexe 1, Tableau 8).

Encadré 2. Co-occurrence (*clustering*) des comportements de santé

Les comportements de santé ont tendance à se produire ensemble, certains comportements étant plus susceptibles de s'associer entre eux.^{107,108} Par exemple, une faible consommation de fruits et légumes est associée à une faible activité physique ou à la consommation de tabac.¹⁰⁹ Cette co-occurrence (*clustering* en anglais) de plusieurs comportements de santé est fortement associée à des déterminants sociaux et économiques, et peut déjà être observée pendant l'enfance.^{99,109} Le risque de développer des maladies chroniques est amplifié lorsque ces comportements de santé coexistent et ce risque est parfois plus élevé que la somme des effets de chaque comportement, en raison de l'interaction de ces déterminants.¹¹⁰⁻¹¹²

3. ■

La prévention des maladies chroniques

Messages clés

Les interventions de prévention populationnelle ciblant les quatre comportements de santé principaux sont efficaces dans la lutte contre les maladies chroniques.⁸ Bon nombre de ces interventions ont démontré un impact mesurable en santé publique dans les cinq années suivant leur mise en œuvre.¹⁰

Tabagisme

- L'augmentation de prix est l'une des interventions les plus efficaces pour réduire la consommation de tabac. L'impact de l'augmentation du prix du tabac sur la prévalence des maladies chroniques pourrait être significatif et rapide au Luxembourg, une hausse de prix plus importante se traduisant par une réduction d'autant plus marquée de la prévalence des maladies. La réduction du fardeau des maladies chroniques serait mesurable dès les cinq premières années de mise en œuvre, voire plus tôt.
- Au Luxembourg, le prix des produits du tabac reste bas, ce qui rend ces produits très abordables.
- Actuellement, il n'y a pas de vaste campagne dans les médias de masse visant à sensibiliser la population aux dangers du tabagisme et du tabagisme passif.
- Plusieurs mesures « *best buy* » relatives à l'emballage et à la publicité des produits du tabac ont été mises en œuvre ; cependant, ces mesures n'ont pas été adoptées de manière complète. Par exemple, il n'existe aucune obligation légale à utiliser un emballage neutre pour les produits du tabac.

Consommation d'alcool

- L'augmentation de prix compte parmi les mesures les plus efficaces pour réduire la consommation d'alcool. Le Luxembourg n'a pas mis en œuvre les politiques tarifaires recommandées, ce qui rend l'alcool relativement peu coûteux.
- L'alcool reste largement accessible, sans restrictions significatives à sa vente.
- La réglementation sur le marketing de l'alcool est minimale, ce qui en autorise largement la promotion et la publicité.

Mauvaise alimentation

- Des politiques de marchés publics pour les produits alimentaires existent dans les écoles et les structures d'accueil des enfants au Luxembourg, garantissant l'accès à des repas équilibrés et durables ; toutefois, les dispositions légales pourraient être plus précises en fixant des normes nutritionnelles claires et obligatoires.
- Le Luxembourg promeut des modes de vie sains reposant sur des stratégies de communication inclusives vers le public, touchant tous les groupes d'âge et tous les milieux. Des campagnes nationales, des programmes scolaires, des initiatives sur le lieu de travail et des actions de sensibilisation auprès des personnes âgées garantissent une large diffusion des recommandations alimentaires.
- L'étiquetage nutritionnel est volontaire, ce qui limite sa portée ainsi que son impact sur les choix des consommateurs.
- Il n'existe actuellement aucune restriction légale dédiée à la protection spécifique des enfants contre le marketing de produits riches en sucre, en sel et en graisses.

Inactivité physique

- Des campagnes de communication nationales au Luxembourg promeuvent activement l'activité physique.
- La mobilité active est intégrée au Plan national de mobilité 2035 comme un mode de déplacement attractif et sécurisé. Un renforcement des actions de sensibilisation aux bienfaits de la mobilité active sur la santé pourrait en favoriser l'adoption.
- Les écoles et les communautés promeuvent activement l'activité physique, avec le soutien du GIMB, qui contribue à instaurer des modes de vie sains.

Ce chapitre est consacré aux interventions populationnelles de prévention primaire des maladies chroniques fondées sur des données probantes (Figure 2) et décrit leur mise en œuvre au Luxembourg.

Le Luxembourg démontre un engagement fort en matière de prise en charge et de prévention des maladies chroniques, ainsi qu'en matière de promotion de la santé en général et de vieillissement en bonne santé, par son adhésion à plusieurs accords internationaux. Il soutient le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles, initialement adopté pour la période 2013-2020 et ensuite prolongé jusqu'en 2030 afin de s'aligner sur les objectifs de développement durable (ODD) des Nations unies, en particulier l'Objectif 3.4, qui vise à réduire d'un tiers la mortalité prématuée due aux maladies non-transmissibles d'ici 2030. L'un des jalons importants de ce plan était l'objectif de 2025, qui consistait à réduire de 25 % la mortalité prématuée due aux maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète et aux maladies respiratoires chroniques — un objectif que le Luxembourg a atteint.¹¹³ Le plan présente un ensemble complet de mesures politiques et d'objectifs visant à réduire le fardeau mondial des maladies non-transmissibles. Le Luxembourg soutient également la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT-OMS), qui vise à réduire la consommation de tabac et ses effets nocifs, ainsi que la Stratégie globale pour réduire l'usage nocif de l'alcool, qui vise à minimiser les dommages liés à l'alcool.¹¹⁴⁻¹¹⁶ En outre, le Luxembourg s'est engagé à respecter le programme plus large des ODD, qui englobe un large éventail d'objectifs, notamment la santé, le bien-être et le développement durable.^{117,118}

Au Luxembourg, le ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, par l'entremise de la Direction de la santé, est chargé d'élaborer et de mettre en œuvre les politiques de santé, notamment en matière de prévention des maladies et de promotion de la santé.¹¹⁹ Au niveau national, plusieurs plans d'action et programmes ciblent les maladies chroniques et les comportements de santé. Il s'agit notamment du Plan national cancer 2020-2026, du Plan national de lutte contre le tabagisme (PNLT) 2016-2020, du Plan d'Action Luxembourgeois de réduction du mésusage de l'alcool (PALMA) 2020-2024 et du plan cadre national interministériel « Bien manger, bouger plus » (*Gesond iessen, Méi beweegen ou GIMB*). Le Plan national santé, publié en 2023, définit les priorités stratégiques et opérationnelles visant à améliorer la santé de la population, en mettant l'accent sur la prévention, la promotion de la santé et l'accès équitable aux soins. En outre, le Plan national maladies cardio-neuro-vasculaires (PN MCNV) 2023-2027 cible l'une des principales causes de décès au Luxembourg grâce à des efforts coordonnés en matière de gouvernance, de collecte de données, de prévention et de dépistage. Un plan national de prévention, qui consolide les mesures issues de différents plans d'action et programmes nationaux, est actuellement en cours d'élaboration. Il propose également des mesures supplémentaires, notamment une intervention de prévention primaire selon l'approche populationnelle, reposant sur une approche intersectorielle de la prévention et des investissements intersectoriels. Ces initiatives sont également soutenues par l'Accord de coalition 2023-2028, qui renforce l'engagement du gouvernement en faveur de la santé publique et de la prévention des maladies chroniques.^{62,86,106,120-122}

3.1. Interventions de prévention primaire fondées sur des données probantes

En 2010, l'OMS a élaboré une liste d'options politiques rentables, qui ont démontré un bon rapport coût-efficacité, et recommandées pour lutter efficacement contre les maladies non transmissibles (MNT ou NCD en anglais) — appelées « maladies chroniques » dans le présent rapport. Les interventions qui se sont avérées les plus rentables sont communément appelées les « *NCD best buys* » de l'OMS. Elles constituent un élément clé du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020, qui a ensuite été prolongé jusqu'en 2030. Les « *NCD best buys* » de l'OMS, agissant au niveau individuel et au niveau de la population, ciblent les principaux déterminants de santé des maladies chroniques (Chapitres 1 et 2).⁸ Elles constituent une feuille de route de mise en œuvre pratique pour les pays, en proposant des stratégies rentables et fondées sur des données probantes pour réduire la prévalence et l'impact des maladies chroniques.^{8,123}

Ce chapitre est rédigé dans une perspective de santé publique et met l'accent sur la prévention primaire à travers les interventions selon l'approche populationnelle des « *NCD best buys* » (les meilleurs choix pour lutter contre les maladies non-transmissibles) de l'OMS. Ces interventions ciblent les quatre principaux comportements modifiables en matière de santé, nombre de ces interventions ayant démontré un impact mesurable sur la santé publique dans un délai de cinq ans.¹⁰ Bien que ce rapport mette l'accent sur les interventions populationnelles, les interventions individuelles peuvent également être rentables, abordables et réalisables, et doivent être considérées comme complémentaires (voir Chapitre 1, Tableau 1).

Certaines interventions efficaces ne sont pas incluses dans les « *NCD best buys* » de l'OMS parce qu'elles n'ont pas fait l'objet d'une analyse de rentabilité. Elles restent toutefois pertinentes et sont toujours fortement recommandées par l'OMS. Par exemple, la fixation d'un âge minimum pour l'achat ou la consommation de tabac et d'alcool est une mesure efficace pour protéger les enfants et les adolescents et fait partie de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT-OMS) et de l'initiative SAFER sur l'alcool.^{116,124}

Table 3. Les interventions de prévention primaires populationnelles parmi les « *NCD best buys* » de l'OMS

Comportement de santé	« <i>NCD best buys</i> »
Tabagisme	Taxation
	Avertissements sanitaires / Emballage neutre
	Interdictions de la publicité
	Politiques en faveur d'espaces publics sans fumée
	Campagnes dans les médias de masse
Consommation d'alcool	Taxation
	Interdictions de la publicité
	Restrictions à la disponibilité
Mauvaise alimentation	Politiques de reformulation des produits alimentaires
	Étiquetage sur la face avant de l'emballage
	Marchés publics des produits alimentaires
	Campagnes dans les médias de masse
	Protéger les enfants des effets néfastes du marketing alimentaire
	Pratiques optimales en matière d'allaitement maternel
Inactivité physique	Campagnes de communication

Source : Compilation des auteurs basée sur l'OMS (2024)⁸ ; Galea et al. (2025).¹⁰

Les décisions concernant la mise en œuvre d'interventions de prévention primaire populationnelles reposent idéalement sur des données probantes et des considérations spécifiques au contexte. La plupart des mesures ciblent les déterminants sociaux de la santé (Chapitre 1) et impliquent des compromis complexes, tenant compte des impacts potentiellement positifs et négatifs sur l'économie, le marché du travail et l'équité sociale. En outre, la mise en œuvre effective de ces interventions nécessite généralement une action multisectorielle, impliquant une collaboration entre les secteurs publics et privés concernés — par exemple, de la santé, des finances, de l'éducation, de l'agriculture ou du commerce — et un soutien actif de la société civile. Un cadre réglementaire solide est également essentiel pour garantir l'application et le maintien des politiques dans le temps. L'action commune de l'UE pour la prévention des maladies non transmissibles (*Joint Action to Prevent Noncommunicable Diseases* ou *JA PreventNCD*) a un programme de travail consacré à l'amélioration des mesures fiscales et réglementaires ciblant les quatre principaux facteurs de risque.⁵⁰

3.2. Mise en œuvre d'interventions de prévention primaire fondées sur des données probantes au Luxembourg

Cette section passe en revue les interventions populationnelles des « NCD best buys » de l'OMS, en décrivant les objectifs sous-jacents de chaque intervention et le niveau actuel de leur mise en œuvre au Luxembourg.

Efforts de prévention contre le tabagisme

En 2003, l'OMS a formulé la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT-OMS).¹¹⁶ Selon cette convention, le Luxembourg, en tant que pays membre de l'OMS, est légalement tenu de mettre en œuvre et d'appliquer les politiques convenues en matière de lutte antitabac. La « lutte antitabac » est un ensemble de mesures visant à réduire l'offre et la demande de tabac et à minimiser les risques, afin d'améliorer la santé de la population en éliminant ou en réduisant son exposition au tabac. La prévention du tabagisme est plus efficace lorsqu'elle combine plusieurs mesures stratégiques, plusieurs interventions permettant de réduire rapidement et de manière rentable la consommation de tabac.¹⁰

Ces interventions constituent le programme *MPOWER* de l'OMS. *MPOWER* signifie « Surveiller la consommation de tabac et les politiques de prévention (*Monitor*) ; Protéger la population contre la fumée du tabac (*Protection*) ; Offrir une aide à ceux qui veulent renoncer au tabac (*Offering help*) ; Mettre en garde contre les dangers du tabac (*Warnings*) ; Faire respecter l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage (*Enforcing*) ; et Augmenter les taxes sur le tabac (*Raising taxes*) ».¹²⁵ Toutes les interventions *MPOWER* sont reconnues comme des « NCD best buys ». La plupart des interventions recommandées ont démontré un impact sur la santé de la population dans les cinq ans suivant leur mise en œuvre, principalement en entraînant une réduction rapide de la consommation de tabac.¹⁰

Tableau 4. « NCD best buys » de l'OMS pour la prévention du tabagisme

Intervention	Intervention de prévention primaire populationnelle	Impact mesurable dans les cinq ans
■ Augmenter les droits d'accises et les prix des produits du tabac.	Oui	Oui
■ Appliquer des avertissements sanitaires illustrés de grande taille sur tous les conditionnements de tabac, accompagnés d'un emballage neutre/standardisé.	Oui	Oui
■ Adopter et appliquer l'interdiction complète de la publicité, de la promotion et du parrainage du tabac.	Oui	Oui
■ Éliminer l'exposition au tabagisme passif dans tous les lieux de travail intérieurs, les lieux publics et les transports publics.	Oui	Oui
■ Mettre en œuvre des campagnes dans les médias de masse qui sont efficaces pour sensibiliser le public aux méfaits du tabagisme et du tabagisme passif.	Oui	Non
■ Fournir à tous les consommateurs de tabac un soutien efficace et une prise en charge financière (y compris des conseils succincts, des services nationaux d'assistance téléphonique gratuits et des programmes de sevrage) pour les aider à arrêter de fumer.	Non	Non
■ Prendre en charge les frais des interventions pharmacologiques efficaces pour tous les consommateurs de tabac qui souhaitent arrêter de fumer.	Non	Oui

Source : Compilation des auteurs basée sur l'OMS (2024)⁸ ; Galea et al. (2025).¹⁰

■ Augmenter les droits d'accises et les prix des produits du tabac

L'augmentation des taxes sur les produits du tabac entraîne une hausse des prix, ce qui réduit l'accessibilité financière pour les consommateurs. En conséquence, la consommation de ces produits diminue, de même que le nombre de personnes qui commencent à en consommer.¹²⁶ Cette intervention est très efficace pour réduire la prévalence du tabagisme, la consommation globale de tabac et les ventes de tabac, tout en améliorant les taux de cessation.¹²⁷ Les données scientifiques actuelles suggèrent qu'une augmentation de 10 % du prix *via* une hausse des taxes sur le tabac réduit la consommation de 4 % dans les pays à revenu élevé.^{126,128–130} De plus, cet effet est susceptible d'être plus marqué chez les personnes à faibles revenus, en particulier les jeunes ainsi que les segments les plus défavorisés de la population.¹²⁶

Situation au Luxembourg

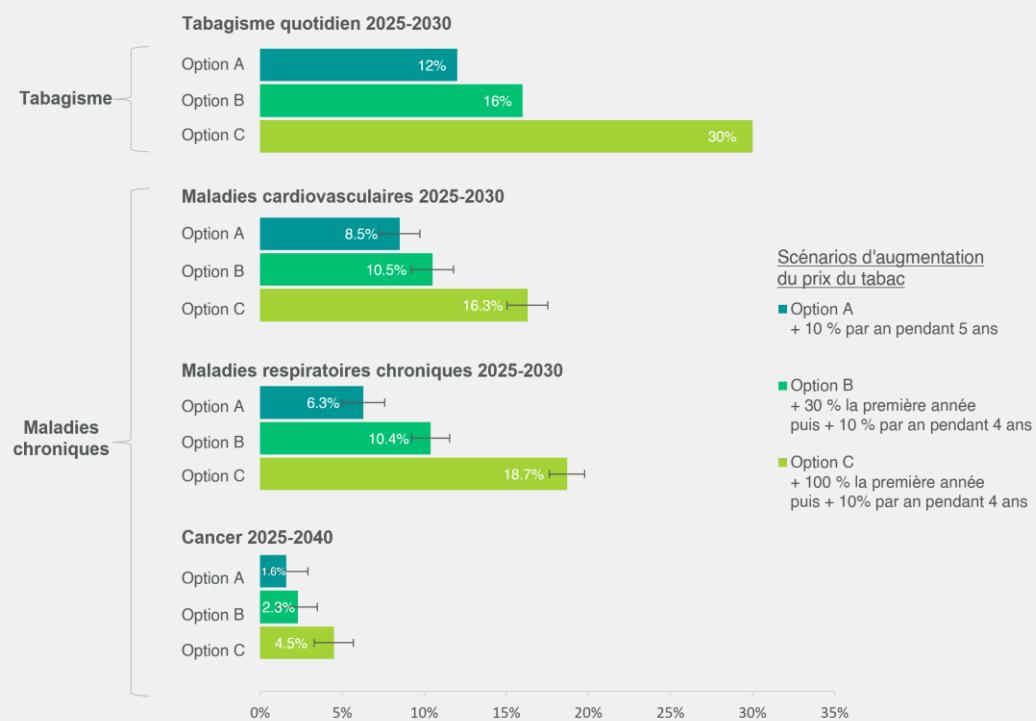
Les produits du tabac sont actuellement très abordables au Luxembourg par rapport à d'autres pays européens, en raison de leurs prix relativement bas.^{131,132} Les prix peu élevés au Luxembourg sont principalement dus au niveau faible des droits d'accises. Par exemple, en 2024, les droits d'accises pour un paquet de 20 cigarettes étaient de 2,86 € au Luxembourg, contre 3,63 € en Allemagne, 6,22 € en Belgique et 7,45 € en France.¹³³ L'augmentation des prix du tabac est considérée comme essentielle du point de vue de la santé publique pour renforcer la lutte antitabac au Luxembourg ; une telle intervention est soutenue par le ministère de la Santé et de la Sécurité sociale mais nécessite un alignement incluant d'autres secteurs, tels que les finances publiques et l'économie. En 2025, la Cour des comptes souligne dans son avis annuel sur le budget de l'État que les recettes fiscales provenant du tabac influencent de façon trop importante les considérations budgétaires.¹³⁴ En plus, d'après un sondage réalisé en 2025, plus de sept résidents sur dix sont favorables à une augmentation du prix de tous les produits du tabac.⁶⁶

Encadré 3. Impact de l'augmentation des prix des produits du tabac au Luxembourg : Une étude de modélisation

Pour le Luxembourg, les estimations issues d'une modélisation indiquent qu'une augmentation du prix du tabac pourrait réduire considérablement le fardeau des maladies chroniques au cours des prochaines années.^{39,135} Une augmentation de 10 % du prix devrait entraîner une réduction de la prévalence du tabagisme d'environ 3 %.¹³⁶⁻¹³⁹ L'impact sur le fardeau des maladies chez les personnes âgées de 50 ans et plus a été analysé selon trois options d'augmentation du prix du tabac appliquées de 2026 à 2030. L'option A consiste en une augmentation de 10 % chaque année pendant cinq ans, l'option B en une augmentation initiale de 30 % la première année, suivie d'une augmentation de 10 % par an pendant les quatre années suivantes, et l'option C en une augmentation initiale de 100 % la première année, suivie d'une augmentation de 10 % par an pendant les quatre années suivantes. Toutes les options montrent des effets mesurables dans les cinq ans suivant leur mise en œuvre (Figure 25). L'option présentant la plus forte augmentation de prix (option C) permet de réduire deux à trois fois plus la prévalence des trois principales maladies chroniques — maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires chroniques et cancer — que l'option présentant la plus faible augmentation de prix (option A).

Pour plus d'informations sur le modèle et ses résultats, voir le rapport « *Case study: Increasing tobacco price to reduce the burden of chronic diseases in Luxembourg* ».

Figure 25. Estimation de la réduction relative (%) de la prévalence du tabagisme quotidien, des maladies cardiovasculaires et respiratoires chroniques entre 2025 et 2030, et du cancer entre 2025 et 2040 chez les personnes âgées de 50 ans et plus au Luxembourg



Source : SHARE ; Enquête nationale sur le tabagisme au Luxembourg ; « *Case study: Increasing tobacco price to reduce the burden of chronic diseases in Luxembourg* »

Note : La réduction du tabagisme quotidien liée à l'augmentation du prix du tabac est calculée à partir d'estimations consensuelles publiées. Les maladies cardiovasculaires désignent les crises cardiaques, y compris les infarctus du myocarde, les thromboses coronaires ou tout autre problème cardiaque, y compris l'insuffisance cardiaque congestive. Les maladies respiratoires chroniques désignent les maladies pulmonaires chroniques telles que la bronchite chronique ou l'emphysème. Le cancer comprend tous les types de cancer et exclut les cancers cutanés mineurs.

■ Mettre en place des avertissements sanitaires graphiques de grande taille sur tous les conditionnements de tabac, accompagnés d'un emballage neutre/standardisé

L'emballage standardisé vise à réduire l'attrait promotionnel des paquets de tabac. Il est défini comme un emballage de couleur uniforme (et dans certains cas de forme et de taille uniformes), sans logo ni marque, et dont le nom de la marque est indiqué dans une police imposée, de couleur et de taille uniformes.¹⁴⁰ Les avertissements sanitaires graphiques sur les paquets de tabac visent à sensibiliser les consommateurs de tabac aux effets nocifs de la consommation de tabac. Il s'agit de messages sous forme de texte et d'illustrations portant sur les risques liés à la consommation de tabac et les avantages du sevrage.¹⁴⁰ Les avertissements sanitaires illustrées sont plus efficaces pour modifier les comportements que les avertissements textuels seuls et doivent occuper au moins 50 % de la surface du paquet de cigarettes.¹⁴¹ La mise en œuvre de cette intervention est relativement simple et peu coûteuse.¹²⁷

Situation au Luxembourg

Au Luxembourg, la législation actuelle sur le tabac n'exige pas l'emballage neutre des produits du tabac.¹⁴² Conformément à la législation européenne, des avertissements sanitaires sont appliqués sur les produits de tabac et sont, depuis janvier 2026, étendus aux produits de tabac chauffés destinés à être fumés, aux sachets de nicotine et aux nouveaux produits nicotiniques.^{74,143} Pour les cigarettes, le tabac à rouler et les produits du tabac chauffés, un visuel issu de la bibliothèque d'images de l'UE, un message d'avertissement sanitaire et des informations sur les services d'aide au sevrage doivent figurer sur l'emballage des produits. Les avertissements doivent couvrir 65 % de la face avant et arrière des paquets.^{143,144}

■ Adopter et appliquer l'interdiction complète de la publicité, de la promotion et du parrainage du tabac

L'interdiction de la publicité, de la promotion et du parrainage en faveur du tabac (*TAPS* ou *Tobacco Advertising, Promotion and Sponsorship*) est une méthode efficace pour réduire la consommation de tabac.¹⁴⁵ La publicité en faveur du tabac et la promotion du tabac désignent « toute forme de communication, recommandation ou action commerciale ayant pour but, effet ou effet vraisemblable de promouvoir directement ou indirectement un produit du tabac ou l'usage du tabac ».

Le parrainage des produits du tabac désigne « toute forme de contribution à tout événement, activité ou personne, ayant pour but, effet ou effet vraisemblable de promouvoir directement ou indirectement un produit du tabac ou l'usage du tabac ». L'interdiction *TAPS* direct comprend principalement l'utilisation de la télévision, de la radio, des plateformes de médias sociaux, des publications imprimées, des panneaux d'affichage et des points de vente au détail, tandis que l'interdiction *TAPS* indirect comprend (sans s'y limiter) les remises promotionnelles, la distribution gratuite de produits, le partage de marque, l'extension de marque (utilisation d'une marque existante bien connue pour commercialiser un nouveau produit ou pénétrer de nouveaux marchés) et le parrainage d'événements musicaux et sportifs.¹⁴⁵

La revue systématique la plus récente à ce sujet montre que l'interdiction *TAPS* est très efficace pour prévenir l'initiation au tabagisme, mais les preuves sont moins solides concernant le sevrage tabagique. Il a été démontré que l'interdiction *TAPS* réduit la prévalence du tabagisme d'environ 23 %.¹⁴⁵

Situation au Luxembourg

Au Luxembourg, l'interdiction du *TAPS* a été largement mise en œuvre en interdisant la publicité directe dans les médias tels que la télévision et la radio, la presse écrite et Internet, bien que cette interdiction ne s'applique pas à la publicité faite à l'intérieur des débits de tabac où l'affichage est autorisé par le biais d'affiches et de panneaux réclames. Les produits du tabac peuvent toujours apparaître à la télévision ou dans les films, et aucun message antitabac n'est requis pour les produits de divertissement

visuel qui montrent des produits du tabac. Le parrainage ayant pour but de promouvoir un produit du tabac est interdit (cette interdiction ne s'étend pas au mécénat), tout comme le placement de produits de marques de tabac spécifiques à la télévision, les remises promotionnelles sur les produits du tabac et la distribution gratuite de produits du tabac par courrier ou par d'autres moyens.^{146,147}

■ Éliminer l'exposition au tabagisme passif dans tous les lieux de travail intérieurs, les lieux publics et les transports publics

Le tabagisme passif, causé par l'inhalation de la fumée qui se dégage entre les bouffées de tabac brûlé et celle expirée par les fumeurs, est largement reconnu comme un risque majeur pour la santé.^{55,56} L'interdiction de fumer dans tous les lieux de travail intérieur, les lieux publics et les transports publics permettent aux non-fumeurs de réduire leur exposition involontaire au tabagisme passif, à dénормaliser le tabagisme, et aide les fumeurs à arrêter de fumer en leur offrant un environnement plus propice au sevrage.¹⁴⁸ Il a été démontré que ces interdictions permettent de réduire la prévalence du tabagisme de près de 19 %.^{127,148,149}

Situation au Luxembourg

La consommation de tabac, ainsi que l'utilisation de cigarettes électroniques, est interdite au Luxembourg dans tous les lieux publics fermés, y compris les hôpitaux, les écoles (ainsi que dans leur enceinte), les musées, les transports publics, à l'intérieur des restaurants et des installations sportives, entre autres. Sur le lieu de travail, les employeurs doivent veiller à ce que les non-fumeurs ne soient pas exposés à la fumée du tabac. Depuis 2014, la consommation de tabac est interdite sur les aires de jeux, dans toute installation sportive utilisée par des enfants de moins de 16 ans, et dans les véhicules privés en présence d'enfants de moins de 12 ans.¹⁵⁰ Il est toutefois encore permis de fumer dans des zones désignées à l'extérieur des hôpitaux, ainsi que sur les terrasses extérieures des restaurants et bars où des repas et boissons sont servis. Les bars et restaurants ont également la possibilité de désigner une salle séparée dans l'établissement où il est permis de fumer, dans lequel aucun service ne peut être fourni.¹⁵⁰

■ Mettre en œuvre des campagnes dans les médias de masse efficaces pour sensibiliser le public aux méfaits du tabagisme et du tabagisme passif, et encourager un changement de comportement

Les campagnes dans les médias de masse ciblent une large audience par le biais de la télévision et de la radio, des médias imprimés et numériques, ainsi que des panneaux d'affichage et des points de vente. Leur objectif est généralement de réduire l'initiation au tabagisme chez les jeunes, d'augmenter les taux de cessation tabagique ou de sensibiliser le public aux dangers du tabagisme et du tabagisme passif.¹⁵¹ La revue systématique la plus récente à ce sujet a révélé des preuves solides indiquant que ces campagnes dans les médias de masse ont une influence positive sur les comportements liés au tabagisme. Elles augmentent le nombre de personnes qui arrêtent de fumer, réduisent la consommation globale de tabac et diminuent la prévalence du tabagisme de 15 %.¹²⁷

Situation au Luxembourg

Au Luxembourg, aucune campagne dans les médias de masse ciblant une large audience en utilisant divers canaux de communication pour réduire le tabagisme n'a été menée au cours des cinq dernières années.¹⁵² Le Plan national de lutte contre le tabagisme (PNLT) 2016-2020 incluait des mesures visant à informer la population sur les dangers du tabagisme par le biais des médias.¹⁵³ À l'occasion de la Journée mondiale sans tabac, célébrée chaque année le 31 mai, le ministère de la Santé et de la Sécurité sociale a lancé des campagnes de communication ciblées sur les jeunes en 2022 et 2025. Les résultats de l'enquête nationale sur le tabagisme sont aussi systématiquement présentés lors de cette journée. La Fondation Cancer accompagne la Journée mondiale sans tabac par des actions de sensibilisation du public aux dangers du tabac.

Success story : prévention du tabagisme

Plusieurs pays ont réalisé des progrès importants dans la réduction de la prévalence du tabagisme grâce à la mise en œuvre des politiques recommandées comme « *best buys* ». Tout récemment, les Pays-Bas, après l'île Maurice, le Brésil et la Turquie, ont été le quatrième pays à adopter les six « *best buys* » à leur niveau maximal, y compris les cinq mesures populationnelles évoquées ci-dessus. Au cours de cette période, la prévalence du tabagisme aux Pays-Bas a diminué et est passée de 25,7 % en 2014 à 20,6 % en 2021.¹²⁵

La France a mis en œuvre un ensemble de mesures entre 2016 et 2020 visant à réduire l'initiation au tabagisme et à augmenter la cessation tabagique. Ce programme comprenait les « *best buys* » énumérées ci-dessus, en particulier une augmentation progressive du prix des produits du tabac (augmentation relative de 41 % du prix du paquet de cigarettes le plus vendu), l'emballage neutre, une campagne annuelle de sevrage tabagique et le remboursement des produits de substitution nicotinique. Cette politique a contribué à la réduction de la prévalence du tabagisme de 35 % à 31 % au cours de cette période.¹⁵⁴ En France, le Programme national de lutte contre le tabagisme (2023-2027) renforce encore les politiques de contrôle du tabac avec pour objectif que les enfants nés à partir de 2014 deviennent la première génération d'adultes qui ne fument pas (< 5 % de fumeurs).¹⁵⁵

Efforts de prévention contre la consommation d'alcool

Les « *NCD best buys* » de l'OMS, dont le rapport coût-efficacité est démontré pour réduire la consommation d'alcool, sont répertoriées dans le Tableau 5. Cette section présente les interventions qui s'inscrivent dans l'approche populationnelle, tel que défini dans ce rapport, c-à-d les mesures qui influencent l'accessibilité financière et la disponibilité de l'alcool, ainsi que celles qui restreignent l'exposition à la publicité pour l'alcool. Toutes les interventions discutées ici ont démontré un impact mesurable dans les pays à revenu élevé dans les cinq années suivant leur mise en œuvre. Les sous-sections suivantes fournissent une analyse plus détaillée de ces interventions populationnelles, y compris leur niveau de mise en œuvre au Luxembourg.

Tableau 5. « *NCD best buys* » de l'OMS pour la prévention de la consommation d'alcool

Intervention	Intervention de prévention primaire populationnelle	Impact mesurable dans les cinq ans
■ Augmenter les droits d'accises sur les boissons alcoolisées.	Oui	Oui
■ Adopter et appliquer des interdictions ou des restrictions exhaustives concernant l'exposition à la publicité de l'alcool (dans divers types de médias).	Oui	Oui
■ Adopter et appliquer des restrictions sur la disponibilité physique de l'alcool vendu au détail (par une limitation des plages horaires de vente).	Oui	Oui
■ Adopter et appliquer des lois sur la conduite en état d'ivresse et des limites de concentration d'alcool dans le sang par des contrôles de sobriété.	Non	Non
■ Proposer une brève intervention psychosociale aux personnes ayant une consommation d'alcool dangereuse et nocive.	Non	Oui

Source : Compilation des auteurs basée sur l'OMS (2024)⁸, Galea *et al.* (2025).¹⁰

■ Augmenter les droits d'accises et les prix des produits alcoolisés

Augmenter le prix de l'alcool peut amener une réduction rapide de la consommation d'alcool au sein de la population. Les deux leviers principaux d'augmentation du prix de l'alcool sont les taxes et les mécanismes de fixation d'un prix minimal. Les droits d'accises sur l'alcool peuvent être classées en trois catégories : les taxes unitaires, les taxes volumétriques (spécifiques) et les taxes *ad valorem*. Une taxe unitaire, basée sur la taille ou le volume de la boisson, applique un taux fixe par unité, indépendamment de la teneur en alcool ou de la valeur. En revanche, une taxe volumétrique cible la teneur en éthanol, imposant des taxes plus élevées sur les boissons à forte teneur en alcool. La taxe *ad valorem* est quant à elle basée sur la valeur de la boisson, et est proportionnelle au prix, ce qui affecte principalement la consommation de produits alcoolisés de luxe. Les taxes volumétriques sont particulièrement efficaces car elles ciblent l'ingrédient nocif (l'éthanol), encourageant ainsi les boissons à faible teneur en alcool.

Le prix unitaire minimum (*MUP* ou *Minimum Unit Price*) fixe un prix plancher pour l'alcool, ciblant les boissons alcoolisées premier prix afin de prévenir la consommation excessive chez les jeunes et chez les personnes ayant une consommation excessive.¹⁵⁶ Une augmentation de 10 % du prix de la bière entraînerait une baisse relative de 3,5 % de sa consommation ; les chiffres correspondants sont de 6,8 % pour le vin et de 9,8 % pour les spiritueux.^{157,158} S'ajoutent également à ces mesures l'interdiction de vendre de l'alcool à un prix inférieur à son coût de production, la restriction des promotions encourageant les achats en grande quantité, et les mécanismes obligeant les vendeurs à ajouter un pourcentage fixe au coût de l'alcool avant la vente, ce qui en augmente le prix final.¹⁵⁶

Il est essentiel de réviser régulièrement les prix en fonction de l'inflation et des salaires afin de maintenir l'efficacité de ces mesures. La combinaison de ces méthodes de tarification permet de réguler la consommation d'alcool et de répondre aux enjeux de santé publique.^{10,159}

Situation au Luxembourg

En 2023, les prix des boissons alcoolisées au Luxembourg étaient légèrement supérieurs à la moyenne de l'UE.¹³¹ Néanmoins, l'alcool est devenu plus abordable au Luxembourg depuis l'an 2000.^{156,160}

Aucune mesure imposant un prix unitaire minimum de l'alcool n'est actuellement en vigueur au Luxembourg (2025). Le type d'accise sur l'alcool et le montant applicable dépend de la catégorie et de la teneur en alcool de la boisson. Alors qu'une combinaison de taxe volumétrique et de taxe sur la valeur ajoutée (TVA) s'applique à la bière et aux spiritueux, le vin (< 15° alcool) n'est pas soumis à une taxe volumétrique et bénéficie d'un taux intermédiaire de TVA (14 % contre 17 % pour les autres boissons alcoolisées). Avec un taux de 17 %, le Luxembourg applique le taux standard de TVA le plus bas de l'UE. Une surtaxe pour les boissons alcoolisées confectionnées (« *alcopops* ») a été introduite en 2005.¹⁶¹

En 2025, le Luxembourg se classait 26^{ème} sur 28 pays en matière de droits d'accises pour une bouteille de bière de 330 ml avec 0,03 € (à titre de comparaison, la Finlande impose 0,60 € pour la même quantité).¹⁶²

■ Adopter et appliquer des interdictions ou des restrictions exhaustives concernant l'exposition à la publicité pour l'alcool

Les politiques visant à restreindre le marketing de l'alcool permettent de réduire la consommation d'alcool.^{156,163} Cette intervention « *best buy* » est recommandée pour plusieurs types de médias — les médias traditionnels (par exemple radio, presse écrite et télévision) ainsi que les plateformes numériques (comme les réseaux sociaux) — et s'étend également au parrainage sportif. Elle nécessite une capacité réglementaire et législative, ainsi qu'une infrastructure pour la mise en œuvre et l'application des mesures.⁸ Les interdictions ou restrictions de marketing dans les médias traditionnels peuvent prendre différentes formes, notamment l'interdiction légale de toute forme de publicité ou des restrictions légales partielles (par exemple, selon l'heure de diffusion, le lieu ou le contenu). L'industrie peut également définir des restrictions volontaires ou auto-imposées.

Situation au Luxembourg

Au Luxembourg, la loi sur les médias électroniques stipule que « les communications commerciales audiovisuelles relatives à des boissons alcooliques ne doivent pas s'adresser expressément aux mineurs et ne doivent pas encourager la consommation immodérée de ces boissons ».¹⁶⁴ Un règlement grand-ducal de 2001 fixe des règles strictes pour la publicité télévisée et le téléachat de boissons alcoolisées, interdisant de cibler les mineurs, d'associer l'alcool à la performance physique, à la conduite automobile, à la réussite sociale ou sexuelle, à des propriétés thérapeutiques, ou d'encourager une consommation immodérée. Les services de médias audiovisuels à la demande doivent respecter ces critères, à l'exception du parrainage et du placement de produit.¹⁶⁵

Le Luxembourg n'impose aucune restriction à la publicité sur les réseaux sociaux. Il n'existe également aucune réglementation encadrant le parrainage d'événements sportifs par les entreprises du secteur des boissons alcoolisées.

Le Plan d'Action Luxembourgeois de réduction du Mésusage de l'Alcool (PALMA) 2020-2024 prévoit, dans le cadre de ses activités, « d'améliorer la réglementation de la publicité et du marketing des produits alcoolisés, afin d'en faire un véritable outil de communication et de prévention » (Action 1.2.2).⁸⁶

■ Adopter et appliquer des restrictions sur la disponibilité physique de l'alcool vendu au détail

Une intervention « *best buy* » rentable et efficace pour réduire la consommation d'alcool consiste à adopter et à appliquer des restrictions sur la disponibilité physique de l'alcool vendu au détail, principalement en réduisant les plages horaires de vente. Fait notable : la mise en œuvre de cette intervention a un impact mesurable immédiat sur la santé publique.^{8,10} Limiter la disponibilité physique de l'alcool, en réduisant les horaires d'ouverture ou en interdisant la vente d'alcool certains jours spécifiques de la semaine, réduit les possibilités d'achat et de consommation. Ces mesures s'appliquent tant aux établissements où on consomme sur place (« *on-premise* »), tels que les restaurants et les bars, qu'aux points de vente à emporter (« *off-premise* »), tels que les commerces et les magasins de spiritueux.¹⁵⁶

Situation au Luxembourg

Au Luxembourg, l'alcool est disponible sans restriction dans les points de vente à emporter (« *off-premise* ») comme les supermarchés, les boutiques d'alcool, et les stations-service. La densité des établissements de consommation sur place (« *on-premise* ») est généralement limitée à un maximum d'un établissement pour 500 habitants.¹⁶⁶ Aucune restriction ne concerne actuellement les horaires de vente pour l'un ou l'autre type d'établissement. Une restriction de la disponibilité physique de l'alcool vendu au détail par une limitation des plages horaires de vente au Luxembourg n'est pas explicitement mentionnée dans l'Accord de coalition 2023-2028 ni dans les plans d'action.

Success story : prévention de la consommation d'alcool

Entre 2000 et 2020, les trois pays baltes (Estonie, Lettonie et Lituanie) ont mis en œuvre les « *NCD best buys* » de l'OMS visant à réduire les maladies chroniques et la mortalité attribuables à l'alcool. Au cours de cette période, 20 interventions majeures ont été adoptées, notamment l'augmentation des taxes, la restriction de la disponibilité des boissons alcoolisées et l'introduction de mesures visant à limiter la publicité et le marketing. Ces interventions ont démontré leur efficacité pour réduire la consommation d'alcool et les dommages attribuables à l'alcool. En Lituanie, par exemple, la proportion de la population consommant des quantités dangereuses d'alcool est passée de 56 % en 2014 à 38 % en 2019.¹⁶⁷ Dans ces pays, les études ont montré que l'augmentation des taxes (qui affecte l'accessibilité financière) et la restriction des horaires d'ouverture des commerces où l'alcool peut être acheté à emporter (« *off-premise* ») sont associées à une diminution de la mortalité toutes causes confondues et de la mortalité attribuable à l'alcool.¹⁶⁸⁻¹⁷⁰

Efforts de prévention contre une mauvaise alimentation

Les interventions recommandées dans le cadre des « NCD best buys » de l'OMS et qui ont montré un rapport coût-efficacité favorable pour réduire la mauvaise alimentation sont présentées dans le Tableau 6. Dans les pays à revenu élevé, un impact mesurable dans un délai de cinq ans a été confirmé pour certaines interventions présentées dans cette section. La section suivante fournit davantage d'informations sur les interventions populationnelles, ainsi que sur leur niveau de mise en œuvre au Luxembourg.

Tableau 6. « NCD best buys » de l'OMS pour la prévention de la mauvaise alimentation

Intervention	Intervention de prévention primaire populationnelle	Impact mesurable dans les cinq ans
■ Politiques de reformulation des produits alimentaires et des boissons visant à les rendre plus sains (par exemple, élimination des acides gras trans ou réduction des graisses saturées, des sucres libres ou du sodium)	Oui	Oui
■ Étiquetage sur la face avant de l'emballage dans le cadre de politiques exhaustives d'étiquetage nutritionnel visant à faciliter la compréhension et le choix des aliments par les consommateurs pour une alimentation saine	Oui	Oui
■ Politiques de marchés publics de produits alimentaires et de services pour une alimentation saine (par exemple, pour réduire la consommation de sucres libres, de sodium et de graisses malsaines, et pour augmenter la consommation de légumineuses, de céréales complètes, de fruits et de légumes)	Oui	Non évalué
■ Communication visant le changement des comportements et campagnes dans les médias de masse en faveur d'une alimentation saine (par exemple, pour réduire la consommation d'énergie, de sucres libres, de sodium et de graisses néfastes pour la santé, et pour augmenter la consommation de légumineuses, de céréales complètes, de fruits et de légumes)	Oui	Oui
■ Politiques visant à protéger les enfants des effets néfastes du marketing alimentaire	Oui	Non
■ Protection, promotion et soutien des pratiques d'allaitement optimales	Oui	Non

Source : Compilation des auteurs basée sur l'OMS (2024)⁸, Galea et al. (2025).¹⁰

■ **Politiques de reformulation des produits alimentaires et des boissons visant à les rendre plus sains**

La reformulation des produits alimentaires consiste à modifier la composition ou la transformation des aliments et des boissons afin d'améliorer leur qualité nutritionnelle ou de réduire les ingrédients nocifs. Elle joue un rôle clé dans l'amélioration de l'accès à des aliments sûrs et nutritifs, et soutient la transition vers un régime alimentaire plus sain et plus durable. Des politiques de reformulation peuvent contribuer à éliminer les acides gras trans produits industriellement de l'offre alimentaire, à réduire la teneur énergétique par portion, et à diminuer les niveaux de graisses saturées, de sucres et de sel ou de sodium dans les aliments.^{25,171,172}

Situation au Luxembourg

Le règlement (UE) 2019/649 de la Commission européenne fixe une limite légale pour les acides gras trans produits industriellement dans les denrées alimentaires destinées à la consommation finale, restreints à maximum de 2 grammes pour 100 grammes de matières grasses. De même, une coalition des plus grandes entreprises mondiales de l'alimentation et des boissons non alcoolisées (*IFBA* ou *International Food and Beverage Alliance*) s'était engagée à limiter les acides gras trans transformés industriellement à 2 grammes pour 100 grammes de matières grasses à l'échelle mondiale au plus tard en 2023.^{25,173} En outre, le règlement UE 1169/2011 au niveau de l'UE garantit la transparence en obligeant que la teneur en sel soit indiquée en grammes pour 100 g ou 100 ml, ce qui permet aux consommateurs de faire des choix éclairés et harmonise les normes d'étiquetage dans tous les États membres de l'UE, y compris au Luxembourg. Hormis ces mesures internationales et à l'échelle de l'UE, aucune réglementation spécifique aux acides gras trans, aux sucres libres et au sel n'est actuellement en vigueur au Luxembourg. Le GIMB est le plan cadre national du Luxembourg visant à promouvoir une alimentation équilibrée et une activité physique régulière. Il comprend des mesures ciblées pour améliorer la qualité nutritionnelle des aliments par la reformulation. Plusieurs mesures décrites dans le plan cadre GIMB ciblent la reformulation des aliments, en particulier les aliments et boissons sucrés, la teneur en sel des aliments et les graisses malsaines.¹⁰⁶

■ Étiquetage sur la face avant de l'emballage dans le cadre de politiques exhaustives d'étiquetage nutritionnel visant à faciliter la compréhension et le choix des aliments par les consommateurs pour une alimentation saine

Les étiquettes sur les aliments préemballés sont conçues pour aider les consommateurs à comprendre la teneur nutritionnelle de ce qu'ils mangent. Ces étiquettes peuvent prendre la forme de listes détaillées de nutriments, souvent figurant au dos de l'emballage, ou de formats simplifiés placés à l'avant afin de faciliter l'interprétation des informations. Les étiquettes sur la face avant des emballages peuvent également servir à attirer l'attention sur les ingrédients à consommer avec modération, tels que le sel, le sucre et les graisses saturées, ou à mettre en valeur les nutriments bénéfiques comme les fibres alimentaires.^{25,174,175}

Situation au Luxembourg

En vertu du règlement UE 1169/2011 concernant l'information des consommateurs sur les denrées alimentaires, depuis 2016 la plupart des aliments préemballés doivent comporter un étiquetage nutritionnel au dos de l'emballage. Cet étiquetage doit indiquer la valeur énergétique et les quantités de lipides, d'acides gras saturés, de glucides, de sucres, de protéines et de sel.

Depuis 2021, le label *Nutri-Score* est appliqué volontairement au Luxembourg par les fabricants alimentaires, les détaillants, les vendeurs de produits alimentaires en vrac et les exploitants de cantines, conformément aux normes fixées par Santé publique France. Ce label permet aux consommateurs de comprendre rapidement la qualité nutritionnelle des aliments et de faire des choix plus favorables à la santé. En 2023, le Luxembourg a mis à jour sa réglementation afin de s'aligner sur les nouvelles règles françaises. Le cadre actualisé permet de mener des projets pilotes pour tester le *Nutri-Score* sur les aliments en vrac et dans le contexte de la restauration collective, comme les cantines scolaires ou d'entreprise. Dans le cadre de ces projets pilotes, les établissements participants doivent afficher le *Nutri-Score* sur chaque plat. Le système est supervisé par l'Administration luxembourgeoise vétérinaire et alimentaire.^{176,177} En outre, le Plan national maladies cardio-neuro-vasculaires comprend une action visant à renforcer la compréhension de l'étiquetage nutritionnel par la population générale, et en particulier par les personnes atteintes de maladies cardio-neuro-vasculaires.¹²²

■ Politiques de marchés publics de produits alimentaires et de services pour une alimentation saine

Les politiques de marchés publics de produits alimentaires et les politiques de services en faveur d'une alimentation saine font référence à des stratégies menées par les pouvoirs publics qui fixent des normes nutritionnelles pour les aliments achetés, fournis ou servis dans les établissements publics tels que les écoles, les hôpitaux, les crèches et les administrations. Ces politiques visent à améliorer la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire en augmentant la disponibilité d'aliments sains — tels que les fruits, les légumes, les légumineuses et les céréales complètes — et en réduisant la présence d'aliments riches en sucre, en sodium et en graisses malsaines.^{25,178}

Selon l'OMS, ces politiques sont conçues pour aligner la fourniture alimentaire des services publics sur les recommandations nutritionnelles nationales et les objectifs de santé publique. Elles impliquent généralement des critères nutritionnels obligatoires qui déterminent les aliments pouvant être achetés ou servis à l'aide de fonds publics. Ces critères peuvent inclure des limites en matière de teneur en sel, en sucre et en graisses, ainsi que des exigences relatives à l'inclusion d'aliments riches en nutriments.¹⁷⁹

Situation au Luxembourg

Le Luxembourg met en œuvre une politique de marchés publics de produits alimentaires et de services pour une alimentation saine grâce à une combinaison de programmes nationaux, de pratiques institutionnelles et de cadres juridiques qui régissent l'approvisionnement alimentaire dans le secteur public.

Dans les structures d'accueil de la petite enfance et les structures d'accueil périscolaire, telles que les crèches et les maisons relais, l'approvisionnement alimentaire est réglementé par le processus d'agrément délivré par le ministère de l'Éducation. Pour être reconnue comme service de garde et d'éducation, la structure doit fournir certains services, notamment des repas équilibrés. Un guide sur l'alimentation équilibrée des enfants âgés de 3 mois à 4 ans dans les services de garde et d'éducation est en cours d'élaboration. Les publications existantes comprennent les recommandations pour une alimentation équilibrée des enfants âgés de 4 à 12 ans dans ces services et le guide des bonnes pratiques en matière d'hygiène alimentaire dans les services de garde et d'éducation. Les cuisiniers qui préparent les repas des enfants doivent avoir suivi une formation sur la nutrition de l'enfant.^{25,178}

Parmi les autres exemples figurent les programmes de distribution de fruits et de lait dans les écoles (« Schouluebstprogramm »), coordonnés par le ministère de l'Agriculture en partenariat avec le ministère de l'Éducation et cofinancés par l'Union européenne et le gouvernement. Ces initiatives visent à favoriser l'adoption d'habitudes saines tout au long de la vie et à soutenir le bien-être des enfants en améliorant leur accès à des options alimentaires équilibrées.¹⁸²

La Loi du 20 juillet 2023 a officiellement établi Restopolis en tant qu'administration publique responsable de la restauration collective dans les établissements d'enseignement (dont les lycées et universités). La loi impose que les repas servis dans ces établissements soient équilibrés sur le plan nutritionnel, sûrs et durables, et que les pratiques d'approvisionnement privilégient les produits locaux, saisonniers et biologiques. Elle souligne également le rôle pédagogique des services de restauration dans la promotion d'habitudes alimentaires saines et de la sensibilisation à l'environnement.^{183,184}

Il n'existe actuellement aucune valeur nutritionnelle fixe ou obligatoire définie par la loi. En revanche, les établissements sont guidés par des recommandations non contraignantes et des principes généraux visant à promouvoir une alimentation saine.

■ Communication visant le changement de comportement et campagnes dans les médias de masse en faveur d'une alimentation saine

Les campagnes dans les médias de masse qui promeuvent une alimentation saine touchent un large public grâce aux plateformes traditionnelles et numériques. Ces campagnes s'inscrivent souvent dans le cadre d'initiatives de politiques publiques plus larges.^{25,185}

Situation au Luxembourg

Un large éventail d'initiatives a été mis en œuvre dans le cadre du plan national *GIMB*, sous l'Objectif 2 de l'Axe 2 (qui vise à améliorer les compétences nécessaires à l'adoption d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique régulière et adaptée) et plus particulièrement dans le cadre de la Mesure 1 (qui vise à améliorer l'information et la sensibilisation de la population générale). Celles-ci sont alignées avec les interventions recommandées de communication visant le changement de comportement et les campagnes dans les médias de masse en faveur d'une alimentation saine.

Ces initiatives comprennent l'élaboration de stratégies de communication à long terme, des efforts de sensibilisation spécifiques à des populations cibles et des activités qui encouragent les échanges intergénérationnels et l'implication des réseaux sociaux. Elles comprennent également la diffusion de recommandations alimentaires et l'intégration de contenus éducatifs pertinents dans les programmes scolaires, le tout visant à soutenir le partage d'informations et l'acquisition de connaissances et de compétences en matière d'alimentation saine et d'activité physique. Parmi les actions clés figurent le Label *GIMB* et les Journées *GIMB*, organisées chaque année, qui promeuvent une alimentation équilibrée et l'activité physique. Ces plateformes servent également à diffuser des messages nationaux et à donner une visibilité et une importance significative à ces thématiques. Au fil des ans, *GIMB* a mené plusieurs campagnes, notamment la promotion d'un petit-déjeuner équilibré pour les enfants et la création d'options de « boîtes à tartines » saines. Plus récemment, en 2024 et 2025, une campagne nationale de sensibilisation à la réduction de la consommation de sucres ajoutés a été lancée dans divers médias et en collaboration avec plusieurs partenaires.¹⁰⁶

■ Politiques visant à protéger les enfants des effets néfastes du marketing alimentaire

Les enfants sont particulièrement vulnérables au marketing alimentaire, car ils n'ont pas encore développé toutes les capacités à comprendre et à évaluer la publicité de manière critique. Ils sont donc plus susceptibles d'être influencés par les promotions pour des aliments malsains riches en sucre, en sel et en graisses. Des recherches montrent que ce type de marketing a une incidence directe sur les préférences alimentaires des enfants, sur leurs demandes d'achat et sur leurs habitudes alimentaires, contribuant ainsi à une mauvaise alimentation et à la hausse des taux d'obésité infantile.^{25,186,187}

Situation au Luxembourg

Actuellement, aucune obligation spécifique ne s'applique aux fournisseurs de services de médias audiovisuels pour protéger les enfants des effets néfastes du marketing alimentaire. Le *GIMB* définit des actions stratégiques visant à promouvoir des modes de vie plus sains et à réglementer le marketing alimentaire. Il s'agit notamment de promouvoir un marketing alimentaire transparent et responsable (Mesure 5), de restreindre la publicité et le marketing pour les aliments malsains — en particulier auprès des enfants — et de garantir le respect du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel afin de favoriser des choix éclairés et de protéger la nutrition des enfants en bas âge (Mesure 6, Activités 6.1 et 6.2).¹⁰⁶

■ Protection, promotion et soutien des pratiques d'allaitement maternel optimales

L'allaitement maternel est reconnu par l'OMS comme « *NCD best buy* » pour une alimentation saine, car il apporte des bénéfices sanitaires, économiques et développementaux. Il fournit aux nourrissons les nutriments essentiels dans des proportions optimales, renforce leur système immunitaire et soutient leur développement cognitif. De plus, certaines données montrent qu'il pourrait contribuer à réduire le

risque d'obésité, de diabète et de maladies cardiovasculaires plus tard dans la vie.^{188,189} Sur le plan économique, il réduit les coûts des soins de santé et l'impact environnemental, ce qui en fait une intervention de santé publique hautement rentable et durable.¹⁸⁸⁻¹⁹¹

Situation au Luxembourg

Le Luxembourg soutient activement la recommandation de l'OMS visant à protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel optimal grâce à une série d'initiatives et de politiques coordonnées. Le Luxembourg a créé un Comité national pour la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel. La sensibilisation du public est encouragée par le biais de brochures d'information, de ressources hospitalières et de points de contact avec des associations qui fournissent des conseils et un soutien aux parents. Le pays célèbre également la semaine mondiale de l'allaitement maternel, avec une campagne nationale visant à sensibiliser et à normaliser l'allaitement maternel en public, sur le lieu de travail et dans la vie privée.¹⁹²⁻¹⁹⁴ En outre, le GIMB encourage l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie et la poursuite de l'allaitement maternel, associé à une introduction équilibrée d'aliments complémentaires, jusqu'à l'âge de deux ans et au-delà.^{94,95}

Pour soutenir les mères, le Luxembourg propose des outils pratiques tels que *l'Allaitement : Checklist pour mamans* et a publié un nouveau livre pour aider les parents à comprendre la nutrition infantile. Des protections juridiques sont en place pour soutenir l'allaitement maternel sur le lieu de travail : les pauses d'allaitement sont calculées proportionnellement aux heures travaillées. Les femmes travaillant à temps plein ont droit à deux pauses d'allaitement de 45 minutes par jour, sur demande écrite adressée à leur employeur. En outre, du matériel d'information destiné aux employeurs contribue à créer un environnement de travail favorable aux mères qui allaitent.¹⁹⁵⁻¹⁹⁷

Success story : promotion d'une alimentation saine

Ces dernières années, la Finlande a observé certaines évolutions positives dans les habitudes alimentaires. La consommation de sel a considérablement diminué, grâce à des initiatives de reformulation et à des campagnes d'éducation publique menées de longue date. En outre, la consommation de fruits et légumes a augmenté, en particulier chez les enfants et les adolescents, grâce à des programmes scolaires et à des efforts de sensibilisation à l'échelle nationale. Ces améliorations se sont produites parallèlement à un ensemble de politiques liées à la nutrition. La Finlande fournit des repas scolaires gratuits qui doivent répondre à des critères nutritionnels nationaux, applique un étiquetage volontaire sur le devant des emballages à l'aide de son « Symbole du cœur » et promeut des recommandations alimentaires basées sur les aliments. Le pays a également introduit des mesures visant à limiter le marketing d'aliments malsains auprès des enfants, en particulier dans les médias numériques. Malgré ces efforts, des défis subsistent. Les taux d'obésité ont continué à augmenter, avec environ 24 % des adultes considérés comme obèses. Les inégalités socio-économiques en matière de qualité nutritionnelle de l'alimentation persistent, les groupes à faibles revenus étant plus susceptibles de consommer des aliments transformés et moins de fruits et légumes. La consommation moyenne de graisses saturées et de sucres reste également supérieure aux niveaux recommandés au sein d'une importante proportion de la population.¹⁹⁸⁻²⁰⁰

Efforts de prévention contre l'inactivité physique

Une intervention est classée parmi les « *NCD best buys* » de l'OMS pour prévenir l'inactivité physique (Tableau 7), mais son impact au cours des cinq premières années de mise en œuvre n'a pas encore été examiné.^{8,10}

Tableau 7. « *NCD best buys* » de l'OMS pour la prévention de l'inactivité physique

Intervention	Intervention de prévention primaire populationnelle	Impact mesurable dans les cinq ans
■ Mettre en œuvre des campagnes de communication soutenues, à l'échelle de la population, fondées sur les meilleures pratiques pour promouvoir l'activité physique, en lien avec des programmes basés sur la communauté et des améliorations du cadre de vie afin de faciliter et soutenir le changement de comportement.	Oui	Non évalué

Source : *Compilation des auteurs basée sur l'OMS (2024)⁸ ; Galea et al. (2025).¹⁰*

Cette intervention « *best buy* » s'appuie implicitement sur d'autres interventions recommandées dans les lignes directrices de l'OMS, mais pour lesquelles aucune analyse coût-efficacité n'était disponible. Ces recommandations sont les suivantes⁸ :

- Mettre en œuvre des politiques de planification urbanisme et des transports, ainsi que d'aménagement urbain, à tous les niveaux de gouvernement, afin de créer des quartiers compacts à usage mixte et un maillage continu pour la marche et le vélo, ainsi qu'un accès équitable à des espaces extérieurs publics, sûrs et de qualité, qui favorisent et encouragent l'activité physique et la mobilité active.
- Mettre en œuvre des programmes complets de mobilisation scolaire comprenant une éducation physique de qualité, des installations, des équipements et des programmes adéquats favorisant les déplacements actifs vers et depuis l'école, et encourager l'activité physique pour tous les enfants, quelles que soient leurs capacités, pendant et après l'école.
- Améliorer les infrastructures pour la marche et le vélo, tout en garantissant un accès équitable pour tous, afin de permettre et de promouvoir la marche, le vélo et d'autres formes de micromobilité (par exemple, les fauteuils roulants, les trottinettes et les patins à roulettes) pour les personnes de tous âges et de toutes capacités.
- Mettre en œuvre des programmes d'activité physique multimodaux sur le lieu de travail.
- Proposer et promouvoir l'activité physique par le biais de programmes sportifs et récréatifs de proximité, ancrés dans les communautés, et organiser des événements gratuits ouverts à tous afin d'encourager la participation des personnes de tous âges et de toutes capacités.

■ **Campagnes à l'échelle de la population pour promouvoir l'activité physique, en lien avec des programmes basés sur la communauté et des améliorations du cadre de vie, afin de faciliter et soutenir le changement de comportement.**

Les campagnes nationales de communication visant à promouvoir l'activité physique peuvent jouer un rôle important pour façonner la compréhension, les attitudes et les comportements du public. Lorsqu'elles sont bien conçues, elles contribuent à diffuser des informations sur les bénéfices de l'activité physique, à accroître la motivation des individus et à intégrer les modes de vie actifs dans les habitudes de la population. Lorsqu'elles sont soutenues et déployées à l'échelle nationale, elles peuvent atteindre une grande diversité de groupes démographiques et obtenir un large soutien social.^{25,201-203}

Les campagnes de communication visant à promouvoir l'activité physique sont d'autant plus efficaces qu'elles mettent les individus en relation avec des possibilités concrètes de pratiquer une activité physique, telles que des initiatives sportives locales ou des programmes scolaires ou des programmes sur le lieu du travail.²⁰³⁻²⁰⁵ Le niveau d'activité physique est encore amélioré lorsque l'activité physique est intégrée aux environnements dans lesquels les personnes vivent, travaillent et se divertissent. Cela nécessite des environnements "actifs" qui favorisent les activités physiques et les modes de vie actifs, comprenant notamment des espaces extérieurs publics, sûrs et de qualité, des quartiers bien connectés facilitant et encourageant la mobilité active (c'est-à-dire la marche et le cyclisme), ainsi que des infrastructures dédiées aux loisirs.^{204,205}

Les campagnes de communication améliorent les connaissances et contribuent à faire évoluer les normes sociales ; elles instaurent un contexte plus propice à la pratique individuelle de l'activité physique, mais doivent être accompagnées d'opportunité en termes d'accessibilité et d'environnements propices.^{201,205} Accroître durablement l'activité physique et les modes de vie actifs nécessite une mobilisation multisectorielle réunissant les ministères compétents, les autorités locales et la société civile.²⁰⁵

Situation au Luxembourg

Le Luxembourg tend à s'aligner sur la recommandation des « *NCD best buys* » de l'OMS visant à mettre en œuvre des campagnes de communication soutenues, à l'échelle de la population, afin de promouvoir l'activité physique. Grâce au concept intégré du Comité Olympique et sportif luxembourgeois (COSL, l'organisme central du sport luxembourgeois qui regroupe toutes les fédérations à vocation sportive) et au programme national *Lëtzebuerg lieft Sport*, le pays souligne l'importance de développer une stratégie de communication qui peut atteindre tous les groupes de population.^{206,207} La vision de *Lëtzebuerg lieft Sport* a le potentiel de se transformer en une campagne promotionnelle nationale, réunissant les initiatives locales sous un label commun et favorisant une culture sportive forte. Les communes jouent un rôle clé dans cet effort en promouvant les offres locales d'activité physique et en encourageant la participation des citoyens.

Programmes basés sur la communauté et améliorations du cadre de vie afin de faciliter et soutenir le changement de comportement :

- La mobilité active est ancrée dans le Plan national de mobilité 2035 au travers de sa politique en matière d'infrastructures et de mobilité.²⁰⁸ Ce plan propose une vision et des objectifs tournés vers l'avenir, incluant la marche et le vélo comme des options attractives et sûres, en particulier pour les trajets courts et de moyenne distance. Depuis 2020, les transports publics sont gratuits pour l'ensemble des usagers. Cette mesure favorise des modes de vie actifs en encourageant la marche et l'usage des escaliers pour accéder aux transports en commun.²⁰⁸ Une communication mettant en évidence la relation entre transports publics, mobilité active et santé peut contribuer à une adoption plus large de ces modalités de déplacement.
- Des cours hebdomadaires de sport sont intégrés dans les programmes scolaires. En 2025, le ministère de l'Éducation, de l'Enfance et de la Jeunesse a lancé la campagne « *Screen-Life-Balance* » dans le cadre de la démarche *Manner Ecran – méi beweegen, entdecken, erliewen*, visant à aider les enfants et les jeunes à trouver un équilibre entre le monde digital et le monde réel en proposant des espaces et des activités physiques, ludiques et créatives qui leur permettent de faire des nouvelles découvertes à l'écart des écrans dans les structures d'accueil extrascolaire.²⁰⁹ Ces dernières années, un nombre croissant de communes soutiennent les "pédibus", ou bus scolaire à pied, pour promouvoir les déplacements à pied des enfants entre leur domicile et l'école.
- Par ailleurs, divers événements nationaux — tels que *Wibbel an Dribbel*, la *Nuit du Sport*, la *Semaine européenne du sport*, le *Schoulsportdag*, *gogo VELO* ou encore *l'Olympiadag* — mobilisent la population générale ainsi que des groupes cibles spécifiques, tandis que des

programmes communaux tels que *Sport pour Tous* et les activités de vacances soutiennent davantage le changement de comportement au niveau local.

- En outre, le plan cadre GIMB — précédemment mentionné et soutenu par quatre ministères fondateurs (la Santé, les Sports, l'Éducation et la Famille) — encourage des initiatives favorisant à la fois une alimentation saine et l'activité physique. Le GIMB vise à faire évoluer les perceptions et comportements des citoyens au moyen de son plan-cadre national, renforçant ainsi l'engagement du Luxembourg en faveur d'une promotion de la santé intégrée et couvrant l'ensemble de la population.¹⁰⁶

Success story : promotion de l'activité physique

Au Portugal, deux initiatives nationales complémentaires ont démontré comment une communication soutenue et fondée sur des données probantes peut promouvoir efficacement l'activité physique. La campagne « *Follow the Whistle* », développée par la Direction générale de la santé, visait à accroître l'activité physique des adultes en améliorant leurs aptitudes, leurs opportunités et leur motivation. Grâce à une approche multi-stratégique utilisant les médias et la sensibilisation communautaire, elle a diffusé des messages clairs et concrets encourageant l'activité physique quotidienne. Une évaluation formelle a montré une prise de conscience accrue et des changements positifs en termes de motivation et de comportements auto-déclarés.²¹⁰ La Semaine européenne du sport (#BeActive), coordonnée par l'*Instituto Português do Desporto e Juventude*, se tient chaque année du 23 au 30 septembre. Elle promeut le sport et l'activité physique pour tous, quel que soit l'âge, le milieu social ou le niveau de forme physique. Soutenue par une plateforme dédiée, cette initiative relie les individus aux événements et services locaux dans les écoles, les lieux de travail et les espaces publics. Si ces efforts ont permis d'élargir la participation, des défis subsistent pour pérenniser les changements de comportement et réduire les inégalités d'accès aux opportunités d'activité physique.^{211,212}

4.

Messages clés et implications pour les politiques publiques

Les maladies chroniques sont les premières responsables du fardeau des maladies au Luxembourg. Quatre comportements modifiables de santé — le tabagisme, la consommation d'alcool, la mauvaise alimentation et l'inactivité physique — en constituent les principaux facteurs de risque. La plupart de ces comportements sont marqués par de fortes disparités sociales. Le présent rapport se concentre sur les stratégies de prévention primaire selon l'approche populationnelle visant à améliorer ces comportements de santé. Il dresse un état des lieux du degré d'adoption, par le Luxembourg, des interventions faisant partie de l'ensemble des interventions de prévention primaire rentables, qui ont démontré un bon rapport coût-efficacité, et recommandées par l'OMS pour lutter contre les maladies chroniques, communément appelées les « *NCD best buys* ». Le rapport souligne que des interventions de prévention primaire populationnelles, fondées sur des données probantes, sont essentielles pour obtenir une réduction significative du fardeau des maladies chroniques au Luxembourg.

1. Les maladies chroniques, notamment le cancer, les maladies cardiovasculaires, les troubles musculosquelettiques, la dépression, la démence, l'obésité, le diabète et les maladies respiratoires chroniques, représentent 83 % du fardeau des maladies au Luxembourg. Elles sont évitables par des interventions de prévention primaire selon l'approche populationnelle.

Les maladies chroniques sont évitables au Luxembourg par la prévention, en réduisant le tabagisme, la consommation d'alcool, la mauvaise alimentation et l'inactivité physique. Les interventions de prévention primaire populationnelles sont des interventions qui modifient le cadre vie afin de faciliter les choix favorables à la santé et d'améliorer les comportements de santé. En couvrant tous les groupes de la population, et en façonnant les normes sociales, de telles interventions peuvent modifier les comportements de santé de manière substantielle et durable, et avoir un impact mesurable sur la santé publique.

2. Le vieillissement et la croissance de la population se traduiront par une augmentation importante des maladies chroniques.

La croissance démographique du Luxembourg dans les années à venir sera la plus marquée parmi les groupes d'âge les plus avancés — aux âges où les maladies chroniques sont fortement prévalentes. En conséquence, le fardeau des maladies chroniques devrait augmenter de manière significative, les estimations de l'Étude GBD prévoyant une hausse de 70 % de ce fardeau d'ici 2050. Cette augmentation aura un impact sur les coûts économiques et sociaux des maladies chroniques, appelant à investir dans des interventions populationnelles qui soutiennent la santé tout au long du parcours de vie et promeuvent le vieillissement en bonne santé.

3. Le fardeau des maladies chroniques au Luxembourg est alimenté par la prévalence élevée de quatre comportements de santé – tabagisme, consommation d'alcool, mauvaise alimentation et inactivité physique.

Les progrès dans la réduction du tabagisme quotidien stagnent depuis dix ans : en 2024, une personne sur sept fumait quotidiennement, un niveau similaire à celui de 2014. La consommation d'alcool fait partie des habitudes sociales courantes et commence souvent avant l'âge de 16 ans. Un adulte sur dix consomme de l'alcool de manière excessive (*binge drinking*) chaque semaine. La consommation de fruits et légumes, ainsi que l'activité physique, restent en-dessous des niveaux recommandés pour la plupart des enfants, des adolescents et des adultes.

4. Les comportements de santé sont marqués par de fortes disparités sociales. Le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, une mauvaise alimentation et l'inactivité physique sont plus fréquents chez les personnes ayant un niveau d'éducation de base que chez celles ayant un niveau plus avancé.

Les comportements de santé sont moins favorables chez les personnes issues de groupes de faible niveau socio-économique. Les enfants et adolescents issus de familles moins aisées sont moins susceptibles de respecter les recommandations en matière d'alimentation et d'activité physique que leurs pairs issus de familles aisées. De même, les adultes ayant un niveau d'éducation de base sont moins enclins à consommer cinq portions de fruits et légumes par jour et de pratiquer de l'activité physique. Le tabagisme quotidien, la consommation d'alcool quotidienne et la consommation excessive

d'alcool hebdomadaire (*binge drinking*) sont plus fréquents chez les personnes ayant un niveau d'éducation de base.

5. Les interventions visant à rendre le tabac et l'alcool moins abordables et moins accessibles, ainsi que les mesures réglementaires favorisant une alimentation saine, sont très efficaces, mais leur mise en œuvre est incomplète au Luxembourg. Une augmentation du prix du tabac au Luxembourg réduirait le fardeau des maladies chroniques. D'autres marges d'amélioration subsistent pour adhérer aux « NCD best buys » de l'OMS.

- Au Luxembourg, le faible niveau de taxation des produits du tabac rend ces produits très abordables. L'impact d'une augmentation du prix du tabac au Luxembourg serait rapide et entraînerait une réduction significative de la prévalence des maladies chroniques, selon des estimations nationales.
- Les faibles droits d'accises sur l'alcool, l'absence de prix unitaire minimum, et les restrictions limitées en matière de publicité et de disponibilité à la vente facilitent l'accès à des boissons alcoolisées à bon marché.
- Le Luxembourg a progressé en matière de promotion d'une alimentation saine et durable, notamment grâce aux politiques de marchés publics pour les produits alimentaires dans les écoles et les structures d'accueil des enfants, où la priorité est mise sur les repas équilibrés et durables. Cependant, les dispositions légales ne comportent pas de normes nutritionnelles obligatoires, ce qui limite leur force exécutoire. Bien que les campagnes de sensibilisation et d'éducation du public soient bien développées, l'étiquetage nutritionnel reste volontaire et aucune mesure réglementaire n'a été mise en place pour protéger les enfants contre le marketing d'aliments malsains.
- Au Luxembourg, la promotion de l'activité physique est soutenue par diverses campagnes de communication liées à des programmes communautaires et scolaires, qui pourraient évoluer en une campagne nationale conjointe. De plus, l'intégration et la promotion de la mobilité active, comme la marche, le vélo et les transports publics, dans les trajets quotidiens pour tous pourrait générer des bénéfices importants pour la santé.

6. La plupart des interventions populationnelles fondées sur des données probantes issues des « NCD best buys » de l'OMS ont la capacité d'améliorer les comportements de santé et de réduire rapidement le fardeau des maladies chroniques. Leur impact est mesurable dans les cinq années suivant leur mise en œuvre et leurs bénéfices pour la santé publique se prolongent à plus long terme.

Il a été démontré que la prévalence des facteurs de risque et le fardeau des maladies chroniques ont été réduits dans les cinq années suivant la mise en œuvre de nombreuses « NCD best buys ». Par exemple, une intervention qui conduit à une réduction de la prévalence du tabagisme peut entraîner rapidement une diminution mesurable des incidents cardiovasculaires, tandis que l'effet sur le cancer mettra plus de temps à se manifester.

7. Les interventions populationnelles qui facilitent les choix favorables à la santé ont le potentiel de réduire les inégalités dans le fardeau des maladies chroniques, car elles touchent également les personnes socio-économiquement défavorisées et contribuent à un vieillissement en bonne santé plus équitable pour l'ensemble de la population.

Les interventions populationnelles modifient le cadre de vie afin de faciliter les choix favorables à la santé et d'améliorer l'état de santé général de la population. Elles peuvent également atteindre les groupes défavorisés, qui rencontrent souvent les plus grands obstacles à une vie saine et sont moins touchés par les interventions de prévention qui reposent sur la capacité d'agir de chacun. En réduisant l'écart entre les groupes de population les plus et les moins vulnérables, les interventions populationnelles soutiennent l'équité en matière de santé tout au long du parcours de vie.

Ce rapport identifie qu'un investissement plus important dans la prévention primaire selon l'approche populationnelle pourrait considérablement alléger le fardeau des maladies chroniques et ses conséquences économiques et sociales au Luxembourg. La mise en œuvre des « NCD best buys » de l'OMS, qui proposent des interventions populationnelles soigneusement sélectionnées, nécessite la

collaboration de différents secteurs, des investissements coordonnés, mobilisant divers ministères, et un leadership fort. Conformément à l'Objectif 2 du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2030 « Renforcer les capacités nationales, le leadership, la gouvernance, l'action multisectorielle et les partenariats pour accélérer la lutte contre les maladies non transmissibles dans les pays », cet investissement est essentiel et doit être soutenu et étayé par une capacité réglementaire solide et un engagement actif de la société civile.

Les stratégies nationales qui accordent la priorité à la prévention constituent le fondement d'une réponse globale et cohérente au fardeau des maladies chroniques. Elles offrent un cadre propice à une collaboration interministérielle et à l'affectation appropriée de ressources pour les actions multisectorielles.

Références

1. Health Promotion Glossary of Terms 2021. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240038349>.
2. European Commission. Directorate-General for Health and Food Safety. *Mapping Metrics of Health Promotion and Disease Prevention for Health System Performance Assessment*. (Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2023).
3. Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). Australian Burden of Disease Study 2024. <https://www.aihw.gov.au/reports/burden-of-disease/australian-burden-of-disease-study-2024> (2024).
4. World Health Organization. The Global Health Observatory. *The Global Health Observatory* (WHO) <https://www.who.int/data/gho>.
5. Planemad. *DALY Disability Adjusted Life Year Infographic*. (2012).
6. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease (GBD). *Institute for Health Metrics and Evaluation* <https://www.healthdata.org/research-analysis/gbd>.
7. Berkley, S. et al. *World Development Report 1993: Investing in Health*. <http://documents.worldbank.org/curated/en/468831468340807129> (1993).
8. World Health Organization. *Tackling NCDs: Best Buys and Other Recommended Interventions for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*, Second Edition. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376624/9789240091078-eng.pdf?sequence=1> (2024).
9. World Health Organization. Economic Evaluation and Analysis. *Health Financing and Economics* <https://www.who.int/teams/health-financing-and-economics/economic-analysis>.
10. Galea, G. et al. Quick buys for prevention and control of noncommunicable diseases. *The Lancet Regional Health – Europe* **52**, (2025).
11. World Health Organization. Healthy Ageing and Functional Ability. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/healthy-ageing-and-functional-ability> (2020).
12. World Health Organization. *World Report on Social Determinants of Health Equity*. 248 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240107588> (2025).
13. CSDH. *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. (World Health Organization, Geneva, 2008).
14. World Health Organization. Regional Office for Europe. *Commercial Determinants of Noncommunicable Diseases in the WHO European Region*. (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2024).
15. Frieden, T. R. A Framework for Public Health Action: The Health Impact Pyramid. *Am J Public Health* **100**, 590–595 (2010).
16. European Commission. *Healthier Together – EU Non-Communicable Diseases Initiative*. (Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2022).
17. van Zwieten, A. et al. Life-course approaches are needed to foster equitable healthy aging. *Nat Aging* **5**, 952–955 (2025).
18. Davies, L. E. et al. Area-level socioeconomic inequalities in activities of daily living disability-free life expectancy in England: a modelling study. *Lancet Healthy Longev* **6**, (2025).
19. Rose, G. Sick Individuals and Sick Populations. *Int J Epidemiol.* **14**, 32–38 (1985).
20. Sniderman, A. D., Thanassoulis, G., Wilkins, J. T., Furberg, C. D. & Pencina, M. Sick Individuals and Sick Populations by Geoffrey Rose: Cardiovascular Prevention Updated. *J Am Heart Assoc* **7**, e010049 (2018).

21. McLaren, L. In defense of a population-level approach to prevention: why public health matters today. *Can J Public Health* **110**, 279–284 (2019).
22. Marmot, M. Economic and social determinants of disease. *Bull World Health Organ* **79**, 988–989 (2001).
23. SanteSecu.lu. Dashboard : Mortalité générale. Santé et Sécurité Sociale Luxembourg <https://santesecu.public.lu/fr/espace-professionnel/informations-donnees/statistiques-causes-deces/stats-mortalite-generale.html> (2024).
24. Mafra, A., Weiss, J., Saleh, S., Weber, G. & Backes, C. Cancer mortality trends in Luxembourg: A 24-year descriptive study (1998–2021). *Cancer Epidemiol* **93**, 102648 (2024).
25. OECD. *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*. https://www.oecd.org/en/publications/the-heavy-burden-of-obesity_67450d67-en.html (2019).
26. Université du Luxembourg. Dashboard – HBSC Luxembourg. *HBSC Luxembourg* <https://hbsc.uni.lu/de-dashboard/>.
27. OECD. *Does Healthcare Deliver?: Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS)*. <https://doi.org/10.1787/c8af05a5-en> (2025).
28. Zhao, Y., Jia, H., Hua, X., An, T. & Song, J. Cardio-oncology: Shared Genetic, Metabolic, and Pharmacologic Mechanism. *Curr Cardiol Rep* **25**, 863–878 (2023).
29. Wilcox, N. S. *et al.* Cardiovascular disease and cancer: shared risk factors and mechanisms. *Nat Rev Cardiol* **21**, 617–631 (2024).
30. Cohen, A. *Addressing Comorbidity between Mental Disorders and Major Noncommunicable Diseases: Background Technical Report to Support Implementation of the WHO European Mental Health Action Plan 2013–2020 and the WHO European Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2016–2025*. <https://iris.who.int/handle/10665/344119> (2017).
31. Makovski, T. T., Schmitz, S., Zeegers, M. P., Stranges, S. & Van Den Akker, M. Multimorbidity and quality of life: Systematic literature review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews* **53**, 100903 (2019).
32. Palladino, R., Tayu Lee, J., Ashworth, M., Triassi, M. & Millett, C. Associations between multimorbidity, healthcare utilisation and health status: evidence from 16 European countries. *Age Ageing* **45**, 431–435 (2016).
33. Vollset, S. E. *et al.* Burden of disease scenarios for 204 countries and territories, 2022–2050: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet* **403**, 2204–2256 (2024).
34. Foreman, K. J. *et al.* Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016–40 for 195 countries and territories. *Lancet* **392**, 2052–2090 (2018).
35. Abud, T. *et al.* Determinants of healthy ageing: a systematic review of contemporary literature. *Aging Clin Exp Res* **34**, 1215–1223 (2022).
36. European Commission. *EU Summit on Chronic Diseases. Conference Conclusions*. https://health.ec.europa.eu/system/files/2016-11/ev_20140403_mi_en_0.pdf (2014).
37. OECD/European Commission. *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*. (OECD Publishing, Paris, 2024).
38. European Commission. *2024 Ageing Report. Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2022-2070)*. 358 https://economy-finance.ec.europa.eu/publications/2024-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2022-2070_en (2024).
39. Giordana, G. A. & Pi Alperin, M. N. Old age takes its toll: Long-run projections of health-related public expenditure in Luxembourg. *Econ. Hum. Biol* **50**, 101262 (2023).
40. Vandenberghe, D. & Albrecht, J. The financial burden of non-communicable diseases in the European Union: a systematic review. *Eur. J. Public Health* **30**, 833–839 (2020).

41. PHSSR EU Expert Advisory Group. *A Stitch in Time: Early Intervention to Tackle Europe's NCD Crisis.* <https://www.phssr.org/a-stitch-in-time-early-intervention-to-tackle-europe-s-ncd-crisis-expert-recommendations-for-sustainable-and-resilient-health-systems> (2023).
42. Clark, A. *et al.* Global, regional, and national estimates of the population at increased risk of severe COVID-19 due to underlying health conditions in 2020: a modelling study. *Lancet Glob Health* **8**, e1003–e1017 (2020).
43. Van Kerm, P., Salagean, I. & Amétépé, F. S. *La COVID-19 au Luxembourg: Le gradient social de l'épidémie.* <https://liser.elsevierpure.com/en/publications/la-covid-19-au-luxembourg-le-gradient-social-de-> (2022).
44. Semenzato, L. *et al.* Chronic diseases, health conditions and risk of COVID-19-related hospitalization and in-hospital mortality during the first wave of the epidemic in France: a cohort study of 66 million people. *Lancet Reg Health Eur* **8**, (2021).
45. OECD. *Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience.* https://www.oecd.org/en/publications/ready-for-the-next-crisis-investing-in-health-system-resilience_1e53cf80-en.html (2023) doi:<https://doi.org/10.1787/1e53cf80-en>.
46. Dahlgren, G. & Whitehead, M. The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health* **199**, 20–24 (2021).
47. OECD. *Health for Everyone?: Social Inequalities in Health and Health Systems.* (OECD, Paris, 2019). doi:[10.1787/3c8385d0-en](https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en).
48. OECD. *Beating Cancer Inequalities in the EU: Spotlight on Cancer Prevention and Early Detection.* (OECD Publishing, Paris, 2024).
49. Marmot, M. & Bell, R. Social determinants and non-communicable diseases: time for integrated action. *BMJ* **364**, i251 (2019).
50. PreventNCD. Joint Action Prevent Non-Communicable Diseases. *PreventNCD* <https://preventncd.eu/>.
51. *How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General.* (Centers for Disease Control and Prevention (US), Atlanta (GA), 2010).
52. Fondation Cancer Luxembourg. Les méfaits du tabagisme actif. *Ma vie sans tabac* <https://maviesanstabac.lu/le-tabagisme-actif/>.
53. World Health Organization. Effects of tobacco on health. *World Health Organization European Region* <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/effects-of-tobacco-on-health> (2025).
54. Inoue-Choi, M. *et al.* Non-Daily Cigarette Smokers: Mortality Risks in the U.S. *Am. J. Prev. Med* **56**, 27–37 (2019).
55. Cao, S., Yang, C., Gan, Y. & Lu, Z. The Health Effects of Passive Smoking: An Overview of Systematic Reviews Based on Observational Epidemiological Evidence. *PLoS ONE* **10**, e0139907 (2015).
56. Su, Z. *et al.* Second hand smoke attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990–2021: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2021. *Respir. Res* **26**, 174 (2025).
57. Banderali, G. *et al.* Short and long term health effects of parental tobacco smoking during pregnancy and lactation: a descriptive review. *J Transl Med* **13**, 327 (2015).
58. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Health Effects of Cigarettes: Reproductive Health. *Smoking and Tobacco Use* <https://www.cdc.gov/tobacco/about/cigarettes-and-reproductive-health.html> (2025).
59. Kelly, B. C., Vuolo, M., Frizzell, L. C. & Hernandez, E. M. Denormalization, smoke-free air policy, and tobacco use among young adults. *Soc. Sci. Med* **211**, 70–77 (2018).
60. Hoek, J., Edwards, R. & Waa, A. From social accessory to societal disapproval: smoking, social norms and tobacco endgames. *Tobacco Control* **31**, 358–364 (2022).

61. Reitsma, M. B. *et al.* Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and initiation among young people in 204 countries and territories, 1990–2019. *Lancet Public Health* **6**, e472–e481 (2021).
62. Luxembourg Government. *Accord de Coalition 2023-2028*. (2023).
63. Mémorial A560. *Loi du 13 juin 2017 transposant la directive 2014/40/UE du Parlement européen et du Conseil du 3 avril 2014 relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac et des produits connexes; abrogeant la directive 2001/37/CE; modifiant la loi modifiée du 11 août 2006 relative à la lutte antitabac*. (2017).
64. Fondation Cancer Luxembourg. Génération Sans Tabac Luxembourg. *Génération Sans Tabac* <https://www.generationsanstabac.lu>.
65. Fondation Cancer Luxembourg. Ma vie sans tabac - Nos revendications. *Ma vie sans tabac* <https://www.maviesanstabac.lu/nos-revendications/>.
66. Fondation Cancer Luxembourg. Enquête Génération Sans Tabac : Enquête sur la perception de la stratégie auprès des résidents au Luxembourg. *Génération Sans Tabac* <https://www.generationsanstabac.lu/enquete-generation-sans-tabac> (2025).
67. Catunda, C., Mendes, F. G. & Lopes Ferreira, J. *Risk Behaviours of School-Aged Children in Luxembourg - Report on the Luxembourg HBSC Survey 2022*. https://hbsc.uni.lu/en/?page_id=860 (2024).
68. La Fondation Cancer & Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale. Évolution du tabagisme au Luxembourg - Enquête 2024. *Ma vie sans tabac* <https://www.maviesanstabac.lu/tbagisme-au-luxembourg-enquete-2024/> (2025).
69. World Health Organization. *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2021: Addressing New and Emerging Products*. 210 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032095> (2021).
70. Lietzmann, J. & Moulac, M. *Novel Tobacco Products and Their Effects on Health - HWG Workshop Proceedings*. (2023).
71. Marques, P., Piquerias, L. & Sanz, M.-J. An updated overview of e-cigarette impact on human health. *Respir Res* **22**, 151 (2021).
72. Soneji, S. *et al.* Association Between Initial Use of e-Cigarettes and Subsequent Cigarette Smoking Among Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr* **171**, 788–797 (2017).
73. Fondation Cancer Luxembourg. Le projet de loi relative à la lutte antitabac adopté : ce qui change. *Fondation Cancer Luxembourg* <https://www.cancer.lu/fr/actualites/le-projet-de-loi-relative-la-lutte-antitabac-adopte-ce-qui-change> (2024).
74. A521. *Loi Du 28 Novembre 2025 Modifiant La Loi Modifiée Du 11 Août 2006 Relative à La Lutte Antitabac En Vue de La Transposition de La Directive Déléguee (UE) 2022/2100 de La Commission Du 29 Juin 2022 Modifiant La Directive 2014/40/UE Du Parlement Européen et Du Conseil En Ce Qui Concerne Le Retrait de Certaines Exemptions Pour Les Produits Du Tabac Chauffés*. (2025).
75. World Health Organization, Europe. No level of alcohol consumption is safe for our health. *World Health Organization (WHO) – Regional Office for Europe* <https://www.who.int/europe/news/item/04-01-2023-no-level-of-alcohol-consumption-is-safe-for-our-health> (2023).
76. Griswold, M. G. *et al.* Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* **392**, 1015–1035 (2018).
77. International Agency for Research on Cancer. *IARC Monographs on the Evaluation of the Carcinogenic Risks to Humans: Alcohol Drinking*. vol. 44 (World Health Organization, France, 1988).
78. Anderson, B. O. *et al.* Health and cancer risks associated with low levels of alcohol consumption. *The Lancet Public Health* **8**, E6–E7 (2023).

79. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Alcohol's Effects on Health. *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA)* <https://www.niaaa.nih.gov/alcohols-effects-health> (2025).
80. European Institute of Women's Health. Women and Alcohol in the EU – 2022. *Eurohealth* <https://eurohealth.ie/women-and-alcohol-in-the-eu-women-and-alcohol-in-the-eu-2022/> (2022).
81. Lees, B., Meredith, L. R., Kirkland, A. E., Bryant, B. E. & Squeglia, L. M. Effect of alcohol use on the adolescent brain and behavior. *Pharmacol Biochem Behav* **192**, 172906 (2020).
82. Boden, J. M. & Fergusson, D. M. The Short- and Long-Term Consequences of Adolescent Alcohol Use. in *Young People and Alcohol* 32–44 (John Wiley & Sons, Ltd, 2011). doi:10.1002/9781118785089.ch3.
83. Gardner, L. A., Stockings, E., Champion, K. E., Mather, M. & Newton, N. C. Alcohol initiation before age 15 predicts earlier hazardous drinking: A survival analysis of a 7-year prospective longitudinal cohort of Australian adolescents. *Addiction* **119**, 518–529 (2024).
84. Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale & Direction de la santé. Alcool. *SanteSecu.lu* <https://santesecu.public.lu/fr/espace-citoyen/dossiers-thematiques/a/alcool.html> (2025).
85. Mémorial A237. *Loi Du 22 Décembre 2006 Portant Interdiction de La Vente de Boissons Alcooliques à Des Mineurs de Moins de Seize Ans.* (2006).
86. Ministère de la Santé & Direction de la santé. Plan d'Action Luxembourgeois de réduction du Mésusage de l'Alcool (PALMA) 2020-2024. (2023).
87. Aune, D. *et al.* Fruit and vegetable intake and the risk of cardiovascular disease, total cancer and all-cause mortality — a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *Int. J. Epidemiol* **46**, 1029–1056 (2017).
88. Wang, X. *et al.* Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *BMJ* **349**, g4490 (2014).
89. World Health Organization, Europe. Nutrition. *World Health Organization European Region* <https://www.who.int/europe/health-topics/nutrition>.
90. World Health Organization. *Guideline: Sugars Intake for Adults and Children.* (World Health Organization, Geneva, 2015).
91. OECD. *Measuring What Matters for Child Well-Being and Policies.* (OECD Publishing, Paris, 2021). doi:10.1787/e82fded1-en.
92. Craigie, A. M., Lake, A. A., Kelly, S. A., Adamson, A. J. & Mathers, J. C. Tracking of Obesity-Related Behaviours from Childhood to Adulthood: A Systematic Review. *Maturitas* **70**, 266–284 (2011).
93. Saeedi, P., Shavandi, A. & Skidmore, P. M. L. What Do We Know about Diet and Markers of Cardiovascular Health in Children: A Review. *Int J Environ Res Public Health* **16**, 548 (2019).
94. Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg. Besoins nutritionnels de chacun. *Gesond iessen, Méi bewegen* <http://gimb.public.lu/fr/gesond-essen/besoins-nutritionnels.html> (2023).
95. Ministère de la Santé & Direction de la santé. Programme national pour la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel au Luxembourg 2018-2025. (2018).
96. Guy Weber *et al.* *Surveillance de la Santé Périnatale 2017-2019 au Luxembourg.* <http://sante.public.lu/fr/publications/s/surveillance-sante-perinatale-2017-2019.html> (2022).
97. Seuring, Till, Ducombe, Tanja, & Berthet, Françoise. *Eng gesond Zukunft: Un rapport sur la santé des enfants au Luxembourg.* (Observatoire national de la santé, Ministère de la Santé, Luxembourg, 2024).
98. Mendes, F. G., Lopes Ferreira, J., Residori, C. & Catunda, C. *Health Behaviours of School-Aged Children in Luxembourg - Report on the Luxembourg HBSC Survey 2022.* https://hbsc.uni.lu/en/?page_id=860 (2024).

99. Andreas Heinz, Matthias Robert Kern, Claire van Duin, Carolina Catunda, & Helmut Willems. *Bericht zur luxemburgischen HBSC-Studie 2018*. <https://hbsc.uni.lu/en/2018-survey/#hbsc-lux-2018-survey-research-reports>.
100. OECD/WHO. *Step Up! Tackling the Burden of Insufficient Physical Activity in Europe*. https://www.oecd.org/en/publications/step-up-tackling-the-burden-of-insufficient-physical-activity-in-europe_500a9601-en.html (2023).
101. Lee, I.-M. et al. Impact of Physical Inactivity on the World's Major Non-Communicable Diseases. *Lancet* **380**, 219–229 (2012).
102. Zhang, T., Lu, G. & Wu, X. Y. Associations between physical activity, sedentary behaviour and self-rated health among the general population of children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* **20**, 1343 (2020).
103. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. (2023).
104. 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee. 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report. *Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services*, 2018. (2018).
105. Ding, D. et al. Daily Steps and Health Outcomes in Adults: A Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis. *Lancet Public Health* **10**, e668-81 (2025).
106. Le Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg. Programme GIMB. *Gesond iessen, Méi bewegen* <http://gimb.public.lu/fr/programme-gimb.html> (2023).
107. Spring, B., Moller, A. C. & Coons, M. J. Multiple Health Behaviours: Overview and Implications. *Journal of Public Health* **34**, i3–i10 (2012).
108. Scottish Government (Population Health Directorate). *Scottish Health Survey 2016: Volume 1 - Main Report, Chapter 6: Multiple Risks*. <https://www.gov.scot/publications/scottish-health-survey-2016-volume-1-main-report/pages/54/> (2017).
109. Meader, N. et al. A Systematic Review on the Clustering and Co-occurrence of Multiple Risk Behaviours. *BMC Public Health* **16**, 657 (2016).
110. Ding, D., Rogers, K., Ploeg, H. van der, Stamatakis, E. & Bauman, A. E. Traditional and Emerging Lifestyle Risk Behaviors and All-Cause Mortality in Middle-Aged and Older Adults: Evidence from a Large Population-Based Australian Cohort. *PLoS Med* **12**, e1001917 (2015).
111. Loef, M. & Walach, H. The Combined Effects of Healthy Lifestyle Behaviors on All Cause Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Prev. Med* **55**, 163–170 (2012).
112. Wild, C. P., Weiderpass, E. & Stewart, B. W. *World Cancer Report: Cancer Research for Cancer Prevention*. (International Agency for Research on Cancer, Lyon, France, 2020).
113. World Health Organization, Europe. New data: noncommunicable diseases cause 1.8 million avoidable deaths and cost US\$ 514 billion every year, reveals new WHO/Europe report. *World Health Organization European Region* <https://www.who.int/europe/news/item/27-06-2025-new-data--noncommunicable-diseases-cause-1-8-million-avoidable-deaths-and-cost-us-514-billion-USD-every-year--reveals-new-who-europe-report> (2025).
114. World Health Organization. *Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol*. 44 <https://www.who.int/publications/i/item/9789241599931> (2010).
115. World Health Organization. *Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020*. 55 <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236> (2013).
116. WHO Framework Convention on Tobacco Control. *WHO Framework Convention on Tobacco Control*. (World Health Organization, 2003).
117. ESDN Office. Luxembourg – Country Profile. *European Sustainable Development Network (ESDN)* https://www.esdn.eu/country-profile/detail?tx_countryprofile_countryprofile%5Baction%5D=show&tx_countryprofile_countryprofile%5Bco

- ntroller%5D=Country&tx_countryprofile_countryprofile%5Bcountry%5D=18&cHash=e9c27d8f5f8a5f3bfa5998eea62a748f (2025).
118. United Nations, Department of Economic and Social Affairs (UNDESA). THE 17 GOALS | Sustainable Development. *SDGs – UN* <https://sdgs.un.org/goals>
119. Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale. *Plan National de Santé*. 80 <https://santesecu.public.lu/fr/publications/p/plan-national-sante-2023.html> (2023).
120. Direction de la santé. *Plan National Cancer - 2020-2024*. 120 <http://sante.public.lu/fr/publications/p/plan-national-cancer-brochure-2020-2024.html> (2020).
121. Luxembourg Government. *Plan national de santé*. <https://santesecu.public.lu/fr/publications/p/plan-national-sante-2023.html> (2023).
122. Direction de la santé. *Plan national maladies cardio-neuro-vasculaires (2023-2027)*. 72 <https://santesecu.public.lu/dam-assets/fr/publications/p/plan-national-cardio-neuro-vasculaires/plan-nat-neuro-cardio-brochure.pdf> (2023).
123. World Health Assembly, 75. *Seventy-Fifth World Health Assembly: Geneva, 22-28 May 2022: Resolutions and Decisions, Annexes*. <https://iris.who.int/handle/10665/365610> (2022).
124. World Health Organization. *The SAFER Technical Package: Five Areas of Intervention at National and Subnational Levels*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516419> (2019).
125. World Health Organization. *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2023: Protect People from Tobacco Smoke*. 216 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077164> (2023).
126. World Health Organization. *WHO Technical Manual on Tobacco Tax Policy and Administration*. (World Health Organization, Geneva, 2021).
127. Akter, S. et al. A systematic review and network meta-analysis of population-level interventions to tackle smoking behaviour. *Nat Hum Behav* 1–25 (2024) doi:10.1038/s41562-024-02002-7.
128. International Agency for Research on Cancer. *Effectiveness of Tax and Price Policies for Tobacco Control*. vol. 14 (IARC, Lyon, France, 2011).
129. The International Bank for Reconstruction and Development & The World Bank. *Curbing the Epidemic - Governments and the Economics of Tobacco Control*. <http://documents.worldbank.org/curated/en/914041468176678949> (1999).
130. Jha, P. & Chaloupka, F. J. The economics of global tobacco control. *BMJ* **321**, 358–361 (2000).
131. Eurostat. Comparative price levels for food, beverages and tobacco. *Eurostat – Statistics Explained* https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Comparative_price_levels_for_food,_beverages_and_tobacco (2024).
132. López-Nicolás, Á. *Tobacco Taxes in the European Union: An Evaluation of the Effects of the European Commission's Proposals for a New Tobacco Tax Directive on the Markets for Cigarettes and Fine-Cut Tobacco*. <https://www.economicsforhealth.org/files/research/869/working-paper-tobacco-taxes-eu-final-version-oct-2.pdf> (2023).
133. Macumber-Rosin, J. & Hoffer, A. Cigarette Taxes in Europe, 2024. *Tax Foundation Europe* <https://taxfoundation.org/data/all/eu/cigarette-taxes-europe-2024/> (2024).
134. Cour des comptes, G.-D. de L. *Avis Sur Le Projet de Loi 8600 Concernant Le Budget Des Recettes et Des Dépenses de l'Etat Pour l'exercice 2026 et Le Projet de Loi 8601 Relatif à La Programmation Financière Pluriannuelle Pour La Période 2025 à 2029*. (2025).
135. Seuring, T. *Case Study: Increasing Tobacco Price to Reduce the Burden of Chronic Diseases in Luxembourg*. <https://obs.gouvernement.lu/fr/rapports.html> (2026).
136. Cruces, G., Falcone, G. & Puig, J. Differential price responses for tobacco consumption: implications for tax incidence. *Tob Control* **31**, s95–s100 (2022).

137. Dauchy, E. & Shang, C. The price elasticity of heated tobacco and cigarette demand: Empirical evaluation across countries. *Health Economics* **33**, 2708–2722 (2024).
138. Almeida, A., Golpe, A. A., Iglesias, J. & Martín Álvarez, J. M. The Price Elasticity of Cigarettes: New Evidence From Spanish Regions, 2002–2016. *Nicotine Tob. Res* **23**, 48–56 (2021).
139. Reed, H. *The Effects of Increasing Tobacco Taxation: A Cost Benefit and Public Finances Analysis*. 40 <https://portal-uat.who.int/fctcapps/sites/default/files/kh-media/e-library-doc/2019/12/Reed-2010-CBA.pdf> (2010).
140. McNeill, A. *et al.* Tobacco packaging design for reducing tobacco use. *Cochrane Database of Systematic Reviews* <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011244.pub2> (2017) doi:10.1002/14651858.CD011244.pub2.
141. Pang, B. *et al.* The effectiveness of graphic health warnings on tobacco products: a systematic review on perceived harm and quit intentions. *BMC Public Health* **21**, 884 (2021).
142. Mémorial A597. *Règlement Grand-Ducal Du 20 Juin 2017 Relatif : - À l'étiquetage et Au Conditionnement Des Produits Du Tabac, Des Produits à Fumer à Base de Plantes Autres Que Le Tabac, Ainsi Que Des Produits à Fumer sans Combustion ; - Aux Méthodes d'analyse Des Émissions Des Cigarettes ; - à l'étiquetage, Au Conditionnement et Au Mécanisme de REMPLISSAGE Des Cigarettes Électroniques et Des Flacons de Recharge.* (2017).
143. European Parliament & Council of the European Union. *Directive 2014/40/EU of the European Parliament and of the Council of 3 April 2014 on the Approximation of the Laws, Regulations and Administrative Provisions of the Member States Concerning the Manufacture, Presentation and Sale of Tobacco and Related Products and Repealing Directive 2001/37/EC Text with EEA Relevance*. (2014).
144. Chambre des Députés du Grand-Duché de Luxembourg. Dossier parlementaire n° 8333 : Projet de loi modifiant la loi modifiée du 11 août 2006 relative à la lutte antitabac en vue de la transposition de la directive déléguée (UE) 2022/2100 de la Commission du 29 juin 2022 modifiant la directive 2014/40/UE du Parlement européen et du Conseil en ce qui concerne le retrait de certaines exemptions pour les produits du tabac chauffés. *Chambre des Députés Grand-Duché de Luxembourg* <https://www.chd.lu/fr/dossier/8333>.
145. Saad, C. *et al.* Effectiveness of tobacco advertising, promotion and sponsorship bans on smoking prevalence, initiation and cessation: a systematic review and meta-analysis. *Tob. Control* <https://doi.org/10.1136/tc-2024-058903> (2025) doi:10.1136/tc-2024-058903.
146. Drole, J. *et al.* *The Tobacco Atlas*. <https://tobaccoatlas.org/> (2022).
147. Gouvernement Luxembourgeoise. *Loi du 11 août 2006 relative à la lutte antitabac*. (2006).
148. Frazer, K. *et al.* Legislative smoking bans for reducing harms from secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. *Cochrane Database Syst. Rev* <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005992.pub3> (2016) doi:10.1002/14651858.CD005992.pub3.
149. World Health Organization. Technical briefing for Appendix 3 of the Global Action Plan for Non-Communicable Diseases: Tobacco control interventions. (2022).
150. Gouvernement Luxembourgeoise. *Loi du 18 juillet 2013 modifiant la loi du 11 août 2006 relative à la lutte antitabac*. (2013).
151. Levy, D. T., Tam, J., Kuo, C., Fong, G. T. & Chaloupka, F. The Impact of Implementing Tobacco Control Policies: The 2017 Tobacco Control Policy Scorecard. *J. Public Health Manag. Pract* **24**, 448–457 (2018).
152. World Health Organization. *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2023 - Country Profile: Luxembourg*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/tobacco/gtcr-2023/tobacco-2023-lux.pdf?sfvrsn=dd222af8_3&download=true (2023).
153. Direction de la santé. *Plan National de Lutte contre le Tabagisme PNLT 2016-2020*. 97 [https://santesechu.public.lu/fr/publications/p/plan-national-tabac-2016-2020.html](https://santeseчу.public.lu/fr/publications/p/plan-national-tabac-2016-2020.html) (2016).
154. Devaux, M. *et al.* Economic evaluation of the recent French tobacco control policy: a model-based approach. *Tob. Control* <https://doi.org/10.1136/tc-2023-058568> (2024) doi:10.1136/tc-2023-058568.

155. Ministère de la Santé et de la Prévention. *Programme national de lutte contre le tabac 2023-2027*. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_contre_le_tabac.pdf (2023).
156. OECD. *Preventing Harmful Alcohol Use*. (OECD, 2021). doi:10.1787/6e4b4ffb-en.
157. van den Berg, M. *et al*. The cost-effectiveness of increasing alcohol taxes: a modelling study. *BMC Med* **6**, 36 (2008).
158. Clements, K. W., Yang, W. & Zheng, S. W. Is utility additive? The case of alcohol. *Appl. Econ* **29**, 1163–1167 (1997).
159. Burton, R. *et al*. The relationship between the price and demand of alcohol, tobacco, unhealthy food, sugar-sweetened beverages, and gambling: an umbrella review of systematic reviews. *BMC Public Health* **24**, 1286 (2024).
160. Yanatma, S. Alcohol and tobacco in Europe: How much are you being charged? *Euronews* <https://www.euronews.com/business/2024/07/29/what-price-alcohol-and-tobacco-how-much-are-you-being-charged> (2024).
161. Mengden, A. VAT Rates in Europe, 2025. *Tax Foundation Europe* <https://taxfoundation.org/data/all/eu/value-added-tax-vat-rates-europe/> (2025).
162. Hoffer, A. & Macumber-Rosin, J. Beer Taxes in Europe, 2024. *Tax Foundation Europe* <https://taxfoundation.org/data/all/eu/beer-taxes-europe/> (2024).
163. Sargent, J. D. & Babor, T. F. The Relationship Between Exposure to Alcohol Marketing and Underage Drinking Is Causal. *J. Stud. Alcohol Drugs Suppl* 113–124 (2020) doi:10.15288/jsads.2020.s19.113.
164. Mémorial A47. *Version Consolidée Applicable Au 25/11/2025 : Loi Du 27 Juillet 1991 Sur Les Médias Électroniques*.
165. Mémorial A42. *Règlement grand-ducal du 5 avril 2001 fixant les règles applicables en matière de publicité, de parrainage, de télé-achat et d'autopromotion dans les programmes de télévision réputés relever de la compétence du Luxembourg conformément à la directive européenne modifiée «Télévision sans frontières»*. (2001).
166. The Government of the Grand Duchy of Luxembourg. Establishments selling alcoholic beverages - Alcohol licence. *Guichet.lu* <http://guichet.public.lu/en/entreprises/sectoriel/horeca/cafes/cabaretage.html> (2022).
167. Statistics Lithuania. Proportion of the population who consumed hazardous amounts of alcohol (heavy episodic drinking). *Official Statistics Portal* <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?hash=d8b8febc-3bd9-4434-ab94-9d05a5bd4c4e#/>.
168. World Health Organization, Europe. Reducing harm due to alcohol: success stories from 3 countries. *World Health Organization European Region* <https://www.who.int/europe/news-room/15-04-2021-reducing-harm-due-to-alcohol-success-stories-from-3-countries> (2021).
169. World Health Organization. Implementing ‘best buy’ alcohol control policies in Lithuania leads to decreases in mortality and improved public health. *World Health Organization* <https://www.who.int/about/accountability/results/who-results-report-2020-mtr/country-story/2023/implementing--best-buy--alcohol-control-policies-in-lithuania-leads-to-decreases-in-mortality-and-improved-public-health>.
170. Rehm, J. *et al*. Impact of the WHO ‘best buys’ for alcohol policy on consumption and health in the Baltic countries and Poland 2000–2020. *Lancet Reg Health Eur* **33**, (2023).
171. World Health Organization. *Reformulation of Food and Beverage Products for Healthier Diets: Policy Brief*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039919> (2022).
172. World Health Organization. *Countdown to 2023: WHO 5-Year Milestone Report on Global Trans Fat Elimination 2023*. (World Health Organization, Geneva, 2024).

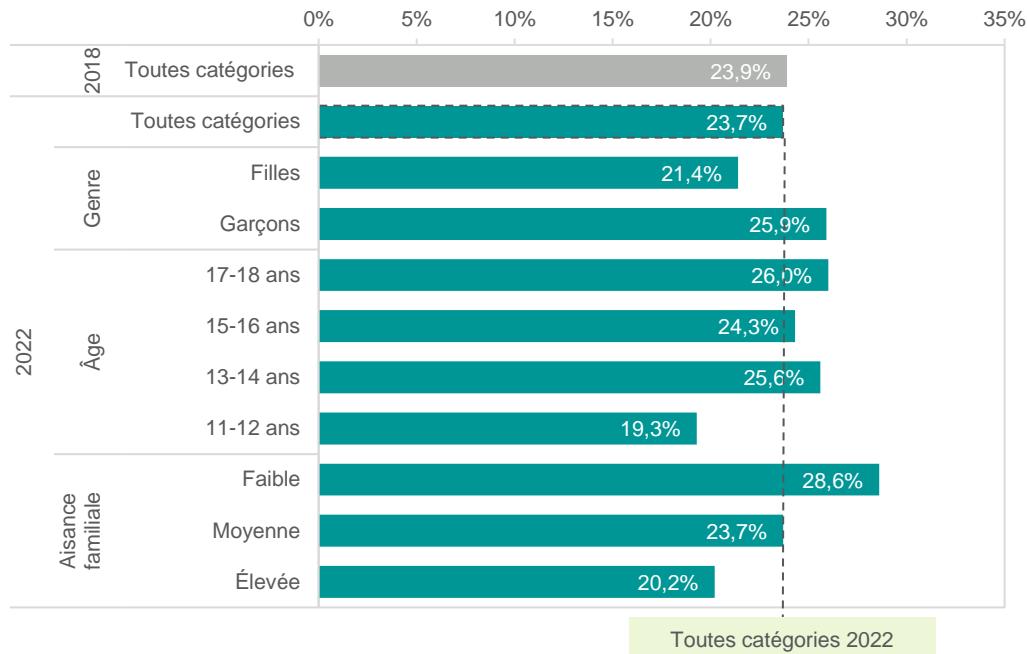
173. International Food & Beverage Alliance. IFBA Enhanced Commitment to Phase out Industrially Produced Trans-Fatty Acids. *IFBA* <https://ifballiance.org/media-resources/ifba-enhanced-commitment-to-phase-out-industrially-produced-trans-fatty-acids/> (2019).
174. Cecchini, M. & Warin, L. Impact of food labelling systems on food choices and eating behaviours: a systematic review and meta-analysis of randomized studies. *Obes Rev* **17**, 201–210 (2016).
175. Campos, S., Doxey, J. & Hammond, D. Nutrition labels on pre-packaged foods: a systematic review. *Public Health Nutr* **14**, 1496–1506 (2011).
176. Le gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg. Denrée alimentaire préemballée. *Portail de la sécurité alimentaire* <https://securite-alimentaire.public.lu/fr/professionnel/Denrees-alimentaires/Etiquetage/etiquetage-base-et-nutritionnel/denree-preemballee.html> (2024).
177. Mémorial A80. *Règlement grand-ducal du 30 janvier 2024 portant modification du règlement grand-ducal du 7 mai 2021 relatif à l'utilisation du logo Nutri-Score.* (2024).
178. Caldeira, S. et al. *Public Procurement of Food for Health: Technical Report on the School Setting.* (Publications Office of the European Union, 2017).
179. World Health Organization. *Action Framework for Developing and Implementing Public Food Procurement and Service Policies for a Healthy Diet.* <https://www.who.int/publications/i/item/9789240018341> (2021).
180. Entente des Foyers de Jour, Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse, & Ministère de la Santé. Guide de bonnes pratiques pour une bonne hygiène alimentaire dans les services d'éducation et d'accueil pour enfants. (2015).
181. Gouvernement Luxembourgeois. Une alimentation saine et durable dans nos cantines scolaires. *Gouvernement.lu* http://gouvernement.lu/fr/actualites/toutes_actualites/communiques/2024/10-octobre/07-alimentation-saine-cantines-scolaires.html (2024).
182. Ministère de l'Agriculture, de la Viticulture et du Développement rural. Schulmilch und Schulobst. *Ministère de l'Agriculture, de la Viticulture et du Développement rural – agriculture.public.lu* <http://agriculture.public.lu/de/ernaehrung/regional-und-saisonale/schulmilch-und-schulobst.html> (2024).
183. Mémorial A462. *Loi du 20 juillet 2023 portant création de l'Administration assurant le service public de restauration collective dénommée « Restopolis » et portant modification de : 1° la loi modifiée du 25 juin 2004 portant organisation des lycées ; 2° la loi du 20 juillet 2018 portant création de Centres de compétences en psycho-pédagogie spécialisée en faveur de l'inclusion scolaire.* (2023).
184. Rockström, J. et al. The EAT–Lancet Commission on healthy, sustainable, and just food systems. *Lancet* **406**, 1625–1700 (2025).
185. Wakefield, M. A., Loken, B. & Hornik, R. C. Use of mass media campaigns to change health behaviour. *Lancet* **376**, 1261–1271 (2010).
186. Cairns, G., Angus, K., Hastings, G. & Caraher, M. Systematic reviews of the evidence on the nature, extent and effects of food marketing to children. A retrospective summary. *Appetite* **62**, 209–215 (2013).
187. World Health Organization. *Policies to Protect Children from the Harmful Impact of Food Marketing: WHO Guideline.* <https://www.who.int/publications/i/item/9789240075412> (2023).
188. Binns, C., Lee, M. & Low, W. Y. The Long-Term Public Health Benefits of Breastfeeding. *Asia Pac J Public Health* **28**, 7–14 (2016).
189. Meek, J. Y., Noble, L., & Section on Breastfeeding. Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics* **150**, e2022057988 (2022).
190. World Health Organization. Exclusive breastfeeding for optimal growth, development and health of infants. *World Health Organization* <https://www.who.int/tools/elena/interventions/exclusive-breastfeeding> (2023).
191. World Health Organization. Breastfeeding. *World Health Organization* <https://www.who.int/health-topics/breastfeeding>.

192. Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale & Direction de la santé. Semaine de l'allaitement au Luxembourg : allaiter et travailler, c'est possible! *SanteSecu.lu* <http://santesecu.public.lu/fr/actualites/2023/10/allaitement-cest-un-droit.html> (2023).
193. Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale & Direction de la santé. Allaitement maternel - Information et consultation. *SanteSecu.lu* <http://santesecu.public.lu/fr/espace-citoyen/dossiers-thematiques/ggrossesse-maternite/aides-utiles/allaitement-maternel.html> (2021).
194. Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale & Direction de la santé. L'allaitement de A à Z. *SanteSecu.lu* <http://santesecu.public.lu/fr/publications/a/allaitement-a-z.html> (2022).
195. Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale & Direction de la santé. Allaitement au travail. *SanteSecu.lu* <http://santesecu.public.lu/fr/publications/a/allaitement-checklist-entreprises.html> (2023).
196. Code du travail. *Code Du Travail* - Version Consolidée. <https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/code/travail/20250401> (2025).
197. Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale & Direction de la santé. Allaitement : Checklist pour mamans. *SanteSecu.lu* <http://santesecu.public.lu/fr/publications/a/allaitement-checklist-maman.html> (2023).
198. Fleischer, L. & Stokkenberga, L. *Well-Being in Finland: Bringing Together People, Economy and Planet.* https://www.oecd.org/en/publications/well-being-in-finland_ecf06a58-en.html (2023).
199. European Commission. Food-Based Dietary Guidelines in Europe. *European Commission - Knowledge for policy* https://knowledge4policy.ec.europa.eu/health-promotion-knowledge-gateway/topic/food-based-dietary-guidelines-europe_en (2024).
200. OECD. Health - Risk factors for health - Body weight. *OECD Data Explorer* [https://data-explorer.oecd.org/vis?lc=en&df\[ds\]=DisseminateFinalDMZ&df\[id\]=DSD_HEALTH_LVNG%40DF_HEALTH_LVNG_BW&df\[ag\]=OECD.ELS.HD&df\[vs\]=1.0&dq=FIN.A.SP_OBS.._T..&pd=2010%2C&to\[TIME_PERIOD\]=false&vw=tb](https://data-explorer.oecd.org/vis?lc=en&df[ds]=DisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_HEALTH_LVNG%40DF_HEALTH_LVNG_BW&df[ag]=OECD.ELS.HD&df[vs]=1.0&dq=FIN.A.SP_OBS.._T..&pd=2010%2C&to[TIME_PERIOD]=false&vw=tb)
201. den Braver, N. R. et al. The impact of mass-media campaigns on physical activity: a review of reviews through a policy lens. *Eur. J. Public Health* **32**, iv71–iv83 (2022).
202. Bauman, A. E., Bellew, B., Owen, N. & Vita, P. Impact of an Australian mass media campaign targeting physical activity in 1998. *Am J Prev Med* **21**, 41–47 (2001).
203. Centers for Disease Control and Prevention. Physical Activity: Strategies for Community-Wide Campaigns. *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* <https://www.cdc.gov/physical-activity/php/strategies/community-wide-campaigns.html> (2024).
204. *Promoting Physical Activity in the Sports Sector: Current Status and Success Stories from the European Union Member States of the WHO European Region.* <https://iris.who.int/handle/10665/336353> (2020).
205. World Health Organization. *Global Action Plan on Physical Activity 2018–2030: More Active People for a Healthier World.* <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514187> (2018).
206. Ministère des Sports. Lëtzebuerg lieft Sport. *sports.lu* <http://sports.public.lu/fr/letzebuerg-lieft-sport.html> (2023).
207. Comité Olympique et Sportif Luxembourgeois (COSL). Présentation du Concept Intégré 2.0 : une nouvelle étape pour le sport luxembourgeois. *Team Lëtzebuerg* <https://teamletzebuerg.lu/presentation-du-concept-integre-2-0-une-nouvelle-etape-pour-le-sport-luxembourgeoislementor/> (2025).
208. Ministère de la Mobilité et des Travaux publics. *PNM 2035 - Plan national de mobilité.* <https://transports.public.lu/fr/planifier/strategie/pnm-2035.html> (2022).
209. Ministère de l'Education nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse. Trois modèles d'organisation pour des activités sportives et de mouvement quotidiennes dans les maisons relais. *Men.lu* <http://men.public.lu/en/actualites/communiques-conference-presse/2025/06/03-screen-life-balance-structures-education-accueil.html> (2025).

210. Silva, M. N. *et al.* 'Follow the Whistle: Physical Activity Is Calling You': Evaluation of Implementation and Impact of a Portuguese Nationwide Mass Media Campaign to Promote Physical Activity. *Int J Environ Res Public Health* **17**, 8062 (2020).
211. World Health Organization. Country Physical Activity Factsheet - Portugal 2024. (2024).
212. Instituto Português do Desporto e Juventude (IPDJ). #BeActive Portugal. *IPDJ – Instituto Português do Desporto e Juventude* <https://beactiveportugal.ipdj.pt/>.
213. Université du Luxembourg. HBSC Luxembourg - Health behaviour in School-aged Children. *HBSC Luxembourg (Université du Luxembourg)* <https://hbsc.uni.lu>.
214. Catunda, Carolina, Mendes, Felipe G., & Lopes Ferreira, Joana. *HBSC Study Luxembourg Methods - Report on the Luxembourg HBSC Survey 2022*. https://orbi.lu/bitstream/10993/58979/1/HBSC_2022_Methods%20Report.pdf (2023).
215. Le Coroller, G., Ruiz-Castell, M., Debacker, M. & Couffignal, S. European Health Interview Survey (EHIS): Méthodologie de l'étude - 3ème vague 2019 (Factsheet). (2021).
216. European Commission. European Health Interview Survey. *Eurostat* <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey>.
217. Walsh, S. *et al.* What is a population-level approach to prevention, and how could we apply it to dementia risk reduction? *Public Health* **225**, 22–27 (2023).

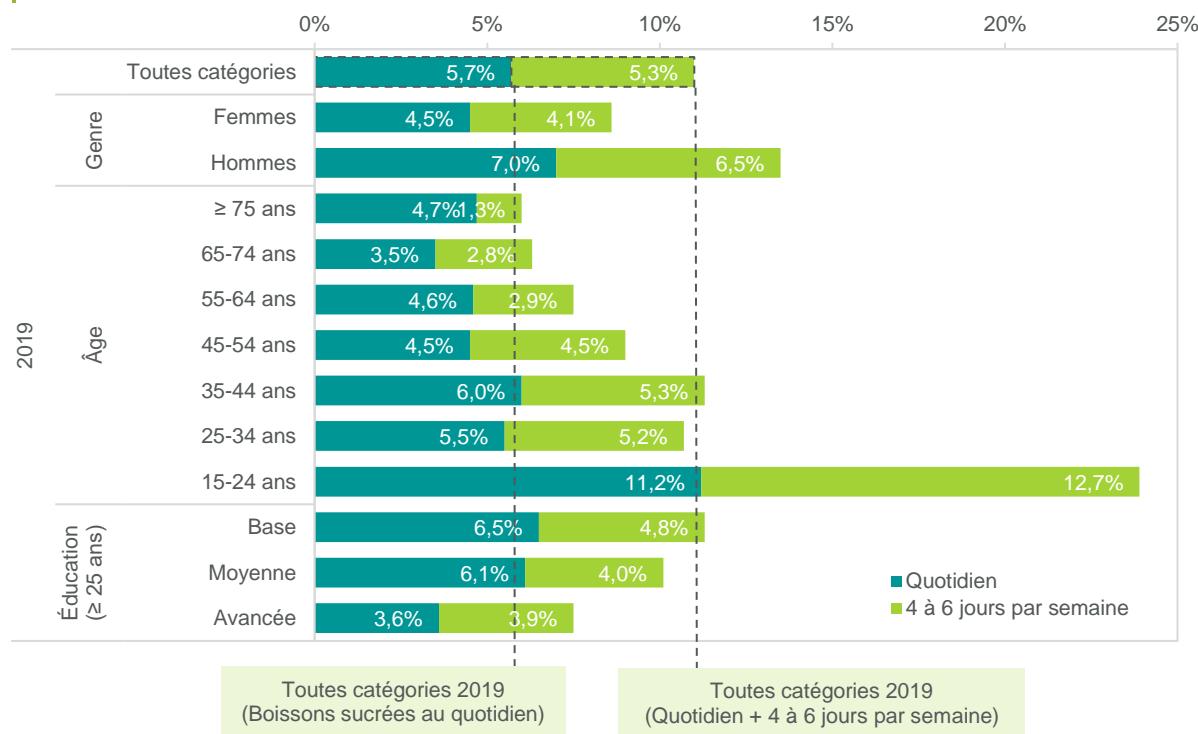
Annexe 1. Comportements de santé supplémentaires

Figure 26. Prévalence (%) de la consommation quotidienne de boissons sucrées chez les 11 à 18 ans, 2018 et 2022. Stratifiée par genre, âge et niveau d'aisance familiale, Luxembourg, 2022



Source : HBSC.

Figure 27. Prévalence (%) de la consommation de boissons sucrées chez les personnes âgées de 15 ans et plus, par fréquence (quotidienne et au moins 4 à 6 fois par semaine), 2014 et 2019. Stratifiée par facteurs démographiques et socio-économiques, Luxembourg 2019



Source : EHIS.

Tableau 8. Prévalence (%) de la mobilité active (minimum 10 minutes) au moins une fois par semaine chez les personnes âgées de 15 ans et plus, par type de mobilité active, 2019. Stratifiée par genre, âge, niveau d'éducation et revenu (quintiles inférieur et supérieur), Luxembourg, 2019

		Se rendre à vélo à un endroit et en revenir	Se déplacer à pied pour aller et revenir d'un endroit
2019	Total 2014	17,4	88,6
	Total 2019	17,2	89,6
Genre	Femmes	11,2	89,4
	Hommes	22,9	89,9
Âge	15-24 ans	22,9	94,9
	25-34 ans	18,1	89,5
	35-44 ans	16,6	88,9
	45-54 ans	16,5	87,7
	55-64 ans	17,1	90,8
	65-74 ans	13,8	90,8
	>75 ans	9,5	78,5
Éducation (25+)	Base	10,3	83,5
	Moyenne	13,6	88,8
	Avancée	19,8	90,9
Revenu (25 ans et plus)	Quintile inférieur	14,2	86,8
	Quintile supérieur	23,3	91,9

Source : EHIS.

Note : la couleur des cellules indique la valeur relative à l'aide de l'échelle de couleurs d'Excel : le vert représente les valeurs élevées, le rouge les valeurs faibles et le jaune les valeurs moyennes.

Annexe 2. Sources et méthodes

Les données utilisées pour décrire les quatre comportements de santé majeurs (tabagisme, consommation d'alcool, mauvaise alimentation, inactivité physique) au Luxembourg proviennent d'enquêtes représentatives au niveau national. Ces enquêtes ne concernent que les résidents et s'appuient sur des informations déclarées par les personnes interrogées.

Chaque comportement lié à la santé précise l'enquête à partir de laquelle les données ont été obtenues. Tous les indicateurs ont été calculés par les fournisseurs de données, et la plupart d'entre eux ont été extraits de bases de données accessibles au public. Les indicateurs sont présentés de manière systématique par groupe d'âge, genre (sur la base d'informations binaires sur le sexe) et statut socio-économique (niveau d'éducation, revenu, et aisance familiale). Des comparaisons sont fournies entre les résultats de la dernière enquête disponible et ceux de l'enquête précédente. Les résultats annuels étaient disponibles pour le tabagisme, ce qui a permis de présenter une série chronologique de la prévalence des fumeurs quotidiens de 2001 à 2024. Pour les comparaisons internationales, les données de tous les pays de l'UE-27 (les 27 États membres de l'UE en 2020), ainsi que la moyenne de l'UE-27 ont été utilisées, en fonction de leur disponibilité.

Les définitions des résultats et des covariables pour les stratifications peuvent être consultées dans les sources de données respectives.

HBSC - Health Behaviour in School-aged Children

Les données de l'enquête *HBSC (Health Behaviour in School-aged Children)* étaient utilisés pour décrire les comportements de santé des enfants et des adolescents.²¹³ L'enquête est menée tous les quatre ans et repose sur un échantillon représentatif à l'échelle nationale d'élèves âgés de 11 à 18 ans fréquentant des écoles publiques.²¹⁴ Dans la dernière enquête menée en 2022, les écoles privées suivant les programmes nationaux au Luxembourg ont également été incluses. L'échantillon final en 2022 comprenait 7 893 participants. L'enquête suit un questionnaire papier standardisé au niveau international, ainsi qu'une méthodologie et des procédures statistiques établies. Les résultats ont été pondérés en fonction des filières éducatives et des niveaux scolaires afin de refléter la répartition de la population des 11 à 18 ans dans son ensemble. L'enquête fournit des informations sur la santé et le bien-être des enfants et des adolescents, leurs comportements de santé, ainsi que leurs caractéristiques démographiques et socio-économiques. Au Luxembourg, l'enquête *HBSC* est organisée par l'Université du Luxembourg, le ministère de la Santé et de la Sécurité sociale / la Direction de la santé et le ministère de l'Éducation, de l'Enfance et de la Jeunesse. Elle fait partie de l'étude internationale *HBSC*. Les données présentées dans ce rapport sont extraites de deux rapports sur l'enquête *HBSC* 2022 au Luxembourg, intitulés « Comportements à risque des enfants et adolescents en âge scolaire au Luxembourg » et « Comportements liés à la santé des enfants et adolescents en âge scolaire au Luxembourg », ainsi que du tableau de bord de l'étude luxembourgeoise (<https://hbsc.uni.lu/de-dashboard>).^{26,67,98}

Définitions des comportements de santé et autres variables, HBSC :

- Consommation de tabac vie-entière : définie comme le fait d'avoir déjà fumé des cigarettes. Cela exclut les cigarettes électroniques et concerne les enfants et les adolescents scolarisés dans le secondaire.
- Consommation d'alcool vie-entière : définie comme le fait d'avoir déjà consommé de l'alcool. Elle concerne les enfants et les adolescents scolarisés dans le secondaire.
- Consommation de fruits et légumes : définie comme la consommation de fruits et (ou) de légumes une fois ou plus par jour.
- Consommation de boissons sucrées : définie comme la consommation de boissons sucrées.

- Activité physique pendant au moins 60 minutes par jour : définie comme toute activité physique modérée ou intense qui augmente le rythme cardiaque et essouffle la personne pendant un certain temps (par exemple, jouer avec des amis, marcher pour aller à l'école, ainsi que les activités sportives).
- Aisance familiale : évaluée à l'aide d'une échelle à six niveaux permettant de mesurer les biens matériels de la famille comme indicateur du contexte socio-économique des enfants et des adolescents. Une « aisance familiale faible » est définie par le groupe représentant les 20 % les plus pauvres, une « aisance familiale élevée » par les 20 % les plus riches et une « aisance familiale moyenne » par le groupe représentant les 60 % intermédiaires.

Enquête nationale sur le tabagisme au Luxembourg

L'enquête sur la consommation de tabac au Luxembourg, menée chaque année depuis plus de 20 ans, était utilisée pour décrire la consommation de tabac.⁶⁸ L'enquête est basée sur un échantillon représentatif de la population résidente âgée de 16 ans et plus. Avant 2018, l'âge minimum pour participer était de 15 ans. L'échantillon de l'enquête est tiré d'un panel d'environ 17 000 volontaires et est représentatif de la population résidente. Depuis 2018, l'enquête est menée exclusivement en ligne, alors qu'auparavant, elle combinait des entretiens en ligne et par téléphone. Les résultats agrégés sont ajustés en fonction de l'âge, du genre, de la nationalité (luxembourgeoise ou étrangère), de l'activité professionnelle et de la région de résidence. En 2024, l'enquête a compté 3 036 participants. Elle se concentre sur la consommation de tabac et de produits nicotiniques et recueille des variables sociales telles que le niveau d'études le plus élevé.

L'enquête est mise en œuvre par l'ILRES, un institut d'études de marché et d'enquêtes basé au Luxembourg, et hébergée par la Fondation contre le cancer du Luxembourg. Depuis 2023, elle est co-hébergée par la Direction de la santé / le ministère de la Santé et de la Sécurité sociale. Les résultats présentés dans ce rapport ont été extraits de la base de données publique de l'OCDE (<https://data-explorer.oecd.org/>). Les résultats stratifiés de l'enquête 2024 ont été fournis par les propriétaires des données, la Fondation Cancer et la Direction de la santé / le ministère de la Santé et de la Sécurité sociale.

Définitions des comportements de santé et autres variables, Enquête nationale sur le tabagisme au Luxembourg :

- Consommation de tabac : la consommation actuelle de tabac a été évaluée à l'aide du terme « fumeur ». La définition inclut la consommation de chicha, mais exclut les cigarettes électroniques. Les participants s'identifient eux-mêmes comme fumeurs actuels en fonction de leur propre perception.
- Éducation : fait référence au niveau d'éducation le plus élevé atteint et est classé comme suit : « Base » correspond au Secondaire 1er Cycle national ; « Moyenne » correspond au Secondaire 2ème Cycle ; « Moyenne à avancée » correspond à l'Enseignement supérieur Bac +2 à 3 ; « Avancée » correspond à l'Enseignement supérieur Bac +4 ou supérieur.
 - Le groupe « École primaire » n'est pas inclus dans les résultats à cause du nombre très réduit de personnes ($n=69$) dans ce groupe.
- Région : fait référence au lieu de résidence des participants, classé par région électorale. La région centrale est subdivisée afin de distinguer la capitale des autres zones de la région centrale.

EHIS - Enquête européenne par interview sur la santé

L'Enquête européenne par interview sur la santé (EHIS) était utilisée pour décrire les comportements de la population générale en matière de santé.^{215,216} L'enquête est réalisée tous les cinq à six ans (2014, 2019, et une nouvelle vague d'enquête est en cours de déploiement au moment de l'élaboration du présent rapport en 2025) et est obligatoire pour tous les États membres de l'UE. Au Luxembourg,

l'enquête est basée sur un échantillon représentatif à l'échelle nationale de résidents âgés de 15 ans et plus vivant dans des ménages privés. Les résultats de l'enquête 2019 sont basés sur les informations fournies par 4 504 participants à l'enquête. L'enquête suit un questionnaire normalisé au niveau international (en 2019, au Luxembourg, des options en ligne et sur papier étaient disponibles), ainsi qu'une méthodologie et des procédures statistiques établies. Les résultats agrégés sont ajustés en fonction de l'âge, du genre et du quartier de résidence. L'enquête fournit des informations sur la santé et le bien-être, les comportements en matière de santé, les aspects de l'accès aux soins de santé, ainsi que les caractéristiques socio-économiques.

Le *Luxembourg Institute of Health* (LIH) est mandaté par le ministère de la Santé et de la Sécurité sociale pour mener cette enquête. Les résultats de l'EHIS étaient extraits de la base de données Eurostat accessible au public (<https://ec.europa.eu/eurostat/web/main/data/database>). La stratification des indicateurs par niveau d'éducation et revenu est limitée aux participants âgés de 25 ans et plus et a été fournie pour ce rapport. Les résultats des moyennes de l'UE-27 sont normalisés par rapport à la population standard européenne par Eurostat.

Définitions des comportements de santé et autres variables, EHIS :

- Consommation d'alcool : définie comme la consommation de tout type de boisson alcoolisée. L'enquête évalue la consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois.
- Consommation excessive d'alcool : définie comme une consommation épisodique importante, impliquant la consommation de cinq boissons alcoolisées ou plus (équivalant à 60 g d'éthanol pur ou plus) en une seule occasion. Les pays autres que le Luxembourg utilisent un seuil de six boissons ou plus. L'enquête évalue les comportements de consommation excessive d'alcool au cours des 12 derniers mois.
- Consommation de cinq portions ou plus de fruits et légumes : la définition inclut tous les types de fruits et légumes et les salades. Sont exclus tous les types de jus, les pommes de terre ainsi que tous les produits alimentaires qui contiennent d'autres ingrédients que des légumes (ou des fruits), tels que les tartes aux légumes, les soupes ou tout autre plat cuisiné à base de légumes.
- Consommation de boissons gazeuses : définie comme la consommation de boissons gazeuses sucrées.
- Pratique hebdomadaire d'activités aérobiques (minimum 150 minutes) et de renforcement musculaire (au moins deux fois par semaine) : Il s'agit d'activités physiques bénéfiques pour la santé, hors activités physiques liées au travail. Les activités aérobiques sont des activités physiques récréatives telles que le sport et le fitness qui entraînent au moins une légère augmentation de la respiration ou du rythme cardiaque. Les activités de renforcement musculaire sont spécifiquement conçues pour renforcer les muscles, telles que la musculation, les exercices de force, les pompes, etc.
- Éducation : désigne le niveau d'éducation le plus élevé atteint et est classé selon la Classification internationale type de l'éducation (CITE) version 2011 (vague 2) : « Base » correspond à toute éducation jusqu'au premier cycle du secondaire national ; « Moyen » correspond à l'enseignement postsecondaire non supérieur ; « Avancé » correspond au niveau d'éducation de l'enseignement supérieur et plus.
- Revenu : défini comme le revenu disponible équivalent attribué à chaque membre du ménage. Le résultat est classé en quintiles. Le rapport illustre les résultats pour les participants âgés de 25 ans et plus du premier quintile, qui représente 20 % des participants ayant les revenus les plus faibles, et du cinquième quintile, qui représente 20 % des participants ayant les revenus les plus élevés.

Interventions de prévention selon l'approche populationnelle

La mise à jour de l'Annexe 3 du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2030 a été approuvée par l'Assemblée mondiale de la santé en 2023 et publiée en 2024 sous le titre : Combattre les MNT : « Meilleures choix » et autres interventions recommandées pour lutter contre les maladies non-transmissibles (*Tackling NCDs: ‘Best Buys’ and Other Recommended Interventions for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases*).^{8,205} Les interventions considérées comme les plus rentables et les plus faciles à mettre en œuvre sont appelées les « *NCD best buys* » de l'OMS (meilleurs choix pour lutter contre les MNT) dans l'Annexe 3.⁹ Nous avons sélectionné les interventions qui relèvent de la prévention primaire et qui ciblent les comportements liés à la santé — tabagisme, consommation d'alcool, mauvaise alimentation et l'inactivité physique — et agissent au niveau de la population.^{15 217}

Chaque intervention sélectionnée a été contextualisée à travers des recherches de fond et une évaluation de la situation actuelle au Luxembourg, en combinant la littérature scientifique et des consultations d'experts nationaux. Cette démarche a été complétée par une analyse des documents politiques pertinents, notamment les plans d'action et les stratégies nationaux, ainsi que la législation.

Annexe 3. Liste des figures et tableaux

Liste des figures

Liste	Titre	Source
Résumé	Prévalence (%) des comportements de santé chez les adultes, par niveau d'éducation, Luxembourg, 2019	Enquête nationale sur le tabagisme au Luxembourg données agrégées fournies par la Direction de la santé / Fondation Cancer EHIS données agrégées extraites de la base de données Eurostat et, données agrégées par revenu et niveau d'éducation fournies par la Direction de la santé / Luxembourg Institute of Health
Figure 1.	Comment sont calculées les années de vie ajustées sur l'incapacité (<i>DALYs</i> ou <i>disability-adjusted life years</i>) : Une infographie	Adapté de Wikimedia (https://commons.wikimedia.org/wiki/File:DALY_disability_affected_life_year_infographic.png)
Figure 2.	La pyramide de l'impact sur la santé	Adapté de Frieden T.R., A Framework for Public Health Action: The Health Impact Pyramid. 2010
Figure 3.	Part du fardeau des maladies estimé (% <i>DALYs</i>), par affection, Luxembourg, selon l'étude <i>GBD</i> 2021	Institute for Health Metrics and Evaluation résultats extraits des outils de données IHME
Figure 4.	Fardeau des maladies chroniques au Luxembourg. Estimation de la part (%) des <i>DALYs</i> , par catégorie de maladies, Luxembourg, selon l'étude <i>GBD</i> 2021	Institute for Health Metrics and Evaluation résultats extraits des outils de données IHME
Figure 5.	Prévalence (%) des affections chroniques (définies comme une maladie ou un problème de santé de longue durée) chez les personnes âgées de 16 ans et plus, par genre, âge et niveau d'éducation, Luxembourg, 2024	EU-SILC données agrégées extraites de la base de données Eurostat
Figure 6.	Pyramides des âges de la population luxembourgeoise, 2025 et projections pour 2050	Eurostat, Europop 2023 données agrégées extraites de la base de données Eurostat
Figure 7.	Estimation du fardeau chiffré (nombre total de <i>DALYs</i>) attribuable aux maladies chroniques, par âge, Luxembourg, selon l'étude <i>GBD</i> 2021 et projections pour 2050	Institute for Health Metrics and Evaluation résultats extraits des outils de données IHME
Figure 8.	Estimation du fardeau relatif (<i>DALYs</i> pour 100 000 personnes) attribuable aux principales maladies chroniques selon le facteur de risque, Luxembourg, selon l'étude <i>GBD</i> , 2021	Institute for Health Metrics and Evaluation résultats extraits des outils de données IHME

Figure 9.	Prévalence vie-entière (%) du tabagisme chez les 11 à 18 ans, 2018 et 2022. Stratifiée par genre, âge et niveau d'aisance familiale, Luxembourg, 2022	HBSC données agrégées extraites du tableau de bord de l'étude HBSC Luxembourg, rapports sur l'étude HBSC Luxembourg de 2022 « Comportements à risque des enfants et adolescents en âge scolaire au Luxembourg » et « Comportements liés à la santé des enfants et adolescents en âge scolaire au Luxembourg »
Figure 10.	Prévalence (%) des fumeurs quotidiens chez les personnes âgées de 15 ans et plus dans les pays de l'UE-27 : Luxembourg, UE-27 le plus bas et le plus élevé, 2024 ou dernière année disponible depuis 2018	Enquête nationale sur le tabagisme au Luxembourg données agrégées extraites de l'explorateur de données de l'OCDE
Figure 11.	Prévalence (%) des fumeurs quotidiens ou occasionnels (cigarettes électroniques exclues) chez les personnes âgées de 16 ans et plus, par genre, âge, niveau d'éducation et région de résidence, Luxembourg, 2024	Enquête nationale sur le tabagisme au Luxembourg données agrégées fournies par la Direction de la santé / Fondation Cancer
Figure 12.	Prévalence (%) des fumeurs quotidiens (cigarettes électroniques exclues) chez les personnes âgées de 16 ans et plus, Luxembourg, 2001 à 2024	Enquête nationale sur le tabagisme au Luxembourg données agrégées reçues de la Direction de la santé / Fondation Cancer
Figure 13.	Prévalence (%) des fumeurs quotidiens (cigarettes électroniques exclues) chez les personnes âgées de 16 ans et plus, par âge, Luxembourg, 2011 à 2023 (données 2010-2024 présentées sous forme de moyenne mobile centrée sur 3 ans)	Enquête nationale sur le tabagisme au Luxembourg données agrégées reçues de la Direction de la santé / Fondation Cancer
Figure 14.	Prévalence vie-entière (%) de la consommation d'alcool chez les 11 à 18 ans, 2018 et 2022. Stratifiée par genre, âge et niveau d'aisance familiale, Luxembourg, 2022	HBSC données agrégées extraites du tableau de bord de l'étude HBSC Luxembourg, rapports sur l'étude HBSC Luxembourg de 2022 « Comportements à risque des enfants et adolescents en âge scolaire au Luxembourg » et « Comportements liés à la santé des enfants et adolescents en âge scolaire au Luxembourg »
Figure 15.	Prévalence (%) de la consommation quotidienne chez les personnes âgées de 15 ans et plus dans les pays de l'UE-27 : Luxembourg, la moyenne de l'UE-27, UE-27 le plus bas et le plus élevé, 2019	EHIS données agrégées extraites de la base de données Eurostat
Figure 16.	Prévalence (%) de la consommation d'alcool chez les personnes âgées de 15 ans et plus, par fréquence (quotidienne et hebdomadaire mais pas quotidienne, c'est-à-dire 1 à 6 jours par semaine), 2014 et 2019. Stratifiée par genre, âge, pays de naissance, niveau d'éducation et revenu (quintiles inférieur et supérieur), Luxembourg, 2019	EHIS données agrégées extraites de la base de données Eurostat et, données agrégées par revenu et niveau d'éducation fournies par la Direction de la santé / Luxembourg Institute of Health
Figure 17.	Prévalence (%) de la consommation excessive d'alcool hebdomadaire chez les personnes âgées de 15 ans et plus dans les pays de l'UE-27 : Luxembourg, moyenne de l'UE-27, UE-27 le plus bas et le plus élevé, 2019	EHIS données agrégées extraites de la base de données Eurostat
Figure 18.	Prévalence (%) de la consommation excessive d'alcool hebdomadaire chez les personnes âgées de 15 ans et plus, 2014 et 2019. Stratifiée par genre, âge, niveau d'éducation et revenu (quintiles inférieur et supérieur), Luxembourg, 2019	EHIS données agrégées extraites de la base de données Eurostat et, données agrégées par revenu et niveau d'éducation fournies par la Direction de la santé / Luxembourg Institute of Health

Figure 19.	Prévalence (%) de la consommation quotidienne de fruits et légumes chez les 11 à 18 ans, 2018 et 2022. Stratifiée par genre, âge et niveau d'aisance familiale, Luxembourg, 2022	HBSC données agrégées extraites du tableau de bord de l'étude HBSC Luxembourg, rapports sur l'étude HBSC Luxembourg de 2022 « Comportements à risque des enfants et adolescents en âge scolaire au Luxembourg » et « Comportements liés à la santé des enfants et adolescents en âge scolaire au Luxembourg »
Figure 20.	Prévalence (%) de la consommation quotidienne de cinq portions ou plus de fruits et légumes chez les personnes âgées de 15 ans et plus dans les pays de l'UE-27 : Luxembourg, moyenne de l'UE-27, UE-27 le plus bas et le plus élevé, 2019	EHIS données agrégées extraites de la base de données Eurostat
Figure 21.	Prévalence (%) de la consommation quotidienne de cinq portions ou plus de fruits et légumes chez les personnes âgées de 15 ans et plus, 2014 et 2019. Stratifiée par genre, âge, pays de naissance, niveau d'éducation et revenu (quintiles inférieur et supérieur), Luxembourg, 2019	EHIS données agrégées extraites de la base de données Eurostat et, données agrégées par revenu et niveau d'éducation fournies par la Direction de la santé / Luxembourg Institute of Health
Figure 22.	Prévalence (%) d'au moins 60 minutes par jour d'activité physique au cours des 7 derniers jours, chez les 11 à 18 ans, 2018 et 2022. Stratifiée par genre, âge et niveau d'aisance familiale, Luxembourg, 2022	HBSC données agrégées extraites du tableau de bord de l'étude HBSC Luxembourg, rapports sur l'étude HBSC Luxembourg de 2022 « Comportements à risque des enfants et adolescents en âge scolaire au Luxembourg » et « Comportements liés à la santé des enfants et adolescents en âge scolaire au Luxembourg »
Figure 23.	Prévalence (%) d'une activité physique aérobique (minimum 150 minutes par semaine) et de renforcement musculaire (au moins deux fois par semaine) chez les personnes âgées de 15 ans et plus dans les pays de l'UE-27 : Luxembourg, moyenne de l'UE-27, UE-27 le plus bas et le plus élevé, 2019	EHIS données agrégées extraites de la base de données Eurostat
Figure 24.	Prévalence (%) d'une activité physique aérobique (minimum 150 minutes par semaine) et de renforcement musculaire (au moins deux fois par semaine) chez les personnes âgées de 15 ans et plus, 2014 et 2019. Stratifiée par genre, âge, pays de naissance, niveau d'éducation et revenu (quintiles inférieur et supérieur), Luxembourg, 2019	EHIS données agrégées extraites de la base de données Eurostat et, données agrégées par revenu et niveau d'éducation fournies par la Direction de la santé / Luxembourg Institute of Health
Figure 25.	Estimation de la réduction relative (%) de la prévalence du tabagisme quotidien, des maladies cardiovasculaires et respiratoires chroniques entre 2025 et 2030, et du cancer entre 2025 et 2040 chez les personnes âgées de 50 ans et plus au Luxembourg	SHARE, Enquête nationale sur le tabagisme au Luxembourg données calculées par l'ObSanté et basées sur « Case study: Increasing tobacco price to reduce the burden of chronic diseases in Luxembourg »
Figure 26.	Prévalence (%) de la consommation quotidienne de boissons sucrées chez les 11 à 18 ans, 2018 et 2022. Stratifiée par genre, âge et niveau d'aisance familiale, Luxembourg, 2022	HBSC données agrégées extraites du tableau de bord de l'étude HBSC Luxembourg, rapports sur l'étude HBSC Luxembourg de 2022 « Comportements à risque des enfants et adolescents en âge scolaire au Luxembourg » et « Comportements liés à la santé des enfants et adolescents en âge scolaire au Luxembourg »

Figure 27.	Prévalence (%) de la consommation de boissons sucrées chez les personnes âgées de 15 ans et plus, par fréquence (quotidienne et au moins 4 à 6 fois par semaine), 2014 et 2019. Stratifiée par facteurs démographiques et socio-économiques, Luxembourg 2019	EHIS données agrégées extraites de la base de données Eurostat et, données agrégées par revenu et niveau d'éducation fournies par la Direction de la santé / Luxembourg Institute of Health
-------------------	--	--

Liste des tableaux

Liste	Titre	Source
Tableau 1.	Interventions de prévention individuelles et populationnelles : Avantages et inconvénients	Compilation des auteurs basée sur Rose G., Sick Individuals and Sick Populations, 1985; Sniderman, A.D. et al., Sick Individuals and Sick Populations by Geoffrey Rose, 2018: Cardiovascular Prevention Update, 2018; McLaren L., In defense of a population-level approach to prevention: why public health matters today, 2019; Marmot M., Economic and social determinants of disease, 2001.
Tableau 2.	Causes de décès exprimées en taux brut de mortalité (pour 100 000 habitants), Luxembourg, 2023	Registre national des causes de décès Données agrégées extraites du tableau de bord : Mortalité générale. SanteSecu.lu
Tableau 3.	Les interventions de prévention primaires populationnelles parmi les « NCD best buys » de l'OMS	WHO (2024)
Tableau 4.	« NCD best buys » de l'OMS pour la prévention du tabagisme	OMS (2024), Galea et al. (2025)
Tableau 5.	« NCD best buys » de l'OMS pour la prévention de la consommation d'alcool	OMS (2024), Galea et al. (2025)
Tableau 6.	« NCD best buys » de l'OMS pour la prévention de la mauvaise alimentation	OMS (2024), Galea et al. (2025)
Tableau 7.	« NCD best buys » de l'OMS pour la prévention de l'inactivité physique	OMS (2024), Galea et al. (2025)
Tableau 8.	Prévalence (%) de la mobilité active (minimum 10 minutes) au moins une fois par semaine chez les personnes âgées de 15 ans et plus, par type de mobilité active, 2019. Stratifié par genre, âge, niveau d'éducation et revenu (quintiles inférieur et supérieur), Luxembourg, 2019	EHIS données agrégées extraites de la base de données Eurostat et, données agrégées par revenu et niveau d'éducation fournies par la Direction de la santé / Luxembourg Institute of Health



Impressum

Responsable de la publication
Observatoire national de la santé

Mise en page
Linda Kefi

Couverture
VOUS Agency

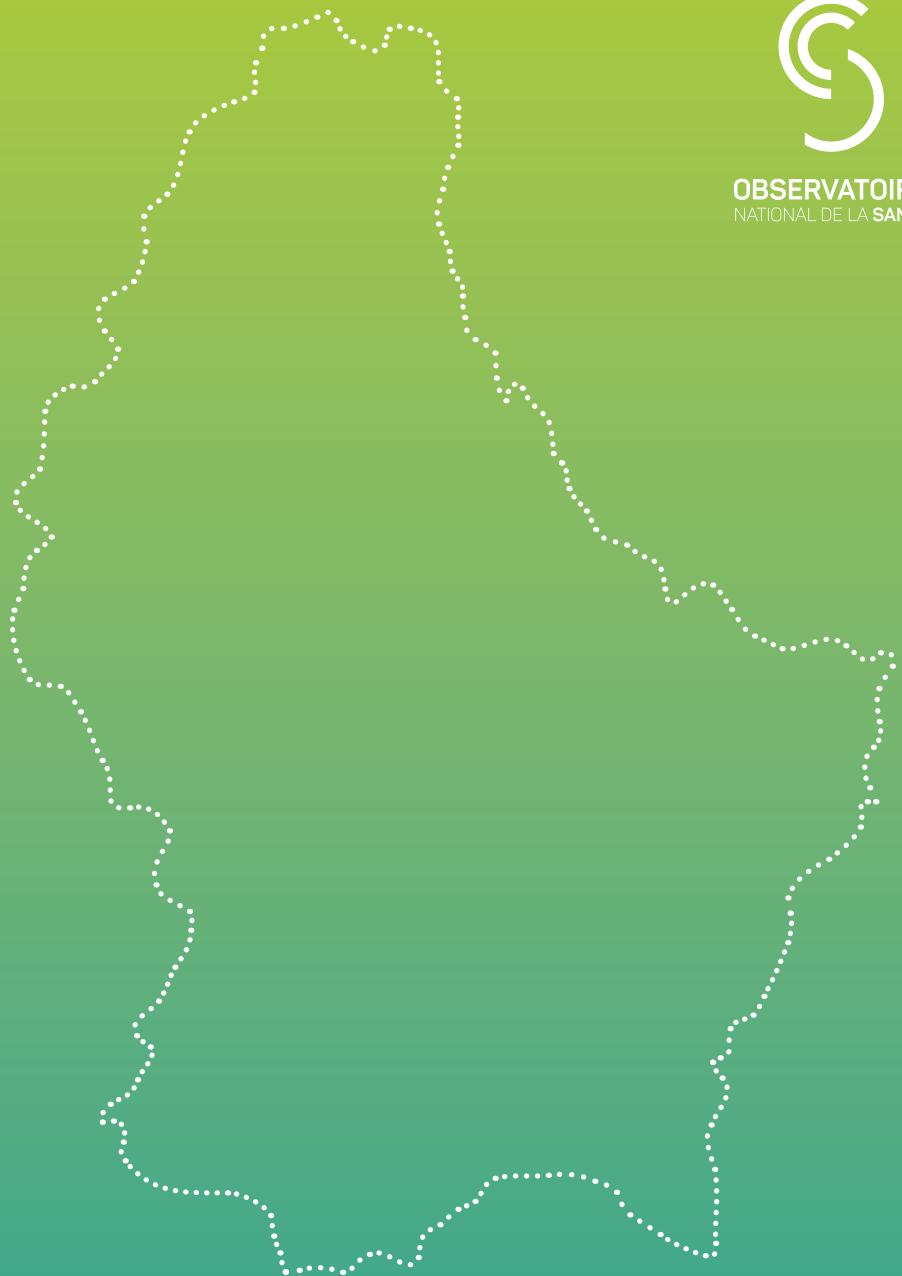
Janvier 2026

Veuillez citer cette publication comme suit :

Ducomble T, Rausch K, Seuring T, Urbain M, Chiolero A, Observatoire national de la santé (2026). *Gesond Gesellschaft duerch Prävention. Alléger le fardeau des maladies chroniques au Luxembourg : Évaluation des principaux déterminants de la santé pour guider les interventions de prévention primaire.*



OBSERVATOIRE
NATIONAL DE LA SANTÉ



Janvier 2026

ISBN : 978-99987-796-1-7

Observatoire national de la santé

2, rue Thomas Edison
L-1445 Strassen
Luxembourg

info@obs.etat.lu
www.obsante.lu

Envie de nous suivre ►



ISBN 978-99987-796-1-7



9 789998 779617