

DEPARTEMENT ORTHOPHONIE  
FACULTE DE MEDECINE  
Pôle Formation  
59045 LILLE CEDEX  
Tél : 03 20 62 76 18  
*departement-orthophonie@univ-lille.fr*



# MEMOIRE

En vue de l'obtention du  
Certificat de Capacité d'Orthophoniste  
présenté par

**Lucie PETITPREZ**

soutenu publiquement en juin 2024

## **Information sur le Contrat Incitatif Orthophoniste en formation initiale Influence sur le mode et le lieu d'exercice**

MEMOIRE dirigé par

**Loïc GAMOT**, orthophoniste au CRDTA du CHU de Lille et enseignant au département  
d'orthophonie de Lille, Faculté de Médecine Henri Warembourg

Lille – 2024

## Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier mon encadrant, Mr Gamot Loïc, pour son accompagnement, ses relectures et ses conseils avisés dont j'ai pu bénéficier tout au long de l'écriture de ce mémoire. Je tiens également à remercier ma maman, mes beaux-parents et Mme Thiriot Séverine pour leurs révisions de cet écrit.

Ensuite, je voudrais remercier mes parents, pour m'avoir donné la chance de réaliser des études. Merci pour l'émulation intellectuelle en CPGE. Merci pour ce tour de France des concours d'entrée en orthophonie. Plus généralement, merci de m'avoir donné le goût de l'effort. Merci Maman pour cette éducation littéraire et matheuse. Merci Papa pour cette enfance au grand air et ce lien si fort au vivant.

Enfin, merci Théo, pour tout, depuis le début.

## **Résumé :**

En orthophonie, le CIO est une des mesures incitatives gouvernementales destinées à répondre à la problématique de l'accès aux soins en orthophonie en France. Le but est d'orienter les choix d'exercice et/ou de lieu d'installation des orthophonistes et des étudiants en orthophonie vers les zones sous-denses. Si cette mesure a montré ses preuves au niveau des orthophonistes, nous nous sommes demandée si l'information au CIO influençait les choix de lieu d'installation des étudiants en orthophonie. Nous nous sommes plus particulièrement intéressée à l'information théorique réalisée durant le cursus universitaire en orthophonie. En outre, les objectifs de cette étude étaient de décrire les choix de lieu d'installation futurs des étudiants ainsi que les facteurs qui les sous-tendent, et de réaliser un état des lieux des connaissances des étudiants sur le CIO. Pour ce faire, la diffusion d'un questionnaire aux étudiants en orthophonie a permis de récolter 596 réponses. Nos résultats montrent que le CIO a une influence mitigée sur les choix de mode d'exercice et de lieu d'installation des étudiants en orthophonie, en raison d'une méconnaissance du dispositif, qui est elle-même liée à une information universitaire dont le contenu serait à questionner. De plus, d'autres déterminants au choix du mode d'exercice et de lieu d'installation, déjà connus chez les médecins généralistes, priment sur l'argument financier du CIO. En définitive, l'explication résiderait dans l'évolution des valeurs des jeunes français : l'intérêt du CIO, au-delà de son information, ne serait plus en adéquation avec les valeurs croissantes d'individualisation.

**Mots-clés :** orthophonie, accès aux soins, CIO, étudiants, lieu d'installation

## **Abstract :**

In speech therapy, the CIO is one of a number of government incentives designed to address the problem of access to speech therapy care in France. The aim is to steer the choice of practice and/or location of speech therapists and speech therapy students towards under-densified areas. While this measure has proved its worth for speech therapists, we wondered whether the information provided by the CIO influenced the location choices of speech therapy students. We were particularly interested in the theoretical information provided during the speech therapy university curriculum. In addition, the objectives of this study were to describe students' future location choices and the factors underlying them, and to assess students' knowledge of the CIO. To this end, a questionnaire was distributed to speech-language pathology students, and 596 responses were received. Our results show that the CIO has a mixed influence on speech therapy students' choice of practice and location, due to a lack of awareness of the scheme, which in turn is linked to university information whose content needs to be questioned. What's more, other determinants in the choice of mode of practice and location, already known among GPs, take precedence over the CIO's financial argument. Ultimately, the explanation may lie in the changing values of young French people: the interest of the CIO, beyond providing information, is no longer in line with the growing values of individualization.

**Keywords :** speech therapy, access to care, CIO, students, installation

# Table des matières

<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>Contexte théorique et objectifs</b> .....	<b>2</b>
<b>1. L'accès aux soins</b> .....	<b>2</b>
1.1. Définition de l'accès aux soins.....	2
1.2. Mesures de l'accès aux soins .....	2
1.3. Historique des inégalités territoriales d'accès aux soins .....	3
1.4. Facteurs explicatifs des inégalités territoriales d'accès aux soins.....	4
1.5. La réponse des pouvoirs publics aux inégalités territoriales d'accès aux soins.....	5
1.5.1. Mesures favorisant l'accès aux soins médicaux de premier recours.....	5
1.5.2. Mesures des pouvoirs publics favorisant l'accès aux soins orthophoniques.....	6
<b>2. Le Contrat incitatif orthophoniste</b> .....	<b>7</b>
2.1. Aux prémices du CIO : l'avenant 13.....	7
2.2. Pérennisation du CIO : avenants 15, 16, 19 et 20 .....	7
<b>3. La place de l'information au CIO au sein des études en orthophonie</b> .....	<b>8</b>
<b>4. Objectifs du mémoire</b> .....	<b>8</b>
<b>Méthode</b> .....	<b>9</b>
<b>1. Population</b> .....	<b>9</b>
<b>2. Choix du type d'enquête</b> .....	<b>9</b>
<b>3. Élaboration et structure du questionnaire</b> .....	<b>10</b>
<b>4. Diffusion du questionnaire</b> .....	<b>10</b>
<b>5. Méthode d'analyse des résultats</b> .....	<b>11</b>
<b>Résultats</b> .....	<b>11</b>
<b>1. Données administratives : profil des répondants</b> .....	<b>11</b>
<b>2. Choix du mode d'exercice et du lieu d'installation avant l'entrée en CFUO</b> .....	<b>12</b>
<b>3. Niveau de connaissance actuel du CIO</b> .....	<b>13</b>
3.1. État de connaissance actuel du CIO .....	13
3.2. Souvenir d'une information universitaire au CIO.....	15
3.3. Contenu et niveau de connaissance des étudiants concernant le CIO.....	17
<b>4. Choix du mode d'exercice depuis l'information au CFUO</b> .....	<b>17</b>
4.1. Influence de l'information au CIO sur l'évolution des choix d'exercice et/ou de lieu d'installation des étudiants.....	17
4.2. Cas de figure n°1 : les choix de mode d'exercice et/ou de lieu d'installation des étudiants ont été influencés par l'information au CIO.....	19
4.3. Cas de figure n°2 : les choix d'exercice et/ou de lieu d'installation des étudiants n'ont pas été influencés par l'information au CIO .....	20
<b>Discussion</b> .....	<b>22</b>
<b>1. Rappel des objectifs</b> .....	<b>22</b>
<b>2. Interprétation des résultats au regard des objectifs</b> .....	<b>22</b>
2.1. L'influence ambivalente de l'information au CIO sur l'évolution des choix de mode d'exercice et/ou de lieu d'installation des étudiants .....	23
2.1.1. Les choix de mode d'exercice et/ou de lieu d'installation sont relativement influencés par le CIO ....	23
2.1.2. L'influence relative de l'information au CIO s'explique par une méconnaissance du dispositif .....	24
2.1.3. Un CIO méconnu interrogeant l'efficacité de l'information universitaire .....	25
2.2. Les choix d'activité futurs des étudiants sont sous-tendus par d'autres variables explicatives .....	26
2.3. A la source de la problématique : l'évolution des valeurs des jeunes Français .....	28
<b>3. Limites et portées de l'étude</b> .....	<b>30</b>

**Bibliographie**

**Liste des annexes**

- Annexe n°1 : Aides proposées par le CIO définies par l’avenant 13 à la CNO.
- Annexe n°2 : Zonage démographique des orthophonistes défini par l’avenant 16 à la CNO.
- Annexe n°3 : Objectifs et modalités des CIO proposés par l’avenant 16 à la CNO.
- Annexe n°4 : Engagements de l’Assurance Maladie (AM) et des orthophonistes dans le cadre des CIO proposés par l’avenant 16 à la CNO (Ameli, 29 avril 2024).
- Annexe n°5 : Trame du questionnaire.
- Annexe n°6 : Attestation de déclaration au service de protection des données (DPO).
- Annexe n°7 : Comparaison de l’échantillon à la population selon les effectifs totaux d’étudiants en orthophonie.
- Annexe n°8 : Comparaison de l’échantillon à la population selon les sous-groupes d’effectifs par années d’études en orthophonie.
- Annexe n°9 : Comparaison de l’échantillon à la population selon les sous-groupes d’effectifs par CFUO.
- Annexe n°10 : Fréquence d’étudiants en reconversion professionnelle retrouvée par la FNEO lors des synthèses annuelles « Étudiants en orthophonie, qui êtes-vous ? ».
- Annexe n°11 : Niveau de connaissance du CIO des étudiants en orthophonie en fonction de leur année d’études.
- Annexe n°12 : Niveau de connaissance du CIO des étudiants en orthophonie en fonction de leur CFUO d’études.
- Annexe n°13 : Niveau de connaissance du CIO des étudiants en orthophonie en fonction du statut de reconversion professionnelle.
- Annexe n°14 : Tableau de contingence des effectifs théoriques et observés utilisés pour le test du chi-deux d’indépendance, réalisé à l’aide du site BiostaTGV.

# Introduction

Le fondement de la problématique de l'accès aux soins réside dans « l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire, qui ne permettrait pas de répondre à la demande de soins en certains endroits » (Nguyen-Khac, 2017, p. 187). L'accès aux soins étant un droit en France depuis 1945, les disparités territoriales qui le caractérisent deviennent une problématique de santé publique.

Les inégalités territoriales d'accès aux soins sont mesurées par l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) au niveau communal. Cette mesure permet d'étudier les évolutions temporelles et spatiales des disparités d'accès aux soins en France, qui proviennent d'un déséquilibre entre l'offre et la demande de soins. En effet, la démographie médicale ne parvient pas à répondre à des besoins de santé croissants. En médecine générale comme en orthophonie, différents facteurs viennent majorer ce déséquilibre, comme la présence d'un centre de formation, la densité des professionnels de santé (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé [ONDPS], 2012) ou l'attractivité du territoire (Legendre, 2020, p. 5).

L'identification de ces différents leviers explicatifs des inégalités d'accès aux soins a permis aux pouvoirs publics de construire une réponse adaptée pour chacun d'eux. Pour répondre à la question du choix du lieu d'installation, l'incitation des pouvoirs publics proposée pour favoriser l'installation des orthophonistes dans les déserts médicaux prend le nom de Contrat Incitatif Orthophoniste (CIO).

La mise en place du CIO est encadrée par les avenants 13, 15, 16, 19 et 20 à la Convention Nationale des Orthophonistes (CNO). Ils établissent les incitations financières destinées à favoriser et à maintenir l'implantation des orthophonistes libéraux en zone sous-dense. Ils soulignent également l'importance des actions d'information auprès des orthophonistes et des étudiants en orthophonie, à propos de la répartition démographique de la profession et de l'existence des différentes aides à l'installation proposées par le CIO. Ainsi, cette action d'information se situe au sein de l'Unité d'Enseignement (UE) 4.1 de la formation universitaire en orthophonie.

Si les différents textes de lois soulignent l'efficacité du CIO concernant l'amélioration de l'accès aux soins orthophoniques, aucune étude n'interroge les répercussions des communications réalisées auprès des étudiants à propos de ce dispositif sur l'amélioration de l'accès aux soins en orthophonie.

C'est pourquoi cette étude s'intéresse à l'influence de l'information au CIO sur l'évolution des choix futurs de lieu d'installation des étudiants en orthophonie. Pour ce faire, une enquête par questionnaire a été diffusée aux étudiants des différents Centres de Formation Universitaire en Orthophonie (CFUO) de France, toutes années d'études confondues. L'analyse des données recueillies a permis de décrire les choix de lieu d'installation futurs des étudiants en orthophonie en France et de mettre en évidence les différents facteurs qui les sous-tendent. Cette enquête a également permis de réaliser un état des lieux de leurs connaissances concernant le CIO.

Le cadre théorique de notre sujet sera composé d'un état des lieux de l'accès aux soins de premier recours et orthophoniques en France. Il sera suivi d'une présentation du dispositif du CIO et de la place allouée à son information lors de la formation initiale en orthophonie. Ensuite, nous décrirons la méthodologie mise en œuvre pour répondre à nos interrogations. Dans un troisième temps, nous exposerons les principaux résultats de notre enquête. Enfin, nous discuterons des objectifs de notre étude, en les confrontant à nos résultats.

# Contexte théorique et objectifs

Pour traiter de la problématique de l'accès aux soins, un cadrage théorique, historique et politique est nécessaire à un niveau global, pour le soin de premier recours, puis pour l'orthophonie. Nous développerons le dispositif du CIO et ses modalités de mise en œuvre. Enfin, nous préciserons brièvement les modalités d'information de ce dispositif auprès des étudiants en orthophonie.

## 1. L'accès aux soins

L'accès aux soins est un concept aux définitions plurielles qu'il convient de préciser. Il est mesuré de différentes manières, qui permettent de décrire son évolution dans le temps. Cette variation est expliquée par différents facteurs, qui constituent des leviers d'action pour les pouvoirs publics dans la lutte contre les disparités territoriales d'accès aux soins.

### 1.1. Définition de l'accès aux soins

Selon la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), l'expression d'« accès aux soins » induit l'existence d'obstacles aux possibilités de recours aux soins (Vergier & Chaput, 2017, p. 3). Les inégalités d'accès aux soins résultent de ces obstacles, qui peuvent être de différentes natures : spatiaux, économiques, temporels, organisationnels, sociaux ou encore culturels. La dimension spatiale renvoie à la répartition des professionnels de santé sur le territoire français, dont dépend le recours aux soins.

Cette dimension spatiale relie la notion d'accès aux soins aux notions de déserts médicaux et de répartition territoriale des professionnels de santé. Ces trois concepts renvoient à une problématique unique : « l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire, qui ne permettrait pas de répondre à la demande de soins en certains endroits » (Nguyen-Khac, 2017, p. 187).

Enfin, l'accès aux soins serait un concept effectif, qui ne préciserait pas la réalité de l'accès aux soins (Guagliardo, 2004 ; cité par Chevillard, Lucas-Gabrielli, & Mousquès, 2018, p. 363). L'expression d'« accessibilité aux soins » lui serait alors préférable. Celle-ci se définirait comme la facilité avec laquelle la population d'un lieu donné peut atteindre les services de soins. Néanmoins, nous continuerons à employer le terme d'accès aux soins dans le cadre de notre propos, comme les organismes de référence français (ie. DREES, Insee).

### 1.2. Mesures de l'accès aux soins

Pour pouvoir décrire les inégalités d'accès aux soins sur le territoire français, il faut nécessairement les mesurer. Différents indicateurs sont utilisés pour rendre compte de l'état de la répartition spatiale des professionnels de santé en France.

Les indicateurs les plus connus sont la densité des professionnels de santé et la distance-temps à l'offre de soins. Ils rendent compte respectivement de la disponibilité et de la proximité spatiale de l'offre de soins (Chevillard et al., 2018, p. 364). Ces deux indicateurs possèdent néanmoins de nombreux biais. Par exemple, ils ne permettent pas de refléter les disparités intrarégionales d'offre de soins. Certains facteurs d'inégalités territoriales d'accès aux soins ne sont pas non plus pris en

compte, comme le niveau d'activité des médecins ou le niveau de besoin en soin de la population (Vergier & Chaput, 2017, pp. 19-26).

L'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) a été développée en 2015 pour remédier à ces limites. Cet indicateur est calculé au niveau communal, à partir de la densité de médecins, de la distance d'accès aux soins, mais aussi de l'activité des médecins et des besoins de soins de la population locale. L'APL est exprimée en équivalent temps plein (ETP) de médecins par habitant ou en nombre annuel de consultations par habitant (Vergier & Chaput, 2017, p. 21). Le calcul de l'APL a permis d'établir des seuils d'accessibilité aux soins, en dessous desquels les communes sont qualifiées de sous-denses. L'offre de soins y est alors considérée comme insuffisante. Pour les médecins, le seuil retenu par la DREES en 2017 est une APL inférieure à 2,5 consultations par an et par habitant (Vergier & Chaput, 2017, p. 24).

### **1.3. Historique des inégalités territoriales d'accès aux soins en France**

Tout d'abord, nous pouvons caractériser les évolutions d'accès aux soins de premier recours des Français. L'accès aux soins de premier recours correspond au premier niveau de contact entre la population et le système de santé. D'après l'article L. 1411-11 du Code de la Santé Publique, ces soins sont assurés par les médecins généralistes. Les inégalités territoriales d'accès aux soins de premier recours sont restées stables dans le temps : en 2016, le niveau d'inégalités d'accès aux soins pour l'ensemble des médecins est semblable à celui observé en 1983 (Vergier & Chaput, 2017, p. 8).

Ces disparités concernent également les mêmes espaces et possèdent la même dynamique. Ainsi, les régions les plus touchées correspondent majoritairement aux territoires ruraux et montagneux à faible densité de population (Vilain & Niel, 1999 ; Legendre, 2020), comme le Centre-Val-de-Loire, l'Auvergne-Rhône-Alpes et la Bourgogne-Franche-Comté. La répartition géographique des médecins français est également caractérisée par les oppositions Nord-Sud et centre-périphérie, au profit du Sud de la France et du centre des communes (Tonnelier, 1992, pp. 303-304).

Par ailleurs, la part de la population vivant en zone sous-dense a augmenté, passant de 3,8 % à 5,7 % entre 2015 et 2018 (Legendre, 2020, p. 1).

En ce qui concerne les orthophonistes, les inégalités territoriales d'accès aux soins pour la profession sont restées stables dans le temps (Rochu, 2014, p. 6)., malgré une croissance importante de la population d'orthophonistes depuis les années 1990 (Rochu, 2014, p. 3). La répartition géographique des orthophonistes demeure également inchangée : les plus fortes densités d'orthophonistes concernent les régions PACA, Languedoc-Roussillon, Rhône-Alpes, Nord-Pas-de-Calais, Midi-Pyrénées et l'Île-de-France, tandis que les plus faibles densités sont retrouvées dans le centre de la France (Poitou-Charentes, Auvergne, Limousin) et en Picardie (ONDPS, 2012, p. 84). Comme les médecins, les orthophonistes ont plutôt tendance à délaisser les communes rurales pour s'installer en ville : 85 % des orthophonistes sont installés dans un pôle urbain, contre 9 % dans une commune rurale en 2010. Ainsi, 90 % des orthophonistes exercent en zone urbaine ou périurbaine en 2010 (ONDPS, 2012, p. 85).



## **1.4. Facteurs explicatifs des inégalités territoriales d'accès aux soins en France**

Tout d'abord, les inégalités territoriales d'accès aux soins trouvent leur source dans la démographie médicale. En effet, la réduction du nombre de médecins généralistes libéraux constatée est le produit de l'instauration du *numerus clausus* dans les années 1990 et des départs à la retraite des générations de médecins des années 1980 (Tabuteau, 2012, p. 12). Selon le modèle de projection de la DREES, les effectifs de médecins libéraux continueraient à diminuer jusqu'en 2027 avant de repartir à la hausse. Ainsi, en 2040, la densité de médecins serait supérieure de 18 % à celle de 2015 (Bachelet & Anguis, 2017, p. 5).

Ensuite, les inégalités territoriales d'accès aux soins dépendent également des choix de mode d'exercice des médecins. Depuis 2010, le nombre d'installations en libéral diminue pour les médecins généralistes et spécialistes, au profit d'une augmentation de l'exercice de groupe et des remplacements. Cela impacte la répartition de l'offre de soins au niveau local essentiellement (Vergier & Chapput, 2017, p. 16).

Enfin, les inégalités territoriales d'accès aux soins sont renforcées par les choix de lieu d'installation des médecins. Ceux-ci sont guidés par l'attractivité des territoires. En 1992, Tonnellier (pp. 297-311) mettait en évidence des facteurs liés à la composition sociale et au type d'activité des communes (industrielles versus tertiaires), ainsi qu'un attrait des médecins pour les littoraux méditerranéen et atlantique au détriment des régions industrielles du Nord de la France. Il soulignait également une attractivité accrue pour les territoires disposant d'un centre de formation en médecine. En 2020, la DREES relève à nouveau une corrélation forte entre sous-densité médicale, faible attractivité et moindre équipement (Legendre, 2020, p. 5). Les territoires sous-denses sont alors caractérisés par un moindre équipement (commerces, établissements scolaires, aménagements sportifs et culturels), une croissance démographique faible, une faible densité de population, des températures inférieures à la moyenne nationale et un isolement géographique.

En ce qui concerne les orthophonistes, les variables explicatives des inégalités territoriales d'accès aux soins sont moins documentées officiellement. Nous nous permettons donc de nous appuyer sur les synthèses des néo-diplômés réalisées par la Fédération Nationale des Étudiants en Orthophonie (FNEO), comme a pu le faire l'Observatoire National des Professionnels de Santé (ONDPS) en 2012.

Les inégalités territoriales d'accès aux soins en orthophonie sont d'autant plus marquées que la profession est caractérisée par un déséquilibre global entre l'offre et la demande, en raison d'une augmentation de la demande de soin. Celle-ci est notamment liée au vieillissement de la population et à l'accroissement de la prévalence des maladies chroniques comme les maladies neurodégénératives ou les pathologies cancéreuses neurologiques et oto-rhino-laryngées (Bauchet et al., 2017, pp. 97-108). Le champ de compétences des orthophonistes n'a d'ailleurs pas cessé de s'élargir au fil du temps : la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) a été précisée et étendue à une dizaine de reprises depuis 2005 en orthophonie (Ameli, 23 mars 2023).

Une des variables explicatives des disparités territoriales d'accès aux soins est la présence d'un centre de formation. Les régions qui n'en disposent pas sont caractérisées par les densités d'orthophonistes parmi les plus basses de France (ONDPS, 2012, p. 88). En effet, la présence d'un CFUO induit les opportunités de stage, et donc les potentiels futurs lieux d'exercice de l'étudiant. Ainsi, ce sont 38,3 % des néo-diplômés qui s'installent dans leur département d'études (Fédération Nationale des Etudiants en Orthophonie [FNEO], 2023, p. 24). Nous pouvons également noter que 53,4 % des néo-diplômés s'installent à moins de cent kilomètres de leur lieu de formation (FNEO, 2023, p. 24).

Concernant le CFUO, il existe un lien entre le quota de places disponibles et la densité d'orthophonistes de la région dans laquelle il se trouve (FNEO, 2023, p. 26). Ainsi, les centres de formation comportant les quotas les plus élevés sont également les régions où la densité d'orthophonistes est la plus élevée. Nous pouvons citer la région Île-de-France et la région Rhône-Alpes, où les CFUO de Paris et de Lyon accueillent respectivement environ cent-vingt et cent étudiants en orthophonie par an.

Ensuite, un autre facteur explicatif de la répartition des orthophonistes sur le territoire français est la proximité familiale. Ainsi, 31,1 % des néo-diplômés se seraient installés dans leur département d'origine (FNEO, 2023, p. 22), et 42,2 % de ces jeunes praticiens affirmeraient chercher à rester proches de leur famille (FNEO, 2022, p. 19). De plus, 31,8 % des néo-diplômés affirment avoir suivi le conjoint ou la conjointe (FNEO, 2023, p. 22).

Au-delà du lieu de formation et de la proximité familiale, le choix du futur lieu d'installation des étudiants est guidé par les opportunités professionnelles durant la formation initiale. Parmi les étudiants interrogés dans la synthèse des néo-diplômés 2023, 22,5 % ont d'ailleurs répondu favorablement en ce sens (FNEO, 2023, p. 4).

Enfin, comme pour les médecins, l'attractivité du territoire influe également sur la répartition des orthophonistes sur le territoire français. L'ONDPS (2012, p. 88) distingue un groupe de régions caractérisées par une densité d'étudiants moyenne, mais par une densité d'orthophonistes supérieure à la moyenne nationale : le Rhône-Alpes, la Provence-Alpes-Côte d'Azur, le Midi-Pyrénées, le Languedoc-Roussillon et l'Île-de-France. La majorité des régions citées correspondent aux territoires attractifs des littoraux méditerranéen et atlantique.

## **1.5. La réponse des pouvoirs publics aux inégalités territoriales d'accès aux soins**

Pour les pouvoirs publics, les différents facteurs explicatifs des inégalités territoriales d'accès aux soins constituent des leviers d'action de lutte contre les disparités territoriales d'accès aux soins de premier recours et orthophoniques.

### **1.5.1. Mesures favorisant l'accès aux soins médicaux de premier recours**

Dès le début du 19<sup>e</sup> siècle, la démographie médicale ne permet pas de répondre à la demande de soins. Le statut d'officier de santé est créé par les pouvoirs publics en 1803 pour pallier l'insuffisance des effectifs des docteurs en médecine. Les tentatives d'organisation de politiques publiques seront ensuite gelées jusqu'au milieu du 20<sup>e</sup> siècle, étant perçues comme une volonté de concurrence déloyale par le corps médical français. Après la Seconde Guerre mondiale, différentes législations se

succéderont. Elles permettront à l'État de reprendre la main sur l'organisation du système de santé, jusqu'ici déléguée aux médecins à l'échelle des communes (Tabuteau, 2012, pp. 59). Ainsi, la création de l'Assurance Maladie (AM) en 1945 remet au premier plan la lutte contre les inégalités d'accès aux soins, ce dernier étant l'un de ses trois principes fondateurs. Des années 1970 aux années 2000, la priorité des pouvoirs publics a concerné la régulation des dépenses de santé, notamment permise par la territorialisation de l'action publique au niveau régional (Tabuteau, 2012, p. 57).

Aujourd'hui, pour l'accès aux soins de premier recours, les mesures existantes sont construites en regard des différents facteurs explicatifs des inégalités territoriales, détaillés en 1.4.

En premier lieu, les services publics d'État luttent contre les disparités d'accès aux soins en réformant le cursus universitaire de médecine. Parmi les différentes mesures existantes, la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoire » (HPST) introduit un contrat d'engagement de service public. Il offre une allocation mensuelle aux étudiants en médecine en contrepartie d'une installation en commune sous-dense au sortir de leurs études (loi n° 2009-879, 21 juillet 2009, article 46).

Les mesures de santé publique ciblent également l'installation des professionnels de santé. En 2009, la loi HPST introduit le contrat Santé Solidarité, par lequel les médecins des zones sur dotées s'engagent à participer au rétablissement d'une offre de soins suffisante dans les territoires sous-denses (loi n° 2009-879, 21 juillet 2009, article 43). Plus récemment, la loi du financement de la Sécurité sociale pour 2023 (loi n°2022-1616, 23 décembre 2022, article 41) instaure un dispositif expérimental d'organisation de consultations de médecins dans les zones sous-denses par les Agences Régionales de Santé (ARS), pour une durée de trois ans dans six régions.

Finalement, un dernier type de réponse apportée par les pouvoirs publics concerne l'organisation de la prise en soin des patients. Entre autres, la loi HPST crée le dispositif des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Ces structures regroupent différents professionnels, permettant d'améliorer l'accès aux soins et la continuité des soins (loi n° 2009-879, 21 juillet 2009, article 1). Cette loi vise également le développement de la télémédecine, dont les actes, les conditions de mise en œuvre et la prise en charge financière sont fixés par décret par les ARS (loi n° 2009-879, 21 juillet 2009, article 78). Ces dernières peuvent alors moduler l'offre de soins régionalement en tenant compte de l'insularité et de l'enclavement géographique des territoires. Plus récemment, la loi « Organisation et Transformation du Système de Santé » (OTSS) introduit les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ayant pour but d'améliorer l'organisation des prises en soin sur le territoire (loi n°2019-774, 24 juillet 2019, article 22).

### **1.5.2. Mesures des pouvoirs publics favorisant l'accès aux soins orthophoniques**

En orthophonie, les actions des pouvoirs publics pour réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins comprennent, d'une part, des mesures apparentées à celles mises en place pour les médecins, et, d'autre part, des dispositifs spécifiques à la profession.

Tout d'abord, nous pouvons développer les engagements publics ciblant la demande de soins en orthophonie. L'amélioration de l'accès aux soins dans les territoires sous-denses passe en premier lieu par une meilleure orientation des candidats potentiels aux soins orthophoniques. Issue d'un contrat entre l'ARS et les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) orthophonistes, la Plateforme de Prévention et Soins en Orthophonie (PPSO) créée en 2018 s'assure que l'adressage

vers les orthophonistes soit justifié. Par ailleurs, nous pouvons évoquer également ici la création des maisons de santé par la loi HPST (loi n° 2009-879, 21 juillet 2009, article 1). Elles permettent un accès aux soins en orthophonie de meilleure qualité, en améliorant la coopération interprofessionnelle grâce au rapprochement géographique des différents professionnels de santé.

Concernant l'installation des professionnels de santé, des mesures incitatives à l'installation des orthophonistes libéraux en territoires sous-denses ont été mises en place par les avenants 13, 15, 16, 19 et 20 à la CNO. Elles sont regroupées au sein du dispositif appelé Contrat incitatif orthophoniste (CIO), que nous développerons en deuxième partie.

Enfin, au niveau de la formation initiale des orthophonistes, le numerus clausus a été élargi à l'échelle nationale avec la création de nouveaux CFUO, comme celui de Brest en 2018 et celui de Rennes en 2019. De plus, les avenants 13, 15, 16, 19 et 20 à la CNO prévoient la dispense d'une information au cours du cursus universitaire concernant la répartition démographique des orthophonistes et les mesures mises en place pour l'améliorer. L'information spécifique concernant le CIO est d'ailleurs l'objet de notre étude.

## **2. Le Contrat incitatif orthophoniste**

Le CIO a été progressivement développé depuis 2012. Le dispositif expérimental établi par l'avenant 13 à la CNO a été institué et peaufiné par les avenants 15, 16, 19 et 20.

### **2.1. Aux prémices du CIO : l'avenant 13**

Publié le 5 mai 2012, l'Avenant 13 développe la mise en place d'un dispositif expérimental démographique conventionnel, qui sera plus tard appelé CIO. Les disparités géographiques d'offre de soin en orthophonie sont décrites à partir du zonage démographique arrêté pour les médecins. Au terme des trois ans d'expérimentation, les pouvoirs publics visent, entre autres objectifs, un solde positif des installations des orthophonistes pour 90 % des zones très sous-dotées et un ratio de 5 % entre le nombre de lieux d'installations nouvelles en zones très sous-dotées et le nombre total des installations nouvelles.

Pour atteindre ces objectifs, deux types de mesures sont déployées par le CIO :

1. Des actions d'informations auprès des orthophonistes et des étudiants en orthophonie, concernant la répartition démographique de la profession et les différentes aides à l'installation disponibles.
2. Des incitations financières destinées à favoriser et à maintenir l'implantation des orthophonistes libéraux en zones très sous-dotées. Les différents types d'offres et les engagements des parties prenantes sont détaillés en Annexe 1.

L'évaluation et le suivi des objectifs cités ci-dessus sont réalisés par la Commission Paritaire Nationale (CPN). Les Commissions Paritaires Régionales (CPR) sont quant à elles chargées d'évaluer l'efficacité du CIO au niveau régional.

### **2.2. Pérennisation du CIO : avenants 15, 16, 19 et 20**

Publié le 11 août 2016, l'Avenant 15 conclut à l'efficacité significative des mesures incitatives mises en place. Le dispositif expérimental est prolongé pour une durée de deux ans.

Publié le 26 octobre 2017, l'Avenant 16 introduit l'utilisation d'un zonage démographique propre aux orthophonistes, détaillé en Annexe 2. Sur la base de ce nouveau zonage, l'avenant 16 pérennise les mesures incitatives des Avenants 13 et 15. Il instaure quatre types de Contrats incitatifs orthophonistes (CIO) pour les zones très sous-dotées, à adhésion individuelle et non cumulables (Annexe 3). Les engagements de l'AM et de l'orthophoniste sont soulignés en Annexe 4. Cet avenant introduit également la possibilité d'une majoration des aides proposées dans les différents CIO à l'échelon régional par les ARS. Les objectifs du CIO restent inchangés.

Publié le 27 octobre 2022, l'avenant 19 actualise les mesures démographiques de l'avenant 16. Le CIO de transition et les modulations des aides forfaitaires du CIO par l'ARS au niveau régional sont supprimés. Une actualisation du zonage démographique est prévue, avec une fusion des zones très sous-dotées et sous-dotées en zones sous-denses.

Par ailleurs, les objectifs de rééquilibrage de l'offre de soin en orthophonie sont modifiés pour les zones sous-denses. Il s'agira d'atteindre un solde positif d'installations pour 75 % des zones sous-denses et un ratio de 10,7 % entre le nombre total d'installations nouvelles dans les zones sous-denses et le nombre total d'installations nouvelles ou de changements de lieux d'exercice sur le territoire français.

Une évaluation de ces nouveaux objectifs chiffrés aura lieu trois ans après la mise en application du nouveau dispositif incitatif. Dans l'hypothèse où ces objectifs ne seraient pas atteints, l'avenant 19 souligne l'engagement pris par les parties signataires à conclure un avenant conventionnel comportant un dispositif permettant d'encadrer le conventionnement des orthophonistes dans les zones sur dotées.

Publié le 18 août 2023, l'avenant 20 modifie une nouvelle fois les conditions du CIO, en étendant la rémunération complémentaire de 200 euros pour l'accueil d'un stagiaire en zone sous-dense au CIO à la première installation.

### **3. La place de l'information au CIO au sein des études en orthophonie**

Le Bulletin Officiel n° 32 du 5 septembre 2013 situe l'information faite aux étudiants concernant le CIO dans l'Unité d'Enseignement (UE) 4.1, intitulée « Connaissance et historique de la profession, cadres actuels et exercice professionnel de l'orthophonie ». L'un des objectifs de cette UE est d'« appréhender la démographie professionnelle actuelle, les données économiques et épidémiologiques » (Bulletin Officiel n° 32, 2013). Différents éléments de contenu précisent cet objectif, comme la présentation et la mise en œuvre des dispositions conventionnelles liées à la démographie, dont fait partie le CIO.

Le BO n°32 propose que l'UE 4.1 soit dispensée aux semestres un et huit, soit au premier semestre de première année et au deuxième semestre de quatrième année.

### **4. Objectifs du mémoire**

Aucune donnée n'existe concernant l'influence de l'information au CIO auprès des étudiants en orthophonie sur l'évolution de leurs représentations préprofessionnelles d'exercice. Cette recherche aura donc pour but de réaliser un état des lieux des connaissances des étudiants en

orthophonie au sujet du CIO et de décrire leurs choix d'exercice et de lieu d'installation futurs. Cela permettra d'identifier si l'information sur le CIO, notamment dispensée dans l'UE 4.1 du cursus en orthophonie, incite les futurs professionnels à choisir un exercice libéral en zone sous-dense à la sortie de leurs études. De manière plus générale, cette enquête permettra de mettre en évidence les facteurs influençant les choix de lieu d'installation futurs des étudiants.

## **Méthode**

Dans cette partie, nous décrivons par quels moyens nous avons recueilli et analysé les données de notre enquête.

### **1. Population**

La population ciblée par notre étude est celle des étudiants en orthophonie de France. Les critères d'inclusion de notre enquête se résument donc à être étudiant en orthophonie en France durant l'année scolaire 2023-2024. Aucun critère d'exclusion n'a été mis en évidence au sein de cette population pour notre étude.

### **2. Choix du type d'enquête**

Pour atteindre nos objectifs, la méthodologie retenue est celle de la passation d'un questionnaire auto-administré par Internet. La technique de sélection de cet échantillon est ici un échantillonnage aléatoire simple (Burns et al., 2008 ; cités par Borel, Gatignol, Gros & Tran, 2022, p. 98) réalisé au sein de la population des étudiants en orthophonie de France.

L'outil du questionnaire auto-administré en ligne présente différents avantages. Même si les taux de réponse en ligne sont moindres par rapport à une administration postale (Tumin, Johnson, Spence & Oza-Franck, 2020 ; cités par Borel et al., 2022, p. 101), le questionnaire permet de collecter des informations rapidement, avec un budget limité (Fenneteau, 2015, p. 57). Il nous permet également de récolter des données quantitatives et qualitatives, faciles d'accès et de manipulation sur ordinateur, et pouvant être analysées statistiquement (Combessie, 2007, p. 33). Le choix d'un recrutement des participants par Internet nous permet également de maximiser la taille de l'échantillon de répondants, pour obtenir l'obtention de résultats davantage significatifs et généralisables à l'échelle de la population (Sappleton & Lourenço, 2016 ; cités par Borel et al., 2022, p. 101). Dans notre cas, la voie numérique est également l'une des meilleures façons de nous adresser aux étudiants d'orthophonie. En effet, leur utilisation d'Internet est quotidienne dans le cadre de leurs études.

La littérature scientifique souligne que l'élaboration d'un questionnaire est souvent l'aboutissement d'observations et d'entretiens exploratoires antérieurs (Combessie, 2007, p. 11). Nous avons fait le choix de la passation d'un questionnaire sans entretiens préalables, pour deux raisons, l'une découlant de l'autre. À l'élaboration d'un potentiel guide d'entretien, nous nous sommes aperçue que notre questionnement était déjà suffisamment précis grâce au cadrage théorique et à notre propre statut d'étudiante en orthophonie. Dès lors, cela nous permettait d'élaborer un questionnaire étoffé et complet, dont les questions étaient majoritairement fermées. Deuxièmement, nous nous sommes demandée si la confidentialité du questionnaire serait respectée suite à la

réalisation d'entretiens. En effet, les entretiens auraient pu donner lieu à des discussions entre étudiants au sujet du CIO au sein du CFUO de Lille. Les réponses aux questions concernant le niveau de connaissance du CIO auraient pu être influencées par ces discussions, d'autant plus que 23 % des répondants de notre échantillon sont issus du CFUO de Lille (Figure 2 ci-après). Nous avons donc choisi de soumettre directement notre questionnaire aux étudiants sans entretiens préalables, en étant conscient du risque que notre étude soit moins robuste d'un point de vue méthodologique.

### **3. Élaboration et structure du questionnaire**

Présenté en Annexe 5, le questionnaire a été conçu à l'aide du logiciel d'enquête statistique LimeSurvey, site des enquêtes de l'Université de Lille. Avant sa diffusion, il a été soumis au Délégué à la Protection des Données (DPO) de l'université de Lille afin de s'assurer de la protection des données des futurs répondants (Annexe 6).

Notre questionnaire comporte dix-sept questions au total, réparties en quatre catégories : les données administratives, le choix du mode d'exercice et du lieu d'installation pré-CFUO, le niveau de connaissance du CIO et le choix du mode d'exercice et du lieu d'installation depuis l'information au CIO.

Plusieurs filtres ont été utilisés pour sélectionner les questions proposées en fonction de la situation et des réponses antérieures de l'étudiant. Ainsi, l'interrogé a pu répondre au maximum à 11 questions et au minimum à 5 questions.

Nous avons privilégié les questions de fait aux questions d'opinions, en utilisant le passé composé et en posant un cadre temporel précis de réponse. Ce dernier se déplace suivant la présence ou non d'une information au CIO et interroge également le répondant avant son entrée en CFUO. Nous avons également donné priorité à l'emploi de questions fermées pour un codage ultérieur plus aisé lors de l'analyse des résultats. Quelques questions ouvertes nous ont permis de recueillir des données qualitatives concernant la perception des individus vis-à-vis de notre sujet, et ainsi de développer leurs schémas de pensée (Fenneteau, 2015, p. 67). Pour maximiser la compréhension des questions, nous avons favorisé l'emploi de questions courtes et nous avons évité les négations et les doubles négations. Par ailleurs, l'échelle de Likert utilisée est en cinq points afin de proposer au répondant la possibilité d'une réponse centrée.

Enfin, notre questionnaire a pu être testé par cinq étudiantes du CFUO de Lille. Des modifications formelles mineures ont été réalisées suite à ce test.

### **4. Diffusion du questionnaire**

Notre questionnaire a été transmis aux étudiants en orthophonie des vingt-deux CFUO de France, par l'intermédiaire des associations étudiantes en orthophonie. Nous les avons contactées par le biais de différents réseaux sociaux (Facebook, Instagram) ainsi que par message électronique (mél). Celles-ci ont toutes accepté de diffuser notre étude. Le questionnaire est resté accessible du 5 décembre 2023 au 2 février 2024, car différentes relances ont été nécessaires pour obtenir des réponses de tous les CFUO.

## 5. Méthode d'analyse des résultats

Nous avons analysé les données issues de notre questionnaire à l'aide du logiciel tableur Microsoft Excel. Ces données suivent des variables qui sont toutes continues, à l'exception du niveau de connaissance de l'étudiant à propos du CIO. À l'aide de ce tableur, nous avons effectué un tri à plat puis un tri croisé en effectif et/ou en fréquence des données récoltées à l'aide de tableaux croisés dynamiques. Ces derniers nous ont permis de représenter nos données sous forme de graphiques (diagramme circulaire et diagramme en bâtons) et de tableaux. Nous avons également réalisé un test statistique du chi-deux à l'aide du site BiostaTGV (<https://biostatgv.sentiweb.fr>). Les questions ouvertes, quant à elles, ont donné lieu à différentes analyses thématiques.

## Résultats

Cette enquête par questionnaire a recueilli 735 réponses, dont 139 incomplètes. Notre analyse de résultats se base donc sur 596 réponses complètes. Les résultats sont exprimés en fréquence (%) et en effectif (n).

### 1. Données administratives : profil des répondants

Dans cette partie, nous décrivons le profil des répondants. La représentativité de l'échantillon obtenu a été appréciée en comparant ces résultats avec les effectifs d'étudiants en orthophonie établis par la législation pour 2019, 2020, 2021, 2022 et 2023 (arrêté du 25 avril 2019, 2019 ; arrêté du 24 janvier 2020, 2020 ; arrêté du 25 juin 2021, 2021 ; arrêté du 1er juillet 2022, 2022 ; arrêté du 3 août 2023, 2023). La représentativité de notre échantillon pourra ainsi être appréciée au niveau global et par sous-groupe d'effectifs (ie. année d'études, CFUO et statut de reconversion professionnelle de l'étudiant).

Au niveau global, notre échantillon est représentatif de la population des étudiants en orthophonie : rapporté à la population totale, il confère un taux de confiance de 95 % et une marge d'erreur de 3 % aux résultats de notre étude (Annexe 7).

Concernant la répartition par année d'études, la Figure 1 montre que notre échantillon se compose de parts relativement équivalentes d'étudiants des différentes années d'études. Pour un taux de confiance à 90 %, nous obtenons une marge d'erreur de 5 % pour chacune des années d'études par rapport aux effectifs en population (Annexe 8). Les sous-effectifs liés à l'année d'études sont donc représentatifs des sous-effectifs respectifs observés pour la population.

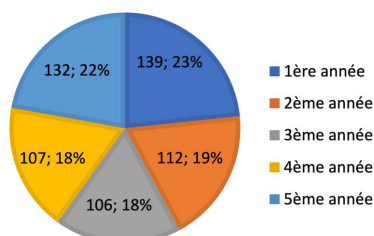


Figure 1. Répartition des participants selon leur année d'études (n = 596).

Concernant la répartition par CFUO, la Figure 2 met en évidence que les étudiants ayant le plus répondu à notre questionnaire sont ceux issus des CFUO de Paris, de Lille, de Montpellier, de Strasbourg, d'Amiens et de Tours. Ainsi, les sous-groupes par CFUO de notre échantillon ne sont pas



représentatifs des sous-groupes leur correspondant dans la population, comme le souligne l'Annexe 9.

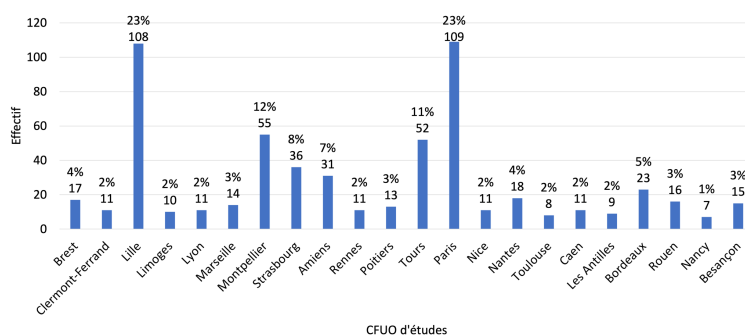


Figure 2. Répartition des participants selon leur CFUO et leur année d'études (n = 596).

Enfin, la part des répondants en reconversion professionnelle est de 9 % (n = 55). La fréquence moyenne d'étudiants en reconversion professionnelle retrouvée par la FNEO lors de ses annuelles synthèses « Étudiants et étudiantes en première année, qui êtes-vous ? » est de 7,55 % (Annexe 10). Concernant le statut de reconversion professionnelle, notre échantillon est donc relativement représentatif de la population.

## 2. Choix du mode d'exercice et du lieu d'installation avant l'entrée en CFUO

Dans cette partie, nous interrogeons les étudiants à propos du mode d'exercice et du lieu d'installation dans lesquels ils auraient pu se projeter avant leur entrée en CFUO.

Concernant le mode d'exercice, 79 % (n = 469) d'entre eux déclarent avoir envisagé un mode d'exercice avant leur entrée en CFUO, dont 20 % (n = 117) de manière certaine. La Figure 3 représente la répartition des étudiants selon le lieu d'installation en fonction du mode d'exercice envisagé. Nous constatons que le mode d'exercice dans lequel les étudiants se projettent le plus est le libéral.

Concernant le lieu d'installation, la Figure 3 souligne qu'environ la moitié des étudiants ayant opté pour un mode d'exercice libéral ou mixte avaient également pensé à un lieu d'installation. Nous pouvons constater que la part des étudiants ayant envisagé un lieu d'installation est plus importante lorsque le libéral est envisagé de manière certaine.

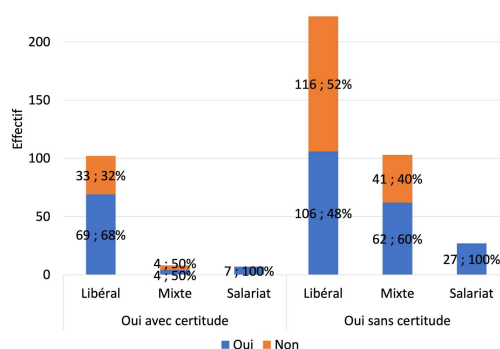


Figure 3. Répartition des participants selon leur intention de s'installer dans un lieu donné (oui/non) en fonction de leur certitude quant au choix d'exercice (n = 469).

La Figure 4 représente les réponses obtenues par CFUO selon leur intention de s'installer dans un lieu donné en fonction de leur certitude quant au choix d'exercice. Pour les CFUO se situant dans la partie Sud de la France (de Bordeaux à Toulouse sur le graphique), nous constatons que les étudiants ayant déjà envisagé un lieu d'installation sont plus nombreux que ceux n'y ayant pas pensé. Le phénomène inverse s'observe pour les CFUO se situant dans la partie Nord de la France (d'Amiens à Tours sur le graphique). En effet, sept des dix CFUO situés dans la partie Sud de la France contre quatre des douze CFUO situés dans la partie Nord de la France présentent un taux de réponses plus important pour « Libéral – Oui » que pour « Libéral – Non ».

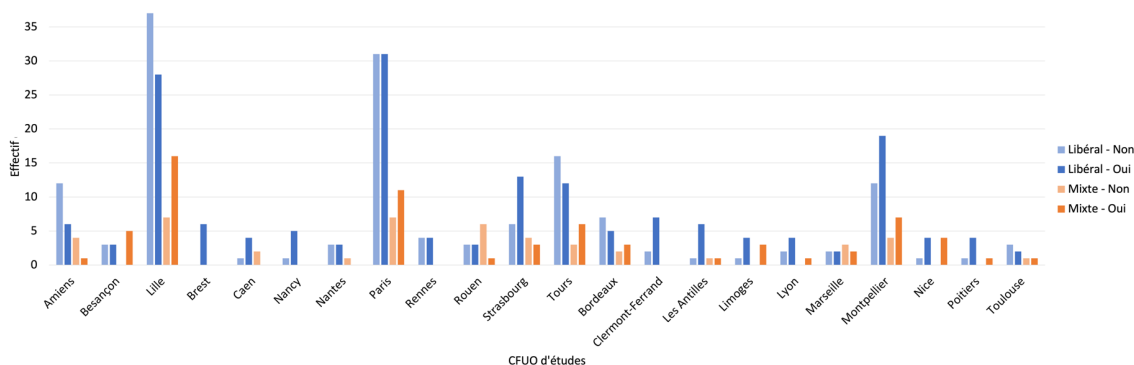


Figure 4. Répartition des participants par CFUO selon leur intention de s'installer dans un lieu donné (oui/non) en fonction du mode d'exercice souhaité (n = 469).

### 3. Niveau de connaissance actuel du CIO

Dans cette partie, nous interrogeons les étudiants sur leur niveau de connaissance actuel à propos du CIO : connaissent-ils ce dispositif ? Par quel(s) moyen(s) l'ont-ils découvert ?

#### 3.1. État de connaissance actuel du CIO

La Figure 5 représente la répartition des répondants selon leur état de connaissance actuel du CIO. Nous pouvons constater qu'un peu moins de la moitié des étudiants interrogés connaissent le CIO.

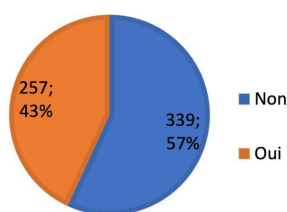


Figure 5. Répartition des participants selon leur connaissance actuelle du CIO (n = 596).

La Figure 6 représente la part des étudiants de chaque CFUO qui connaissent le CIO. Trois groupes semblent se distinguer :

- 1) Les CFUO où les étudiants semblent **bien** informés : Clermont-Ferrand, Besançon et Lille.
- 2) Les CFUO où les étudiants semblent **moyennement** informés : Nantes, Strasbourg, Toulouse, Montpellier, Brest, Poitiers, Paris, Amiens, Caen, Lyon, Tours, Les Antilles, Nancy, Rennes et Rouen.
- 3) Les CFUO où les étudiants semblent **très peu** informés : Limoges, Marseille, Nice et Bordeaux.

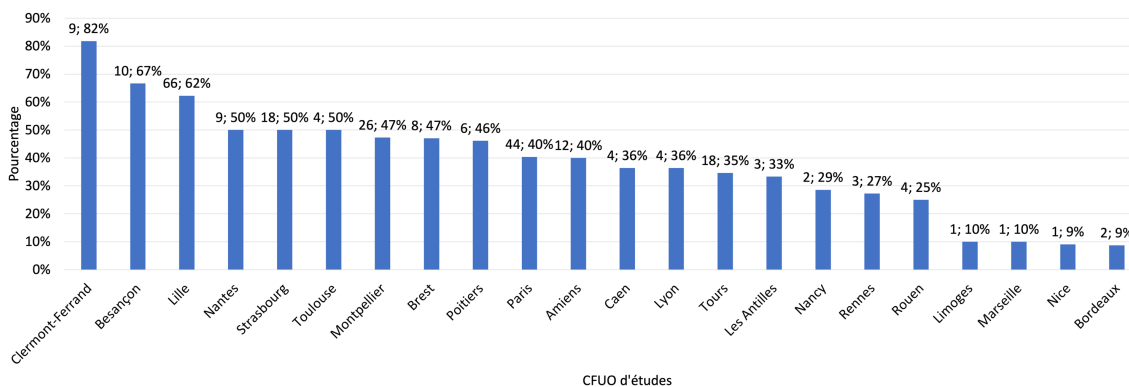


Figure 6. Répartition des étudiants connaissant le CIO en fonction de leur CFUO d'études (n = 257).

La Figure 7 représente la part des répondants connaissant le CIO au sein de chaque année d'études. Nous pouvons constater que les étudiants qui semblent connaître le mieux le CIO sont ceux de cinquième année.

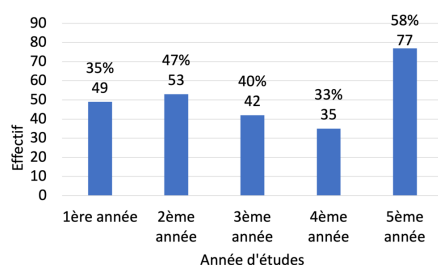


Figure 7. Répartition des étudiants connaissant le CIO en fonction de leur année d'études (n = 257).

La Figure 8 représente les réponses obtenues à propos de la connaissance du CIO en fonction du statut de reconversion professionnelle. Lorsque l'étudiant est en reconversion professionnelle, le comportement observé en population générale s'inverse : environ 60 % d'entre eux (n = 32) connaissent le CIO.

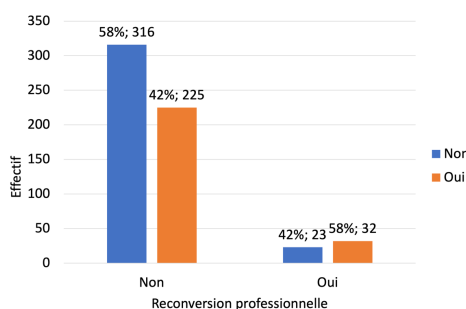


Figure 8. Répartition des étudiants selon leur connaissance du CIO (oui/non) en fonction du statut de reconversion professionnelle (n = 257).

La Figure 9 représente les réponses obtenues à propos de la connaissance du CIO en fonction du mode d'exercice envisagé avant l'entrée en CFUO. Un peu moins de la moitié des étudiants souhaitant exercer en libéral connaissent le CIO. La part la plus importante d'étudiants connaissant le CIO s'observe chez les étudiants souhaitant exercer en salariat.

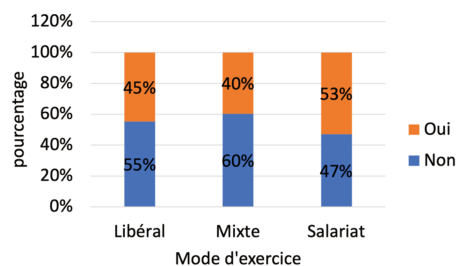


Figure 9. Répartition des étudiants selon leur connaissance du CIO (oui/non) en fonction du mode d'exercice envisagé (n = 469).

La Figure 10 représente la répartition des participants selon le biais d'information au CIO. Nous pouvons noter que presque la moitié d'entre eux ont découvert le CIO grâce à l'information reçue lors de leur cursus universitaire en orthophonie. De plus, 20 % des étudiants (n = 61) ont pris connaissance du CIO grâce aux communications réalisées par les syndicats en orthophonie (ie. Fédération nationale des orthophonistes [FNO], FNEO). La catégorie « Autre » a mis en évidence d'autres canaux d'information : les recherches personnelles sur Internet, les communications des administrations des CFUO et des associations étudiantes en orthophonie, le bouche à oreille (orthophonistes, amis, famille, enseignants de classe préparatoire au concours d'orthophonie) et les médias (presse, podcasts).

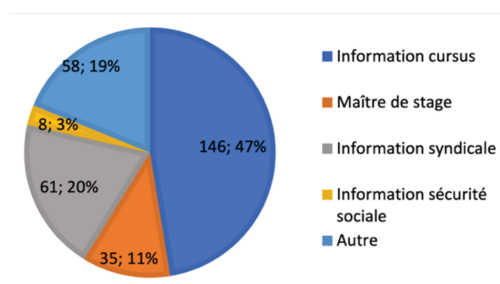


Figure 10. Répartition des participants selon la source d'information au CIO (n = 308).

### 3.2. Souvenir d'une information universitaire au CIO

La Figure 11 représente la répartition des répondants selon s'ils se souviennent ou non d'une information sur le CIO réalisée durant les enseignements théoriques de leur cursus universitaire. Nous constatons qu'environ 60 % des étudiants ne se souviennent pas avoir reçu une information au CIO durant leur cursus universitaire.

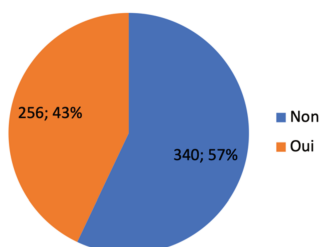


Figure 11. Répartition des étudiants selon leur souvenir d'avoir reçu une information universitaire au CIO (n = 596).

La Figure 12 représente la part des étudiants au sein de chaque CFUO se souvenant d'avoir reçu cette information. Trois groupes semblent se distinguer également ici :

- 1) Les CFUO dans lesquels les étudiants semblent **bien** se souvenir de l'information au CIO lors de leur formation théorique : Lille et Paris.
- 2) Les CFUO dans lesquels les étudiants semblent **moyennement** se souvenir de l'information au CIO lors de leur formation théorique : Strasbourg, Tours, Montpellier, Amiens, Besançon, Nice, Clermont-Ferrand et Les Antilles.
- 3) Les CFUO dans lesquels les étudiants semblent **peu** se souvenir de l'information au CIO lors de leur formation théorique : Nantes, Bordeaux, Lyon, Marseille, Poitiers, Brest, Rennes, Toulouse, Caen, Limoges, Rouen et Nancy.

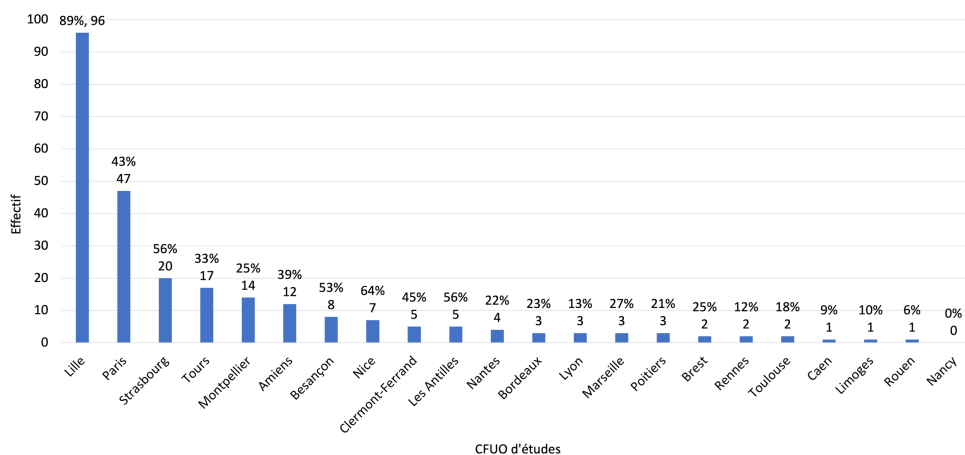


Figure 12. Part des étudiants par CFUO ayant le souvenir d'avoir reçu une information lors des enseignements théoriques du cursus en orthophonie (n = 596).

La Figure 13 permet de visualiser la part des répondants de chaque année d'études qui se souviennent de cette information universitaire au CIO. Les étudiants se souvenant le plus de cette information sont ceux de cinquième année d'orthophonie. Néanmoins, la répartition des répondants est relativement équilibrée entre les différentes années d'études.

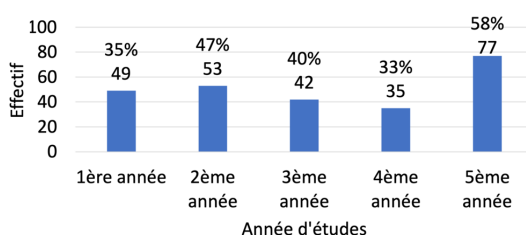


Figure 13. Part des étudiants de chaque année d'études ayant le souvenir d'avoir reçu une information lors des enseignements théoriques du cursus en orthophonie (n = 596).

La Figure 14 représente le souvenir des étudiants d'une information universitaire au CIO en fonction du statut de reconversion professionnelle. La part des étudiants en reconversion professionnelle se souvenant d'une information théorique au CIO n'est pas plus importante que celle observée pour les primo-étudiants.

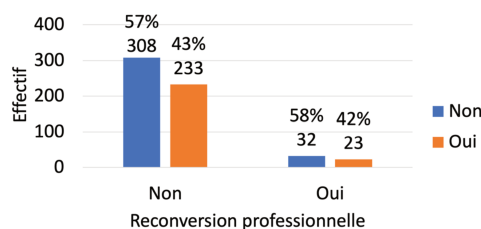


Figure 14. Répartition des étudiants selon le souvenir d'avoir reçu une information lors des enseignements théoriques (oui/non) en fonction du statut de reconversion professionnelle (n = 596).

### 3.3. Contenu et niveau de connaissance des étudiants concernant le CIO

La Figure 15 représente une distribution des répondants en fonction de l'information principale retenue au sujet du CIO. Nous pouvons constater que les avantages financiers offerts par l'assurance maladie sont l'information ayant le plus attiré l'attention des étudiants lors de leur découverte du CIO. Les étudiants ont également été marqués par l'objectif du dispositif.

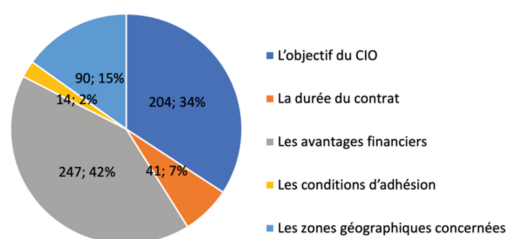


Figure 15. Répartition des étudiants en fonction de l'information principale retenue au sujet du CIO (n = 596).

Enfin, nous avons proposé aux interrogés d'évaluer leur niveau de connaissance du CIO sur une échelle de 1 à 5 (ie. niveau très faible à très élevé). Les tableaux en Annexes 11 et 12 soulignent un niveau de connaissance moyen égal à 2 tant du point de vue de l'année d'études que du CFUO de l'étudiant. Les étudiants en reconversion professionnelle tout comme les néo-bacheliers déclarent également avoir un niveau de connaissance moyen égal à 2. De manière générale, les étudiants semblent donc peu informés à propos du CIO.

## 4. Choix du mode d'exercice depuis l'information au CFUO

Dans cette partie, nous interrogeons les étudiants à propos de l'influence de l'information au CIO sur l'évolution de leurs choix d'exercice et/ou de lieu d'installation. Nous les questionnons également sur la nature du changement envisagé et la provenance de cette information.

### 4.1. Influence de l'information au CIO sur l'évolution des choix d'exercice et/ou de lieu d'installation des étudiants

La Figure 16 représente la distribution des répondants selon l'influence de l'information au CIO sur l'évolution de leurs choix d'exercice et/ou de lieu d'installation. Un peu moins de la moitié des répondants déclarent que la prise de connaissance du CIO a fait évoluer leurs choix d'exercice et/ou de lieu d'installation.

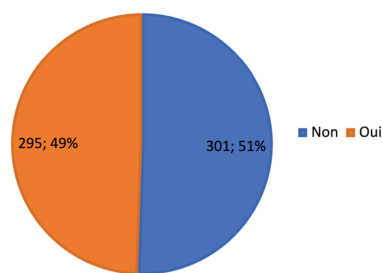


Figure 16. Répartition des étudiants selon l'influence de l'information au CIO sur l'évolution de leurs choix d'exercice et/ou de lieu d'installation ( $n = 596$ ).

Concernant l'année d'études, les étudiants de première année sont ceux qui ont le plus modifié leurs choix futurs d'exercice et de lieu d'installation suite à l'information au CIO (Figure 17). En effet, cela concerne 55 % ( $n = 76$ ) d'entre eux. Nous observons cependant des fréquences relativement similaires pour les autres années d'études.

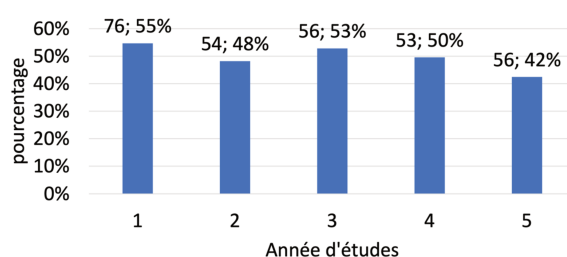


Figure 17. Répartition par année d'études des étudiants influencés par l'information au CIO dans leurs choix d'exercice et/ou de lieu d'installation ( $n = 596$ ).

Concernant le CFUO, les résultats sont disparates. Les CFUO les plus représentés au sein de notre échantillon, à savoir Paris ( $n = 109$ ), Lille ( $n = 108$ ) et Montpellier ( $n = 55$ ), possèdent une répartition des réponses similaire à celle observée en population globale (Figure 5).

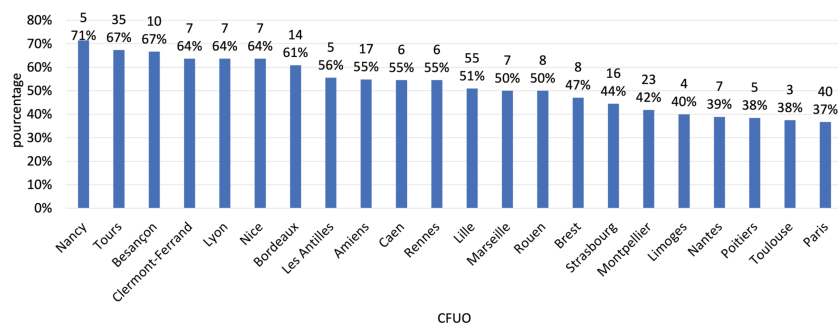


Figure 18. Répartition par CFUO des étudiants influencés par l'information au CIO dans leurs choix d'exercice et/ou de lieu d'installation ( $n = 596$ ).

Concernant la reconversion professionnelle, la Figure 19 présente la répartition des réponses obtenues à propos de l'influence du CIO sur les choix d'exercice et/ou de lieu d'installation des étudiants en fonction de leur statut de reconversion professionnelle. Les étudiants en reconversion professionnelle semblent peu influencés par l'information au CIO dans leurs choix d'activité future, contrairement aux néo-bacheliers.

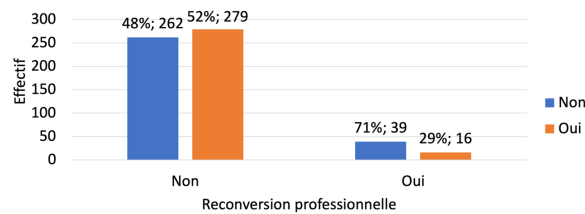


Figure 19. Répartition des étudiants selon l'influence de l'information au CIO sur l'évolution de leurs choix d'exercice et/ou de lieu d'installation en fonction de la reconversion professionnelle ( $n = 596$ ).

Concernant le mode d'exercice envisagé, moins de la moitié des étudiants (47 %,  $n = 151$ ) souhaitant exercer en libéral affirment que la prise de connaissance du CIO a fait évoluer leurs choix d'exercice et/ou de lieu d'installation. Nous observons le résultat inverse pour l'exercice mixte (54 %,  $n = 60$ ) et l'exercice salarié (56 %,  $n = 19$ ).

Étant donné la répartition équilibrée des réponses obtenues à la Figure 16, nous avons trouvé pertinent d'analyser plus spécifiquement le lien entre l'information au CIO réalisée durant les enseignements théoriques du cursus en orthophonie et l'évolution des choix d'exercice et/ou de lieu d'installation des étudiants.

L'analyse statistique inférentielle nous permet d'apprécier la significativité de l'influence de l'information théorique universitaire au CIO sur l'évolution du choix d'exercice et/ou de lieu d'installation des étudiants en orthophonie. Le caractère qualitatif de nos deux variables nous a conduit à utiliser le test du chi-deux d'indépendance. L'hypothèse nulle  $H_0$  correspond à l'indépendance entre la variable associée à une modification du choix d'exercice de l'étudiant et la variable associée à la présence d'une information théorique lors du cursus universitaire en orthophonie. Pour tester cette hypothèse, nous avons utilisé le site Internet BiostaTGV qui permet de réaliser des analyses statistiques à partir du logiciel statistique R (<https://biostatgv.sentiweb.fr>).

Le tableau de contingence présenté en Annexe 14 aboutit au résultat suivant :  $\chi^2(1, N = 596) \approx 0,001, p = .97$ . Comme précisé dans la formule, cette statistique est comparée à la table de distribution du chi-deux paramétrée à un degré de liberté de 1, au seuil de significativité de 5 %. La p-valeur étant significativement supérieure à ce seuil, nous ne pouvons donc pas rejeter  $H_0$ . Les deux variables étudiées sont donc indépendantes : la présence d'information théorique durant le cursus universitaire n'influence pas la modification du choix de mode et de lieu d'exercice de l'étudiant.

#### 4.2. Cas de figure n°1 : les choix de mode d'exercice et/ou de lieu d'installation des étudiants ont été influencés par l'information au CIO

La Figure 20 propose une répartition des raisons des répondants justifiant l'influence de l'information au CIO sur leurs choix d'exercice et/ou de lieu d'installation. Nous constatons que la part la plus importante des réponses correspond aux avantages financiers conférés par le CIO. Environ un tiers des répondants est préoccupé par l'amélioration de l'accès aux soins dans les zones sous-denses.



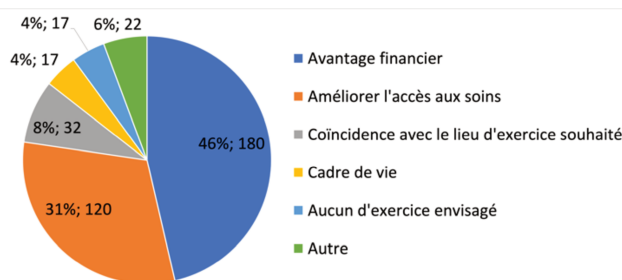


Figure 20. Répartition des étudiants en fonction du critère principal guidant leurs choix d'activité (n = 295).

La Figure 21 précise la répartition des différents types de changements d'exercice et/ou de lieu d'installation. Parmi les 49 % des répondants (n = 295) ayant déclaré que leurs choix d'exercice et/ou de lieu d'installation ont été modifiés par la découverte du CIO, la plupart d'entre eux évoquent une modification du lieu d'exercice uniquement.

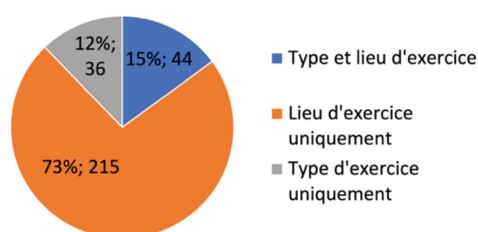


Figure 21. Répartition des étudiants en fonction du type de modification de choix d'exercice et/ou de lieu d'installation induite par l'information au CIO (n = 295).

La Figure 22 représente la répartition des différentes sources d'information au CIO ayant fait évoluer le choix d'exercice et/ou de lieu d'installation de l'étudiant. Les communications réalisées par les enseignements théoriques du cursus universitaire en orthophonie et par les syndicats professionnels sont les deux principaux moyens d'information au CIO ayant permis une évolution des choix des étudiants. Nous pouvons aussi noter qu'une part non négligeable d'étudiants a découvert le CIO par le biais de notre étude.

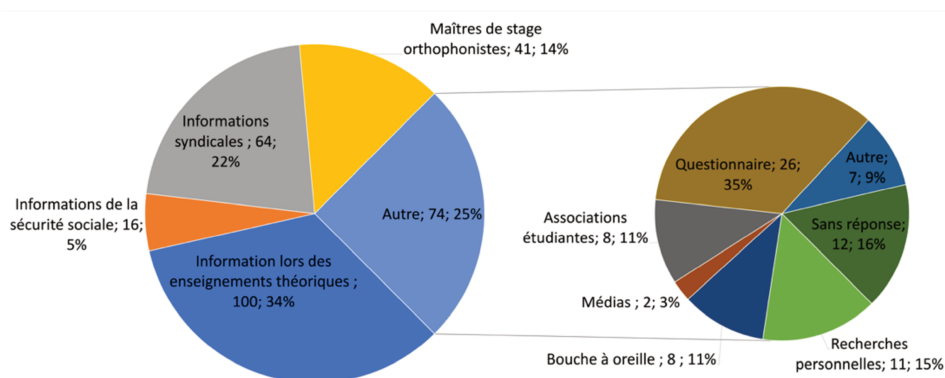


Figure 22. Répartition des étudiants en fonction de la source d'information principale au CIO (n = 295).

### 4.3. Cas de figure n°2 : les choix d'exercice et/ou de lieu d'installation des étudiants n'ont pas été influencés par l'information au CIO

La précédente Figure 16 souligne que la prise de connaissance du CIO n'a pas modifié les choix d'exercice et/ou de lieu d'installation pour plus de la moitié des répondants.

Dès lors, nous avons questionné les étudiants sur les raisons de cette absence d'effet de l'information au CIO. La Figure 23 représente la répartition des réponses obtenues à cette question, qui se révèlent plutôt éclectiques. En premier lieu, 27 % des étudiants ( $n = 87$ ) invoquent la proximité familiale. Le lieu d'installation est alors guidé par le lieu de travail du conjoint, le lieu de vie des enfants, ou le lieu d'habitation de la famille en général. Le cadre de vie est le deuxième argument prédominant avancé par 21 % des répondants ( $n = 67$ ). Ces derniers soulignent un manque d'attrait territorial des zones sous-denses par rapport aux zones très dotées ou sur dotées. Les étudiants évoquent alors une densité humaine faible, un climat peu clément, des paysages peu attrayants ou un accès aux services diminué. Enfin, dans 9 % des cas ( $n = 30$ ), les choix d'activité future n'ont pas été modifiés par la prise de connaissance du CIO en raison des conditions de ce dernier. La contrainte majeure rapportée par les répondants est les cinq années d'exercice requises pour pouvoir bénéficier du CIO. Vient ensuite la raison financière : certains répondants jugent l'aide pécuniaire offerte par le CIO comme insuffisante en regard des cinq années d'exercice obligatoires.

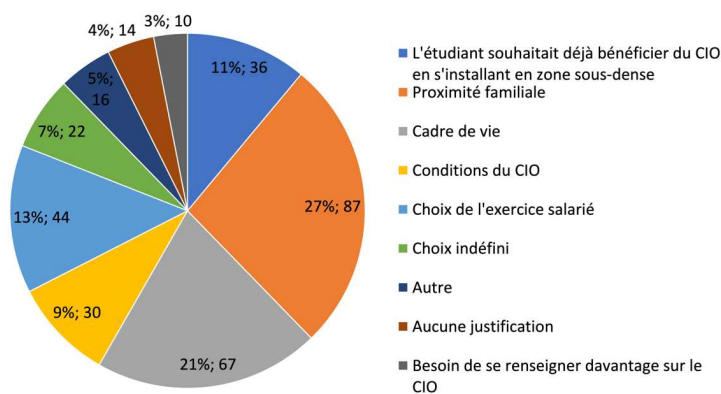


Figure 23. Répartition des étudiants en fonction des raisons évoquées à l'absence d'effet de l'information au CIO ( $n = 301$ ).

Nous avons ensuite invité les étudiants à expliciter le critère principal qui guiderait alors leurs choix d'exercice et/ou de lieu d'installation. La figure 24 représente les pourcentages de réponses obtenues pour chacun des critères invoqués par les étudiants. Au premier plan, nous retrouvons des critères liés aux raisons citées à la question précédente : proximité familiale, cadre de vie ou proximité du domicile. Néanmoins, d'autres motifs émergent, comme celui lié à l'exercice professionnel. Les choix des étudiants seraient sous-tendus par des caractéristiques inhérentes à la patientèle (diversité des patients en libéral ou attrait pour une patientèle en particulier en salariat) ou au choix et aux modalités d'exercice (préférence pour le salariat, désir d'exercice en maison de santé pluriprofessionnelle). Pour certains, la liberté de lieu d'installation et de changement de lieu d'installation en libéral serait d'ailleurs réduite par les conditions d'exercice du CIO. Le critère financier est avancé par les répondants qui souhaitaient déjà bénéficier du CIO avant la prise de connaissance de celui-ci. Un étudiant rapporte également s'être engagé à exercer dans une structure de santé en contrepartie d'un financement de ses études. Enfin, d'autres raisons sont liées aux opportunités professionnelles offertes à certains durant leurs études.

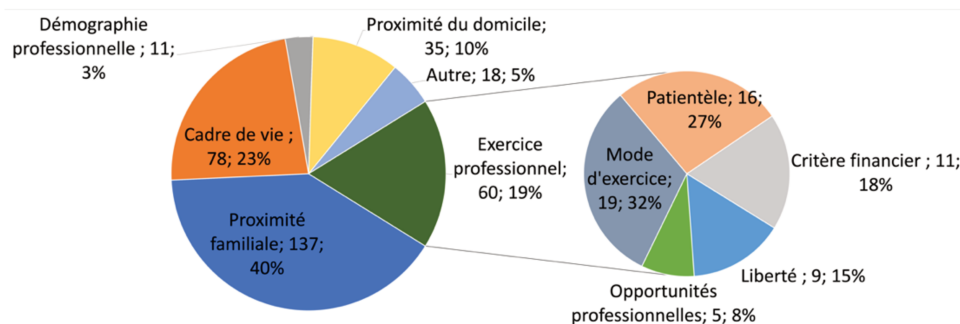


Figure 24. Répartition des répondants en fonction du critère principal guidant leurs choix d'activité (n = 301).

Les analyses en termes d'année d'études et de CFUO de l'étudiant mettent en évidence les mêmes critères principaux sous-tendant les choix d'exercice et/ou de lieu d'installation des répondants : proximité familiale, cadre de vie et critères liés à l'exercice professionnel. En revanche, concernant la reconversion professionnelle, la Figure 25 nous permet de comparer le critère principal à l'installation des néo-bacheliers et des étudiants en reconversion professionnelle. Nous pouvons noter que les étudiants en reconversion professionnelle accordent une plus grande importance à la proximité du domicile dans le choix de leur lieu d'exercice et/ou de lieu d'installation.

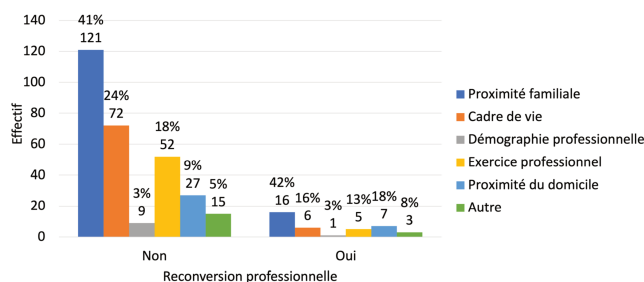


Figure 25. Répartition des répondants selon le critère principal guidant leurs choix d'activité en fonction du statut de reconversion professionnelle (n = 301)

## Discussion

### 1. Rappel des objectifs

Cette étude avait pour objectif d'interroger les étudiants en orthophonie concernant l'influence de l'information au CIO sur l'évolution de leurs choix de mode d'exercice et/ou de lieu d'installation futurs. De ce fait, nous avons cherché à réaliser un état des lieux de leurs connaissances au sujet du CIO, et à décrire leurs choix de mode d'exercice et/ou de lieu d'installation futurs. De manière plus générale, cette enquête cherchait également à mettre en évidence les facteurs guidant les choix de mode d'exercice et de lieu d'installation futurs des étudiants.

Pour ce faire, la méthodologie choisie était celle du questionnaire. Celui-ci a recueilli 596 réponses exploitables, qui ont fait l'objet d'analyses statistiques descriptives et inférentielles.

### 2. Interprétation des résultats au regard des objectifs

Dans cette partie, les principaux résultats obtenus sont résumés et mis en regard avec les objectifs rappelés ci-dessus. Les résultats sont également mis en perspective avec les données de notre partie théorique.

## **2.1. L'influence ambivalente de l'information au CIO sur l'évolution des choix de mode d'exercice et/ou de lieu d'installation des étudiants**

Notre étude ne nous permet pas de conclure quant à l'influence de l'information au CIO sur l'évolution des choix d'activité des étudiants, puisque cette évolution paraît tout autant influencée que l'inverse par la prise de connaissance du CIO. Pour les non-influencés, l'explication réside en partie dans la méconnaissance du CIO des étudiants. Celle-ci nous interroge étant donné la présence d'une information au CIO prévue dans la maquette de la formation universitaire en orthophonie.

### **2.1.1. Les choix de mode d'exercice et/ou de lieu d'installation sont relativement influencés par le CIO**

Tout d'abord, les choix de mode d'exercice et de lieu d'installation des étudiants sont influencés de manière relative par l'existence du CIO. En effet, l'évolution des choix d'exercice et/ou de lieu d'installation des étudiants paraît tout autant influencée que l'inverse par la prise de connaissance du CIO. Par ailleurs, nous ne pouvons pas utiliser les autres résultats obtenus pour trancher sur la question, car la plupart d'entre eux divergent. Nous relevons ainsi deux contradictions principales.

Premièrement, la principale source d'information au CIO mise en évidence est la communication réalisée lors des enseignements théoriques du cursus en orthophonie. Néanmoins, l'analyse statistique du chi-deux réalisée conclut à l'indépendance entre le souvenir d'une information théorique universitaire et la modification du choix d'exercice et/ou de lieu d'installation.

Deuxièmement, d'après nos résultats, cette influence serait plus importante pour les étudiants de première année. Il semble d'ailleurs logique qu'ils soient davantage influencés que les autres années d'études, car l'information théorique est réalisée par le corps enseignant lors de la première année d'études en orthophonie. En outre, nous pourrions nous attendre à ce que les étudiants de première année se souviennent mieux de cette communication que les étudiants des autres années d'études. Mais notre enquête montre que ce sont les étudiants de cinquième année qui se souviennent le mieux de l'information universitaire au CIO.

Malgré cette conclusion ambivalente, nous pouvons nous intéresser aux étudiants qui déclarent que l'information au CIO a influencé leurs choix de mode d'exercice et/ou de lieu d'installation futurs. En effet, il est intéressant d'examiner le type et la raison de modification du choix d'activité quand l'information au CIO fonctionne.

Tout d'abord, concernant les modifications de choix d'activité observées, une nouvelle contradiction entre les différents résultats apparaît. L'information au CIO semble provoquer principalement un changement de lieu d'installation. L'information au CIO semblerait donc avoir plus d'impact chez les étudiants qui désiraient s'installer en libéral avant leur entrée en CFUO. Pourtant, moins de la moitié des étudiants souhaitant exercer en libéral affirment que la prise de connaissance du CIO a fait évoluer leurs choix d'exercice et/ou de lieu d'installation. Ainsi, le CIO semble non seulement attirer les étudiants souhaitant s'installer en libéral, mais également les étudiants souhaitant exercer en salariat ou en mixte. La portée du dispositif semble donc plutôt large et ne se limite pas aux étudiants souhaitant s'installer en libéral.

Ensuite, les arguments des étudiants pour justifier cette modification du choix du lieu d'installation suite à la prise de connaissance du CIO sont communs à ceux des médecins généralistes. En premier lieu, cette modification du choix du lieu d'installation est mue par les intérêts financiers offerts par le CIO, qui permettent de soutenir les coûts de lieu d'installation des professionnels de santé. Lemonnier et Aubry (2019, pp. 38-39) mettent d'ailleurs en évidence que les coûts d'installation étaient un frein à l'installation pour les médecins généralistes. En second lieu, la modification du choix du lieu d'installation pour exercer en zone sous-dense est justifiée par le souci des étudiants d'améliorer l'accès aux soins dans les zones sous-denses. Les raisons évoquées pour justifier le changement de choix d'exercice viennent souligner la validité du dispositif et l'intérêt d'une information à son propos durant les études en orthophonie. En effet, les étudiants informés semblent bien sensibilisés à ce que le CIO offre et à ce pour quoi il a été conçu.

Nous pouvons remettre en perspective les résultats obtenus au sujet de l'efficacité du CIO chez les étudiants avec les données de notre contexte théorique. L'impossibilité de conclure quant à l'efficacité de l'information au CIO ne permet pas de soutenir les conclusions des différents avenants législatifs. En effet, les avenants 13, 15 et 16 concluent à l'efficacité des mesures mises en place : le nombre d'installations d'orthophonistes en zones sous-denses augmente, et ce de manière conforme aux objectifs fixés. Le dispositif a ainsi été reconduit et renforcé à plusieurs reprises. Une autre preuve de l'efficacité du CIO est la diminution du nombre de communes situées en zones déficitaires en offre de soins. En effet, la fusion des zones sous-dotées et très sous-dotées en zones sous-denses prévue par l'avenant 19 n'est pas évidente. Par exemple, la région des Hauts-de-France dénombre 1284 communes en zones sous-denses alors qu'elle en comptait 1490 en zones sous-dotées et très sous-dotées avant l'application de l'Avenant 19.

Même si la conclusion de notre étude va à l'encontre de l'efficacité du CIO chez les orthophonistes, elle semble malgré tout cohérente, puisque d'autres études ont relevé des résultats similaires chez les médecins généralistes. Ainsi, la revue systématique de la littérature de Lemonnier et Aubry (2019, p. 36) souligne qu'environ 50 % des médecins s'installant en région rurale sont motivés par les aides financières et les mesures incitatives. Autant de médecins généralistes seraient donc influencés dans leurs choix d'implantation en libéral par les aides incitatives que l'inverse.

### **2.1.2. L'influence relative de l'information au CIO s'explique par une méconnaissance du dispositif**

L'absence d'influence du CIO sur les choix d'exercice et/ou de lieu d'installation des étudiants peut être expliquée par la méconnaissance du dispositif des étudiants, qui veulent pourtant majoritairement s'installer en libéral.

En effet, le mode d'exercice dans lequel les étudiants se projettent le plus est le libéral. C'est d'ailleurs le mode d'exercice pour lequel les choix du lieu d'installation sont les plus précisés. Nous pourrions supposer que les étudiants ayant déjà pensé à un lieu d'installation pourraient également s'être renseignés sur les différentes offres régionales et communales d'aide à l'installation disponibles. Pourtant, moins de la moitié des étudiants interrogés souhaitant exercer en libéral connaissent le CIO. Étonnamment, ce sont ceux souhaitant exercer en salariat qui sont les mieux informés sur le CIO. Nous pourrions supposer qu'ils se seraient davantage renseignés sur les circonstances des différents modes d'exercice avant d'opter pour le salariat. Ceci est probablement dû à l'attractivité réduite pour

le salariat observée en population générale, liée au manque de reconnaissance des compétences professionnelles, au statut et à la rémunération inhérents à ce mode d'exercice (FNEO, 2023). Si l'on fait un parallèle avec les médecins généralistes, la thèse de Lemoine (2014, p. 46) met en évidence le même paradoxe : les médecins exerçant en libéral sont moins informés des incitations disponibles que ceux qui sont salariés.

Par ailleurs, le niveau de connaissance du CIO semble également dépendre de l'année d'études et du statut de reconversion professionnelle. Tout d'abord, les résultats obtenus montrent que plus l'année d'études augmente, plus la part des interrogés connaissant le CIO croît. En effet, il semble logique que plus l'étudiant avance dans son cursus, plus sa posture préprofessionnelle d'orthophoniste tende à se préciser, incluant une réflexion concernant ses choix d'exercice et/ou de lieu d'installation futurs. Ensuite, les étudiants en reconversion professionnelle sont plus nombreux à connaître le CIO que les néo-bacheliers. En effet, un étudiant ayant déjà été actif aura tendance à se projeter plus rapidement et de manière plus concrète dans son exercice futur qu'un néo-bachelier. Par exemple, il aura pu se renseigner en amont sur les différents débouchés possibles et les modalités des différents types d'exercice de la formation en orthophonie. Enfin, la part des interrogés connaissant le CIO varie également en fonction du CFUO : les étudiants des CFUO de Lille et de Paris semblent beaucoup mieux informés que les étudiants des autres CFUO. Cette variabilité en fonction du CFUO pourrait s'expliquer par des différences liées à l'information prodiguée durant le cursus universitaire en orthophonie, que nous traitons dans la partie suivante.

### **2.1.3. Un CIO méconnu interrogeant l'efficacité de l'information universitaire**

Cette méconnaissance des étudiants à propos du CIO nous interroge, étant donné la présence d'une information réalisée durant le cursus universitaire. Nous pourrions donc questionner le contenu de la communication sur le CIO réalisée par le corps enseignant durant le cursus universitaire.

D'un côté, nos résultats mettent en évidence que la connaissance du CIO est liée au souvenir que les étudiants ont de l'information qui leur a été dispensée durant leur cursus universitaire. Les trois niveaux d'échelles établis pour la connaissance du CIO et le souvenir d'une information au CIO correspondent globalement pour tous les CFUO. De plus, nous n'observons pas d'universités pour lesquelles les étudiants se souviendraient bien d'une information universitaire au CIO sans bien connaître le dispositif. Ainsi, pour Lille et Paris, nous dénombrons environ autant d'étudiants déclarant se souvenir de l'information au CIO que d'étudiants affirmant connaître le dispositif.

D'un autre côté, nous constatons également que beaucoup d'étudiants déclarent se souvenir de cette information universitaire au CIO, mais ce n'est pas celle-ci qu'ils citent comme source principale d'information. Par exemple, concernant le CFUO de Montpellier, nous comptabilisons plus d'étudiants déclarant connaître le CIO que d'étudiants déclarant se souvenir de son information. Les sources d'information au CIO dans ce CFUO sont d'ailleurs réparties équitablement entre l'université, les syndicats et les maîtres de stage orthophonistes.

Ainsi, une part non négligeable d'étudiants interrogés semble connaître le CIO et bien se souvenir de son information durant le cursus universitaire, sans pour autant citer celle-ci comme source principale d'information au CIO. Nous pourrions donc questionner le contenu et les circonstances de la communication théorique au CIO réalisée au sein des CFUO pour lesquels nous obtenons un faible niveau de connaissance du CIO et des sources principales d'information disparates.

En médecine générale, des résultats similaires, menant aux mêmes constats, ont déjà été mis en évidence. L'information par les facultés aux étudiants en médecine générale concernant les aides à l'installation serait encore moins efficace que chez les étudiants en orthophonie. Lemoine (2014, p. 47) rapporte que la majorité des médecins de son étude ont entendu parler de ces mesures par les médias. Les facultés font partie des biais d'information les moins cités. Jedat, Desnouhes, Andrieux, Besnier et Archambault (2022, p. 238) soulignent également le manque d'information des étudiants en médecine et des médecins généralistes. Cela constitue selon eux l'un des premiers freins à l'installation dans les zones sous-denses. En effet, peu de médecins bénéficieraient des mesures incitatives par méconnaissance et par manque de lisibilité des mesures. Ils avancent alors l'importance d'une formation minimum à l'installation pour les futurs médecins.

Ainsi, l'information au CIO a une influence limitée sur l'évolution des choix de mode d'exercice et de lieu d'installation des étudiants. Cela peut être expliqué par la méconnaissance du dispositif par les étudiants, qui manifestent pourtant un attrait sans équivoque à l'exercice libéral. Ce manque de connaissance nous conduit alors à interroger le contenu et les circonstances de l'information réalisée durant le cursus universitaire.

Mais la méconnaissance du CIO ne justifie pas à elle seule l'absence d'influence de l'information au CIO sur les choix d'exercice et/ou de lieu d'installation futurs des étudiants : les étudiants expriment la primauté d'autres déterminants à l'installation par rapport au motif financier.

## **2.2. Les choix d'activité futurs des étudiants sont sous-tendus par d'autres variables explicatives**

Au-delà de la méconnaissance du CIO, d'autres facteurs à l'installation supplantent les mesures incitatives du CIO chez les étudiants. Nous nous intéressons ici aux résultats obtenus pour les répondants déclarant ne pas être influencés dans leurs choix d'exercice et/ou de lieu d'installation par la prise de connaissance du CIO.

Tout d'abord, les résultats obtenus mettent en évidence l'importance de la proximité familiale pour les étudiants, qui passe notamment par une installation dans leur région d'origine. Ces futurs professionnels désirent être proches du lieu de travail du conjoint, du lieu de vie de leurs enfants et du lieu d'habitation de la famille en général. Les étudiants évoquent d'ailleurs la proximité familiale comme frein à l'influence du CIO sur leurs choix de mode d'exercice et/ou de lieu d'installation futurs. Cela rejoint un constat établi dans notre contexte théorique, selon lequel environ 30 % des néo-diplômés déclaraient suivre le conjoint ou la conjointe (FNEO, 2023, p. 22). Nous retrouvons également ce facteur au choix du mode d'exercice et de lieu d'installation chez les médecins généralistes. Lemonnier et Aubry (2019, pp. 39-40) catégorisent le travail du conjoint, la famille et la région d'origine comme des facteurs non modifiables déterminant l'installation des médecins généralistes en France. Lemoine (2014, p. 19) souligne également que la proximité entre le lieu d'installation et l'environnement familial et la proximité du cabinet avec le lieu de travail du conjoint sont les deux facteurs les plus importants déterminant le choix du lieu d'installation des jeunes médecins.

Dans notre étude, les étudiants en reconversion professionnelle accordent une plus grande importance que les néo-bacheliers à la proximité entre le lieu d'exercice souhaité et leur domicile. Nous pourrions supposer que ce critère de choix de lieu d'installation est plus important en raison du

caractère plus établi de leur statut familial par rapport aux néo-bacheliers. En effet, du fait de leur âge plus avancé en raison d'une activité professionnelle antérieure, ils ont généralement construit une famille. Pour les médecins généralistes, Lemonnier et Aubry (2019, p. 39) mettent également en évidence qu'avoir des enfants est un facteur à l'installation en libéral et au choix du lieu d'installation.

Ensuite, le cadre de vie est le deuxième facteur influençant les choix futurs de lieu d'installation des étudiants en orthophonie. Les étudiants justifient l'absence d'influence du CIO sur leurs choix de lieu d'installation par le manque d'attractivité et de dynamisme des zones sous-denses. Celles-ci manquent d'attrait territorial pour différentes raisons : densité humaine faible, climat peu clément, paysages peu attrayants, et accès aux services diminué. Cela rejoint bien la corrélation mise en évidence par la DREES en 2020 (Legendre, 2020, p. 5) : les territoires sous-dotés en offre de soins sont caractérisés par un moindre équipement (commerces, établissements scolaires, aménagements sportifs et culturels), une croissance démographique faible, une faible densité de population, des températures inférieures à la moyenne nationale et un isolement géographique.

Lemonnier et Aubry (2019, p. 35) relèvent l'influence de l'environnement local (démographie de la population, éducation, commerces, services) sur les choix d'implantation des médecins généralistes. La proximité des établissements scolaires et des garderies, les services de proximité (banque, poste, commerces, etc.), la proximité des transports et des centres culturels-loisirs déterminent fortement les choix de lieu d'installation des médecins. Ils mettent ainsi en évidence que la pauvreté en termes de services et commerces était un frein à l'installation en zone rurale, plus spécifiquement la pauvreté en termes de services pour les enfants (école, loisirs).

Nos résultats soulignent également que les choix d'exercice et/ou de lieu d'installation des étudiants en orthophonie sont plus précis pour les CFUO de la partie Sud de la France : la part des étudiants ayant déjà envisagé un lieu d'installation est plus importante pour les étudiants du Sud que pour ceux du Nord de la France. Cela rejoint les arguments énoncés par Tonnellier (1992, pp. 297-311) pour les médecins généralistes et par l'ONDPS (2012, p. 88) pour les orthophonistes. Ces professionnels de santé sont tous deux davantage attirés par les littoraux méditerranéen et atlantique que par les régions industrielles du Nord de la France. Le Sud est plus attractif que le Nord par son climat et par l'attractivité du territoire qui en découle. Les étudiants des CFUO du Sud seraient donc plus certains de rester dans leur région natale, et auraient donc davantage pensé à un lieu d'installation que les étudiants des CFUO du Nord.

De plus, les choix d'exercice et/ou de lieu d'installation futurs des étudiants sont également guidés par des facteurs liés à l'exercice professionnel, qui rentrent en conflit pour certains avec les conditions du CIO. Parmi ces facteurs, nous avons pu distinguer ceux liés à la patientèle et aux modalités d'exercice et ceux liés à la liberté d'installation.

Concernant les facteurs liés à la patientèle et au mode d'exercice, le désir d'un exercice en salariat est une des raisons pour lesquelles certains étudiants n'ont pas été influencés dans leurs choix d'exercice et/ou de lieu d'installation par l'information au CIO. L'exercice salarié attire, car il permet aux étudiants d'envisager le contact avec un type de patientèle précis, pour lequel ils ont une prédilection. Certains étudiants se tournent vers ce mode d'exercice, car il permet un travail dans l'interdisciplinarité et favorise l'échange avec les autres professionnels de santé. Lemonnier et Aubry (2019, p. 38) mettent d'ailleurs en évidence que l'isolement professionnel est un frein à l'installation pour



les médecins généralistes. Le salariat est également un mode d'exercice qui permet d'éviter certains freins d'ordre professionnel de l'exercice en libéral : lourdeurs administratives, charge de travail trop importante ou encore responsabilité professionnelle juridique. Il permet également de bénéficier d'avantages financiers comme les congés payés (FNEO, 2023) ou une protection sociale suffisante, qui représente un frein économique à l'installation en libéral chez les médecins généralistes (Lemonnier et Aubry, 2019, p. 39).

Concernant les facteurs liés à la liberté d'installation, l'absence d'influence de l'information au CIO sur les choix d'exercice et/ou de lieu d'installation des étudiants est également justifiée par la réduction de liberté du choix du lieu d'installation occasionnée par le dispositif. En effet, certains étudiants ne souhaitent pas changer leur choix de lieu d'installation pour bénéficier du CIO en raison de la durée des cinq ans d'exercice imposés par le dispositif. L'obligation d'exercer durant cinq années serait trop importante et ne leur permettrait pas d'envisager un changement de lieu d'installation durant leurs premières années d'exercice. Lemonnier et Aubry (2019, p. 34) soulignent d'ailleurs l'importance de la liberté de travail comme facteur influençant les choix de lieu d'installation des médecins généralistes. Lemoine (2014, p. 50) montre également que le principal frein au recours aux mesures incitatives est le principe de liberté de lieu d'installation et de projet professionnel. Ces droits seraient remis en cause dans le cas de recours aux aides gouvernementales.

Enfin, pour une minorité d'étudiants, les choix d'exercice et/ou de lieu d'installation sont guidés par les opportunités professionnelles offertes durant leurs études en orthophonie. En effet, l'influence des stages est déterminante dans l'obtention du premier emploi des néo-diplômés (FNEO, 2023) : 21,5 % des professionnels ont trouvé un emploi via un stage. Lemonnier et Aubry (2019, p. 34) évoquent également l'opportunité professionnelle comme étant un déterminant à l'installation des médecins généralistes. L'opportunité de reprise d'un cabinet est un critère de choix du lieu d'installation pour 54,1 % des néo-diplômés en médecine générale.

La proximité familiale, le cadre de vie, les facteurs liés au choix d'exercice professionnel et les opportunités professionnelles expliqueraient donc l'absence d'influence de l'information au CIO sur les choix d'exercice et/ou de lieu d'installation futurs des étudiants. Nous pourrions alors s'interroger sur les raisons qui expliqueraient la primauté de ces facteurs sur les arguments avancés par le CIO, à savoir la nécessité d'améliorer l'accès aux soins et les avantages financiers. Cela nous permettra de remettre en perspective la nécessité d'une information au CIO.

### **2.3. A la source de la problématique : l'évolution des valeurs des jeunes Français**

Avoir mis en évidence que d'autres facteurs que ceux liés à l'accès aux soins et aux coûts de lieu d'installation guidaient les choix d'exercice et/ou de lieu d'installation futurs des étudiants interroge sur l'origine de ces comportements. Ceux-ci pourraient être expliqués par une évolution temporelle des valeurs des jeunes Français, qui ne cadreraient plus avec les mesures incitatives à l'installation proposées. Le dispositif et les différentes communications à son propos seraient alors voués à l'inefficacité.

Les principaux facteurs de choix à l'installation mis en évidence dans cette étude sont essentiellement personnels, propres à chaque individu. Nous pourrions nous demander s'ils ne seraient pas

le reflet d'un individualisme montant au sein des jeunes Français. Bréchon (2023, pp. 43-59) revient ainsi sur le constat bien connu selon lequel l'individualisme se développerait de façon croissante en France, d'autant plus chez les jeunes. Pour lui, il faudrait distinguer l'individualisme de l'individualisation. L'individualisme correspondrait à une tendance des individus à agir en fonction de leurs intérêts personnels et à se replier sur leur vie privée en privilégiant le chacun pour soi. Il s'apparenterait à de l'égoïsme. L'individualisation s'apparenterait quant à elle à la volonté des individus de faire des choix autonomes et personnels, et non pas en agissant en fonction des conduites dictées par les autorités, comme l'État, la religion, un chef d'entreprise ou un leader charismatique. Cela rejoint un des résultats de notre étude : l'absence d'influence de l'information au CIO a notamment été justifiée par la liberté de choix du lieu d'installation.

L'individualisation se manifeste également dans la sphère familiale et sociétale. Au niveau familial, une famille individualisée proposerait des relations familiales moins contraintes et se construirait largement autour du conjoint. Nous retrouvons ici le facteur prédominant au choix de lieu d'installation lié au travail du conjoint. Au niveau sociétal, l'individualisation serait accompagnée du développement de l'altruisme, notamment social. Celui-ci correspond notamment au fait de se sentir concerné par les conditions de vie des personnes malades. Au sein de notre enquête, nous retrouvons l'altruisme social dans la préoccupation des étudiants à s'installer en zone sous-dense pour améliorer l'accès aux soins orthophoniques à la population.

Ainsi, les comportements décrits par notre enquête sembleraient ressortir plutôt de l'individualisation que de l'individualisme. D'ailleurs, Bréchon (2023, pp. 43-59) précise que l'individualisme recule au profit de l'individualisation depuis les années 2010. En outre, les valeurs des jeunes tendraient à l'individualisation, tandis que celles des anciennes générations relèveraient plutôt de l'individualisme. Les anciennes générations seraient guidées par une rationalité instrumentale et des valeurs traditionnelles basées sur les devoirs, le conformisme et le respect des autorités. Les jeunes seraient plutôt guidés par des valeurs qui transcenderaient leurs propres intérêts matériels en favorisant plus de justice sociale et d'égalité. Ils auraient alors des attentes plutôt intrinsèques au sujet de leur travail : avoir l'impression de réussir quelque chose, avoir des responsabilités, prendre des initiatives. Chez les étudiants en orthophonie, ces valeurs sont d'autant plus fortes qu'elles sont renforcées par le statut d'indépendant de la profession. En effet, les indépendants attachent une grande importance à l'initiative et aux responsabilités, mais beaucoup moins aux horaires, aux vacances et au salaire (Bréchon, Gonthier & Astor, 2019, p. 211).

Notre étude reflète donc plutôt bien la tendance à l'individualisation des jeunes Français, dont les valeurs principales semblent correspondre avec les différents critères prédominants guidant leurs choix d'exercice et/ou de lieu d'installation futurs. L'information au CIO, aussi complète et importante serait-elle, ne pourrait influencer que de manière limitée les choix d'exercice et/ou de lieu d'installation des étudiants en orthophonie. Par conséquent, il faudrait plutôt adapter l'objectif de l'aide accordée par le dispositif aux valeurs prédominantes des étudiants en orthophonie, qui sous-tendent les facteurs influençant leurs choix d'exercice et/ou de lieu d'installation.

Jedat et al. (2022, p. 239) nous donnent quelques pistes de réflexion au niveau des médecins généralistes, qui demanderaient à être analysés en orthophonie dans de nouvelles études. Ils rapportent l'efficacité des stages et de la formation pratique, qui ont démontré des résultats significatifs dans des pays où le défaut d'attractivité n'avait pas pu être amélioré par le système d'incitation financière.

La zone de lieu d'installation finalement choisie serait similaire à celle des stages effectués. Nous pourrions supposer qu'une aide financière aux stages en zone sous-dense pour les étudiants en orthophonie permettrait d'augmenter le nombre d'installations dans ces zones, d'autant plus qu'il a déjà été montré que le choix du futur lieu d'installation des étudiants était guidé par les opportunités professionnelles rencontrées durant la formation initiale (FNEO, 2023, p. 4). Les auteurs mettent néanmoins en évidence que le choix de lieu d'installation en zone sous-dense dépendrait de la qualité de la relation avec le maître de stage et de l'image qu'il renvoie de son métier. Il faudrait donc veiller à ces deux paramètres si les stages en orthophonie en zone sous-dense étaient soutenus financièrement. Enfin, l'action la plus pertinente serait la revitalisation rurale dans sa globalité (Jedat et al., 2022, p. 240), qui permettrait d'agir sur un des deux facteurs principaux à l'installation mis en évidence lors de cette enquête : le cadre de vie.

### 3. Limites et portées de l'étude

Tout d'abord, malgré nos différentes relances pour la diffusion de notre questionnaire, certains CFUO comptent peu de répondants au sein de notre échantillon, comme le CFUO de Nancy ( $n = 7$ ) ou de Toulouse ( $n = 8$ ). Cette moindre représentativité par CFUO peut difficilement être expliquée par la différence d'effectif qu'on peut observer entre les CFUO. Les analyses réalisées en fonction du CFUO sont donc rarement concluantes. Les résultats pour certaines questions d'étude sont alors à relativiser. Par exemple, 75 % des étudiants de Nancy déclarent avoir été influencés par l'information au CIO dans leurs choix d'exercice et/ou de lieu d'installation. Les étudiants de Nancy semblent donc être bien informés sur le CIO. Ce résultat n'est cependant pas réellement interprétable, étant donné que ce CFUO dénombre seulement 7 réponses. Il reste donc difficile de conclure sur l'efficacité des différentes informations universitaires réalisées dans les différents CFUO. Nous pouvons difficilement remettre en question le contenu de l'information réalisée, au-delà de la question éthique qui se pose si l'on souhaitait approfondir ce point.

La diffusion de notre questionnaire ayant été réalisée par l'intermédiaire des associations en orthophonie dans chaque CFUO, nous ne pouvions pas contrôler le moment de sa diffusion pour le rendre le plus opportun possible, pour maximiser la représentativité de notre échantillon par CFUO.

Au-delà de la représentativité de notre étude, notre méthodologie d'enquête aurait pu être améliorée sur différents points.

En premier lieu, la réalisation d'entretiens préalables au questionnaire aurait permis d'améliorer la robustesse de notre questionnement d'un point de vue scientifique, même si le choix d'un questionnaire seul a été justifié.

Ensuite, différents biais statistiques sont à noter. Nous relevons un biais de sélection provenant de la diffusion de notre questionnaire qui a été réalisée majoritairement via les réseaux sociaux. Les étudiants n'ayant pas accès aux réseaux sociaux utilisés (Facebook et Instagram) n'ont pas pu répondre au questionnaire. Par ailleurs, certaines associations étudiantes ont relayé notre questionnaire aux secrétariats en orthophonie, qui l'ont ensuite diffusé par mél aux étudiants. Ce mode de diffusion a souvent permis d'obtenir un nombre important de réponses. Nous pouvons donc nous demander si la représentativité par CFUO n'aurait pas pu être améliorée en diffusant notre

questionnaire par mél via les secrétariats des CFUO. Cela nous aurait alors permis d'atteindre les étudiants n'ayant pas accès aux réseaux sociaux employés.

Enfin, nous relevons un biais de non-réponse. Malgré le caractère obligatoire de toutes les questions de notre étude, un certain nombre d'étudiants ont passé outre les questions ouvertes en indiquant un espace dans la zone de réponse. La Figure 22 indique ainsi un taux de non-réponse de 5 %, ce qui reste négligeable au vu de la taille de notre échantillon. Nous pourrions nous demander si ces non-réponses n'auraient pas pu être évitées en réduisant le nombre de questions ouvertes. Par exemple, les questions relatives au critère principal guidant le choix du mode d'exercice et du lieu d'installation auraient pu figurer sous forme de questions fermées. Cela nous aurait permis d'éviter une analyse thématique qui favorise l'émergence d'un biais de confirmation.

En ce qui concerne les portées de l'étude, la mise en regard des soins en médecine libérale avec les soins orthophoniques dans le contexte théorique et la discussion ont permis de remettre en perspective les résultats obtenus par notre étude. Il faut malgré tout souligner que l'orthophonie reste une profession jeune, marquée par des déterminismes psychologiques et sociaux différents de ceux des médecins. Par exemple, le souci d'améliorer l'accès aux soins ne semble pas être un déterminant à l'installation du même poids dans la population des médecins libéraux (Lemonnier et Aubry, 2019, pp. 30-42). Ce critère de choix de mode d'exercice et de lieu d'installation trouve son origine dans les valeurs d'altruisme social, dont il serait intéressant d'étudier la portée dans le cadre de la réflexion sur l'efficacité des aides à l'installation en orthophonie.

Par ailleurs, nous avons également tenté d'expliquer la primauté de certains critères à l'installation des étudiants en orthophonie par l'évolution des valeurs observée dans la population française. Il serait intéressant de comparer ces valeurs à celles inhérentes à la population des soignants, et d'interpréter la place de certains critères à l'installation en fonction de ces dernières.

## Conclusion

La problématique de l'accès aux soins fait date en France. Pour la résoudre, l'État a construit au fil du temps différentes réponses, au niveau du soin au premier recours, comme du soin orthophonique. Cibler les choix d'exercice et/ou de lieu d'installation des orthophonistes est une des manières d'agir contre les inégalités territoriales d'accès aux soins. Le Contrat incitatif orthophoniste (CIO) a été créé en ce sens, afin d'orienter les choix de mode d'exercice et/ou de lieu d'installation des orthophonistes et des étudiants en orthophonie vers les zones sous-denses. Les différents textes de lois rapportent l'efficacité de cette mesure incitative à l'installation concernant l'amélioration de l'accès aux soins orthophoniques. Jusqu'ici, aucune étude n'interrogeait l'influence des communication réalisées auprès des étudiants à propos de ce dispositif sur l'amélioration potentielle de l'accès aux soins en orthophonie. Un questionnaire auto-administré diffusé auprès de la population des étudiants en orthophonie nous a permis de décrire leurs choix de lieu d'installation futurs et de mettre en évidence les différents facteurs qui les sous-tendent. Cette enquête avait également pour but de réaliser un état des lieux des connaissances des étudiants à propos du CIO.

Ainsi, notre enquête montre que le CIO a une influence mitigée sur les choix de mode d'exercice et de lieu d'installation des étudiants en orthophonie. Cela peut être expliqué par une méconnaissance du dispositif au sein d'une population étudiante, désirant pourtant principalement exercer en

libéral en sortie d'études. Même si la connaissance du CIO semble liée au souvenir de l'information universitaire, une part non négligeable d'étudiants se souvenant de celle-ci ne la citent pas comme source principale d'information. Le contenu et les circonstances de la communication théorique au CIO réalisée au sein des CFUO pourraient donc être questionnés.

La méconnaissance des étudiants du CIO peut également être expliquée par le manque d'intérêt accordé aux mesures incitatives gouvernementales par les étudiants, qui privilégient d'autres déterminants au choix du mode d'exercice et de lieu d'installation. Nos résultats mettent en évidence l'importance de la proximité familiale, du cadre de vie et de facteurs liés à la patientèle, aux modalités d'exercice et à la liberté de lieu d'installation. Ces déterminants à l'installation en libéral n'appartiennent pas seulement aux orthophonistes, mais sont également retrouvés chez les médecins généralistes.

La primauté de ces facteurs sur les arguments offerts par le CIO trouverait sa source dans l'évolution des valeurs des jeunes Français. Celles-ci sont marquées par une individualisation croissante, convoquant un ensemble de valeurs que l'on retrouve dans les résultats de notre étude.

Les communications réalisées lors des enseignements universitaires en orthophonie ne semblent donc pas adaptées, puisqu'elles défendent un dispositif qui paraît inadapté au public auquel il s'adresse. Il pourrait être alors envisagé d'allouer les fonds disponibles du CIO à la mise en œuvre d'autres leviers d'actions, comme subventionner les stages des étudiants en orthophonie en zone sous-dense ou revitaliser les zones rurales de manière plus globale.

Dans la continuité, plusieurs autres pistes de recherche s'ouvrent à la conclusion de cette étude : au-delà du CIO, nous pourrions nous demander si les autres aides gouvernementales et régionales favorisant l'accès aux soins orthophoniques, comme l'exercice en structure coordonnée, font également l'objet d'une information durant la formation initiale en orthophonie. L'efficacité de cette information serait-elle différente ? Pour quelles raisons ?

# Bibliographie

## Références lues

- Bachelet, M., & Anguis, M. (2017). Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. *Études et Résultats, 1011*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [DREES].
- Bauchet, E., Bourdillon, F., Fourcade, N., Grémy, I., Luciano, L., Rey, S., Verney, M., & Von Lennepe, F. (2017). *L'État de Santé de la population en France – Rapport 2017*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [DREES].
- Borel, S., Gatignol, P., Gros, A., & Tran, T. M. (2022). *Manuel de recherche en orthophonie*. De Boeck Supérieur.
- Bréchon, P. (2023). L'évolution des valeurs en Europe : Individualisation croissante, individualisme en baisse, clivages Est/Ouest. *Futuribles, 456*(5), 43-59. <https://doi.org/10.3917/futur.456.0043>
- Bréchon, P., Gonthier, S., & Astor, S. (2019). *La France Des Valeurs. Quarante ans d'évolutions*. Presses Universitaires de Grenoble.
- Chevillard, G., Lucas-Gabrielli, V., & Mousques, J. (2018). Déserts médicaux » en France : état des lieux et perspectives de recherches. *L'Espace géographique, 47*(4), 362-380. <https://doi.org/10.3917/eg.474.0362>
- Combessie, J. (2007). *La méthode en sociologie*. La Découverte.
- Fenneteau, H. (2015). *Enquête : entretien et questionnaire*. Dunod.
- Fédération Nationale des Étudiants en Orthophonie [FNEO]. (2022). *Synthèse des néo-diplômés 2022*. Repéré le 17 février 2023 à <https://www.fneo.fr/wp-content/uploads/2022/10/SND-2022.pdf>
- Fédération Nationale des Étudiants en Orthophonie [FNEO]. (2023). *Synthèse des néo-diplômés 2023*. Repéré le 17 février 2023 à <https://www.fneo.fr/wp-content/uploads/2023/12/Synthese-Neo-diplomes-2023.pdf>

- Jedat, V., Desnouhes, A., Andrieux, M., Besnier, M., & Archambault, P. (2022). État des lieux des actions favorisant l'installation des médecins généralistes en France métropolitaine. *Santé Publique*, 34(2), 231-241. <https://doi.org/10.3917/spub.222.0231>
- Legendre, B. (2020). En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6% de la population. *Études et résultats*, 1144, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [DREES].
- Lemoine, P. (2014). *Facteurs déterminant le lieu d'installation des jeunes médecins généralistes et opinion sur les mesures incitatives : enquête auprès des diplômés de médecine générale des facultés de médecine de Lille (promotions 2004 à 2008)* [Thèse de doctorat, Université de Lille]. BU santé – Learning Center.
- Lemonnier, R., & Aubry, P. (2019). *Les déterminants du parcours professionnel des médecins généralistes en France : une revue systématique de la littérature*. [Thèse de doctorat, Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen]. Dumas.
- Nguyen-Khac, A. (2017). Mesures de l'accès aux soins : l'apport d'enquêtes sur les pratiques et perceptions des patients. *Revue française des affaires sociales*, 1, 187-195. <https://doi.org/10.3917/rfas.171.0187>
- Observatoire national de la démographie des professions de santé [ONDPS]. (2012). *Rapport 2010-2011 : Des professions de santé en évolution*. Repéré le 18 mars 2023 à [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Le\\_Tome\\_3\\_sur\\_Des\\_professions\\_de\\_sante\\_en\\_evolution\\_pharmaciens\\_\\_orthophonistes\\_\\_medecins\\_en\\_formation.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Le_Tome_3_sur_Des_professions_de_sante_en_evolution_pharmaciens__orthophonistes__medecins_en_formation.pdf)
- Rochut, J. (2014). Métiers de la rééducation : des professionnels toujours plus nombreux. *Études et résultats*, 895, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [DREES].
- Tabuteau, D. (2012). Santé et politique en France. *Recherche en soins infirmiers*, 109, 6-15. <https://doi.org/10.3917/rsi.109.0006>
- Tonnellier, F. (1992). Accès aux soins et types de communes en France. *Espace, populations, sociétés*, 3, 297-311. <https://doi.org/10.3406/espos.1992.1537>

Vergier, N., & Chaput, H. (2017). Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? *Les dossiers de la DREES*, 1(17), Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [DREES].

Vilain, A., & Niel, X. (1999). Les inégalités régionales de densité médicale : le rôle de la mobilité des jeunes médecins. *Études et résultats*, 30, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [DREES].

### Sites internet consultés

Arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de l'avenant n°13 à la convention nationale des orthophonistes. (2012, 5 mai). *Légifrance*. Repéré le 10 février 2023 à <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000025802603>

Avis relatif à l'avenant n°15 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes et l'assurance maladie, signée le 31 octobre 1996. (2016, 11 août). *Légifrance*. Repéré le 10 février 2023 à <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033012263>

Avis relatif à l'avenant n°16 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes et l'assurance maladie, signée le 31 octobre 1996. (2017, 26 octobre). *Légifrance*. Repéré le 10 février 2023 à <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000035880652>

Avis du 25 février 2022 relatif à l'avenant n°19 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes libéraux et l'assurance maladie signée le 31 octobre 1996. (2022, 26 avril). *Légifrance*. Repéré le 10 février 2023 à <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045654769>

Arrêté du 3 août 2023 fixant le nombre maximal d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au certificat de capacité d'orthophoniste et d'orthoptiste au titre de l'année universitaire 2023-2024. (2023, 5 août). *Légifrance*. Repéré le 12 février 2023 à <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047936466>

Assurance maladie (2023, 23 mars). *Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11 mars 2005*. Repéré le 25 février 2023 à <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/NGAP-23032023-VF.pdf>



Assurance maladie (2024, 29 avril). *Les contrats incitatifs orthophoniste*. Repéré le 26 février 2023 à <https://www.ameli.fr/orthophoniste/textes-reference/convention/contrat-incitatif>

Bulletin Officiel n°32 du 5 septembre 2013. (2013, 5 septembre). Repéré le 20 mars 2023 à [https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/pid20536/bulletin\\_officiel.html?cbo=1&pid\\_bo=29872](https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/pid20536/bulletin_officiel.html?cbo=1&pid_bo=29872)

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. (2009, 22 juillet). *Légifrance*. Repéré le 23 mars 2023 à <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475>

Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. (2019, 26 juillet). *Légifrance*. Repéré le 23 mars 2023 à <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000038821260>

Loi n°2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023. (2022, 24 décembre). *Légifrance*. Repéré le 23 mars 2023 à <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046791754>

Arrêté du 24 janvier 2020 fixant le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au certificat de capacité d'orthophoniste et d'orthoptiste et au diplôme d'Etat d'audioprothésiste au titre de l'année universitaire 2020-2021. (2020, 28 janvier). *Légifrance*. Repéré le 15 février 2024 à <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041484789>

Arrêté du 25 avril 2019 fixant le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au certificat de capacité d'orthophoniste et d'orthoptiste et au diplôme d'État d'audioprothésiste au titre de l'année universitaire 2019-2020. (2019, 30 avril). *Légifrance*. Repéré le 15 février 2024 à <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038429306>

Arrêté du 25 juin 2021 fixant le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au certificat de capacité d'orthophoniste et d'orthoptiste et au diplôme d'Etat d'audioprothésiste au titre de l'année universitaire 2021-2022. (2021, 26 juin). *Légifrance*. Repéré le 15 février 2024 à <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043703121>

Arrêté du 1er juillet 2022 fixant le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au certificat de capacité d'orthophoniste et d'orthoptiste et au diplôme d'Etat d'audioprothésiste au titre de l'année universitaire 2022-2023. (2022, 2 juillet). *Légifrance*. Repéré le 15 février 2024 à <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046004095>

Arrêté du 25 juillet 2023 portant approbation de l'avenant n°20 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes libéraux et l'assurance maladie signée le 31 octobre 1996. (2023, 18 août). *Légifrance*. Repéré le 10 mai 2024 à <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047978006>

Article L1411-11 du Code de la Santé Publique. (26 janvier 2016). *Légifrance*. Repéré le 17 mai 2024 à [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000031930722#:~:text=L'accès%20aux%20soins%20de,de%20qualité%20et%20de%20sécurité](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930722#:~:text=L'accès%20aux%20soins%20de,de%20qualité%20et%20de%20sécurité)

# Liste des annexes

**Annexe n°1 : Aides proposées par le CIO définies par l'avenant 13 à la CNO.**

**Annexe n°2 : Zonage démographique des orthophonistes défini par l'avenant 16 à la CNO.**

**Annexe n°3 : Objectifs et modalités des CIO proposés par l'avenant 16 à la CNO.**

**Annexe n°4 : Engagements de l'Assurance Maladie (AM) et des orthophonistes dans le cadre des CIO proposés par l'avenant 16 à la CNO (Ameli, 29 avril 2024).**

**Annexe n°5 : Trame du questionnaire.**

**Annexe n°6 : Attestation de déclaration au service de protection des données (DPO).**

**Annexe n°7 : Comparaison de l'échantillon à la population selon les effectifs totaux d'étudiants en orthophonie.**

**Annexe n°8 : Comparaison de l'échantillon à la population selon les sous-groupes d'effectifs par années d'études en orthophonie.**

**Annexe n°9 : Comparaison de l'échantillon à la population selon les sous-groupes d'effectifs par CFUO.**

**Annexe n°10 : Fréquence d'étudiants en reconversion professionnelle retrouvée par la FNEO lors des synthèses annuelles « Étudiants en orthophonie, qui êtes-vous ? ».**

**Annexe n°11 : Niveau de connaissance du CIO des étudiants en orthophonie en fonction de leur année d'études.**

**Annexe n°12 : Niveau de connaissance du CIO des étudiants en orthophonie en fonction de leur CFUO d'études.**

**Annexe n°13 : Niveau de connaissance du CIO des étudiants en orthophonie en fonction du statut de reconversion professionnelle.**

**Annexe n°14 : Tableau de contingence des effectifs théoriques et observés utilisés pour le test du chi-deux d'indépendance, réalisé à l'aide du site BiostaTGV.**

# **Information sur le Contrat Incitatif Orthophoniste en formation initiale Influence sur le mode et le lieu d'exercice**

Discipline : Orthophonie

Mémoire présenté par Lucie PETITPREZ

## **Résumé :**

En orthophonie, le CIO est une des mesures incitatives gouvernementales destinées à répondre à la problématique de l'accès aux soins en orthophonie en France. Le but est d'orienter les choix d'exercice et/ou de lieu d'installation des orthophonistes et des étudiants en orthophonie vers les zones sous-denses. Si cette mesure a montré ses preuves au niveau des orthophonistes, nous nous sommes demandée si l'information au CIO influençait les choix de lieu d'installation des étudiants en orthophonie. Nous nous sommes plus particulièrement intéressée à l'information théorique réalisée durant le cursus universitaire en orthophonie. En outre, les objectifs de cette étude étaient de décrire les choix de lieu d'installation futurs des étudiants ainsi que les facteurs qui les sous-tendent, et de réaliser un état des lieux des connaissances des étudiants sur le CIO. Pour ce faire, la diffusion d'un questionnaire aux étudiants en orthophonie a permis de récolter 596 réponses. Nos résultats montrent que le CIO a une influence mitigée sur les choix de mode d'exercice et de lieu d'installation des étudiants en orthophonie, en raison d'une méconnaissance du dispositif, qui est elle-même liée à une information universitaire dont le contenu serait à questionner. De plus, d'autres déterminants au choix du mode d'exercice et de lieu d'installation, déjà connus chez les médecins généralistes, priment sur l'argument financier du CIO. En définitive, l'explication résiderait dans l'évolution des valeurs des jeunes français : l'intérêt du CIO, au-delà de son information, ne serait plus en adéquation avec les valeurs croissantes d'individualisation.

**Mots-clés :** orthophonie, accès aux soins, CIO, étudiants, lieu d'installation

## **Abstract :**

In speech therapy, the CIO is one of a number of government incentives designed to address the problem of access to speech therapy care in France. The aim is to steer the choice of practice and/or location of speech therapists and speech therapy students towards under-densified areas. While this measure has proved its worth for speech therapists, we wondered whether the information provided by the CIO influenced the location choices of speech therapy students. We were particularly interested in the theoretical information provided during the speech therapy university curriculum. In addition, the objectives of this study were to describe students' future location choices and the factors underlying them, and to assess students' knowledge of the CIO. To this end, a questionnaire was distributed to speech-language pathology students, and 596 responses were received. Our results show that the CIO has a mixed influence on speech therapy students' choice of practice and location, due to a lack of awareness of the scheme, which in turn is linked to university information whose content needs to be questioned. What's more, other determinants in the choice of mode of practice and location, already known among GPs, take precedence over the CIO's financial argument. Ultimately, the explanation may lie in the changing values of young French people: the interest of the CIO, beyond providing information, is no longer in line with the growing values of individualization.

**Keywords :** speech therapy, access to care, CIO, students, installation

Mémoire dirigé par Loïc GAMOT

Université de Lille

DEPARTEMENT ORTHOPHONIE  
FACULTE DE MEDECINE  
Pôle Formation  
59045 LILLE CEDEX  
Tél : 03 20 62 76 18  
*departement-orthophonie@univ-lille.fr*



# ANNEXES

## DU MEMOIRE

En vue de l'obtention du  
Certificat de Capacité d'Orthophoniste  
présenté par

**Lucie PETITPREZ**

**Information sur le Contrat Incitatif Orthophoniste  
en formation initiale  
Influence sur le mode et le lieu d'exercice**

MEMOIRE dirigé par

**Loïc GAMOT**, orthophoniste au CRDTA du CHU de Lille et enseignant au département  
d'orthophonie de Lille, Faculté de Médecine Henri Warembourg

**Annexe A1. Aides proposées par le CIO définies par l'avenant 13 à la CNO.**

Objectif de l'aide	Aide proposée par l'Assurance Maladie	Engagements de l'orthophoniste
<b>Maintien en zone très sous-dotée pour les orthophonistes conventionnés installés en zone très sous-dotées</b>	Prise en charge des cotisations sociales (allocations familiales) de l'orthophoniste équivalente à 5,4% de ses revenus (nets de dépassement d'honoraires)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avoir un taux de télétransmission supérieur ou égal à 80%</li> </ul>
<b>Installation en zone très sous-dotée pour les orthophonistes demandant leur conventionnement en zone très sous-dotée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participation forfaitaire de 1 500 euros par an pendant trois ans pour l'équipement du cabinet et les investissements professionnels de l'orthophoniste</li> <li>- Participation aux cotisations sociales (allocations familiales) équivalente à 5,4% de ses revenus (nets de dépassement d'honoraires)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exercer pendant une durée minimale de trois ans dans la zone très sous-dotée</li> <li>- Rendre compte d'une activité libérale conventionnée</li> </ul>
<b>Installation en zone très sous-dotée pour les orthophonistes antérieurement conventionnés en zone sur dotée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Majoration des aides à l'installation, si exercice pendant au minimum cinq ans en zone sur dotée (chiffre d'affaires annuel d'au moins 5 000 euros) : participation forfaitaire de 3 000 euros par an pendant trois ans pour l'équipement du cabinet et les investissements professionnels de l'orthophoniste</li> <li>- Participation aux cotisations sociales (allocations familiales) équivalente à 5,4% de ses revenus (nets de dépassement d'honoraires)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réalisée aux deux tiers de son activité dans la zone très sous-dotée, et y percevoir des honoraires équivalents à 10% des honoraires moyens de la profession en France</li> </ul>

**Annexe A2. Zonage démographique des orthophonistes défini par l'avenant 16 à la CNO.**

<b>Type de zone</b>	<b>Caractéristiques</b>
<b>Zones sur dotées</b>	Bassins de vie pour lesquels l'offre de soins en orthophonie est la plus élevée
<b>Zones très dotées</b>	Bassins de vie pour lesquels le niveau d'offre de soins en orthophonie est particulièrement élevé, mais moins que dans les zones très dotées
<b>Zones intermédiaires</b>	Non précisé
<b>Zones sous-dotées</b>	Bassins de vie pour lesquels le niveau de l'offre de soins en orthophonie est particulièrement faible, ou dans lesquels des difficultés significatives d'accès aux soins sont constatées
<b>Zones très sous-dotées</b>	Bassins de vie pour lesquels le niveau de l'offre de soins en orthophonie est le plus bas, ou dans lesquels les difficultés d'accès aux soins en orthophonie sont majorées

---

**Annexe A3. Objectifs et modalités des CIO proposés par l'avenant 16 à la CNO.**

Type de CIO	Objectifs du CIO	Modalités de l'engagement
<b>CIO d'aide à l'installation des orthophonistes (CAIOP)</b>	Favoriser l'installation des orthophonistes libéraux conventionnés souhaitant s'installer en zone très sous dotée	<ul style="list-style-type: none"><li>- Durée minimale d'exercice en zone très sous dotée de cinq ans</li><li>- L'orthophoniste ne peut en bénéficier qu'une seule fois</li><li>- En cas de rupture du contrat : remboursement de l'intégralité des sommes perçues</li></ul>
<b>CIO d'aide à la première installation des orthophonistes (CAPIOP)</b>	Favoriser l'installation des néo-diplômés souhaitant être conventionnés en zone très sous dotée	Cf. modalités d'engagement du CIO d'aide à l'installation
<b>CIO d'aide au maintien des orthophonistes (CAMOP)</b>	Favoriser le maintien des orthophonistes déjà installés en zone très sous dotée	Durée minimale d'exercice en zone très sous dotée de trois ans
<b>CIO de transition</b>	Soutenir les orthophonistes installés en zone très sous dotée préparant leur fin d'exercice et s'engageant à accompagner un orthophoniste s'installant dans leur cabinet durant cette période de cessation d'activité	En cas de rupture du contrat : l'AM ne versera que le prorata de la somme annuelle habituelle calculé à partir de la durée effective du contrat lors l'année de rupture



**Annexe A4. Engagements de l'Assurance Maladie (AM) et des orthophonistes dans le cadre des CIO proposés par l'avenant 16 à la CNO (Ameli, 29 avril 2024).**

Type de CIO	Engagements de l'Assurance-Maladie	Engagements de l'orthophoniste
<b>CIO d'aide à l'installation des orthophonistes (CAIOP)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participation forfaitaire de 19 500 euros pour l'équipement du cabinet et les autres investissements professionnels : 7 500 euros par an versés les deux premières années, et 1 500 euros par an versés les trois dernières années</li> <li>- Rémunération complémentaire de 200 euros par mois (durant la durée du stage) dans le cadre de l'accueil d'un stagiaire étudiant en 4<sup>ème</sup> ou 5<sup>ème</sup> année d'orthophonie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Remplir les conditions concernant l'équipement informatique du cabinet professionnel, à savoir un équipement informatique qui lui permette :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• De rester conforme à la réglementation et à la version en vigueur du système SESAM-Vitale</li> <li>• De disposer sur son poste de travail des données nécessaires à la tarification et à la facturation</li> <li>• D'assurer la télétransmission des feuilles de soins électroniques et des pièces justificatives dans les délais réglementaires</li> </ul> </li> <li>- Exercer au minimum pendant cinq ans dans la zone sous-dense</li> <li>- Justifier d'une activité libérale conventionnée à 50% dans la zone sous-dense et d'un chiffre d'affaires moyen annuel de plus de 5 000 euros dans cette zone</li> <li>- Recourir autant que possible à des orthophonistes remplaçants pour assurer la continuité des soins en cas d'absence</li> </ul>
<b>CIO d'aide à la première installation des orthophonistes (CA-PIOP)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participation forfaitaire de 30 000 euros pour l'équipement du cabinet et les autres investissements professionnels : 12 750 euros par an les deux premières années et 1 500 euros par ans les trois dernières années</li> <li>- Rémunération complémentaire de 200 euros par mois (durant la durée du stage) dans le cadre de l'accueil d'un stagiaire étudiant en 4<sup>ème</sup> ou 5<sup>ème</sup> année d'orthophonie</li> </ul>	<p>Cf. engagements de l'orthophoniste pour le CAIOP</p>
<b>CIO d'aide au maintien des orthophonistes (CAMOP)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participation forfaitaire de 1500 euros par an pour la prise en charge des cotisations sociales du risque allocations familiales</li> <li>- Rémunération complémentaire de 200 euros par mois (durant la durée du stage) dans le cadre de l'accueil d'un stagiaire étudiant en 4<sup>ème</sup> ou 5<sup>ème</sup> année d'orthophonie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cf. engagements de l'orthophoniste pour le CAIOP</li> <li>- Exercer au minimum pendant trois ans dans la zone sous-dense</li> </ul>

## Annexe A5. Trame du questionnaire.

### Partie 1 : Données administratives

1. En quelle année d'études en orthophonie êtes-vous ? (Liste déroulante)

- 1ère année
- 2ème année
- 3ème année
- 4ème année
- 5ème année

2. Dans quel Centre de Formation Universitaire en Orthophonie (CFUO) réalisez-vous vos études ? (Liste déroulante)

- |  |                                  |
|--|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Amiens           | <input type="radio"/> Nancy      |
| <input type="radio"/> Besançon         | <input type="radio"/> Nantes     |
| <input type="radio"/> Bordeaux         | <input type="radio"/> Nice       |
| <input type="radio"/> Brest            | <input type="radio"/> Paris      |
| <input type="radio"/> Caen             | <input type="radio"/> Poitiers   |
| <input type="radio"/> Clermont-Ferrand | <input type="radio"/> Rennes     |
| <input type="radio"/> Les Antilles     | <input type="radio"/> Rouen      |
| <input type="radio"/> Limoges          | <input type="radio"/> Strasbourg |
| <input type="radio"/> Lille            | <input type="radio"/> Toulouse   |
| <input type="radio"/> Lyon             | <input type="radio"/> Tours      |
| <input type="radio"/> Marseille        |                                  |
| <input type="radio"/> Montpellier      |                                  |

3. Vos études en orthophonie se déroulent-elles dans le cadre d'une reconversion professionnelle ?

- Oui
- Non

### Partie 2 : Choix du mode d'exercice avant l'entrée en CFUO

1. Avant d'intégrer votre centre de formation en orthophonie, aviez-vous déjà envisagé un mode d'exercice ?

- Oui avec certitude
- Oui sans certitude
- Non

2. Quel type d'exercice aviez-vous envisagé ?

- Libéral
- Salarial
- Mixte

3. Aviez-vous pensé au lieu d'installation de votre activité libérale ?

- Oui
- Non

4. Quel est le critère principal qui a déterminé votre choix de lieu d'installation ?.....

**Partie 3 : Niveau de connaissance du CIO**

1. Connaissez-vous le dispositif intitulé Contrat Incitatif Orthophonique (CIO) ?

Oui

2. Si oui, par quel(s) biais en avez-vous eu connaissance ?

- Information lors des enseignements théoriques du cursus en orthophonie
- Maîtres de stage orthophonistes
- Information syndicale (Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO) par exemple)
- Information de la sécurité sociale
- Autre : .....

Non

Voici une brève information qui récapitule les objectifs et les conditions relatives au Contrat Incitatif Orthophonique (CIO) :

Le contrat incitatif orthophoniste vise à favoriser l'installation des orthophonistes libéraux conventionnés dans les zones « sous-denses ».

**Conditions d'adhésion au contrat :**

Pour pouvoir adhérer au contrat incitatif orthophoniste, vous devez vous installer ou être déjà installé dans une zone « sous-dense » en orthophonistes libéraux. Vous pouvez exercer en groupe ou de manière individuelle.

**Engagements de l'Assurance Maladie :**

Si vous respectez vos engagements, votre caisse d'assurance maladie s'engage à :

- Une participation forfaitaire de 19 500 euros pour l'équipement du cabinet et les autres investissements professionnels.
- Une prise en charge des cotisations sociales au risque allocations familiales.

En option : dans le cadre de l'accueil d'un stagiaire étudiant en orthophonie, rémunération complémentaire de 150 euros par mois durant la durée du stage.

**Engagements de l'orthophoniste :**

En adhérant au CIO, vous vous engagez à :

- Remplir les conditions concernant l'équipement informatique du cabinet professionnel, à savoir un équipement informatique qui lui permette :
- De rester conforme à la réglementation et à la version en vigueur du système SESAM-Vitale.
- De disposer sur son poste de travail des données nécessaires à la tarification et à la facturation.
- D'assurer la télétransmission des feuilles de soins électroniques et des pièces justificatives dans les délais réglementaires.
- Exercer au minimum pendant cinq ans dans la zone sous-dense.
- Justifier d'une activité libérale conventionnée à 50% et d'un chiffre d'affaires moyen annuel de plus de 5 000 euros dans la zone sous-dense.
- Recourir autant que possible à des orthophonistes remplaçants pour assurer la continuité des soins en cas d'absence.

3. Vous souvenez-vous avoir reçu une information concernant le CIO lors des enseignements théoriques du cursus en orthophonie ?

Oui  Non

4. Sur une échelle de 1 à 4, comment évalueriez-vous votre niveau de connaissance du CIO ? Sachant que la note 1 exprime un niveau de connaissance très faible, et que la note 4 correspond à un niveau de connaissance très élevé.

1  2  3  4

5. Parmi la liste des propositions ci-dessous concernant le CIO, quelle est celle qui a retenu le plus votre attention ?

- L'objectif du CIO, à savoir réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins
- Les conditions d'adhésion
- La durée du contrat
- Les avantages financiers
- Les zones géographiques concernées

**Partie 4 : Choix du mode d'exercice depuis l'information au CIO**

1. La prise de connaissance de l'existence du CIO vous conduit-elle, ou vous a-t-elle conduit, à modifier votre choix d'exercice, et à envisager un exercice futur en libéral dans une zone sous-dense ?

Oui

Non

2. Si oui, pourquoi ? .....

3. En quoi consisterait cette évolution de choix de mode d'exercice ?

- Changement de type d'exercice : passage d'un exercice salarié à un exercice libéral ou mixte
- Changement de lieu d'exercice : passage d'un exercice en zone sur dotée, très dotée ou intermédiaire à un exercice en zone sous-dense.

4. Quelle source principale d'information vous a permis d'envisager cette évolution de choix d'exercice pour une implantation en libéral dans une zone sous-dense ?

- Information lors des enseignements théoriques du cursus en orthophonie
- Maîtres de stage orthophonistes
- Information syndicale (FNO par exemple)
- Information de la sécurité sociale
- Autre : .....

5. Si non, pourquoi la connaissance de l'existence du CIO ne vous amène-t-elle pas à envisager un exercice en libéral dans une zone sous-dense ?

.....

6. Quel est alors le critère principal qui guide votre choix d'installation ?

.....



**RÉCÉPISSÉ**  
**ATTESTATION DE DÉCLARATION**

Délégué à la protection des données (DPO) : Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative : Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: [dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr)

**Traitement exonéré**

**Intitulé** : Influence de l'information relative au Contrat Incitatif Orthophonique (CIO) sur l'évolution des choix des modes d'exercice et d'installation des étudiants en orthophonie

**Responsable chargé de la mise en œuvre** : M. Loïc GAMOT

**Interlocuteur (s)** : Mme Lucie PETITPREZ

Votre traitement est exonéré de déclaration relative au règlement général sur la protection des données dans la mesure où vous respectez les consignes suivantes :

- Vous informez les personnes par une mention d'information au début du questionnaire.
- Vous respectez la confidentialité en utilisant un serveur Limesurvey mis à votre disposition par l'Université de Lille.
- Vous garantissez que seul vous et votre directeur de thèse pourrez accéder aux données.
- Vous supprimez l'enquête en ligne à l'issue de la soutenance.

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 23 novembre 2023

Délégué à la Protection des Données

**Annexe A7. Comparaison de l'échantillon à la population selon les effectifs totaux d'étudiants en orthophonie.**

<b>Effectif en population</b>	<b>Effectif en échantillon</b>	<b>Proportion</b>	<b>Marge d'erreur à 95%</b>	<b>Marge d'erreur à 99%</b>
4677	596	0,13	3%	4%

**Annexe A8. Comparaison de l'échantillon à la population selon les sous-groupes d'effectifs par années d'études en orthophonie.**

<b>Année d'études</b>	<b>Effectif en population</b>	<b>Effectif en échantillon</b>	<b>Proportion</b>	<b>Marge d'erreur à 95%</b>	<b>Marge d'erreur à 90%</b>
<b>2023-2024</b>	975	139	0,14	6%	5%
<b>2022-2023</b>	973	112	0,12	6%	5%
<b>2021-2022</b>	912	106	0,12	6%	5%
<b>2020-2021</b>	912	107	0,12	6%	5%
<b>2019-2020</b>	905	132	0,15	6%	5%

**Annexe A9. Comparaison de l'échantillon à la population selon les sous-groupes d'effectifs par CFUO.**

	<b>Effectif en population</b>	<b>Effectif en échantillon</b>	<b>Proportion</b>	<b>Marge d'erreur à 95%</b>	<b>Marge d'erreur à 90%</b>	<b>Marge d'erreur à 68%</b>
<b>Amiens</b>	174	31	0,18	13%	11%	7%
<b>Besançon</b>	160	15	0,09	15%	12%	8%
<b>Bordeaux</b>	180	23	0,13	14%	11%	7%
<b>Brest</b>	135	17	0,13	16%	13%	8%
<b>Caen</b>	166	11	0,07	15%	12%	7%
<b>Clermont-Ferrand</b>	125	11	0,09	17%	14%	9%
<b>Les Antilles</b>	32	9	0,28	29%	25%	15%
<b>Lille</b>	450	108	0,24	8%	7%	4%
<b>Limoges</b>	122	10	0,08	17%	14%	9%
<b>Lyon</b>	500	11	0,02	9%	7%	4%
<b>Marseille</b>	194	14	0,07	14%	11%	7%
<b>Montpellier</b>	181	55	0,30	12%	10%	6%
<b>Nantes</b>	229	7	0,03	13%	11%	7%
<b>Nancy</b>	200	18	0,09	13%	11%	7%
<b>Nice</b>	180	11	0,06	14%	12%	7%
<b>Paris</b>	612	109	0,18	7%	6%	4%
<b>Poitiers</b>	125	13	0,10	17%	14%	8%
<b>Rennes</b>	135	11	0,08	16%	14%	8%
<b>Rouen</b>	160	16	0,10	15%	12%	8%
<b>Strasbourg</b>	175	36	0,21	13%	11%	7%
<b>Toulouse</b>	192	8	0,04	14%	12%	7%
<b>Tours</b>	250	52	0,21	11%	9%	6%
<b>Total général</b>	4677	596	0,13	3%	2%	1%

**Annexe A10. Fréquence d'étudiants en reconversion professionnelle retrouvée par la FNEO lors des synthèses annuelles « Étudiants en orthophonie, qui êtes-vous ? ».**

<b>Année d'études</b>	<b>Fréquence (en pourcentage)</b>
2023-2024	8%
2022-2023	6%
2021-2022	10,6%
2020-2021	5,6%
2019-2020	NA*

\*synthèse non disponible



**Annexe A11. Niveau de connaissance du CIO des étudiants en orthophonie en fonction de leur année d'études.**

Niveau de connaissance / Année d'études	1	2	3	4	5	Total général	Niveau moyen
1ère année	110	14	12	3		139	1
2ème année	76	19	11	4	2	112	2
3ème année	61	20	21	3	1	106	2
4ème année	61	14	23	7	2	107	2
5ème année	58	28	27	16	3	132	2
<b>Total général</b>	<b>366</b>	<b>95</b>	<b>94</b>	<b>33</b>	<b>8</b>	<b>596</b>	<b>2</b>

**Annexe A12. Niveau de connaissance du CIO des étudiants en orthophonie en fonction de leur CFUO d'études.**

Niveau de connaissance / CFUO (en nombre)	1	2	3	4	5	Total général	Niveau moyen
<b>Amiens</b>	21	3	3	4		31	2
<b>Besançon</b>	7		5	2	1	15	2
<b>Bordeaux</b>	21	1	1			23	1
<b>Brest</b>	9	3	4	1		17	2
<b>Caen</b>	7	2	1		1	11	2
<b>Clermont-Ferrand</b>	3	5	3			11	2
<b>Les Antilles</b>	6	2	1			9	1
<b>Lille</b>	49	20	27	10	2	108	2
<b>Limoges</b>	9		1			10	1
<b>Lyon</b>	7	2	2			11	2
<b>Marseille</b>	12	2				14	1
<b>Montpellier</b>	30	10	9	5	1	55	2
<b>Nancy</b>	6	1				7	1
<b>Nantes</b>	11	2	4		1	18	2
<b>Nice</b>	10	1				11	1
<b>Paris</b>	68	21	15	3	2	109	2
<b>Poitiers</b>	7	1	2	3		13	2
<b>Rennes</b>	9	1		1		11	1
<b>Rouen</b>	13	1	1	1		16	1
<b>Strasbourg</b>	21	6	7	2		36	2
<b>Toulouse</b>	4	2	2			8	2
<b>Tours</b>	36	9	6	1		52	1
<b>Total général</b>	366	95	94	33	8	596	2

**Annexe A13. Niveau de connaissance du CIO des étudiants en orthophonie en fonction du statut de reconversion professionnelle.**

<b>Niveau de connaissance</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>Total général</b>	<b>Niveau moyen</b>
<b>Néo-bacheliers (en nombre)</b>	340	84	81	29	7	541	2
<b>Reconversion professionnelle (en nombre)</b>	26	11	13	4	1	55	2
<b>Total général</b>	366	95	94	33	8	596	2

**Annexe A14. Tableau de contingence des effectifs théoriques et observés utilisés pour le test du chi-deux d'indépendance, réalisé à l'aide du site BiostaTGV.**

		<b>Souvenir d'une information au CIO</b>	<b>Absence de souvenir d'une information au CIO</b>	<b>Total général</b>
<b>Modification du choix d'exercice et/ou d'instal- lation</b>	Effectif observé	126	169	295
	Effectif théo- rique	126.711	168.289	295
<b>Pas de modification du choix d'exercice et/ou d'installation</b>	Effectif observé	130	171	301
	Effectif théo- rique	129.289	172.711	301
<b>Total général</b>	Effectif	256	340	596