

ASSEMBLÉE NATIONALE  
30 octobre 2024

PLF POUR 2025 - (N° 324)

Adopté

AMENDEMENT N ° II-CF2846

présenté par

M. Peytavie, Mme Balage El Mariky, M. Amirshahi, Mme Arrighi, Mme Autain, Mme Voynet, Mme Belluco, M. Ben Cheikh, M. Biteau, M. Arnaud Bonnet, M. Nicolas Bonnet, Mme Chatelain, M. Corbière, M. Davi, M. Duplessy, M. Fournier, Mme Garin, M. Damien Girard, M. Gustave, Mme Catherine Hervieu, M. Iordanoff, Mme Laernoës, M. Lahais, M. Lucas-Lundy, Mme Ozenne, Mme Pochon, M. Raux, Mme Regol, M. Thierry, Mme Sandrine Rousseau, M. Ruffin, Mme Sas, Mme Sebaihi, Mme Simonnet, Mme Taillé-Polian et M. Tavernier

ARTICLE 42

ÉTAT B

Mission « Santé »

Modifier ainsi les autorisations d'engagement et les crédits de paiement :

(en euros)		
Programmes	+	-
Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	5 000 000	0
Protection maladie	0	5 000 000
Reversement à la sécurité sociale des recettes de la Facilité pour la Relance et la Résilience (FRR) européenne au titre du volet « Ségur investissement » du plan national de relance et de résilience (PNRR)	0	0
TOTAUX	5 000 000	5 000 000
SOLDE	0	

## EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement du groupe écologiste et social vise à favoriser les études sur l'espérance de vie en bonne santé, stratifiée non seulement selon l'âge ou le niveau de vie, mais également selon le territoire.

L'espérance de vie en bonne santé est la durée de vie moyenne en bonne santé - c'est-à-dire sans limitation irréversible d'activité dans la vie quotidienne ni incapacités.

Nous disposons aujourd'hui de données à l'échelle nationale. L'espérance de vie sans incapacité, aussi appelée espérance de vie en bonne santé, est moins élevée en moyenne en France que dans de nombreux pays comparables (63,9 ans en moyenne en 2020), puisqu'elle est non seulement dépassée par les pays scandinaves (ex Suède à 72,8 ans) mais également par l'Italie (67,2 ans), l'Espagne (66,3 ans) et la Grèce (65 ans).

A échelle départementale, des chercheurs de l'Ined, de l'Université de Strasbourg et de l'ORS Ile de France ont pour la première fois réalisé une comparaison de l'espérance de vie en bonne santé à partir de l'enquête « Vie quotidienne et santé » (VQS) de la Drees. Ils et elles ont ainsi établi que l'espérance de vie en bonne santé était la plus faible dans le Pas-de-Calais et la plus importante en région parisienne et dans la région Rhône-Alpes.

France Stratégie a également effectué une analyse croisée de six types de pollutions des sols et de l'air pour l'ensemble des communes. Les grandes villes accumulent divers types de pollution, notamment au niveau des sols et de l'air, représentant ainsi des risques potentiels pour les enfants et les jeunes qui y vivent en plus grand nombre. Les zones agricoles et anciennement industrielles sont, quant à elles, caractérisées par une forte exposition à d'autres polluants ainsi que par des désavantages sociaux, notamment en matière de chômage et de pauvreté.

Toutefois, il n'existe pas de données plus fines sur la mesure de l'espérance de vie en bonne santé selon les zones d'habitations et les quartiers. Ces données peuvent en effet grandement varier selon de multiples facteurs tels que l'accès à la nature ou à des services de santé ou l'exposition à la pollution.

Le rapport de France Stratégie constate ainsi que les difficultés inhérentes à la mesure des inégalités environnementales tiennent aujourd'hui, en effet, largement aux difficultés d'accès à des données homogènes selon les territoires et la nature des pollutions. Le croisement des données de santé géolocalisées et des pollutions susceptibles d'expliquer l'apparition des maladies permettrait ainsi d'avoir une analyse plus fine de la surreprésentation des catégories sociales les plus défavorisées dans les territoires les plus exposés aux risques de pollution. Cela s'inscrit ainsi dans la perspective de l'approche « One Health » qui vise à « la connaissance de l'ensemble des facteurs environnementaux (physiques, chimiques, biologiques), les facteurs psychosociaux, socio-économiques, professionnels, comportementaux (exposome), de leurs interactions et de leurs fluctuations au cours du temps et des territoires concernés, pour mieux gérer les risques sur la santé » (Haut Conseil de la santé publique). A Londres, l'espérance de vie en bonne santé est ainsi mesurée selon les quartiers et permet ainsi de mesurer les inégalités socio-spatiales de santé et d'orienter les politiques publiques.

Cet amendement s'inscrit ainsi dans les missions de financement d'études et recherches en santé publiques dans le cadre de l'action 11 « Pilotage de la politique de santé publique » (mais également de façon subsidiaire, de l'action 15 « Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation ») du programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins ».

Cet amendement procède au mouvement de crédits suivant, en autorisations d'engagement et en crédits de paiement :

- il prélève 5 millions d'euros sur l'action 2 « Aide médicale de l'Etat » du programme 183 « Protection maladie »

- il transfère 5 millions d'euros vers l'action 11 « pilotage de la politique de santé publique » du programme 204 « prévention, sécurité sanitaire et offre de soins »

Eu égard aux règles de recevabilité des amendements de la deuxième partie du projet de loi de finances, il est une obligation de compenser une recette supplémentaire dans un programme par une baisse de dotation dans un autre. Ce transfert de crédit est donc purement formel et nous demandons la levée du gage par le Gouvernement. Nous rappelons aussi encore cette année nos nombreuses propositions du groupe écologiste et social de recettes supplémentaires, telles qu'un ISF écologique, qui contribueraient très largement au financement des nouvelles dépenses portées par le présent amendement.