

# DOSSIER DE PRESSE #2

Décembre 2020

## Étude sur la santé en milieu rural

### SECONDS RESULTATS EXCLUSIFS

# Les inégalités d'espérance de vie : le fossé se creuse entre campagnes et villes

*Une question simple : observe-t-on **des inégalités en termes d'espérance de vie** entre territoires ruraux et urbains et observe-t-on dans le temps long des périodes de rattrapage et/ou de **creusement de ces inégalités** ?*

*Un constat sans appel grâce à **une étude exclusive** de l'espérance de vie à la naissance à l'échelle départementale en fonction de la grille de densité rural/urbain (voir détail et méthodologie ci-après)*

- ➔ *Les habitants du rural vivent **2 ans de moins** que ceux des villes*
- ➔ *Les écarts d'espérance de vie **s'aggravent au cours des trente dernières années** entre départements ruraux et département urbains ;*
- ➔ *Le plus surprenant est la régularité extrême du **lien entre types de départements et espérance de vie** ;*

**En partenariat avec France Bleu**



→ *L'inégalité d'espérance de vie entre rural et urbain est de 2,2 ans chez les hommes, et 0,9 an chez les femmes ;*

#### Espérance de vie Hommes

| année                 | 1990 | 2000 | 2010 | 2019 |
|-----------------------|------|------|------|------|
| 01 - hyper rural      | 72,9 | 75   | 77,4 | 78,5 |
| 02-rural              | 72,8 | 75,1 | 77,4 | 79   |
| 03-composite          | 72,5 | 75,1 | 77,9 | 79,4 |
| 04-urbain             | 73,4 | 75,5 | 78,4 | 80,1 |
| 05-hyper urbain       | 73,2 | 76   | 79   | 80,7 |
| DROM                  |      | 73,4 | 76,2 | 77,9 |
| France métropolitaine | 72,8 | 75,3 | 78   | 79,8 |

#### Ecart à l'hyper urbain

| 1990 | 2000 | 2010 | 2019 |
|------|------|------|------|
| -0,3 | -1   | -1,6 | -2,2 |
| -0,4 | -0,9 | -1,6 | -1,7 |
| -0,7 | -0,9 | -1,1 | -1,3 |
| 0,2  | -0,5 | -0,6 | -0,6 |
|      |      |      |      |
|      | -2,6 | -2,8 | -2,8 |
| -0,4 | -0,7 | -1   | -0,9 |

#### Ecart à la moy. Fr Métro

| 1990 | 2000 | 2010 | 2019 |
|------|------|------|------|
| 0,1  | -0,3 | -0,6 | -1,3 |
| 0    | -0,2 | -0,6 | -0,8 |
| -0,3 | -0,2 | -0,1 | -0,4 |
| 0,6  | 0,2  | 0,4  | 0,3  |
| 0,4  | 0,7  | 1    | 0,9  |
|      | -1,9 | -1,8 | -1,9 |
|      |      |      |      |

**Amplitude sans DROM** 0,9 1 1,6 2,2  
**Amplitude avec DROM** 2,6 2,8 2,8

#### Espérance de vie Femmes

| année                 | 1990 | 2000 | 2010 | 2019 |
|-----------------------|------|------|------|------|
| 01 - hyper rural      | 80,9 | 82,7 | 84,3 | 84,9 |
| 02-rural              | 81,1 | 82,7 | 84,4 | 85,1 |
| 03-composite          | 80,8 | 82,6 | 84,4 | 85,2 |
| 04-urbain             | 80,9 | 82,8 | 84,7 | 85,6 |
| 05-hyper urbain       | 81,1 | 82,9 | 84,9 | 85,8 |
| DROM                  |      | 81   | 83,1 | 84,5 |
| France métropolitaine | 81   | 82,8 | 84,7 | 85,7 |

#### Ecart à l'hyper urbain

| 1990 | 2000 | 2010 | 2019 |
|------|------|------|------|
| -0,2 | -0,2 | -0,6 | -0,9 |
| 0    | -0,2 | -0,5 | -0,7 |
| -0,3 | -0,3 | -0,5 | -0,6 |
| -0,2 | -0,1 | -0,2 | -0,2 |
|      |      |      |      |
|      | -1,9 | -1,8 | -1,3 |
| -0,1 | -0,1 | -0,2 | -0,1 |

#### Ecart à la moy. Fr Métro

| 1990 | 2000 | 2010 | 2019 |
|------|------|------|------|
| -0,1 | -0,1 | -0,4 | -0,8 |
| 0,1  | -0,1 | -0,3 | -0,6 |
| -0,2 | -0,2 | -0,3 | -0,5 |
| -0,1 | 0    | 0    | -0,1 |
| 0,1  | 0,1  | 0,2  | 0,1  |
|      | -1,8 | -1,6 | -1,2 |
|      |      |      |      |

**Amplitude sans DROM** 0,3 0,3 0,6 0,9  
**Amplitude avec DROM** 1,9 1,8 1,3

→ *Il existe un gradient incontestable de creusement des inégalités entre l'hyper urbain et l'hyper rural.*

Quand bien même tous progressent ce qui masque sans doute aux yeux de beaucoup la réalité et l'ampleur de cette divergence qui s'aggrave

→ *Les écarts d'espérance de vie s'aggravent au cours des trente dernières années entre départements ruraux et département urbains*

A la réalité bien connue d'une géographie régionale de la mortalité, s'ajoute une réalité nouvelle : l'écart en fonction d'une typologie urbain/rural

# Méthode et résultats

## L'espérance de vie à la naissance, c'est quoi exactement ?

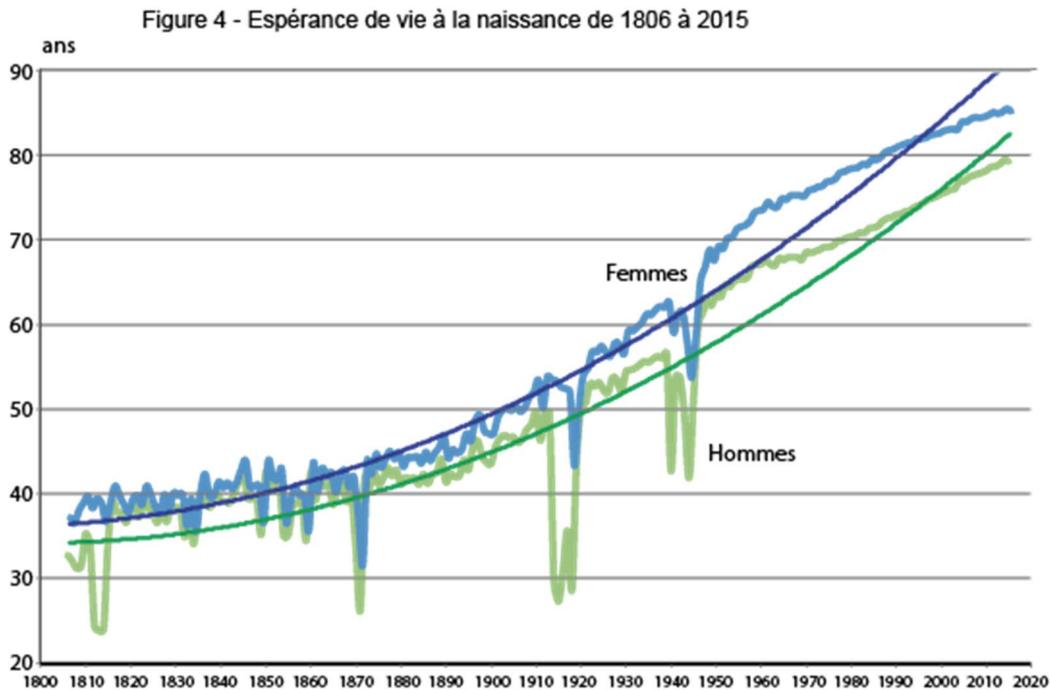
Le but de l'espérance de vie est de mesurer le nombre d'années qu'il reste à vivre à un individu moyen à un âge donné et de permettre la comparaison de différents groupes d'individus entre eux ou d'un même groupe saisi à divers moments de son histoire en rendant les valeurs calculées indépendantes de la structure par âge des populations comparées et de façon synthétique.

L'espérance de vie, inventée voici plus de 250 ans, est devenue au fil des ans une notion très courante que l'on emploie chaque jour dans les contextes les plus divers. Pour autant, son calcul pose de nombreuses et très complexes questions d'exactitude qui depuis des siècles, font l'objet de recherches et de raffinements occupant de nombreux chercheurs.

L'espérance de vie se calcule obligatoirement avec une table de mortalité. Étudiant la mortalité de 1990 à 2020, l'espérance de vie que nous calculons ici est nécessairement de l'espérance de vie du moment. **L'espérance de vie du moment représente la durée de vie moyenne qu'il resterait à vivre à un âge quelconque - autrement à calculer, l'âge moyen au décès - d'une génération fictive qui serait soumise à chaque âge aux conditions de mortalité de l'année considérée. Elle caractérise la mortalité indépendamment de la structure par âge.**

Dans cette étude nous donnons des valeurs d'espérance de vie à la naissance du moment, telles que compilées par l'INSEE pour chacun des deux sexes.

**En maniant l'espérance de vie nous ne comparons donc pas des individus qui n'ont pas achevé leur vie, nous résumons d'un chiffre une loi de probabilité de mortalité et, par ce moyen, nous comparons des risques de mourir telle année, dans tel ou tel territoire en corrigeant les biais des variations de structure par âge des différentes populations étudiées.**



\* De 1806 à 1897, l'espérance de vie a été recalculée d'après Jacques Vallin et France Meslé, 2001 - Tables de mortalité françaises XIXe-XXe siècle et projections pour le XXIe siècle. Institut National d'Etudes démographiques, Collection : Données statistiques, 102 pages+CDRom. Pour les années suivantes, elle est issue des séries de décès classés par âge publiées par l'INSEE-Etat Civil.

Figure extraite de : Emmanuel Vigneron, *La santé au XXIe siècle. À l'épreuve des crises*. Paris, Éditions Berger Levrault, octobre 2020. 448 p.

### Départements ruraux, départements urbains

Aussi surprenant que cela puisse paraître, on ne dispose pas d'une typologie incontestable des départements français qui permettrait de les qualifier à divers degrés d'urbain ou de rural ou même simplement de reconnaître deux grands types de départements : des départements urbains d'une part et des départements ruraux d'autre part.

Nous avons donc construit cette typologie pour les besoins de cette étude en se basant sur la grille communale de densité nouvellement utilisée par l'Insee pour définir le rural.

### Notre typologie des départements\*

|              |   |
|--------------|---|
| Hyper rural  | 0 % de très dense, jusqu'à 30 % de dense, de 70 à 90 % de peu dense et très peu dense                     |
| rural        | 50 % à 70 % de peu dense et très peu dense  |
| composite    | de 50 à 70 % de dense et très dense ; de 30 à 50 % de peu dense et très peu dense                         |
| urbain       | de 70 à 90 % de très dense et surtout de dense et 10 à 30 % de peu dense et moins de 5% de très peu dense |
| hyper urbain | de 75 à 100 % de dense; de 10 à 25 % de peu dense, 0 à 3 % de très peu dense                              |

\*qui correspond à la "méthode" d'agrégation pour obtenir la grille de densité à un niveau géographique supra-communal publiée par l'INSEE en mars 2015 en vue d'obtenir l'orientation du territoire, ce qui consiste simplement à établir par département la somme des différents types de mailles de chaque commune

## Effectif de population (pop 2016)

| Type de départerment | dense (1)  | intermédiaire (2) | peu dense (3) | très peu dense (4) | Nb de départements |
|----------------------|------------|-------------------|---------------|--------------------|--------------------|
| 01 - hyper rural     | 0          | 710805            | 1321354       | 746080             | 14                 |
| 02-rural             | 1 507 657  | 4 992 978         | 8 863 648     | 1 874 053          | 40                 |
| 03-composite         | 5 758 779  | 6 795 619         | 7 398 126     | 886 554            | 26                 |
| 04-urbain            | 2 151 317  | 2 275 771         | 1 605 686     | 137 489            | 7                  |
| 05-hyper urbain      | 14 807 842 | 4 070 313         | 1 686 916     | 123 454            | 13                 |
| Total                | 24 225 595 | 18 845 486        | 20 875 730    | 3 767 630          | 100                |

## % de population (pop municipale 2016)

| Type de départerment | dense (1) | intermédiaire (2) | peu dense (3) | très peu dense (4) | Nb de départements |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|--------------------|--------------------|
| 01 - hyper rural     | 0         | 26                | 48            | 27                 | 14                 |
| 02-rural             | 9         | 29                | 51            | 11                 | 40                 |
| 03-composite         | 28        | 33                | 36            | 4                  | 26                 |
| 04-urbain            | 35        | 37                | 26            | 2                  | 7                  |
| 05-hyper urbain      | 72        | 20                | 8             | 1                  | 13                 |
| Total                | 36        | 28                | 31            | 6                  | 100                |

## Effectif de population (pop municipale 2016)

| Type de départerment | Nb de départements (et %) | % de population (municipale 2017) |
|----------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| 01 - hyper rural     | 14                        | 4%                                |
| 02-rural             | 40                        | 25%                               |
| 03-composite         | 26                        | 31%                               |
| 04-urbain            | 7                         | 9%                                |
| 05-hyper urbain      | 13                        | 31%                               |
| Total                | 100                       | 100%                              |

| hyper rural |             |
|-------------|-------------|
| 09          | Ariège      |
| 12          | Aveyron     |
| 15          | Cantal      |
| 23          | Creuse      |
| 32          | Gers        |
| 36          | Indre       |
| 43          | Haute-Loire |
| 46          | Lot         |
| 48          | Lozère      |
| 52          | Haute-Marne |
| 55          | Meuse       |
| 58          | Nièvre      |
| 61          | Orne        |
| 70          | Haute-Saône |

| rural |                         |
|-------|-------------------------|
| 01    | Ain                     |
| 02    | Aisne                   |
| 03    | Allier                  |
| 04    | Alpes-de-Haute-Provence |
| 05    | Hautes-Alpes            |
| 07    | Ardèche                 |
| 08    | Ardennes                |
| 10    | Aube                    |
| 11    | Aude                    |
| 16    | Charente                |
| 17    | Charente-Maritime       |
| 18    | Cher                    |
| 19    | Corrèze                 |
| 22    | Côtes-d'Armor           |
| 24    | Dordogne                |
| 27    | Eure                    |
| 28    | Eure-et-Loir            |
| 29    | Finistère               |
| 2A    | Corse-du-Sud            |
| 2B    | Haute-Corse             |
| 39    | Jura                    |
| 40    | Landes                  |
| 41    | Loir-et-Cher            |
| 47    | Lot-et-Garonne          |
| 49    | Maine-et-Loire          |
| 50    | Manche                  |
| 53    | Mayenne                 |
| 56    | Morbihan                |
| 65    | Hautes-Pyrénées         |
| 71    | Saône-et-Loire          |
| 72    | Sarthe                  |
| 79    | Deux-Sèvres             |
| 80    | Somme                   |
| 81    | Tarn                    |
| 82    | Tarn-et-Garonne         |
| 85    | Vendée                  |
| 86    | Vienne                  |
| 87    | Haute-Vienne            |
| 88    | Vosges                  |
| 89    | Yonne                   |

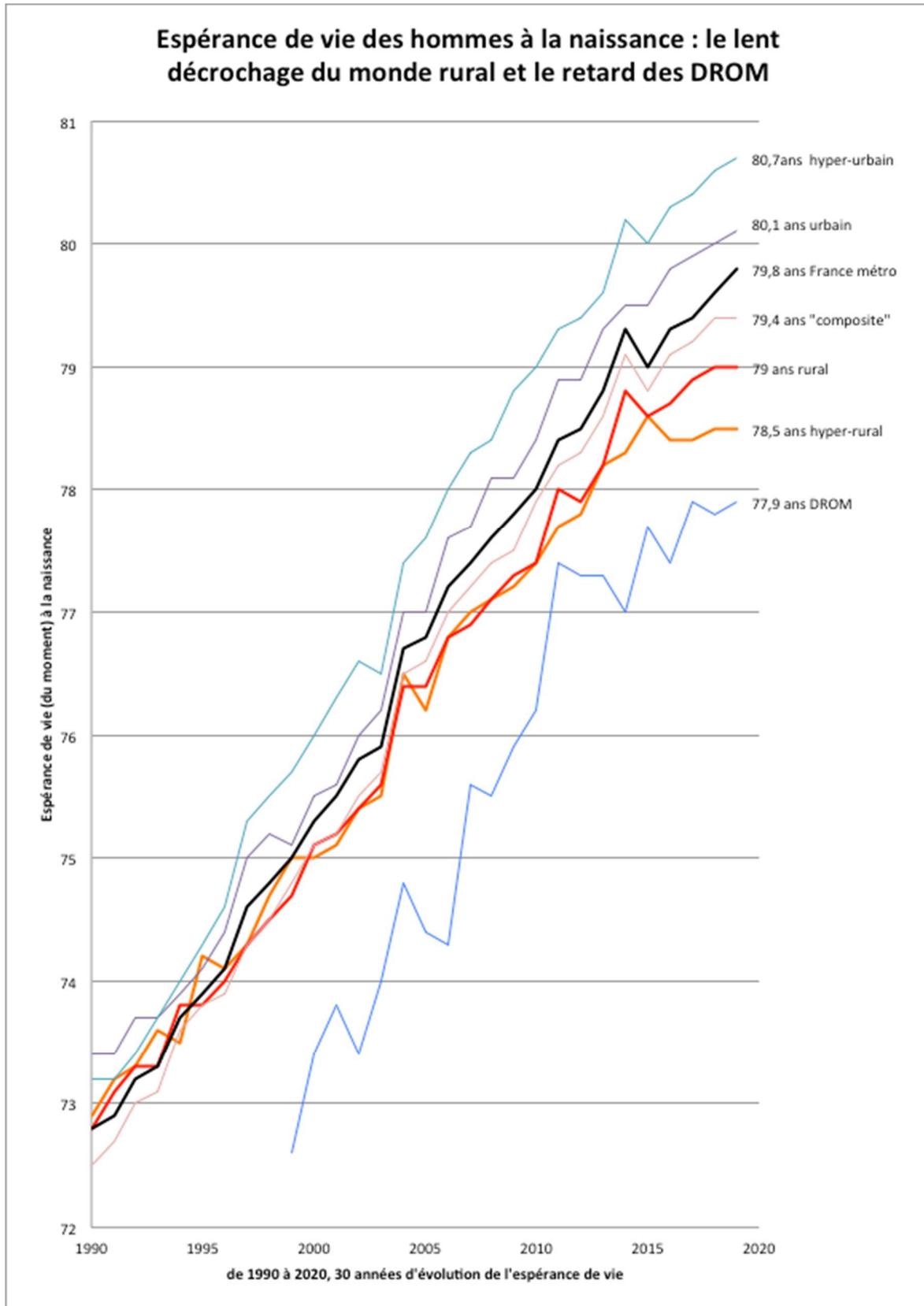
| composite |                      |
|-----------|----------------------|
| 14        | Calvados             |
| 21        | Côte-d'Or            |
| 25        | Doubs                |
| 26        | Drôme                |
| 30        | Gard                 |
| 35        | Ille-et-Vilaine      |
| 37        | Indre-et-Loire       |
| 38        | Isère                |
| 42        | Loire                |
| 44        | Loire-Atlantique     |
| 45        | Loiret               |
| 51        | Marne                |
| 54        | Meurthe-et-Moselle   |
| 57        | Moselle              |
| 60        | Oise                 |
| 62        | Pas-de-Calais        |
| 63        | Puy-de-Dôme          |
| 64        | Pyrénées-Atlantiques |
| 66        | Pyrénées-Orientales  |
| 67        | Bas-Rhin             |
| 68        | Haut-Rhin            |
| 73        | Savoie               |
| 74        | Haute-Savoie         |
| 76        | Seine-Maritime       |
| 84        | Vaucluse             |

| urbain |                       |
|--------|-----------------------|
| 33     | Gironde               |
| 34     | Hérault               |
| 77     | Seine-et-Marne        |
| 83     | Var                   |
| 90     | Territoire de Belfort |

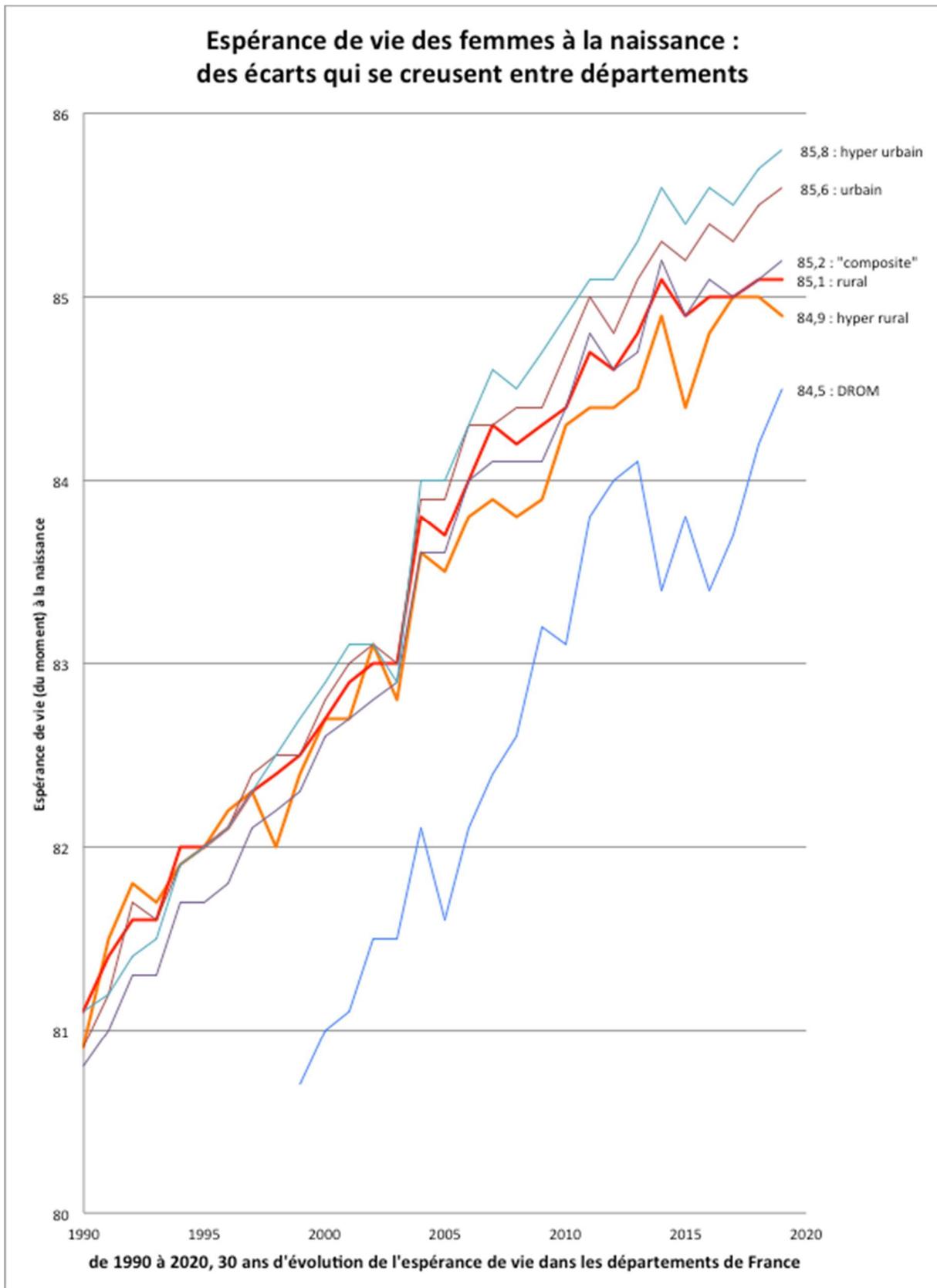
| hyper urbain |                   |
|--------------|-------------------|
| 06           | Alpes-Maritimes   |
| 13           | Bouches-du-Rhône  |
| 31           | Haute-Garonne     |
| 59           | Nord              |
| 69           | Rhône             |
| 75           | Paris             |
| 78           | Yvelines          |
| 91           | Essonne           |
| 92           | Hauts-de-Seine    |
| 93           | Seine-Saint-Denis |
| 94           | Val-de-Marne      |
| 95           | Val-d'Oise        |

| DROM |            |
|------|------------|
| 9A   | Guadeloupe |
| 9B   | Martinique |
| 9C   | Guyane     |
| 9D   | La Réunion |

# Graphique espérance de vie des hommes 1990-2020



# Graphique espérance de vie des femmes 1990-2020



# Pourquoi cette étude ?

*La crise récente a mis en avant l'**importance de la proximité** dans l'organisation du service de santé. L'État, empêtré dans son **modèle d'aménagement du territoire**, centré sur le développement des métropoles, continue **d'affaiblir les campagnes** à grand renfort d'arguments statistiques.*

*La **démocratie sanitaire** doit être refondée sur un véritable débat contradictoire afin d'offrir de **nouvelles solutions** aux habitants du monde rural.*

- ➔ *C'est l'objet de l'étude au long cours entamée par l'AMRF, afin de fournir aux élus ruraux de **nouveaux arguments** face au dogme centralisateur et apporter au débat public de **nouvelles données** pour se forger une opinion éclairée sur la réalité du désastre sanitaire français.*
- ➔ *Exemple Dossier de Presse #1 : Les habitants du rural consomment 20 % de soins hospitaliers en moins que ceux des villes.*
- ➔ *L'éloignement joue partout et donne **la preuve des inégalités territoriales en matière d'accès aux soins**, dans un pays qui fait de l'accès de tous aux soins la base des principes de l'égalité républicaine ;*
- ➔ *A l'inverse, les zones de **forte consommation** de soins hospitaliers correspondent, sauf exception, aux **zones urbaines** et aux couloirs de circulation les reliant ;*
- ➔ *La cartographie des données suggère une **forte corrélation avec l'absence de médecins traitants** : là où il n'y pas de médecins libéraux qui dépistent et adressent le patient à l'hôpital, moins de patients vont à l'hôpital. ;*
- ➔ *Cela traduit **un vrai problème de cohésion** : alors que les territoires ruraux sont attractifs, la prévention et l'accès aux soins hospitaliers y sont dégradés ;*
- ➔ *Ces chiffres font écho aux observations plus qualitatives de la Cour des Comptes sur les GHT, dont **l'absence d'évaluation** rend urgente la nécessité d'en **revoir la gouvernance**.*

## DES ACTEURS CLÉS DU MONDE DE LA RECHERCHE ET DE L'ACTION PUBLIQUE

Cette étude est confiée au chercheur et professeur des Universités, Emmanuel Vigneron, spécialiste du sujet et auteurs de nombreuses études dans le domaine.

Le constat est simple : **la bonne connaissance des enjeux et leur qualification scientifique**, ainsi que leur publicité auprès du grand public et des décideurs, **sont un moyen de renforcer en partie l'accès aux soins et la prévention** profitant aux citoyens et aux assurés vivants en territoire rural.

L'AMRF, APIVIA Mutuelle et la MNFCT ont décidé de travailler à la construction d'une **radiographie de l'état de santé du monde rural**.

**Le but** : mieux identifier les bonnes pratiques, de dégager les tendances et besoins par territoire, et de poser les bases d'une méthodologie permettant de tester et d'apporter des réponses communes.

## L'ESPRIT QUI NOUS ANIME : LA DÉMOCRATIE PARTICIPATIVE SANITAIRE

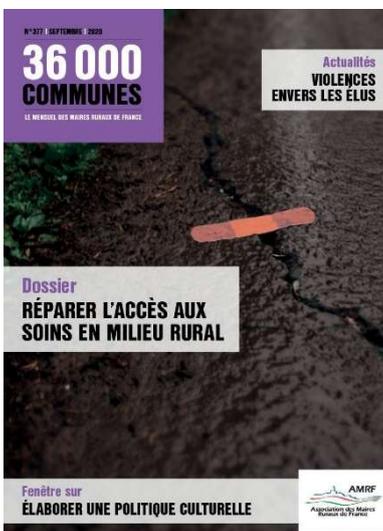


Les partenaires pensent qu'il est nécessaire de peser par des coalitions puissantes et originales (incluant les usagers) **en donnant des éléments de compréhension et de méthodologie pour que les élus ruraux locaux puissent suivre plus précisément le travail de toutes les instances et institutions locales** où l'on parle de santé et de réponses aux besoins de manière un peu trop verticale.

Il s'agit de s'inscrire dans la durée pour que ce travail puisse être facilement réactualisé.

Tous les mois, l'AMRF proposera dans l'édition mensuelle de sa revue « 36 000 communes » un épisode sur l'étude en cours en partageant des synthèses pédagogiques et en l'illustrant par des témoignages.

## LE RÔLE DE LA PROXIMITÉ DANS LA CRISE (36 000 COMMUNE - SEPTEMBRE 2020)



La pandémie et la gestion de la Covid 19 interrogent sur l'état de la France en matière d'organisations de la santé et de l'accès, pour tous, aux soins. Or cette période dramatique renforce tous les constats qui ont été posés par les maires ruraux et leurs partenaires, que la première livraison de cette étude (publiée dans le journal 36000 Communes de septembre 2020) a permis de mettre en avant :

« Il faut que l'État arrête de dire que tout va bien avec des chiffres invérifiables alors que les fractures territoriales sont comprises depuis longtemps et que rien n'est fait pour les combattre » ;

« Si aujourd'hui les choses s'aggravent, c'est parce que l'État a baissé les bras ».

« Qui connaît vraiment les situations locales, sinon les élus locaux ? » ; « Comment expliquer que les élus soient tout le temps en lisière des débats de santé par les structures de l'État ? » ; « Un élu a besoin d'arguments pour faire face à la communication très maîtrisée des pouvoirs publics ».

« Considérés comme des trublions uniquement intéressés par leur clocher, les élus se sont cependant retrouvés en première ligne dans la crise » ; « L'échelon de proximité a, une nouvelle fois, fait ses preuves ».

« On parle aujourd'hui de services de réanimation de masques et de tests mais la situation est, dans tous les domaines ou presque, catastrophique » ; « La priorité la plus essentielle en matière de politique de santé est dans l'instauration de ce maillage complet du territoire par un réseau de soins gradué et coordonné ».

## Les études à venir

La répartition des médecins sur le territoire : Revoir finement la répartition des médecins à l'échelle infra départementale et mesurer l'impact sur le recrutement des hôpitaux.

Temps d'attente dans les urgences : Quantifier les écarts dans l'accès aux soins et la mobilisation des services de secours.

L'engagement des sapeurs-pompiers et des ambulances privées : Dénombrer les interventions par type de territoire

Les pathologies : Mesurer le retard dans le diagnostic et quantifier l'émergence de pathologies liées au manque d'accès aux soins chez les populations rurales.

Les finances : Évaluer l'impact financier des pathologies qui sont diagnostiquées sur le tard, faute de suivi ou en raison du renoncement au soin.

Les spécificités géographiques : À partir des taux d'accidentologie différenciés et des écarts dans la diffusion de l'innovation en matière de santé.

Les départs à la retraite : Établir une projection sur les départs en retraites des médecins généralistes en activité.

## En savoir plus sur Emmanuel VIGNERON



Emmanuel Vigneron est agrégé de géographie, docteur en histoire (1985), docteur en géographie (1991), habilité à diriger des recherches en géographie et en aménagement (1993). Il est, depuis 1993, professeur des universités en géographie et aménagement sanitaire, d'abord à Lille (1994), puis à Montpellier (depuis 1995).

Il a développé l'approche géographique des questions sanitaires et sociales à partir de l'identification des besoins pour travailler à l'analyse de la localisation et à l'organisation de l'offre de soins et de santé dans les Territoires.

Il a été Directeur du groupe de prospective "Santé et territoires" et membre du conseil de prospective et de dynamique des territoires de la Datar. Il a fondé en 1997 le club HERMES (Hôpital : études, recherches, modélisation et expérimentation scientifiques) puis le Groupe Santé de l'Institut des Hautes Études de l'Aménagement du Territoire.

Il a contribué dans de nombreuses régions à la territorialisation des politiques publiques de santé auprès des instances administratives comme des élus. Il est conseiller scientifique de plusieurs associations d'élus, il participe à de nombreuses revues scientifiques et intervient à la demande des élus locaux dans les territoires. Il est membre du CESER Occitanie.

Depuis le début des années 1990, il a écrit plus d'une trentaine d'ouvrages sur la santé et les Territoires. Son dernier ouvrage, la santé au XXI<sup>e</sup> siècle, vient de paraître aux éditions Berger-Levrault. Il est Chevalier de l'Ordre national du mérite et chevalier du mérite agricole.

## UN PARTENARIAT POUR PRODUIRE UNE ÉTUDE SUR L'ACCÈS AUX SOINS EN MILIEU RURAL



L'AMRF, APIVIA Mutuelle et la MNFCT partagent de nombreux enjeux concernant l'accès aux soins et la prévention dans le monde rural.

La lutte en faveur du maintien ou du développement de l'accès aux soins en zone rurale, l'accompagnement des habitants et la création d'alliances territoriales sont des sujets essentiels pour les trois structures qui ont signé un partenariat afin de favoriser la réalisation d'une étude scientifique et de vulgarisation sur les enjeux de l'accès aux soins en milieu rural.

Un partenariat a également été noué avec Radio France pour nourrir le débat public sur l'avenir du service public de la santé dans les territoires.

## Les partenaires



### En savoir plus sur l'Association des Maires ruraux de France

L'AMRF fédère, informe et représente les maires des communes de moins de 3 500 habitants partout en France. L'association s'engage au quotidien au niveau local comme national pour défendre et

promouvoir les enjeux spécifiques de la ruralité. Créée en 1971, l'AMRF rassemble près de 10 000 maires ruraux regroupés dans un réseau convivial et solidaire d'associations départementales, en toute indépendance des pouvoirs et partis politiques. En quelques années, l'AMRF s'est imposée comme le représentant spécifique et incontournable du monde rural auprès des pouvoirs publics comme des grands opérateurs nationaux.

Pour savoir plus : [www.amrf.fr](http://www.amrf.fr) // @maires\_ruraux // [amrf@amrf.fr](mailto:amrf@amrf.fr)



### En savoir plus sur Apivia Mutuelle

Apivia Mutuelle est une mutuelle santé de référence, qui aspire à dépasser le besoin des adhérents d'être « bien soignés-bien remboursés ». En optimisant l'accès aux soins, en développant des

services de santé innovants, en favorisant la prévention, en cherchant le meilleur équilibre entre le coût de l'assurance et la qualité des prestations. Apivia Mutuelle s'engage à accompagner ses adhérents tout au long de la vie, avec des réponses adaptées et évolutives, en veillant à être socialement utile. Apivia Mutuelle est une entité du groupe Macif qui rassemble près de 441 000 personnes protégées en complémentaire santé, et réalise un chiffre d'affaires de 290,7 millions d'euros en 2019.

Pour en savoir plus : <https://www.apivia.fr/>



### En savoir plus sur MNFCT Mutuelle

La MNFCT est une mutuelle professionnelle présente depuis 1933 aux côtés de ceux qui font vivre le service public local. La MNFCT est adhérente de la Mutualité Française (FNMF) et de la Mutualité Fonction Publique (MFP), elle fait partie intégrante du groupe Macif depuis 2012. La MNFCT s'engage pour promouvoir une véritable culture de santé au travail dans la fonction

Publique territoriale. Ses actions de terrain sont complémentaires de son positionnement

: proposer une offre globale incluant services, accompagnement social, et initiatives de prévention pour ses adhérents et pour l'ensemble des territoriaux.

Pour en savoir plus : [www.mnfct.fr](http://www.mnfct.fr) // [contact@mnfct.fr](mailto:contact@mnfct.fr)