

# La vérité sur le métier de chirurgien

## The truth about a surgeon

Jacques Baulieux

*Chirurgie viscérale et digestive - Hôpital de la Croix Rousse - 103, Grande rue de la Croix-Rousse - 69004 Lyon Cedex 4*

### Mots clés

- ◆ Métier de chirurgien
- ◆ Formation chirurgicale
- ◆ Vie professionnelle
- ◆ Pratique publique
- ◆ Pratique privée
- ◆ Carrière chirurgicale

### Résumé

Les problèmes que rencontre actuellement la Chirurgie française ont fait récemment la une de l'Actualité. Un malaise évident s'est installé chez les internes et chez les praticiens en activité. Des signes d'inquiétudes se sont manifestés, et l'image médiatique tronquée qui en a été donnée, est éloignée de la réalité de notre métier.

L'Académie Nationale de Chirurgie a le devoir d'éclairer le public et les jeunes en formation sur notre profession et de rétablir la vérité. Le métier de chirurgien reste passionnant, même si à l'heure actuelle, il n'a plus tout à fait l'aura du passé.

**C'est le Chirurgien qui :**

- reçoit le patient et l'oriente vers un traitement ;
- doit maîtriser les indications et connaître les alternatives thérapeutiques ;
- doit maîtriser les techniques et être capable de prendre en charge les complications de ses gestes.

Le métier a beaucoup évolué. L'imagerie, la biologie, les techniques mini-invasives et « interventionnelles » ont pris place au bloc opératoire et il est probable que « la chirurgie de demain » sera bien différente de celle d'aujourd'hui. Cette discipline hyper-technique exige une habileté manuelle, une résistance physique et nerveuse hors du commun. Mais actuellement, le pouvoir des chirurgiens a diminué face aux anesthésistes, au pouvoir infirmier, face à l'Administration et aux Urgentistes. Le rôle du Chef de Service et de sa fonction est insuffisamment reconnu, alors que la charge administrative augmente sans cesse...

La féminisation de la profession est en constante augmentation.

**Problèmes communs :**

- La chirurgie est un métier où il y a beaucoup de contraintes ;
- La responsabilité est très souvent mise en cause ;
- La disponibilité doit être constante : *horaires de travail, gardes de nuit et du week-end, souvent incompatibles avec l'évolution sociétale actuelle* ;
- Dépendance des chirurgiens / plateau technique / Créneaux de travail (horaires)/ Anesthésistes.

**Judiciarisation :** La vérité sur les émoluments doit être faite : *ceux-ci sont en fait inférieurs à ceux des chirurgiens étrangers exerçant dans des pays étrangers où le niveau de vie est comparable à celui de la France* ; La Carrière est courte (33 à 65 ans).

**La pratique publique :** La pratique en « Secteur public » est attractive pour beaucoup, car elle apparaît moins risquée, facilite le travail en équipe, expose moins aux soucis financiers... Actuellement la grande majorité des jeunes opte pour une carrière en CHU, ou dans les Hôpitaux publics. Ils en espèrent une relative tranquillité de l'esprit et la sécurité de l'emploi... Un certain nombre d'activités « de pointe » (transplantations...) et de recherche sont réservées à l'Hôpital public. Mais force est de constater et de dénoncer :

- Le manque de postes en CHU ;
- Le faible pouvoir décisionnel des Médecins dans le cadre de la loi HPST ;
- Les multiples contraintes administratives ;
- La dépendance vis-à-vis de l'environnement, *dont souvent les horaires de travail ne sont pas compatibles, avec l'activité chirurgicale...* ;
- La dégradation des conditions de travail à l'Hôpital public ;
- La relative faiblesse des gains (*en comparaison, le revenu horaire est inférieur à celui d'autres professions du Secteur public*) ;
- L'absence de rémunération spécifique pour les fonctions administratives transversales ;
- La difficulté de constituer un « Secteur privé » à l'Hôpital.

Malgré toutes ces considérations, le métier de chirurgien demeure à l'heure actuelle extrêmement attractif, et il ne faut pas décourager les vocations. Il faut cependant rétablir la vérité, pour que les informations apportées au « grand public » et aux jeunes étudiants en période de choix, soient le plus objectives possibles.

**Correspondance :**

Jacques Baulieux

*Chirurgie viscérale et digestive - Hôpital de la Croix Rousse - 103, Grande rue de la Croix-Rousse - 69004 Lyon Cedex 4*

*E-mail : jbaulieux@gmail.com*

### Keywords

- ◆ Surgery
- ◆ Public practice
- ◆ Private practice
- ◆ Surgical career

### Abstract

The job of surgeon has evolved in recent years. Imaging, biology, minimally invasive techniques and interventional entered in the operating room. It is likely that surgery tomorrow will be very different from today. Surgery is a trade with many constraints. Responsibility is often questioned. Availability must be constant. Work schedules are hardly compatible with the current evolution of the society; "Public" practice sector attracts young surgeons, because it appears less risky, facilitating teamwork and less exposed to financial risks. A number of highly specialized activities and research are dedicated to fool "public" hospital. The "private" sector occupies an important place in France: 65% of surgical procedures are performed in "private" practice. Professional practice is much lonelier, putting the personal responsibility of the surgeon involved. Salaries are below the informations published in the press. And upgrading of the acts did not follow the evolution of the cost of living.

Career is short and the retirement age is between 65 and 68 Years. The amount of pension benefits is less than the executives.

Despite all these considerations, Surgery remains an attractive profession, or you do not get bored and where there is no unemployment

La chirurgie française a récemment tenu la une de l'actualité. Un malaise évident s'est manifesté récemment chez les chirurgiens, tant chez les jeunes en formation, que chez les seniors en activité.

Pourtant, alors qu'était apparue une crise démographique inquiétante, dans les années 1990-2000, il est indiscutable que l'on assiste actuellement, à un regain d'intérêt des plus jeunes vers cette profession. Peut-être, en partie, en raison de l'augmentation du *numerus clausus*...

Récemment des signes d'inquiétude se sont manifestés, ... relayés par les medias.

Il est apparu nécessaire de faire un point objectif sur l'état actuel de notre profession, sous toutes ses facettes :

- pendant la période de formation ;
- pendant la période d'activité, que ce soit en secteur public ou en secteur privé ;
- et lors de la retraite.

L'Académie nationale de Chirurgie a le devoir d'éclairer le public sur notre profession et de rétablir une vision objective.

Un groupe de travail a été créé à cet effet, constitué de : JG Balique, J Baulieux, P Breil, D Cherqui, F Gayral, H Judet, G Mantion, P Marre, F Richard.

## La formation

Les études de médecine sont longues et contraignantes : sept ans (souvent huit, car bien souvent, l'examen de P1 nécessite un redoublement : 20 % seulement des étudiants réussissent à la première tentative.) sont nécessaires pour les études de médecine. Elles ne sont pas prises en charge par l'état. Au contraire, les étudiants en médecine effectuent souvent un travail utile et faiblement rémunéré dans les hôpitaux. L'internat dure cinq ans. Le post-internat dure deux ans.

*Au total : 14 années d'études post-baccalauréat (souvent 15) sont donc indispensables pour exercer la chirurgie, en pleine responsabilité, seul et autonome.*

La période d'internat est une période privilégiée, permettant une formation multidisciplinaire, un travail en équipe, et un apprentissage par compagnonnage qui met l'interne en prise directe avec les réalités de la vie professionnelle.

Actuellement, les principales causes d'inquiétude des internes sont les suivantes :

- La sélection reste rigoureuse : en effet, si le *numerus clausus* en fin de première année s'est élargi (7 500 étudiants en 2012), 634 postes d'internes sont disponibles pour la chirurgie en première année d'internat.
- La place de l'interne dans les services hyperspécialisés a évolué. Le jeune interne, qui débute la chirurgie, est insuffisamment préparé à cette discipline. De ce fait, la fonction de l'interne en chirurgie s'est dégradée (par rapport à ce qu'elle était il y a encore quelques années) : l'interne est devenu un super-externe, et l'assistant, bien souvent, un super-interne...

L'interne trouve difficilement sa place dans des services hospitalo-universitaires hyperspécialisés. Aux urgences, il est de plus en plus devancé par les urgentistes et perd sa position privilégiée de premier contact auprès du malade.

- La période de post Internat est jugée trop courte (deux années sont souvent insuffisantes, pour former complètement un chirurgien...);
- Le cursus est long et difficile. En cas d'orientation vers une carrière hospitalo-universitaire, le pré requis (masters-mobilité - année recherche - thèse de sciences, etc...) est très long et il n'aboutit pas toujours ;
- L'application des dispositions européennes rend difficile la gestion du parcours de soin, au quotidien : le repos de sécurité des lendemains de gardes, la limitation des horaires de travail hebdomadaires, sont autant de contraintes nouvelles qui perturbent l'activité hospitalière ;
- Enfin, une grande anxiété vis-à-vis de la profession future et de ses aléas est manifeste et demande des éclaircissements.

## La vie professionnelle

Le métier de chirurgien est passionnant, attirant et envié, même si à l'heure actuelle, il n'a plus tout à fait l'aura du passé. La chirurgie française est innovante et réputée de haute qualité, dans de nombreuses spécialités.

C'est le chirurgien qui :

- reçoit le patient et l'oriente vers un traitement (filiale d'organe) ;
- doit maîtriser les indications et connaître les alternatives thérapeutiques ;
- doit maîtriser les techniques et être capable de prendre en charge les complications de ses gestes.

Les qualités requises sont :

- habileté et rapidité ;
- résistance au stress (afflux de blessés, manque de matériel, misère humaine) ;
- pragmatisme et efficacité ;
- capacité au commandement (leadership d'une équipe) ;
- intégrité et honnêteté ;
- aptitude à se mettre en cause et à apprendre d'autres techniques ;
- sens de la communication avec le malade et l'équipe ;
- capacité de résilience, par rapport aux malades et aux contraintes économiques.

*(NB : Elles sont d'ailleurs souvent peu différentes de celles exigées pour les médecins).*

Cette discipline hyper-technique exige une immense minutie, une habileté manuelle, un sang-froid et une résistance physique et nerveuse hors du commun. Pourtant, cette spécialité continue à attirer les étudiants motivés, malgré ses exigences. Mais actuellement, le pouvoir des chirurgiens a diminué face aux anesthésistes, au pouvoir infirmier, face à l'administration et aux urgentistes. Le rôle du chef de service et de sa

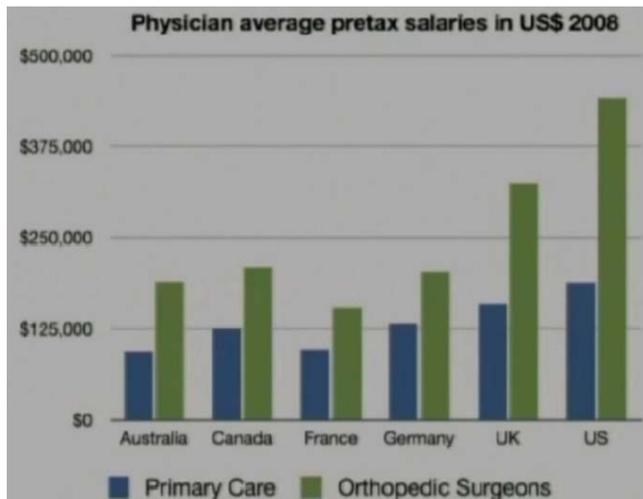


Tableau I : Les gains des chirurgiens orthopédistes : la France est au bas de l'échelle.

fonction est insuffisamment reconnu, alors que la charge administrative augmente sans cesse.

Le métier a beaucoup évolué : des techniques nouvelles sont apparues au bloc opératoire (imagerie, endoscopie, robot), les méthodes interventionnelles, la chirurgie ambulatoire, transforment les pratiques. En cancérologie, les indications doivent désormais tenir compte des données biologiques modernes (biomarqueurs, génomique, angiogénèse...). L'ingénierie tissulaire et la médecine régénérative ne sont plus du futur. Il est probable que la chirurgie de demain ne ressemblera plus guère à la chirurgie d'aujourd'hui.

La féminisation de la profession est en constante augmentation : en 2010, 38 % des internes affectés en chirurgie étaient des femmes (DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques).

## Problèmes communs

La chirurgie est un métier où il y a beaucoup de contraintes :

- La responsabilité est très souvent mise en cause (le chirurgien a fréquemment la vie des malades entre ses mains...);
- La disponibilité doit être constante :
  - horaires de travail important (pas de droit à la fatigue...);
  - gardes de nuit et de week-end (souvent incompatibles avec l'évolution sociétale actuelle...);
  - appels téléphoniques de nuit;
  - stress, surtout en cas d'afflux massif de blessés ou de complications post-opératoires, qui altèrent la qualité du sommeil nocturne, alors qu'il faut recommencer le lendemain;
  - le travail du chirurgien n'est pas terminé à la sortie du bloc opératoire. La charge de travail est bien plus lourde : consultations - indications - surveillance des suites post-opératoires;
  - d'où l'importance des horaires de travail : 12 à 14 heures par jour - 110 heures par semaine avec les gardes...
- Les chirurgiens sont dépendants du plateau technique, des créneaux de travail (horaires) et des anesthésistes;
- La formation continue (DPC) est obligatoire et chronophage;
- La judiciarisation est en augmentation constante :
  - un chirurgien libéral sur deux a été mis en cause en 2011 (Quotidien du Médecin, 03/12/2012 - source : MACSF);
  - l'observatoire des risques médicaux (ORM) a recueilli 5 613 dossiers de sinistralité indemnisés entre 2006 et 2010. La chirurgie concentre, à elle seule 3 326 dossiers indemnisés, soit 60 % du volume global, (montant moyen : 115 768 euros par patient).

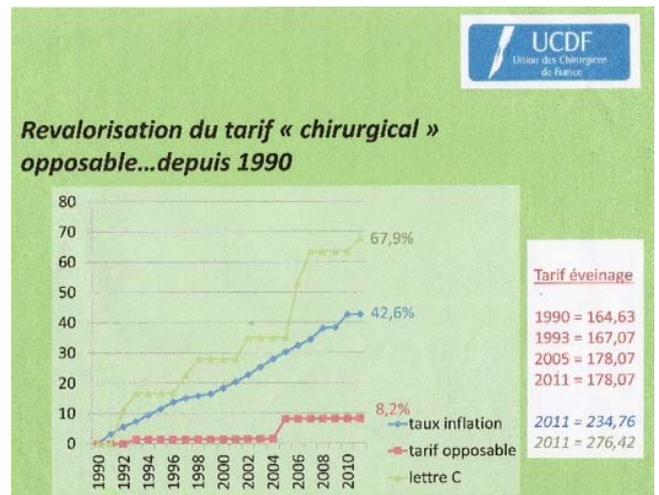


Tableau II : Revalorisation du tarif chirurgical opposable depuis 1990.

## La vérité sur les gains et l'activité

Gains des chirurgiens orthopédistes : la France est au bas de l'échelle (tableau I).

Les relevés de l'OCDE confirment que les revenus des chirurgiens français sont au bas de l'échelle européenne.

Le tarif opposable (qui correspond au remboursement des actes opératoires en secteur I) n'a pas suivi le taux de l'inflation (tableau II).

La carrière est courte (de 35 ans à 65 ans). Une enquête récente a été réalisée, concernant les chirurgiens viscéraux de la région Rhône-Alpes, avec le concours de l'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux). Elle avait pour but de réaliser une étude documentée sur les pratiques. 43 % des chirurgiens avaient un exercice salarié exclusif, 39 % un exercice libéral exclusif et 18 % un exercice mixte. L'âge moyen était relativement élevé : 48 ans. Le nombre d'heures de travail journalier était de 10,5 +/-5, le nombre de jours par semaine de 5,5 +/-, le temps hebdomadaire de travail de 57 heures +/-10, le nombre de jours de vacances de 32 +/-10, le nombre annuel de jours de congrès de 11 +/-9.

Le temps de travail hebdomadaire, incluant les gardes (4 +/-6), les astreintes (34 +/-26), et le temps passé aux tâches administratives et d'enseignement, était de 101 +/-34 heures. L'activité concernait la cancérologie dans 29 % des cas, la cœliochirurgie dans 43 % des cas, la chirurgie d'urgence dans 27 % des cas. L'activité programmée concernait donc 2/3 des patients.

## Pratique publique

La pratique en secteur public comprend :

- L'exercice en Centre Hospitalo-Universitaire (CHU), conduisant souvent à une carrière universitaire, attractive, car elle offre la triple mission de soins, de recherche et d'enseignement.
- L'exercice dans un Centre Hospitalier Général permet souvent l'accession à une chefferie de service, à un âge plus jeune qu'en CHU. Il existe sur le territoire français plusieurs hôpitaux généraux, situés dans des villes importantes, dont le niveau est proche de celui des CHU...
- La pratique en secteur public est attractive pour beaucoup, car elle apparaît moins risquée, facilite le travail en équipe, expose moins aux soucis financiers... Actuellement, la grande majorité des jeunes opte pour une carrière en CHU, ou dans les hôpitaux publics. Ils en espèrent une relative tranquillité d'esprit et la sécurité de l'emploi... Elle autorise la

pratique d'actes hyperspécialisés réservés à l'hôpital public : *transplantation, ingénierie tissulaire, etc...*

La grande majorité des jeunes optent pour une carrière en secteur public.

Mais force est de constater et de dénoncer :

- le manque de postes en CHU. Alors que beaucoup de postes de PH en hôpitaux publics ne sont pas pourvus ;
- le faible pouvoir décisionnel des médecins dans le cadre de la loi HPST. Le véritable pouvoir appartient au directeur ;
- les multiples contraintes administratives ;
- la dépendance vis-à-vis de l'environnement et du personnel, dont souvent les horaires de travail ne sont pas compatibles, avec l'activité chirurgicale ;
- les difficultés de fonctionnement de l'hôpital public : *manque chronique de personnel - RTT (réduction du temps de travail) - 35 heures, conduisant à une restriction de l'offre de soins ;*
- les nombreuses vacances de postes, ce qui augmente la charge de travail des praticiens en place. Plus de 30 % des postes hospitaliers sont tenus par des praticiens attachés contractuels (PAC).
- la relative faiblesse des gains (en comparaison, le revenu horaire bas par rapport à celui d'autres professions du secteur public : *Préfet, TPG (Trésorier-payeur général..., etc.)*). Un chirurgien gagne en moyenne entre 5 800 et 11 500 euros bruts par mois, en fin de carrière (revenus hospitalo-universitaires cumulés, pour ceux qui sont au sommet de l'échelle...). Un praticien hospitalier touche 4 000 euros bruts par mois environ, en début de carrière.
- l'absence de rémunération spécifique pour les fonctions administratives transversales, pourtant très prenantes et chronophages : *chef de service, CME, Commissions, CLIN, CLAN, etc...* ;
- la difficulté actuelle de se constituer un secteur privé, qui est de moins en moins attractif, essentiellement à cause de versements d'honoraires élevés, qui en limitent l'intérêt : le taux des charges est actuellement de l'ordre de 50 à 60 %.

## Secteur privé

Le secteur privé occupe une place importante en France : 65 % des actes chirurgicaux y sont effectués. Il y a en France environ 10 000 chirurgiens privés, dont 7 800 en secteur II. Le secteur privé comprend 570 cliniques appartenant en général, à des chaînes. Il assure 58 % des séjours chirurgicaux, 52 % de la chirurgie du cancer et 70 % des séjours ambulatoires. Il y a 134 services d'urgence avec 2,2 millions de passages. Il y a de plus en plus d'importantes cliniques privées qui offrent les mêmes avantages et équipements que les hôpitaux publics (parfois mieux...), mais il y a une grande incertitude sur l'avenir du secteur privé... Les motivations qui attirent vers le secteur privé sont l'esprit d'entreprise et un certain goût du risque. Le chirurgien est alors un véritable chef d'entreprise, payé à l'acte, qui, s'il s'est affranchi de la hiérarchie hospitalière, a un exercice beaucoup plus solitaire, mettant en jeu sa pleine responsabilité.

Mais il faut constater :

- la relative solitude des praticiens privés même si de plus en plus le chirurgien n'est plus un soliste et qu'il doit s'intégrer dans des équipes pluridisciplinaires (*par exemple, pour la prise en charge des maladies cancéreuses ou de l'obésité pathologique...*) ;
- sa responsabilité civile professionnelle peut être mise en jeu à tout moment ;
- le chirurgien n'est plus propriétaire de sa clinique, il est de fait, de plus en plus dépendant des grands groupes privés (chaînes) propriétaires de la clinique. Il existe des incertitudes sur le devenir de ces établissements privés (*fermetures*

*de certains d'entre eux, projets de regroupement...*) ;

- les contraintes financières : *rémunération des aides opératoires, des secrétaires, charges du cabinet, sont de l'ordre de 30 à 40 % ;*
- le coût élevé des primes d'assurances en responsabilité civile (RCP) de l'ordre de 20 000 euros/an ;
- le revenu brut moyen est de 145 000 euros par an (honoraires) dont il faut déduire en moyenne 60 % de charges : *les assurances RCP, l'URSSAF, la taxe professionnelle (avec une grande variabilité d'une spécialité à l'autre).*

La vérité concernant les dépassements d'honoraires (DP), sur lesquels se focalisent beaucoup de critiques, doit être rétablie : la communication actuelle, servie par la quasi-totalité des médias, prétend qu'en raison du DP, les français ne pourraient plus se faire soigner, de manière égalitaire. Le secteur II avec DP, a été créé en 1980 pour les anciens chefs de clinique et la reconnaissance de la notoriété, sous le gouvernement de Raymond Barre, pour préserver la Sécurité Sociale, car les honoraires ne pouvaient évoluer comme l'inflation et en l'absence de revalorisation de la nomenclature, cette solution permettait de sauvegarder les gains des praticiens du Secteur II.

Par exemple, le prix de la baguette a été multiplié par 41, et celui du ticket de métro par 30 en 40 ans (INSEE, 10)... Mais dans le même temps, le tarif opposable n'a été revalorisé que de 8,5 % en 40 ans.

Ce DP complément d'honoraires s'est révélé indispensable pour faire face à l'augmentation des charges et assurer les investissements en rapport avec l'innovation (cœlioscopie, robotique...). Sans honoraires complémentaires, il est très difficile de rentabiliser une activité opératoire.

**Les dépassements des chirurgiens libéraux exerçant en secteur II :**

- 80 % des chirurgiens en secteur II, soit 3 900 environ, facturent en moyenne 56 % de plus que le tarif opposable.
- 10 % des chirurgiens, soit 400 chirurgiens environ, facturent 10 % de DP.
- 10 % des chirurgiens, soit 400 chirurgiens environ, facturent en moyenne 240 % de DP, à l'autre extrême.

*Exemple : pour un acte remboursé par la Sécurité Sociale à 100 € :*

- 80 % des chirurgiens facturent  $100+56 = 156$  €
- 10 % des chirurgiens facturent  $100+10 = 110$  €
- 10 % des chirurgiens facturent  $100+240 = 340$  €

Les excès, qui ont été stigmatisés, ne représentent en fait que 1 à 2 % des DP, soit 280 médecins et chirurgiens seulement en France, qui ne respecteraient pas le tact et la mesure...

La vérité est de constater que, quel que soit le département et la spécialité, il y a toujours une offre de soin en secteur I : plus de 55 % des prothèses de hanche sont posées au tarif de remboursement et 85 % des appendicectomies sont réalisées au tarif de remboursement. Il faut insister sur le fait que le DP n'est pas financé par la Sécurité Sociale, mais par les caisses complémentaires. Le chiffre d'affaire des caisses complémentaires (30,5 milliards d'euros), couvre :

- 6, 15 milliards de frais de gestion (20 %) ;
- 2,4 milliards seulement pour que le remboursement des DP (secteur II) en 2011, dont :
  - 2 milliards d'euros pour les spécialités médicales ;
  - 400 millions d'euros seulement, pour les spécialités chirurgicales.

• (DREES, *Les mutuelles en France : un panorama économique en 2001. Études et résultats No 299, mars 2004*).

La vérité doit donc être rétablie, elle est bien différente, de certaines informations diffusées sans contrôle. Le chirurgien libéral n'est plus un nanti. Le dispositif de régulation des DP, proposé récemment, (avenant 8) inquiète fortement les chirurgiens libéraux du secteur II. Il ne permettra plus de couvrir les charges, et à terme, fera planer une menace préoccupante sur la pratique de la chirurgie en secteur privé.

## La retraite

- *L'âge habituel de la retraite se situe entre 65 et 68 ans.*
- *La carrière prise en compte est courte (25 à 30 ans).*
- *La constitution obligatoire d'une retraite est très différente selon le type d'exercice.*

### En secteur public

- La retraite des PU-PH ne tient compte que du salaire universitaire et ne prend pas en compte les émoluments hospitaliers.

Seul le salaire universitaire est pris en compte pour la retraite. Un chirurgien de première classe touche environ 4 500 euros par mois. Le taux de remplacement, par rapport aux derniers salaires est de 33 %. Les régimes récemment institués, que ce soit la retraite additionnelle de la fonction publique -RAFP- et la retraite complémentaire optionnelle ne sont qu'un maigre complément qui rapportent au total en moyenne, moins de 250 euros par mois. De plus, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015, il ne sera plus possible de racheter les périodes d'internat et de clinicat, ce qui empêchera, comme auparavant, de regagner un peu d'ancienneté et de temps de cotisation ; cela aboutira donc à une diminution de la retraite.

- Un praticien hospitalier au 13<sup>ème</sup> échelon touche environ 4 700 euros par mois. Le taux de remplacement, compte tenu du dernier salaire est de l'ordre de 58 % à 65 ans. La réforme de l'Ircantec laisse envisager une diminution prochaine de 30 %.

### En secteur privé

L'âge moyen du décès des chirurgiens est de 72 ans. Compte tenu qu'habituellement, les chirurgiens commencent à cotiser tardivement, la retraite mensuelle moyenne est de 2 500 à 3 200 euros par mois, et il n'est pas certain qu'elle se maintiendra à ce niveau... car il existe une grande incertitude sur la part Assurance vieillesse -ASV- de la retraite CARMF, qui s'épuise. La CARMF est un régime de répartition, dont le nombre des cotisants par rapport au nombre des retraités, diminue rapidement, du fait de l'allongement de l'espérance de vie. Actuellement, le taux de remplacement est de 33 à 45 %. Au total, le niveau de pension des chirurgiens se situe entre celui des cadres (3 000 euros) et celui des cadres supérieurs (5 à 7 000 euros). Les chirurgiens à la retraite ne sont pas des nantis...

## Conclusions

Le métier de chirurgien demeure à l'heure actuelle extrêmement attractif, et les considérations précédentes ne doivent pas décourager les vocations. Le choix d'un métier dont la responsabilité est immense, mais dont les résultats sont habituellement rapides, est très séduisant.

La chirurgie est un métier où l'on ne s'ennuie pas et où il n'y a pas de chômage. La qualité des rapports avec les patients et avec l'équipe qui entoure le chirurgien, sont d'immenses sujets de satisfaction.

Il fallait cependant rétablir la vérité, pour que les informations apportées au grand public et aux jeunes étudiants en période de choix sur leur avenir professionnel, soient les plus objectives possibles.