

2009

**MISE À JOUR RÉDACTIONNELLE – AVRIL 2022
VERSION 1.2**

Ces objectifs de la formation s'appliquent à ceux qui commencent leur formation à compter du 1^{er} juillet 2009.

DÉFINITION

La chirurgie générale oncologique est la branche de la chirurgie portant sur l'étude du diagnostic et du traitement du cancer. Les chirurgiens généraux oncologistes font partie de l'équipe multidisciplinaire et interprofessionnelle qui offre des soins aux personnes atteintes de cancer; ils possèdent une formation spécialisée et une expertise en oncologie et s'intéressent à ce domaine. Ils ont également les compétences nécessaires pour être des enseignants et des chefs de file dans le domaine du traitement du cancer.

BUTS

Au terme de sa formation, le résident doit être un surspécialiste compétent en chirurgie générale oncologique et pouvoir assumer le rôle de consultant dans la spécialité. Il doit acquérir une connaissance pratique de la base théorique de la spécialité, notamment de ses fondements dans les sciences médicales fondamentales et la recherche.

Seuls les candidats ayant reçu le certificat du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada en chirurgie générale peuvent être admissibles au certificat en chirurgie générale oncologique.

Les résidents doivent démontrer qu'ils ont les connaissances, les aptitudes et les attitudes nécessaires pour offrir à une population diversifiée un service et des soins efficaces et axés sur le patient. Dans tous les aspects de la pratique de la spécialité, le diplômé doit pouvoir aborder de façon professionnelle les questions d'éthique, d'appartenance sexuelle, d'orientation sexuelle, d'âge, de culture, d'origine ethnique et de croyances.

COMPÉTENCES EN CHIRURGIE GÉNÉRALE ONCOLOGIQUE

Après avoir terminé sa formation, le résident aura acquis les compétences suivantes et sera efficace dans les rôles suivants :

Le masculin est utilisé seulement pour simplifier le texte.

Expert médical

Définition :

Comme *experts médicaux*, les chirurgiens généraux oncologistes jouent tous les rôles CanMEDS et mettent en œuvre leur savoir médical, leurs compétences cliniques spécialisées et leurs attitudes professionnelles pour dispenser des soins axés sur les patients. Le rôle d'*expert médical* est le rôle pivot du médecin dans le cadre CanMEDS.

Compétences clés et habilitantes : Les chirurgiens généraux oncologistes peuvent...

1. Travailler efficacement comme conseillers en jouant tous les rôles du cadre CanMEDS pour dispenser des soins médicaux optimaux, respectueux de l'éthique et axés sur les patients

- 1.1. Donner une consultation, et notamment présenter des évaluations et des recommandations bien documentées, oralement, par écrit ou électroniquement, pour répondre à une demande d'un autre professionnel de la santé
- 1.2. Utiliser toutes les compétences CanMEDS pertinentes à la chirurgie générale oncologique
- 1.3. Définir les problèmes éthiques pertinents qui surgissent dans le cadre des soins aux patients et y répondre de façon appropriée
- 1.4. Accorder des priorités efficaces et appropriées à leurs obligations professionnelles face à de nombreux patients et problèmes
- 1.5. Prodiguer des soins fondés sur la compassion et axés sur les patients
- 1.6. Reconnaître les dimensions déontologiques de la prise de décision en médecine et en tenir compte
- 1.7. Démontrer leur expertise médicale ailleurs que dans les soins aux patients, notamment en témoignant comme experts devant les tribunaux ou en conseillant les gouvernements au besoin

2. Acquérir et maintenir des connaissances cliniques, des compétences spécialisées et des comportements convenant à la chirurgie générale oncologique

- 2.1. Appliquer leurs connaissances des sciences cliniques, sociocomportementales et biomédicales fondamentales pertinentes à la chirurgie générale oncologique, y compris les connaissances liées aux principes de l'oncologie, aux sites anatomiques et aux processus néoplasiques qui sont inclus dans la portée de la chirurgie générale oncologique, incluant la biologie tumorale, la carcinogenèse, les marqueurs tumoraux, la pathologie tumorale et l'immunologie du cancer
 - 2.1.1. Épidémiologie du cancer, prévention, dépistage et diagnostic précoce
 - 2.1.2. Techniques chirurgicales curatives et palliatives
 - 2.1.3. Évolution naturelle des cancers gastro-intestinaux, des cancers du sein, des cancers endocriniens, des sarcomes et des mélanomes

- 2.1.4. Syndromes paranéoplasiques et leur prise en charge
- 2.1.5. Urgences oncologiques telles que le syndrome de la veine cave supérieure et l'hypercalcémie
- 2.1.6. Processus de prise de décision en ce qui a trait à la stadification du cancer chez des patients de tous les âges au moment du diagnostic et durant le programme de traitement
- 2.1.7. Principes de la thérapie générale et locale, et de la pharmacologie clinique relativement à la chimiothérapie
 - 2.1.7.1. La biologie cellulaire
 - 2.1.7.2. Les mécanismes d'action, la pharmacologie et la toxicité des agents chimiothérapeutiques
 - 2.1.7.3. Les déterminants de la réponse biologique
- 2.1.8. Principes de la radiobiologie et de la physique des rayonnements, méthodes thérapeutiques, sources radioactives et complications possibles de la radiothérapie
 - 2.1.8.1. La radiothérapie à faisceau externe, la curiethérapie et la thérapie radio-isotopique
 - 2.1.8.2. La prise en charge, y compris l'intervention chirurgicale des complications précoces et tardives causées par la radiation
 - 2.1.8.3. Le diagnostic et la prise en charge de la maladie métastatique
- 2.1.9. Caractéristiques pathologiques des différents types de cancer
- 2.1.10. Interventions spécifiques de diagnostic qui sont offertes pour établir le diagnostic précis d'une tumeur

2.1.11. PRINCIPES DE L'ONCOLOGIE CHIRURGICALE DU SEIN

A. Imagerie

- 2.1.11.1. Techniques de la mammographie diagnostique, y compris la nomenclature BI-RADS, les recommandations d'incidences supplémentaires et les caractéristiques mammographiques des affections bénignes et malignes
- 2.1.11.2. Indications et utilités possibles dans le futur de l'échographie et de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) dans la prise en charge des affections bénignes et malignes du sein
- 2.1.11.3. Difficultés, avantages et désavantages des essais de dépistage du cancer du sein chez des femmes de différents groupes d'âge

B. Pathogenèse/génétique

- 2.1.11.4. Patients ayant un risque élevé de présenter un cancer du sein, y compris les facteurs de risque pathologiques, familiaux et génétiques et les thérapies inductrices de cancer antérieures (c.-à-d. radiation durant l'enfance)
- 2.1.11.5. Estimations des risques grâce aux modèles contemporains et réduction du risque grâce au dépistage, aux médicaments et à la chirurgie
- 2.1.11.6. Indications, utilités, coûts, complications et questions de protection de la vie privée liés aux tests génétiques
- 2.1.11.7. Trouvailles pathologiques et leurs effets sur le risque

C. Pathologie

- 2.1.11.8. Affections bénignes et malignes du sein
- 2.1.11.9. Techniques optimales de marquage, de traitement et d'évaluation des spécimens de pathologie
- 2.1.11.10. Questions pathologiques particulières relatives au traitement du cancer du sein
- 2.1.11.11. Colorations immunohistochimiques, cytologie, marqueurs tumoraux et autres indicateurs du pronostic et leur pertinence en ce qui a trait au traitement
- 2.1.11.12. Stades cliniques et pathologiques

D. Oncologie médicale

- 2.1.11.13. Indications et contre-indications de la chimiothérapie systémique adjuvante et des hormonothérapies
- 2.1.11.14. Mécanisme d'action; risques, avantages et indications des thérapies ciblées existantes et en développement
- 2.1.11.15. Agents hormonaux et chimiothérapeutiques fréquemment prescrits, y compris les toxicités aiguës et chroniques de ces agents
- 2.1.11.16. Indications, techniques et coordination interdisciplinaire nécessaire liées à la chimiothérapie néoadjuvante

E. Radio-oncologie

- 2.1.11.17. Radiothérapie du sein, y compris : simulation, planification du traitement, prestation du traitement et effets aigus et chroniques du traitement
- 2.1.11.18. Indications et contre-indications de la radiothérapie à la suite d'une chirurgie mammaire conservatrice dans les cas de carcinome intracanalair non infiltrant et dans les cas de cancer envahissant, de la radiothérapie après une mastectomie et de la prise en charge des rechutes au niveau de la paroi thoracique

- 2.1.11.19. Systèmes de classification communs du carcinome intracanalair non infiltrant et problèmes liés à l'utilisation de la radiothérapie pour le carcinome intracanalair non infiltrant
- 2.1.11.20. Indications et techniques des méthodes d'irradiation palliative pour les récives loco-régionales et les foyers métastatiques
- 2.1.11.21. Indications de l'inclusion et de l'exclusion des champs mammaires internes ou supraclaviculaires
- 2.1.11.22. Technologies évolutives des techniques de radiation plus localisées

F. Interventions de diagnostic et résection

- 2.1.11.23. Indications et contre-indications d'interventions fréquemment effectuées au cabinet
 - 2.1.11.23.1. L'aspiration d'un kyste
 - 2.1.11.23.2. La ponction-aspiration à l'aiguille fine
 - 2.1.11.23.3. La microbiopsie percutanée guidée par l'image ou non guidée par l'image
 - 2.1.11.23.4. La biopsie à l'emporte-pièce de la peau
- 2.1.11.24. Indications des techniques pour obtenir les meilleurs résultats chirurgicaux possibles, pour réduire le traumatisme et pour optimiser le résultat esthétique lors d'interventions chirurgicales contre le cancer pour toutes les principales interventions chirurgicales du sein
 - 2.1.11.24.1. La biopsie du sein
 - 2.1.11.24.2. La biopsie guidée par un fil localisateur
 - 2.1.11.24.3. L'excision des canaux
 - 2.1.11.24.4. La lumpectomie
 - 2.1.11.24.5. La mastectomie simple
 - 2.1.11.24.6. La mastectomie radicale modifiée avec ou sans reconstruction
 - 2.1.11.24.7. La dissection axillaire
 - 2.1.11.24.8. La cartographie des ganglions sentinelles
- 2.1.11.25. Prise en charge du lymphœdème du bras causé par le traitement contre le cancer du sein
- 2.1.11.26. Principes des technologies chirurgicales telles que l'ablation percutanée, la résection primaire à vide, l'échographie ciblée, le lavage canalaire et l'endoscopie galactophorique

G. Chirurgie plastique et chirurgie reconstructive

- 2.1.11.27. Rôle de la reconstruction, y compris l'expenseur tissulaire, les implants, les techniques de reconstruction des lambeaux pour la reconstruction immédiate ou différée dans un contexte de chirurgie reconstructive à la suite d'une mastectomie
- 2.1.11.28. Interventions générales de la chirurgie plastique du sein, telles que l'augmentation et la réduction mammaire et leur lien avec la prise en charge complète des affections mammaires bénignes et malignes
- 2.1.11.29. Rapport mutuel des thérapies adjuvantes sur la planification de la chirurgie plastique et reconstructive et le moment choisi pour l'effectuer

H. Psycho-oncologie

- 2.1.11.30. Thérapies complémentaires et soins intégrés
- 2.1.11.31. Indications de l'orientation d'un patient à un spécialiste de psycho-oncologie

- 2.1.12. **PRINCIPES DE L'ONCOLOGIE CHIRURGICALE DU CÔLON, DU RECTUM ET DE L'ANUS** (y compris les adénocarcinomes, les carcinomes squameux et les tumeurs rares telles que les tumeurs stromales gastro-intestinales, les tumeurs neuroendocriniennes et les mélanomes)

A. Évaluation

- 2.1.12.1. Diagnostic et évaluation préopératoire des masses primaires colorectales et anales
 - 2.1.12.1.1. Indications des techniques d'imagerie
 - 2.1.12.1.2. Indications de l'évaluation endoscopique et de la biopsie
 - 2.1.12.1.3. Indications de l'évaluation histologique des spécimens de pathologie
 - 2.1.12.1.4. Différences entre les lésions bénignes et malignes et les répercussions des diagnostics histologiques inhabituels (p. ex. tumeurs stromales gastro-intestinales, mélanomes, lymphomes)
- 2.1.12.2. Investigation et évaluation des tumeurs colorectales et anales récidivantes et/ou métastatiques
 - 2.1.12.2.1. Interventions endoscopiques nécessaires aux examens et au suivi des néoplasmes colorectaux et anaux
 - 2.1.12.2.2. Utilité et limites des différentes techniques d'imagerie
 - 2.1.12.2.3. Rôle complémentaire des divers examens radiologiques dans l'évaluation des tumeurs récidivantes

2.1.12.2.4. Stratégies pour réduire ou pour éviter les complications à la suite d'importantes résections dans les cas de maladie récidivante

2.1.12.2.5. Répercussions de la biopsie percutanée

B. Pathologie

2.1.12.3. Pathologie, immunohistochimie et marqueurs moléculaires de la tumeur

2.1.12.4. Biologie de la tumeur

2.1.12.5. Système de classification TNM de l'*American Joint Commission on Cancer* (AJCC) pour les cancers colorectaux et anaux

2.1.12.6. Dépendance du stade du pronostic à la suite du traitement, modèles de récurrence et options de traitement pour les récurrences

C. Oncologie médicale et radio-oncologie

2.1.12.7. Options multidisciplinaires qui complètent les approches chirurgicales, y compris :

2.1.12.7.1. Chimiothérapie et radiation néoadjuvante et adjuvante

2.1.12.7.2. Principes de la thérapie dans un contexte palliatif

2.1.12.7.3. Importance des suggestions de l'équipe chirurgicale et du leadership lors des conférences de cas multidisciplinaires

2.1.12.7.4. Prise en charge des complications liées à la chimiothérapie et à la radiation

2.1.12.8. Options multidisciplinaires autres que la résection, y compris la chimiothérapie, la radiation, la ré-irradiation pour les cancers récidivants

2.1.12.9. Chimioradiothérapie comme traitement définitif du cancer de l'anus

D. Techniques chirurgicales

2.1.12.10. Indications du traitement chirurgical des cancers colorectaux et anaux et thérapie néoadjuvante au besoin

2.1.12.11. Critères de résécabilité

2.1.12.12. Répercussions fonctionnelles de diverses résections colorectales et importance des stratégies offertes pour obtenir le meilleur résultat sur les plans fonctionnel et psychologique

2.1.12.13. Technique chirurgicale des résections colorectales axées sur :

2.1.12.13.1. L'excision mésorectale totale et l'importance des marges radiales et distales

2.1.12.13.2. L'excision transanale

- 2.1.12.13.3. La résection multiviscérale y compris l'exentération pelvienne (avec ou sans sacrectomie)
- 2.1.12.13.4. Les répercussions de la lymphadénectomie adéquate
- 2.1.12.13.5. Les répercussions de l'état des marges circonférentielles
- 2.1.12.13.6. Les indications du traitement chirurgical du cancer anal persistant
- 2.1.12.13.7. Les indications de la résection des tumeurs colorectales et anales récidivantes et/ou métastatiques

- 2.1.12.14. Critères de la résécabilité
 - 2.1.12.14.1. Considérations anatomiques
 - 2.1.12.14.2. Répercussions de l'état des marges pour différentes tumeurs
 - 2.1.12.14.3. Considération d'une importante résection, y compris sacrectomie, résection vasculaire et reconstruction pour les cancers rectaux locaux avancés ou récidivants

- 2.1.12.15. Prise en charge des complications complexes à la suite d'importantes résections dans les cas de maladie récidivante
- 2.1.12.16. Pronostic à la suite du traitement, modèles de récives et options de traitement pour les récives
 - 2.1.12.16.1. Palliation avec prothèses placées lors d'une endoscopie ou d'une radiologie interventionnelle

- 2.1.12.17. Importance et répercussions de l'évaluation psychologique du patient lors de la prise de décision liée à la prise en charge d'une maladie récidivante

2.1.13. PRINCIPES DE L'ONCOLOGIE CHIRURGICALE DE L'ESTOMAC

A. Évaluation

- 2.1.13.1. Modalités pertinentes pour le diagnostic, la stadification, la réévaluation durant et après le traitement et le suivi à long terme de l'adénocarcinome gastrique, y compris l'échographie endoscopique

B. Pathologie/pathogénèse

- 2.1.13.2. Biologie, étiologie, syndromes héréditaires prédisposants, sous-types pathologiques, emplacement dans l'estomac et signification de l'adénocarcinome gastrique
- 2.1.13.3. Diagnostic différentiel, y compris le lymphome en ce qui a trait aux connaissances liées à la pathologie, au stade, à la prise en charge et aux résultats des lymphomes gastriques, et le rôle restreint de la résection chirurgicale pour cette maladie

- 2.1.13.4. Tendances épidémiologiques du carcinome gastrique et rôle de *H. pylori* à l'échelle globale
- 2.1.13.5. Système de classification TNM de l'AJCC pour l'adénocarcinome gastrique et les limites de ce système de classification, principalement en ce qui a trait à l'évaluation des ganglions lymphatiques

C. Oncologie médicale

- 2.1.13.6. Principes de la thérapie systémique en contexte néoadjuvant, adjuvant ou palliatif
 - 2.1.13.6.1. La biologie de la cellule et l'oncologie moléculaire
 - 2.1.13.6.2. Les différentes classes d'agents chimiothérapeutiques et leurs mécanismes d'action
 - 2.1.13.6.3. La pharmacologie d'agents spécifiques, leurs toxicités et leur prise en charge

D. Radio-oncologie

- 2.1.13.7. Principes de la radiobiologie et de la physique des rayonnements, méthodes thérapeutiques, sources radioactives et complications possibles de la radiothérapie pour un cancer gastrique
- 2.1.13.8. Méthodes de localisation de la tumeur et la façon par laquelle le chirurgien peut aider à identifier l'emplacement de la tumeur primaire afin de planifier le traitement adjuvant
- 2.1.13.9. Rôle de la radiothérapie dans la palliation du saignement et de la douleur
- 2.1.13.10. Identification et prise en charge des complications précoces et tardives causées par la radiation

E. Intervention chirurgicale

- 2.1.13.11. Principes des techniques chirurgicales curatives et palliatives pour l'adénocarcinome gastrique et les indications d'une gastrectomie prophylactique
- 2.1.13.12. Résultats des principaux essais cliniques prospectifs sur l'adénocarcinome gastrique, particulièrement en ce qui a trait à la portée de la lymphadénectomie et de la thérapie adjuvante
- 2.1.13.13. Urgences oncologiques qui peuvent apparaître en concomitance avec des tumeurs gastriques, telles qu'une hémorragie massive, une obstruction et une perforation des viscères

2.1.14. PRINCIPES DE L'ONCOLOGIE CHIRURGICALE DES TISSUS MOUS

A. Évaluation

- 2.1.14.1. Modalités d'investigation pertinentes pour le diagnostic, la stadification et la réévaluation durant et après le traitement et le suivi à long terme des sarcomes rétropéritonéaux et des tumeurs stromales gastro-intestinales, y compris l'échographie endoscopique et la biopsie guidée par l'échographie endoscopique des tumeurs stromales gastro-intestinales
- 2.1.14.2. Syndromes paranéoplasiques qui peuvent apparaître en concomitance avec les sarcomes, ainsi que les investigations et la prise en charge de ces syndromes

B. Pathologie/pathogenèse

- 2.1.14.3. Biologie, étiologie, syndromes héréditaires prédisposants, translocations et amplifications chromosomiques caractéristiques, pathologie et immunohistochimie tumorales des sarcomes; effet sur le pronostic des mutations de c-kit des tumeurs stromales gastro-intestinales
- 2.1.14.4. Incidence comparative, épidémiologie et pronostic des sarcomes des extrémités, du tronc, rétropéritonéaux et des viscères
- 2.1.14.5. Sous-types histologiques spécifiques du sarcome et les répercussions sur la présentation, la prise en charge et le pronostic
- 2.1.14.6. Système de classification TNM de l'AJCC pour les sarcomes et les limites de ce système de classification
- 2.1.14.7. Syndromes paranéoplasiques qui peuvent apparaître en concomitance avec les sarcomes, ainsi que la prise en charge de ces syndromes

C. Radio-oncologie et oncologie médicale

- 2.1.14.8. Principes de la thérapie systémique en contexte néoadjuvant, adjuvant ou palliatif, y compris :
 - 2.1.14.8.1. La biologie de la cellule et l'oncologie moléculaire
 - 2.1.14.8.2. Les classes d'agents chimiothérapeutiques et leurs mécanismes d'action
 - 2.1.14.8.3. La pharmacologie d'agents spécifiques, leurs toxicités et la prise en charge
 - 2.1.14.8.4. Les principes de la thérapie moléculaire et des modificateurs de la réponse biologique
- 2.1.14.9. Urgences oncologiques qui peuvent apparaître en concomitance avec les sarcomes primaires ou métastatiques, telles que l'obstruction aiguë de la veine cave, l'insuffisance rénale et les incidents

thromboemboliques

- 2.1.14.10. Principes de la radiobiologie et de la physique des rayonnements, méthodes thérapeutiques, sources radioactives et complications possibles de la radiothérapie, y compris :
 - 2.1.14.10.1. Les méthodes de localisation de la tumeur et façon par laquelle le chirurgien peut aider à identifier la présence de maladie résiduelle macroscopique et microscopique pour la planification du traitement
 - 2.1.14.10.2. La radiothérapie à faisceau externe, y compris la radiothérapie d'intensité modulée, la curiethérapie et la thérapie radio-isotopique
 - 2.1.14.10.3. La prise en charge des complications précoces et tardives causées par la radiation et le rôle de l'intervention chirurgicale dans la prise en charge de ces complications
- 2.1.14.11. Résultats des principaux essais cliniques prospectifs (sarcomes des extrémités, sarcomes rétropéritonéaux, tumeurs stromales gastro-intestinales)

D. Intervention chirurgicale

- 2.1.14.12. Principes des techniques chirurgicales curatives et palliatives pour les sarcomes des extrémités, rétropéritonéaux et des viscères
- 2.1.14.13. Résultats des principaux essais cliniques prospectifs (sarcomes des extrémités, sarcomes rétropéritonéaux, tumeurs stromales gastro-intestinales)
- 2.1.14.14. Urgences oncologiques qui peuvent apparaître en concomitance avec des sarcomes rétropéritonéaux et des tumeurs stromales gastro-intestinales telles qu'une hémorragie et une perforation des viscères

2.1.15. PRINCIPES DE L'ÉVALUATION ET DE LA PRISE EN CHARGE DES MÉLANOMES

A. Évaluation

- 2.1.15.1. Caractéristiques cliniques des affections cutanées pigmentées bénignes et malignes fréquentes
- 2.1.15.2. Indications et contre-indications d'interventions fréquemment effectuées en cabinet, y compris la biopsie-exérèse des lésions cutanées, la ponction-aspiration à l'aiguille fine des ganglions lymphatiques palpables et l'interprétation des résultats

B. Pathologie

- 2.1.15.3. Caractéristiques pathologiques bénignes et malignes des mélanomes et des autres lésions cutanées

2.1.15.4. Problèmes pathologiques particuliers liés au traitement des mélanomes

2.1.15.5. Stadification clinique et pathologique des mélanomes

C. Oncologie médicale

2.1.15.6. Indications et contre-indications de la thérapie adjuvante systémique pour les mélanomes

2.1.15.7. Indications et contre-indications de la thérapie systémique pour les mélanomes métastatiques

D. Radio-oncologie

2.1.15.8. Indications et techniques des méthodes de radiation de la thérapie adjuvante, récurrences loco-régionales et foyers métastatiques

E. Intervention chirurgicale

2.1.15.9. Techniques pour optimiser le résultat cosmétique, pour réduire le traumatisme chirurgical et pour obtenir les meilleurs résultats chirurgicaux possibles pour toutes les excisions cutanées, y compris :

2.1.15.9.1. Excision large locale

2.1.15.9.2. Lambeaux d'avancement locaux

2.1.15.9.3. Lambeaux de rotation

2.1.15.9.4. Greffes cutanées

2.1.15.9.5. Cartographie du ganglion sentinelle

2.1.15.9.6. Dissection axillaire

2.1.15.9.7. Dissection ganglionnaire inguinale

2.1.15.10. Risque d'avoir des lymphœdèmes du bras et de la jambe, comme effets secondaires du traitement des mélanomes, stratégies pour les éviter et prise en charge

2.1.15.11. Indications, techniques et résultats de la résection de la maladie primaire et régionale, de la récurrence loco-régionale ainsi que des foyers métastatiques

2.1.16. PRINCIPES ET PRISE EN CHARGE DES TUMEURS DU PÉRITOINE

A. Évaluation

2.1.16.1. Interventions endoscopiques nécessaires pour l'examen des patients présentant des tumeurs possibles du péritoine

2.1.16.2. Modalités pertinentes de diagnostic, de stadification, de réévaluation durant et après le traitement et de suivi à long terme des tumeurs du

péritoine, y compris la laparoscopie et le rôle des marqueurs tumoraux

B. Pathologie/pathogénèse

- 2.1.16.3. Catégories et sous-types pathologiques de tumeurs du péritoine, y compris le pseudomyxome du péritoine, la carcinomatose du péritoine et le mésothéliome du péritoine incluant les colorations immunohistochimiques spécifiques et le rôle de la microscopie électronique
- 2.1.16.4. Systèmes de classification de l'étendue de la maladie péritonéale
- 2.1.16.5. Épidémiologie, présentation et pronostic des tumeurs du péritoine, y compris les facteurs de risque environnementaux; lien entre le mésothéliome péritonéal et le mésothéliome pleural

C. Oncologie médicale

- 2.1.16.6. Résultats comparatifs de la thérapie systémique pour les tumeurs du péritoine

D. Intervention chirurgicale

- 2.1.16.7. Principes des techniques chirurgicales de la péritonectomie et de l'administration de chimiothérapie intrapéritonéale
- 2.1.16.8. Systèmes de classification de l'étendue de la maladie résiduelle
- 2.1.16.9. Complications à court et long termes de la péritonectomie et de l'administration de chimiothérapie intrapéritonéale
- 2.1.16.10. Résultats de la péritonectomie avec ou sans administration de chimiothérapie intrapéritonéale selon les publications majeures
- 2.1.16.11. Autres techniques ablatives telles que l'électrocoagulation et la radiothérapie externe avec argon
- 2.1.16.12. Complications à long terme et traitement du pseudomyxome péritonéal

2.1.17. PRINCIPES DE L'ONCOLOGIE CHIRURGICALE DU PANCRÉAS EXOCRINE

A. Évaluation

- 2.1.17.1. Investigation et évaluation des masses pancréatiques bénignes et malignes et de l'ictère
 - 2.1.17.1.1. Utilité et limites des différentes techniques d'imagerie utilisées pour différencier les lésions malignes
 - 2.1.17.1.2. Temps opportun pour effectuer une biopsie

B. Pathologie/pathogénèse

- 2.1.17.2. Biologie, étiologie et syndromes héréditaires prédisposants de l'adénocarcinome pancréatique
- 2.1.17.3. Système de classification TNM de l'AJCC pour l'adénocarcinome pancréatique et les limites de ce système de classification
- 2.1.17.4. Sous-types pathologiques et signification de ces sous-types; utilisation de l'immunohistochimie

C. Oncologie médicale et radio-oncologie

- 2.1.17.5. Principes de la thérapie systémique en contexte adjuvant et palliatif
- 2.1.17.6. Orientation appropriée du patient pour douleur et ictère
- 2.1.17.7. Options multidisciplinaires autres que la résection, y compris la chimiothérapie, la radiation et la palliation
- 2.1.17.8. Données sur les options pour augmenter la résécabilité, telles que la chimioradiothérapie néoadjuvante

D. Intervention chirurgicale

- 2.1.17.9. Indications de résection de l'adénocarcinome pancréatique
- 2.1.17.10. Principes des techniques curatives et palliatives pour l'adénocarcinome pancréatique
 - 2.1.17.10.1. Critères de résécabilité
 - 2.1.17.10.1.1. Évaluation vasculaire
 - 2.1.17.10.1.2. Métastases ganglionnaires ou à distance
 - 2.1.17.10.2. Répercussions des marges
 - 2.1.17.10.3. Considérations anatomiques et anomalies
 - 2.1.17.10.4. Indications de la dérivation palliative
 - 2.1.17.10.5. Pronostic à la suite d'une résection, modèles de récives et options de traitement pour les récives
 - 2.1.17.10.6. Urgences oncologiques qui peuvent apparaître en concomitance avec des tumeurs pancréatiques, telles qu'un ictère obstructif massif et une cholangite

2.1.18. PRINCIPES DE L'ONCOLOGIE CHIRURGICALE DU FOIE ET DE L'ARBRE BILIAIRE (TUMEURS PRIMAIRES ET ACCENT SUR LE CHOLANGIOCARCINOME ET LE CARCINOME HÉPATOCELLULAIRE), Y COMPRIS :

A. Évaluation

- 2.1.18.1. Investigation et évaluation des masses du foie, y compris la différence entre les tumeurs bénignes et malignes

- 2.1.18.1.1. Complémentarité et limites des techniques d'imagerie
 - 2.1.18.1.2. Temps opportun pour effectuer une biopsie d'un carcinome hépatocellulaire
 - 2.1.18.1.3. Évaluation de la fonction hépatique grâce au score de Child-Pugh et à la clairance du vert d'indocyanine et les limites de ces examens
- 2.1.18.2. Investigation et évaluation des tumeurs biliaires primaires et de l'ictère
- 2.1.18.2.1. Utilité et limites des différentes techniques d'imagerie
 - 2.1.18.2.2. Répercussions de la biopsie guidée par la cholangio-pancréatographie rétrograde percutanée ou endoscopique

B. Pathologie/pathogénèse

- 2.1.18.3. Biologie de la tumeur, étiologie et pathologie de la tumeur et immunohistochimie
- 2.1.18.4. Système de classification TNM de l'AJCC pour l'hépatome et les limites de ce système de classification, ainsi que les autres systèmes de classification
- 2.1.18.5. Système de classification TNM de l'AJCC pour les tumeurs biliaires et les limites de ce système de classification, ainsi que les autres systèmes de classification (p. ex. classification de Jarnagin pour les tumeurs de Klastkin)

C. Oncologie médicale et radio-oncologie

- 2.1.18.6. Options multidisciplinaires autres que la résection pour l'hépatome, y compris la chimioembolisation transartérielle, la transplantation, la chimiothérapie, la radiation et l'ablation
 - 2.1.18.6.1. Principes de la thérapie systémique en contexte adjuvant et palliatif en ce qui a trait à la différenciation tumorale et l'envahissement vasculaire
 - 2.1.18.6.2. Essais pour les thérapies émergentes
- 2.1.18.7. Urgences oncologiques qui peuvent apparaître en concomitance avec des carcinomes hépatocellulaires, telles que la rupture et la prise en charge de la rupture
- 2.1.18.8. Options multidisciplinaires autres que la résection pour les tumeurs biliaires, y compris la chimioembolisation transartérielle, la radiation et l'ablation
 - 2.1.18.8.1. Palliation avec prothèses placées lors de l'endoscopie ou de la radiologie interventionnelle
 - 2.1.18.8.2. Essais pour les thérapies émergentes

- 2.1.18.9. Urgences oncologiques qui peuvent apparaître en concomitance avec des tumeurs biliaires, y compris un ictère obstructif et une cholangite, et la prise en charge de ces urgences oncologiques

D. Intervention chirurgicale

- 2.1.18.10. Indications de la résection des masses hépatiques bénignes et malignes
- 2.1.18.11. Critères de résécabilité des tumeurs hépatiques primaires
 - 2.1.18.11.1. Répercussions des marges de différentes tumeurs
 - 2.1.18.11.2. Considérations anatomiques
 - 2.1.18.11.3. Options pour augmenter la résécabilité, telles que l'embolisation de la veine porte
- 2.1.18.12. Technique chirurgicale de la résection hépatique
 - 2.1.18.12.1. Options pour les occlusions vasculaires et limites de ces options
 - 2.1.18.12.2. Résection anatomique vs résection non anatomique
 - 2.1.18.12.3. Division parenchymateuse
 - 2.1.18.12.4. Considérations anatomiques et variations
- 2.1.18.13. Pronostic à la suite du traitement de l'hépatome, modèles de récurrences et options de traitement pour les récurrences
- 2.1.18.14. Indications de résection des tumeurs biliaires malignes et des lésions possiblement malignes, telles que les kystes du cholédoque
- 2.1.18.15. Critères de résécabilité des tumeurs biliaires
 - 2.1.18.15.1. Répercussions des marges de différentes tumeurs, considération d'hépatectomie droite pour des tumeurs de la vésicule biliaire et de la partie proximale du canal cholédoque
 - 2.1.18.15.2. Considérations anatomiques
 - 2.1.18.15.3. Indications de la lymphadénectomie de l'arbre biliaire
- 2.1.18.16. Indications d'un drainage biliaire préopératoire

2.1.19. PRINCIPES DE L'ONCOLOGIE CHIRURGICALE DES MÉTASTASES HÉPATIQUES (TUMEURS SECONDAIRES), Y COMPRIS :

A. Évaluation

- 2.1.19.1. Investigation et évaluation des tumeurs hépatiques secondaires, y compris les métastases colorectales au foie
 - 2.1.19.1.1. Utilité et limites des différentes techniques d'imagerie
 - 2.1.19.1.2. Temps opportun pour effectuer une biopsie

- 2.1.19.1.3. Évaluation de la fonction hépatique grâce au score de Child-Pugh et à la clairance du vert d'indocyanine, et les limites de ces examens

B. Pathologie

- 2.1.19.2. Biologie, étiologie et pathologie de la tumeur et immunohistochimie

C. Oncologie médicale et radio-oncologie

- 2.1.19.3. Options multidisciplinaires autres que la résection, y compris la chimioembolisation, la chimiothérapie, la radiation et l'ablation
- 2.1.19.4. Principes de la thérapie systémique en contexte adjuvant et palliatif
- 2.1.19.5. Résultats des récents essais sur le traitement de métastases colorectales avec de la chimiothérapie et une résection ultérieure
- 2.1.19.6. Rôle des techniques ablatives, telles que l'ablation par radio-fréquence, la radiothérapie ciblée pour la maîtrise de la maladie et la palliation des symptômes

D. Intervention chirurgicale

- 2.1.19.7. Indications de résection des métastases hépatiques pour
 - 2.1.19.7.1. Métastases colorectales
 - 2.1.19.7.1.1. Choix de patients appropriés
 - 2.1.19.7.1.2. Critères pronostiques importants (Fong et autres)
 - 2.1.19.7.1.3. Importance de l'approche multidisciplinaire en ce qui a trait au choix du moment pour amorcer la chimiothérapie et pour effectuer l'intervention chirurgicale
 - 2.1.19.7.1.4. Types de récurrences à la suite d'une résection hépatique, et les indications d'une autre intervention chirurgicale
 - 2.1.19.7.2. Métastases non colorectales
 - 2.1.19.7.2.1. Importance de la période sans maladie lors du choix des patients
 - 2.1.19.7.2.2. Rôle de la chirurgie de réduction tumorale pour les tumeurs neuroendocriniennes
- 2.1.19.8. Critères de résécabilité
 - 2.1.19.8.1. Répercussions des marges
 - 2.1.19.8.2. Considérations anatomiques
 - 2.1.19.8.3. Options pour augmenter la résécabilité, telles que l'embolisation de la veine porte

- 2.1.19.9. Pronostic à la suite du traitement, modèles de récurrences et options de traitement pour les récurrences

2.1.20. PRINCIPES DE L'ONCOLOGIE CHIRURGICALE DES GLANDES ENDOCRINIENNES

A. Glande surrénale

- 2.1.20.1. Anatomie et embryologie des glandes surrénales, y compris le cortex et la moelle
- 2.1.20.2. Diagnostic différentiel et investigation d'une lésion surrénale découverte de manière fortuite
- 2.1.20.3. Endocrinopathies cliniques de la maladie de Cushing, du phéochromocytome, du carcinome corticosurrénalien et du syndrome de Conn
- 2.1.20.4. Investigations appropriées pour établir un diagnostic différentiel chez un patient atteint du syndrome de Cushing, y compris l'interprétation du niveau de cortisol dans l'urine
- 2.1.20.5. Tests de suppression à forte dose ou à faible dose de dexaméthasone et leur sensibilité et spécificité
- 2.1.20.6. Utilisation appropriée du test à la corticotrophine
- 2.1.20.7. Investigations appropriées, y compris le rapport aldostérone/rénine et le prélèvement sanguin sélectif des patients atteints du syndrome de Conn
- 2.1.20.8. Examens appropriés lors de l'évaluation préopératoire d'un patient qui présente un phéochromocytome, y compris le blocage préopératoire chez ce type de patient
- 2.1.20.9. Prise en charge chirurgicale de la maladie de Cushing, du syndrome de Conn, du phéochromocytome, du carcinome corticosurrénalien et des lésions métastatiques à la glande surrénale
- 2.1.20.10. Prise en charge des complications découlant d'une intervention chirurgicale des glandes surrénales, y compris les changements au niveau de l'endocrinopathie, l'hémorragie et la pancréatite
- 2.1.20.11. Critères de sélection d'une approche laparoscopique ou rétro-péritonéoscopique par rapport à une approche à ciel ouvert pour les glandes surrénaliennes
- 2.1.20.12. Pronostic des carcinomes corticosurrénaliens et la prise en charge de la maladie récidivante
- 2.1.20.13. Utilisation de la thérapie de substitution à l'aide de stéroïdes
- 2.1.20.14. Rôle de la ponction-aspiration à l'aiguille fine dans l'investigation d'une lésion surrénalienne
- 2.1.20.15. Rôle des examens d'imagerie en coupes dans l'investigation des incidentalomes

2.1.20.16 Rôle des modalités d'imagerie fonctionnelles, y compris le DOTA-TATE (tomographie par émission de positrons de gallium) dans la localisation des phéochromocytomes/paragangliomes métastatiques/extra-surréaliens

2.1.20.17 Rôle de la radiothérapie

B. Tumeurs neuroendocriniennes du tube digestif

2.1.20.18. Emplacements possibles des tumeurs neuroendocriniennes

2.1.20.19. Évolution naturelle et pronostic des tumeurs neuroendocriniennes comme fonction de leur point de départ anatomique

2.1.20.20. Indication et étendue des interventions chirurgicales des tumeurs neuroendocrines en fonction de critères tels que la grosseur, l'emplacement et la maladie ganglionnaire

2.1.20.21. Diagnostic et prise en charge d'un syndrome carcinoïde, y compris les manifestations cardiovasculaires, respiratoires et cutanées

2.1.20.22. Physiopathologie d'un syndrome carcinoïde et les tumeurs neuroendocriniennes les plus susceptibles de provoquer ce syndrome

2.1.20.23. Endocrinopathies associées aux tumeurs neuroendocriniennes pancréatiques

2.1.20.24. Évaluation et principes de prise en charge de syndromes d'endocrinopathie héréditaire et leurs liens avec les tumeurs neuroendocriniennes

2.1.20.25. Évaluation d'une tumeur neuroendocrinienne, y compris les investigations spécifiques pour chacune des endocrinopathies, incluant les tests de stimulation à la sécrétine, le prélèvement sanguin sélectif, l'octréotide, la méta-iodobenzylguanidine (MIBG), l'IRM, l'acide 5-hydroxy-indole acétique (5-HIAA) dans l'urine, et la sensibilité et la spécificité de tous ces éléments

2.1.20.26. Sensibilité et spécificité de l'IRM, de la tomodensitométrie (TDM), de l'échographie endoscopique, et de l'imagerie TEP-TDM pour chacune des tumeurs endocriniennes

2.1.20.27. Mécanisme d'action de l'octréotide et ses effets sur les tumeurs neuroendocriniennes et le syndrome carcinoïde

2.1.20.28. Approches chirurgicales, y compris les principes de la résection de préservation, la cytoréduction pour la maladie métastatique et la prise en charge périopératoire des endocrinopathies

2.1.20.29. Prise en charge pharmacologique et chirurgicale de la maladie métastatique/non résecable

2.1.21. PRINCIPES DE L'ONCOLOGIE CHIRURGICALE DE L'INTESTIN GRÊLE

A. Adénocarcinome

- 2.1.21.1. Endoscopie pour examen, diagnostic et suivi des adénocarcinomes gastriques
- 2.1.21.2. Biologie, étiologie, syndromes héréditaires prédisposants et facteurs de risque
- 2.1.21.3. Concepts de dépistage pour les populations à risque et interventions diagnostiques
- 2.1.21.4. Modalités d'investigations pertinentes de diagnostic, de stadification et de réévaluation durant et après le traitement et de suivi à long terme
- 2.1.21.5. Classification des affections précancéreuses (Spiegelman) et problèmes liés à la prise en charge
- 2.1.21.6. Système de classification TNM de l'AJCC et les limites de ce système de classification
- 2.1.21.7. Principes des techniques chirurgicales curatives et palliatives
- 2.1.21.8. Prise en charge de la maladie non résécable et des urgences oncologiques (perforation, obstruction et malnutrition)
- 2.1.21.9. Principes de la thérapie systémique en contexte adjuvant et palliatif, y compris :
 - 2.1.21.9.1. Biologie cellulaire et oncologie moléculaire
 - 2.1.21.9.2. Différentes classes d'agents chimiothérapeutiques et leur mécanisme d'action
 - 2.1.21.9.3. La pharmacologie d'agents spécifiques, leurs toxicités et la prise en charge

B. Système neuroendocrinien

- 2.1.21.10. Biologie, étiologie, syndromes héréditaires prédisposants et facteurs de risques des tumeurs neuroendocriniennes de l'intestin grêle. Caractéristiques selon le site d'origine embryologique
- 2.1.21.11. Modalités d'investigations pertinentes de diagnostic, de stadification et de réévaluation durant et après le traitement et de suivi à long terme, y compris l'évaluation biochimique et l'utilisation de scintigraphies radiomarquées
- 2.1.21.12. Système de classification TNM de l'AJCC et les limites de ce système de classification
- 2.1.21.13. Principes des techniques chirurgicales curatives et palliatives
- 2.1.21.14. Prise en charge de la maladie non résécable et des urgences oncologiques (perforation, obstruction, malnutrition, crise carcinoïde et maladie métastatique)

- 2.1.21.15. Principes de la thérapie systémique en contexte néoadjuvant, adjuvant et palliatif, y compris :
 - 2.1.21.15.1. La biologie cellulaire et l'oncologie moléculaire
 - 2.1.21.15.2. Les différentes classes d'agents chimiothérapeutiques et leur mécanisme d'action
 - 2.1.21.15.3. La pharmacologie d'agents spécifiques, leurs toxicités et la prise en charge
 - 2.1.21.15.4. L'utilisation de la chimioembolisation pour la maladie métastatique
 - 2.1.21.15.5. L'utilisation de l'octréotide pour l'affection maligne
- 2.1.21.16. Principes de la radiobiologie et de la physique des rayonnements, méthodes thérapeutiques, sources radioactives et complications possibles de la radiothérapie
 - 2.1.21.16.1. Méthodes de localisation de la tumeur
 - 2.1.21.16.2. Radiothérapie à faisceau externe, curiethérapie et thérapie radio-isotopique
 - 2.1.21.16.3. Prise en charge des complications précoces et tardives causées par la radiation et le rôle de l'intervention chirurgicale dans la prise en charge de ces complications

C. Lymphome

- 2.1.21.17. Système de classification, considérations diagnostiques, y compris les principes de la biopsie et de la stadification
 - 2.1.21.18. Rôle de la radiothérapie et de la chimiothérapie dans la prise en charge
 - 2.1.21.19. Rôle de l'intervention chirurgicale dans le diagnostic, la stadification, la thérapie et la prise en charge des complications de la thérapie
- 2.2. Décrire le cadre des compétences CanMEDS qui sont pertinentes à la chirurgie générale oncologique
 - 2.3. Au cours de leur vie, mettre en œuvre les compétences d'apprentissage qui relèvent du rôle d'érudit, pour adopter un programme personnel de mise à jour et approfondir les domaines de compétence professionnelle
 - 2.4. Intégrer les données les plus probantes disponibles et les pratiques exemplaires pour améliorer la qualité des soins et la sécurité dans leur pratique

3. Procéder à une évaluation complète et appropriée d'un patient

- 3.1. Identifier et étudier efficacement les problèmes à aborder au cours d'une rencontre avec un patient, en tenant compte du contexte et des préférences de celui-ci

- 3.2. Réunir des antécédents pertinents, y compris les antécédents familiaux de syndromes familiaux, de façon concise et exacte compte tenu du contexte et des préférences du patient à des fins de diagnostic, de traitement, de promotion de la santé et de prévention des maladies
- 3.3. Procéder à un examen physique ciblé, pertinent et précis pour la chirurgie générale oncologique à des fins de diagnostic, de traitement, de prévention des maladies et de promotion de la santé
- 3.4. Choisir des méthodes d'investigation appropriées sur le plan médical en exploitant efficacement les ressources et conformément à l'éthique
 - 3.4.1. Interpréter les examens radiologiques spécifiques, les échographies, les tomodensitométries et les imageries par résonance magnétique, lorsque nécessaires et offertes, y compris les limites de ces techniques diagnostiques
 - 3.4.2. Interpréter les examens diagnostiques actuels qui utilisent des isotopes radioactifs
- 3.5. Démontrer des techniques efficaces de solution de problèmes cliniques et faire preuve de jugement face aux problèmes des patients, y compris interpréter les données disponibles et intégrer de l'information pour produire des diagnostics différentiels et des plans de traitement appropriés pour le site précis et le type de tumeur
 - 3.5.1. Sein
 - 3.5.1.1. Effectuer une évaluation du sein spécifique au patient et une consultation de façon efficace, y compris les antécédents mammaires, l'examen physique et les examens accessoires appropriés pour établir un diagnostic différentiel, un plan diagnostique et ultérieurement, un algorithme de traitement
 - 3.5.1.2. Évaluer et prendre en charge des affections du sein bénignes et malignes fréquentes
 - 3.5.1.3. Évaluer les indications et les contre-indications et être compétent dans l'évaluation des résultats des interventions fréquemment effectuées en cabinet, y compris, la ponction du kyste, la ponction-aspiration à l'aiguille fine, la microbiopsie percutanée guidée par imagerie ou non et la biopsie à l'emporte-pièce de la peau
 - 3.5.1.4. Évaluer les indications des techniques pour optimiser le résultat cosmétique, pour réduire le traumatisme chirurgical et pour obtenir les meilleurs résultats chirurgicaux possibles pour les interventions chirurgicales contre le cancer pour toutes les principales chirurgies du sein, la biopsie du sein, la biopsie au harpon, l'excision du canal, la lumpectomie, la mastectomie simple, la mastectomie radicale modifiée avec ou sans reconstruction, la dissection axillaire et la cartographie du ganglion sentinelle
 - 3.5.1.5. Évaluer les indications et les contre-indications de la chimiothérapie systémique adjuvante et des hormonothérapies

- 3.5.1.6. Évaluer les indications et les contre-indications de la radiothérapie à la suite d'une chirurgie mammaire conservatrice dans les cas de carcinome intracanalair non infiltrant et dans les cas de cancer envahissant, de la radiothérapie à la suite d'une mastectomie, de la prise en charge des rechutes au niveau de la paroi thoracique et de l'inclusion ou de l'exclusion des champs mammaires supraclaviculaires ou internes

- 3.5.2. Colorectal et anal
 - 3.5.2.1. Obtenir une anamnèse précise (y compris la fonction intestinale, la fonction vésicale et la fonction sexuelle), effectuer un examen physique et demander les examens appropriés pour établir un diagnostic et un plan de traitement
 - 3.5.2.2. Interpréter les résultats des examens et des images diagnostiques et les combiner à l'évaluation initiale du patient afin d'établir un diagnostic et un plan de traitement

- 3.5.3. Adénocarcinome gastrique
 - 3.5.3.1. Choisir les techniques et les interventions diagnostiques utilisées pour l'évaluation de l'adénocarcinome gastrique, y compris la bonne stadification de ces patients et l'habileté d'élaborer un plan de traitement approprié
 - 3.5.3.2. Interpréter les examens radiologiques/radio-isotopiques, y compris les techniques d'imagerie du corps dans les cas appropriés et en tenant compte des limites de ces techniques diagnostiques et en les combinant aux résultats de la biopsie
 - 3.5.3.3. Choisir les techniques d'accès appropriées pour les fluides, la nutrition et l'administration du traitement systémique contre le cancer
 - 3.5.3.4. Évaluer l'état général des patients atteints du cancer, y compris les comorbidités, les déséquilibres liquidiens et électrolytiques, les défaillances polyviscérales et les problèmes nutritionnels
 - 3.5.3.5. Évaluer les patients qui subissent une radiothérapie et/ou une chimiothérapie pour un adénocarcinome gastrique en milieu externe ou hospitalier, en ce qui a trait aux complications, à leur gravité et aux effets possibles sur les soins chirurgicaux

- 3.5.4. Sarcome, lymphome et tumeurs des cellules germinales
 - 3.5.4.1. Choisir des techniques et des interventions diagnostiques pour évaluer les patients qui présentent possiblement un sarcome des tissus mous, une tumeur stromale gastro-intestinale, des tumeurs des cellules germinales ou un lymphome intra-abdominal, y compris la stadification appropriée de ces patients et l'habileté d'établir un plan de traitement approprié
 - 3.5.4.2. Interpréter les examens radiologiques/radio-isotopiques dans les cas appropriés en tenant compte des limites de ces techniques

- diagnostiques et en intégrant les résultats de la biopsie en contexte de comités et de conférences multidisciplinaires sur les tumeurs
- 3.5.4.3. Choisir les techniques d'accès vasculaire/entéral pour les liquides, la prise en charge de la nutrition et l'administration du traitement systémique contre le cancer
 - 3.5.4.4. Évaluer l'état général des patients atteints du cancer, y compris les comorbidités, les déséquilibres liquidiens et électrolytiques, les défaillances polyviscérales et les problèmes nutritionnels
 - 3.5.4.5. Évaluer les patients, qui subissent une radiothérapie et/ou une chimiothérapie pour un sarcome en milieu externe ou hospitalier, en ce qui a trait aux complications, à leur gravité et aux effets sur les soins chirurgicaux
- 3.5.5. Mélanome
- 3.5.5.1. Évaluation du mélanome et de la peau
 - 3.5.5.1.1. Effectuer une évaluation du mélanome spécifique du patient et une consultation, y compris les antécédents du mélanome, l'examen physique et les examens accessoires appropriés pour établir un diagnostic différentiel, un plan diagnostique et ultérieurement, un algorithme de traitement
 - 3.5.5.1.2. Prendre en charge les affections cutanées pigmentées bénignes et malignes fréquentes
 - 3.5.5.1.3. Évaluer les indications et les contre-indications et évaluer les résultats des interventions fréquemment effectuées en cabinet, y compris la biopsie-exérèse des lésions cutanées et la ponction-aspiration à l'aiguille fine des ganglions lymphatiques palpables
 - 3.5.5.1.4. Évaluer les indications des techniques pour optimiser le résultat cosmétique, pour réduire le traumatisme chirurgical et pour obtenir les meilleurs résultats chirurgicaux possibles pour les interventions chirurgicales contre le cancer pour toutes les excisions cutanées, y compris l'excision large locale, les lambeaux d'avancement locaux, les lambeaux de rotation, les greffes cutanées, la cartographie du ganglion sentinelle, la dissection axillaire et la dissection ganglionnaire inguinale
 - 3.5.5.1.5. Évaluer les indications et les contre-indications de la thérapie adjuvante systémique pour les mélanomes
- 3.5.6. Tumeurs du péritoine
- 3.5.6.1. Choisir les techniques et les interventions diagnostiques utilisées pour l'évaluation des tumeurs du péritoine, y compris la bonne stadification de ces patients et l'habileté d'élaborer un plan de traitement approprié
 - 3.5.6.2. Choisir les patients chez lesquels on peut effectuer une péritonectomie et/ou amorcer une chimiothérapie intrapéritonéale, y

compris la présentation et les discussions au sein du comité multidisciplinaire sur les tumeurs gastro-intestinales

3.5.6.3. Interpréter les examens radiologiques et nucléaires en tenant compte des limites de ces techniques diagnostiques et en intégrant les résultats de la biopsie

3.5.6.4. Évaluer l'état général des patients atteints du cancer et avoir les compétences pour évaluer les déséquilibres liquidiens et électrolytiques, les défaillances polyviscérales et les problèmes nutritionnels

3.5.7. Tumeurs pancréatiques

3.5.7.1. Choisir les patients chez lesquels on peut effectuer une chirurgie primaire ou palliative pour un adénocarcinome pancréatique, y compris la présentation et les discussions au sein du comité multidisciplinaire sur les tumeurs gastro-intestinales

3.5.7.2. Choisir les techniques et les interventions diagnostiques utilisées pour l'évaluation de l'adénocarcinome pancréatique, y compris la stadification appropriée de ces patients et l'habileté d'élaborer un plan de traitement approprié

3.5.7.3. Interpréter les examens radiologiques, notamment les tomодensitométries et les cholangiopancréatographie par résonance magnétique (MRCP) dans les cas appropriés, y compris les limites de ces techniques diagnostiques et l'intégration des résultats de la biopsie en contexte de comités et de conférences multidisciplinaires sur les tumeurs

3.5.7.4. Choisir les techniques d'accès vasculaire appropriées pour la prise en charge des liquides et l'administration du traitement systémique contre le cancer

3.5.7.5. Évaluer l'état critique des patients atteints du cancer et avoir les compétences pour évaluer les déséquilibres liquidiens et électrolytiques, les défaillances polyviscérales et les problèmes nutritionnels

3.5.8. Tumeurs hépatobiliaires

3.5.8.1. Choisir les patients chez lesquels on peut effectuer une chirurgie primaire ou amorcer un traitement combiné, y compris la présentation et les discussions au sein du comité multidisciplinaire sur les tumeurs

3.5.8.2. Choisir les techniques et les interventions diagnostiques utilisées pour l'évaluation des tumeurs hépatobiliaires, y compris la stadification appropriée de ces patients et l'habileté d'élaborer un plan de traitement approprié

3.5.8.3. Interpréter les examens radiologiques, y compris les tomодensitométries et examens dans les cas appropriés, en tenant

compte des limites de ces techniques diagnostiques et en les combinant aux résultats de la biopsie

- 3.5.8.4. Interpréter les examens diagnostiques actuels qui utilisent les isotopes radioactifs, y compris les tomographies par émission de positrons, en les combinant aux résultats des autres types d'imagerie
- 3.5.8.5. Évaluer l'état critique des patients atteints du cancer et avoir les compétences pour évaluer les déséquilibres liquidiens et électrolytiques, les défaillances polyviscérales et les problèmes nutritionnels. Cela s'avère surtout important dans ce groupe de patients qui peuvent présenter une insuffisance hépatique primaire avec agressions secondaires d'obstruction ou de résection

3.5.9. Tumeur de l'intestin grêle

- 3.5.9.1. Évaluer le risque ou la présence de grêle court ou de problèmes nutritifs ainsi que les complications liées à la fistule et à la plaie en ce qui a trait aux interventions de l'intestin grêle
- 3.5.9.2. Choisir les techniques et les interventions diagnostiques pour l'évaluation de l'affection initiale et de la maladie métastatique
- 3.5.9.3. Interpréter les examens radiologiques pertinents, y compris les échographies, les tomodensitométries, les imageries par résonance magnétique, les échographies endoscopiques et les scintigraphies radiomarquées (MIBG, octréotide, etc.) au besoin, incluant la prise en compte des limites et des besoins des comités et des conférences multidisciplinaires sur les tumeurs
- 3.5.9.4. Prendre en charge les problèmes liés aux patients qui présentent une maladie non résécable ou métastatique, y compris les options palliatives et les soins en fin de vie

4. Pratiquer efficacement les interventions de prévention et de traitement

- 4.1. Mettre en œuvre un plan de traitement en collaboration avec un patient et sa famille¹
- 4.2. Démontrer une mise en œuvre appropriée et en temps opportun des interventions de prévention et de traitement pertinentes à la pratique de la chirurgie oncologique
 - 4.2.1. Chirurgie oncologique du sein
 - 4.2.1.1. Identifier les patients ayant un risque élevé de présenter un cancer du sein, y compris les facteurs de risque pathologiques, familiaux et génétiques et les thérapies inductrices du cancer antérieures (c.-à-d. radiation durant l'enfance)
 - 4.2.1.2. Interpréter les diverses trouvailles pathologiques qui ont un impact sur le risque

¹ Dans ce document, l'expression « famille du patient » inclut toutes les personnes qui ont une importance pour le patient d'un point de vue personnel et qui se préoccupent des soins qui lui sont prodigués, y compris, selon la situation du patient, les membres de sa famille, les partenaires, les aidants naturels, les tuteurs et les représentants légaux.

- 4.2.1.3. Évaluer et prendre en charge le lymphœdème du bras, un effet secondaire du traitement contre le cancer du sein
 - 4.2.1.4. Stadification clinique et pathologique du cancer du sein
 - 4.2.1.5. Reconnaître les patients qui présentent un risque psychosocial élevé et trouver des ressources pour les consultations
 - 4.2.1.6. Être conscient des groupes de soutien locaux existants
 - 4.2.1.7. Appliquer des thérapies complémentaires et des soins intégrés
 - 4.2.1.8. Orienter le patient pour les techniques des interventions palliatives de radiation pour les récurrences locorégionales ainsi que les foyers métastatiques
- 4.2.2. Cancer colorectal et anal
- 4.2.2.1. Classifier les patients selon le niveau de risque (moyen ou élevé) de cancer colorectal
 - 4.2.2.2. Employer des options de dépistage appropriées avec le patient et informer sa famille, le cas échéant
 - 4.2.2.3. Donner des recommandations appropriées en ce qui a trait au suivi en fonction des résultats de l'examen de dépistage du patient
 - 4.2.2.4. Choisir les patients chez lesquels on peut effectuer une chirurgie primaire ou amorcer un traitement combiné
 - 4.2.2.5. Choisir les patients chez lesquels on peut effectuer une chirurgie de dérivation initiale
 - 4.2.2.6. Choisir les patients chez lesquels on peut amorcer une chimioradiothérapie néoadjuvante pour un cancer rectal
 - 4.2.2.7. Élaborer un plan de traitement personnalisé malgré les incertitudes liées au diagnostic et à la stadification, en tenant compte des facteurs de risque et des préférences du patient
 - 4.2.2.8. Planifier et concevoir des interventions chirurgicales pour la palliation des symptômes et des complications chez les patients qui ne peuvent être guéris en tenant compte des limites et des résultats prévus
 - 4.2.2.9. Orienter le patient ou effectuer de manière appropriée les interventions offertes pour la palliation, telles que la mise en place d'une endoprothèse et la dérivation chirurgicale
 - 4.2.2.10. Établir un régime de suivi après la fin de la thérapie pour un cancer primitif ou un cancer récidivant
- 4.2.3. Adénocarcinome gastrique
- 4.2.3.1. Choisir les patients chez lesquels on peut effectuer une chirurgie primaire ou amorcer une thérapie néoadjuvante pour un adénocarcinome gastrique, y compris la présentation et les discussions au sein du comité multidisciplinaire sur les tumeurs gastro-intestinales

- 4.2.3.2. Élaborer un plan de traitement personnalisé malgré les incertitudes liées au diagnostic et à la stadification, surtout dans les cas de limite plastique, de tumeurs de la jonction œsophago-gastrique, et en tenant compte des facteurs de risque du patient
- 4.2.4. Sarcome
 - 4.2.4.1. Choisir les patients chez lesquels on peut effectuer une chirurgie primaire ou amorcer un traitement combiné
 - 4.2.4.2. Élaborer un plan de traitement personnalisé malgré les incertitudes liées au diagnostic et à la stadification, en tenant compte des facteurs de risque du patient
- 4.2.5. Mélanome
 - 4.2.5.1. Identifier les patients ayant un risque élevé de présenter un mélanome, y compris les facteurs de risque familiaux et génétiques ainsi que l'exposition environnementale antérieure
 - 4.2.5.2. Prendre en charge le lymphœdème du bras et de la jambe, une complication du traitement du mélanome
 - 4.2.5.3. Stadification clinique et pathologique des mélanomes
- 4.2.6. Tumeurs du péritoine
 - 4.2.6.1. Élaborer un plan de traitement personnalisé malgré les incertitudes liées au diagnostic et à la stadification, en tenant compte des facteurs de risque du patient
 - 4.2.6.2. Obtenir un consentement éclairé approprié pour la perfusion isolée pelvienne avec chimiothérapie et/ou chirurgie de réduction tumorale en divulguant les risques, les complications et les résultats à long terme
- 4.2.7. Tumeurs pancréatiques
 - 4.2.7.1. Établir une stadification appropriée en fonction de l'évaluation du patient et des résultats des examens diagnostiques pour évaluer les masses pancréatiques, et concevoir un plan de traitement approprié
 - 4.2.7.2. Élaborer un plan de traitement personnalisé malgré les incertitudes liées au diagnostic et à la stadification, en tenant compte des facteurs de risque du patient
 - 4.2.7.3. Choisir les patients pour lesquels une chirurgie palliative ou d'autres interventions pour pallier les symptômes seraient avantageuses
- 4.2.8. Tumeurs hépatobiliaires
 - 4.2.8.1. Établir une stadification appropriée en fonction de l'évaluation du patient et des résultats des examens diagnostiques pour évaluer les tumeurs hépatobiliaires, et concevoir un plan de traitement approprié

- 4.2.8.2. Élaborer un plan de traitement personnalisé malgré les incertitudes liées au diagnostic et à la stadification, et en tenant compte des facteurs de risque du patient
- 4.2.9. Tumeurs endocriniennes
 - 4.2.9.1. Identifier les patients à risque d'endocrinopathies familiales et recommander des interventions appropriées pour le patient et les membres de sa famille
- 4.2.10. Tumeur de l'intestin grêle
 - 4.2.10.1. Mettre en pratique un plan de prise en charge efficace en collaboration avec le patient et sa famille
 - 4.2.10.2. Identifier les patients qui sont le plus à risque de présenter une propagation de la maladie et une maladie métastatique occulte
 - 4.2.10.3. Participer aux soins directs des patients qui subissent de la radiothérapie, de la chimiothérapie ou de la chimioembolisation en milieu externe ou hospitalier et en mettant en pratique les connaissances des complications suivant les interventions et les effets secondaires symptomatiques causés par leur prise en charge
 - 4.2.10.4. Identifier les patients à risque de malnutrition et élaborer des stratégies pour maintenir un apport calorique adéquat
 - 4.2.10.5. Identifier la population de patients pour laquelle l'octréotide en soins palliatifs est avantageux
- 4.3. Obtenir le consentement éclairé nécessaire en vue des traitements
- 4.4. S'assurer que les patients reçoivent des soins de fin de vie appropriés, y compris la prise en charge de la douleur

5. Utiliser les techniques d'intervention, tant diagnostiques que thérapeutiques, de façon compétente et appropriée

- 5.1. Démontrer l'exécution efficace, appropriée et en temps opportun des interventions diagnostiques pertinentes à la chirurgie générale oncologique

Général :

- 5.1.1. Effectuer les techniques et les interventions diagnostiques générales utilisées pour l'évaluation des cancers du sein, des cancers du tube digestif, des sarcomes et des lymphomes des tissus mous, y compris la stadification appropriée des patients atteints de ces maladies, et avoir l'habileté d'élaborer un plan de traitement approprié
- 5.1.2. Effectuer une endoscopie pour le suivi des cancers du tube digestif

- 5.1.3. Effectuer des interventions diagnostiques focales, y compris la ponction-aspiration à l'aiguille fine, la microbiopsie pour la pathologie, la paracentèse et la thoracentèse
- 5.1.4. Diagnostiquer des cancers rares en fonction des connaissances sur l'évolution naturelle d'une grande variété de cancers
- 5.1.5. Obtenir un accès vasculaire approprié pour l'administration d'une thérapie systémique contre le cancer

Spécifique au site :

5.1.6. Chirurgie oncologique du sein

- 5.1.6.1. Effectuer les interventions fréquemment effectuées en cabinet, y compris, la ponction du kyste, la ponction-aspiration à l'aiguille fine, la microbiopsie percutanée guidée par imagerie ou non et la biopsie à l'emporte-pièce de la peau, et interpréter les résultats
- 5.1.6.2. Sélectionner les interventions guidées par imagerie du sein, y compris les galactographies, la ponction-aspiration à l'aiguille fine guidée par imagerie (c.-à-d. échographie, imagerie stéréotaxique, IRM et autres) et les microbiopsies
- 5.1.6.3. Évaluer les colorations immunohistochimiques, la cytologie, les marqueurs tumoraux et les autres indicateurs du pronostic, et leur pertinence pour le traitement

5.1.7. Cancer colorectal et anal

- 5.1.7.1. Déterminer le stade du cancer rectal en effectuant une rectosigmoïdoscopie à l'aide de l'appareil rigide et grâce à l'information sur la distance de la marge anale
- 5.1.7.2. Effectuer un examen sous anesthésie pour évaluer l'étendue locale des tumeurs anales et rectales

5.1.8. Adénocarcinome gastrique

- 5.1.8.1. Effectuer des interventions diagnostiques et de stadification, telles que l'exploration laparoscopique et la biopsie, la paracentèse et la thoracentèse
- 5.1.8.2. Repérer et effectuer une biopsie des sites ganglionnaires fréquents et systémiques des métastases

5.1.9. Sarcome et tumeur stromale gastro-intestinale

- 5.1.9.1. Effectuer une endoscopie pour l'investigation et le suivi des tumeurs stromales gastro-intestinales et des sarcomes du tube digestif
- 5.1.9.2. Effectuer des interventions diagnostiques telles que la ponction-aspiration à l'aiguille fine, la microbiopsie pour la pathologie, la paracentèse et la thoracentèse

5.1.10. Mélanome

- 5.1.10.1. Effectuer des interventions fréquemment effectuées en cabinet, y compris la biopsie-exérèse des lésions cutanées et la ponction-aspiration à l'aiguille fine des ganglions lymphatiques palpables, et interpréter les résultats
- 5.1.10.2. Évaluer les caractéristiques pathologiques bénignes et malignes des mélanomes et des autres lésions cutanées
- 5.1.10.3. Identifier les problèmes pathologiques particuliers liés au traitement des mélanomes

5.1.11. Tumeurs du péritoine

- 5.1.11.1. Effectuer des interventions diagnostiques telles que la paracentèse et la thoracentèse, l'évaluation laparoscopique, l'aspiration et la biopsie

5.1.12. Tumeurs pancréatiques

- 5.1.12.1. Effectuer des interventions endoscopiques de la partie supérieure du tube digestif lors de l'évaluation des adénocarcinomes pancréatiques, surtout pour évaluer la sténose pyloro-duodénale
- 5.1.12.2. Effectuer des interventions diagnostiques et de stadification, telles que l'exploration laparoscopique et la biopsie, la paracentèse et la thoracentèse

5.1.13. Tumeurs hépatobiliaires

- 5.1.13.1. Effectuer une paracentèse diagnostique ou thérapeutique

5.1.14. Tumeur de l'intestin grêle

- 5.1.14.1. Effectuer les interventions endoscopiques nécessaires au diagnostic et à la surveillance des tumeurs de l'intestin grêle

5.2. Démontrer l'exécution efficace, appropriée et en temps opportun des interventions thérapeutiques pertinentes à la chirurgie générale oncologique

Général :

- 5.2.1. Effectuer des interventions chirurgicales standards nécessaires chez les patients présentant des cancers pouvant être pris en charge par une chirurgie générale et, dans des cas appropriés, participer à la prise en charge multidisciplinaire plus spécialisée des chirurgies hépatobiliaires et pelviennes telles que définies dans les objectifs précis ci-dessous
- 5.2.2. Choisir les patients chez lesquels il faut effectuer une thérapie adjuvante combinée à des interventions chirurgicales et les connaissances associées à cette thérapie et à ces interventions chirurgicales
- 5.2.3. Collaborer aux techniques chirurgicales qui peuvent inclure les zones touchées par la chirurgie génito-urinaire et la chirurgie thoracique, y compris

l'exentération pelvienne, la néphrectomie complexe et les chirurgies du diaphragme et de la paroi thoracique

- 5.2.4. Effectuer des chirurgies pour la palliation des symptômes et des complications chez des patients présentant un cancer avancé

Spécifique au site :

- 5.2.5. Chirurgie oncologique du sein

- 5.2.5.1. Adopter, de façon efficace, des techniques pour optimiser le résultat cosmétique, pour réduire le traumatisme chirurgical et pour obtenir les meilleurs résultats chirurgicaux possibles pour les interventions chirurgicales contre le cancer pour toutes les principales chirurgies du sein, y compris la biopsie du sein, la biopsie au harpon, l'excision du canal, la lumpectomie, la mastectomie simple, la mastectomie radicale modifiée avec ou sans reconstruction, la dissection axillaire et la cartographie du ganglion sentinelle

- 5.2.6. Cancer colorectal et anal

- 5.2.6.1. Effectuer des excisions mésorectales totales pour des cancers primaires du rectum
- 5.2.6.2. Effectuer des résections et des anastomoses dans des cas colorectaux, anaux et pelviens complexes, y compris la résection antérieure basse, la résection abdominopérinéale, l'exérèse transanale et l'exentération pelvienne
- 5.2.6.3. Effectuer des interventions chirurgicales pour la palliation des symptômes et des complications chez des patients qui ne peuvent être guéris, y compris la création d'une stomie et d'une fistule entéro-entérale
- 5.2.6.4. Faire preuve de bon jugement peropératoire dans les cas où l'on observe des trouvailles inattendues, incluant la carcinomatose et la maladie localisée en évolution
- 5.2.6.5. Agir rapidement et efficacement dans des situations urgentes, incluant les hémorragies, les perforations et les erreurs techniques

- 5.2.7. Adénocarcinome gastrique

- 5.2.7.1. Effectuer une résection de l'adénocarcinome gastrique, y compris la résection multiviscérale, en utilisant l'examen en congélation avec révision des marges pendant l'intervention chirurgicale
- 5.2.7.2. Effectuer une lymphadénectomie au niveau de D1 ou D2
- 5.2.7.3. Effectuer une résection en bloc de l'épiploon avec gastrectomie, pouvant inclure une exposition transthoracique avec résection et reconstruction du diaphragme

- 5.2.7.4. Effectuer des interventions chirurgicales pour la palliation des symptômes et des complications chez les patients présentant un cancer gastrique avancé, y compris la salpingo-oophorectomie, la gastrojéjunostomie, la mise en place du tube de gastrostomie et la mise en place du tube de jéjunostomie

5.2.8. Sarcome

- 5.2.8.1. Effectuer la résection du sarcome rétropéritonéal, y compris la résection multiviscérale
- 5.2.8.2. Effectuer la résection d'une tumeur stromale gastro-intestinale
- 5.2.8.3. Effectuer la résection des sarcomes tronculaires (tumeur desmoïde), y compris les options et les principes de la reconstruction
- 5.2.8.4. Participer aux techniques chirurgicales qui incluent les zones touchées par la chirurgie génito-urinaire, la chirurgie thoracique et la chirurgie orthopédique, y compris l'exentération pelvienne, la néphrectomie, la résection du compartiment et la chirurgie avec préservation du membre et la chirurgie du diaphragme et de la paroi thoracique
- 5.2.8.5. Effectuer des interventions chirurgicales pour la palliation des symptômes et des complications chez des patients présentant un sarcome avancé

5.2.9. Mélanome

- 5.2.9.1. Effectuer une excision large locale, des lambeaux d'avancement locaux, des lambeaux de rotation, des greffes cutanées, la cartographie du ganglion sentinelle, la dissection axillaire et la dissection ganglionnaire inguinale.

5.2.10. Tumeurs du péritoine

- 5.2.10.1. Participer à la résection des tumeurs du péritoine, y compris la résection des viscères au besoin et la gastrectomie distale, la colectomie subtotal, la splénectomie, l'hystérectomie abdominale totale/la salpingo-oophorectomie bilatérale)
- 5.2.10.2. Effectuer des interventions chirurgicales pour la palliation des symptômes et des complications chez des patients présentant une tumeur du péritoine avancée

5.2.11. Tumeurs pancréatiques

- 5.2.11.1. Effectuer une résection d'un adénocarcinome pancréatique, y compris la pancréatectomie totale, la pancréatico-duodénectomie, la pancréatectomie distale et la résection multiviscérale, en utilisant l'examen en congélation avec révision des marges pendant l'intervention chirurgicale
- 5.2.11.2. Effectuer des interventions palliatives, y compris les dérivations gastro-jéjunales et biliaires

5.2.12. Tumeurs hépatobiliaires

- 5.2.12.1. Effectuer des résections et des anastomoses du foie et de l'arbre biliaire
- 5.2.12.2. Effectuer des interventions chirurgicales pour la palliation des symptômes et des complications chez des patients présentant une obstruction

5.2.13. Tumeur de l'intestin grêle

- 5.2.13.1. Effectuer une résection de l'intestin grêle et des organes adjacents lors de résections multiviscérales complexes
- 5.2.13.2. Effectuer des interventions chirurgicales pour la palliation des maladies incurables non résécables

5.3. Obtenir le consentement éclairé nécessaire en vue des interventions

5.4. Documenter les interventions pratiquées et leur résultat, et diffuser l'information pertinente

5.5. Assurer la tenue d'un suivi approprié des interventions pratiquées

6. Consulter au besoin d'autres professionnels de la santé tout en reconnaissant les limites de leur expertise

6.1. Démontrer qu'ils connaissent les limites de leur expertise

6.2. Démontrer qu'ils peuvent au besoin consulter un autre professionnel efficacement, de façon appropriée et en temps opportun pour optimiser les soins dispensés aux patients

6.3. Adresser les cas aux conférences de tournées multidisciplinaires appropriées

- 6.3.1. Démontrer des compétences professionnelles dans la prise en charge interdisciplinaire de la maladie métastatique et récidivante, y compris les soins palliatifs

6.4. Organiser des services de soins de suivi appropriés pour des patients et leur famille

Communicateur

Définition :

Comme *communicateurs*, les spécialistes en chirurgie générale oncologique facilitent efficacement la relation médecin-patient et les échanges dynamiques qui se produisent avant, pendant et après la rencontre médicale.

Compétences clés et habilitantes : Les spécialistes en chirurgie générale oncologique peuvent...

1. Établir un rapport et une confiance ainsi qu'une relation conforme à l'éthique avec les patients et les membres de leur famille

- 1.1. Reconnaître que le fait d'être bon communicateur constitue une compétence clinique essentielle pour les médecins et qu'une bonne communication médecin-patient peut favoriser la satisfaction du patient et du médecin, l'observance du traitement et l'amélioration des résultats cliniques
- 1.2. Établir avec les patients et les membres de leur famille de bonnes relations thérapeutiques caractérisées par la compréhension, la confiance, le respect, l'honnêteté et l'empathie
- 1.3. Respecter la vie privée, le caractère confidentiel des renseignements concernant le patient et son autonomie
- 1.4. Écouter efficacement
- 1.5. Être à l'affût des indices non verbaux et en tenir compte
- 1.6. Faciliter efficacement une rencontre clinique structurée

2. Recueillir et faire la synthèse précise des renseignements pertinents et des points de vue des patients, de leurs proches, de collègues et d'autres professionnels

- 2.1. Réunir de l'information sur une maladie, et sur les croyances d'un patient, ses préoccupations, ses attentes et son vécu de la maladie
- 2.2. Obtenir des renseignements pertinents auprès d'autres sources, comme les membres de la famille du patient, les soignants et d'autres professionnels, et en faire la synthèse, tout en respectant la vie privée et la confidentialité
- 2.3. Recueillir les antécédents pertinents auprès des patients, de leur famille et de la communauté ayant des contextes sociaux, ethniques et religieux variés et en faire la synthèse.

3. Transmettre avec exactitude des explications et des renseignements pertinents aux patients et aux membres de leur famille, à des collègues et à d'autres professionnels

- 3.1. Présenter des renseignements à un patient et aux membres de sa famille, aux collègues et à d'autres professionnels de façon humaine et compréhensible pour encourager la discussion et la participation à la prise de décision
- 3.2. Expliquer tous les aspects du traitement et des soins au patient en utilisant un langage de tous les jours
- 3.3. Expliquer l'algorithme du traitement au patient, y compris tous les aspects du plan de traitement, y compris l'intervention chirurgicale, la chimiothérapie et la radiation ainsi que l'horaire de ces traitements
- 3.4. Expliquer les résultats oncologiques et fonctionnels ainsi que les complications associées aux options de résection chirurgicale appropriées

- 3.5. Informer les patients en ce qui a trait aux estimations du risque grâce aux modèles contemporains, et à la réduction du risque grâce au dépistage, aux médicaments et aux interventions chirurgicales
- 3.6. Informer les patients en ce qui a trait aux indications, à l'utilité, aux coûts, aux complications et aux questions concernant la vie privée liés aux tests génétiques
- 3.7. Reconnaître les problèmes psychologiques, sociaux et fonctionnels particuliers auxquels les patients et leurs familles font face lorsqu'ils affrontent le cancer et les traitements
- 3.8. Planifier et communiquer au patient un plan de suivi approprié
- 3.9. Faire preuve de compassion et avoir l'habileté de soutenir le moral des patients durant l'évolution de la maladie

4. Faire en sorte que les patients, les membres de leur famille et les autres professionnels aient la même compréhension des enjeux, des problèmes et des dispositions pour élaborer un plan de traitement commun

- 4.1. Définir et explorer efficacement les problèmes à aborder à la suite d'une rencontre avec un patient, en tenant compte du contexte, des réponses du patient, de ses préoccupations et de ses préférences
- 4.2. Respecter la diversité et la différence, y compris les répercussions du sexe, de la religion et des croyances culturelles, et respecter les différents besoins des patients et de leurs familles en ce qui a trait à la prise de décision, à la maladie et au traitement
- 4.3. Adopter un style de communication sensible et culturellement approprié avec les patients et leurs familles
- 4.4. Encourager la discussion, les questions et l'échange au cours de la rencontre
- 4.5. Pour l'élaboration du plan de traitement, faire participer les patients, les membres de leur famille et les professionnels de la santé compétents à la prise de décision
 - 4.5.1. Offrir aux patients et à leurs familles le soutien nécessaire et les options liées aux soins palliatifs disponibles vers la fin de l'évolution de la maladie
 - 4.5.2. Interagir avec les patients hospitalisés et en clinique externe qui suivent une radiothérapie et/ou une chimiothérapie pour un cancer
- 4.6. S'attaquer efficacement aux problèmes de communication délicats, y compris l'obtention d'un consentement éclairé, l'annonce d'une mauvaise nouvelle et la présence de colère, de confusion et d'incompréhension
- 4.7. Évaluer l'habileté des patients de la clinique et des membres de leurs familles de participer à des discussions sur les options de résection chirurgicale, les résultats et les complications
- 4.8. Évaluer les patients à la clinique, y compris le niveau de participation individuelle du patient et de sa famille dans les discussions sur les options de résection chirurgicale, les résultats et les complications

5. Transmettre efficacement des renseignements par voie orale, écrite ou électronique au sujet d'une rencontre médicale

- 5.1. Tenir des dossiers clairs, concis, exacts et appropriés sur les rencontres cliniques et les plans
- 5.2. Présenter des rapports oraux au sujet des rencontres cliniques et des plans
- 5.3. Choisir les renseignements appropriés à discuter avec les patients et leurs familles et les autres membres de l'équipe de soins de santé
- 5.4. Transmettre au public ou aux médias l'information relative à une question médicale

Collaborateur

Définition :

Comme *collaborateurs*, les chirurgiens généraux oncologistes travaillent efficacement dans une équipe de soins de santé afin de prodiguer des soins optimaux aux patients.

Compétences clés et habilitantes : Les chirurgiens généraux oncologistes peuvent...

1. Collaborer efficacement et adéquatement au sein d'une équipe de soins pluridisciplinaires

- 1.1. Collaborer avec d'autres personnes pour évaluer, planifier, prodiguer et intégrer des soins à des patients individuels (et à des groupes de patients)
 - 1.1.1. Travailler efficacement avec les chirurgiens généraux, les autres chirurgiens oncologistes d'autres surspécialités, les radio-oncologistes, les oncologistes médicaux, les pathologistes, les spécialistes des sciences fondamentales, les chercheurs translationaux et cliniques, les infirmières oncologistes, les autres spécialistes médicaux et les autres travailleurs des soins de la santé
 - 1.1.2. Interagir avec le radio-oncologiste dans la planification du traitement de patients présentant différents types de cancers, utilisation de la localisation tumorale et la façon par laquelle le chirurgien peut aider à identifier la maladie résiduelle macroscopique et microscopique pour aider à la planification du traitement
 - 1.1.3. Participer à la planification de la prise en charge interdisciplinaire de la maladie métastatique et récidivante, y compris les soins palliatifs
 - 1.1.4. Être conscient de l'importance de l'oncologie médicale et de la radio-oncologie en ce qui a trait à l'approche multidisciplinaire pour le cancer pancréatique, y compris les résultats des études récentes sur la chimiothérapie et la radiation
 - 1.1.5. Être compétent dans l'évaluation interdisciplinaire et la planification multidisciplinaire du traitement pré-chirurgical, y compris la radiologie diagnostique, la chirurgie plastique, l'oncologie médicale, la radio-oncologie et la pathologie

- 1.1.6. Collaborer avec des médecins et des équipes d'autres surspécialités dans la planification et l'amorce d'un traitement combiné, spécialement la chimiothérapie intra-péritonéale après une chirurgie de réduction tumorale
- 1.1.7. Collaborer avec des médecins et des équipes d'autres surspécialités dans la planification et l'amorce d'un traitement combiné (y compris les médecins qui ont prescrit la radiothérapie, la chimiothérapie, l'immunothérapie ou l'endocrinothérapie)
- 1.1.8. Interagir avec les endocrinologues et les néphrologues lors de l'évaluation et de la prise en charge préopératoire et postopératoire des patients présentant une hypercalcémie
- 1.1.9. Collaborer avec des médecins et des équipes d'autres surspécialités dans la planification et l'amorce d'un traitement combiné (y compris les médecins qui ont prescrit une radiothérapie ou une chimiothérapie)
- 1.1.10. Être impliqué dans les soins directs aux patients qui subissent une radiothérapie et/ou une chimiothérapie pour un adénocarcinome gastrique en milieu externe ou hospitalier
- 1.1.11. Être impliqué dans les soins directs aux patients qui subissent une radiothérapie et/ou une chimiothérapie systémique pour un sarcome en milieu externe ou hospitalier

2. Contribuer aux équipes interprofessionnelles et multidisciplinaires

- 2.1. Décrire et respecter les rôles et les responsabilités des autres professionnels par rapport aux rôles et responsabilités du chirurgien général oncologiste
- 2.2. Décrire le rôle important joué par les professionnels de la santé dans la prestation de soins optimaux aux patients
- 2.3. Respecter, considérer et accepter les opinions des autres membres de l'équipe
- 2.4. Entretenir des relations interdépendantes avec les autres professionnels pour la prestation de soins de santé de qualité
- 2.5. Décrire les principes de la dynamique d'équipe
- 2.6. Respecter l'éthique de l'équipe, y compris la confidentialité, l'affectation des ressources et le professionnalisme
- 2.7. Faire preuve de leadership dans une équipe de soins de santé de façon appropriée
- 2.8. Travailler efficacement lors de réunions formelles et planifiées de groupes multidisciplinaires et interdisciplinaires (comités sur les tumeurs, conférences de groupe de travail et tournées de travail interdisciplinaires)
- 2.9. Utiliser les ressources accessoires nécessaires pour offrir des soins interdisciplinaires afin de gérer les problèmes des patients atteints d'un cancer
 - 2.9.1. Adresser les patients et leurs familles vers des options de soins palliatifs à la fin de la maladie
 - 2.9.2. Être compétent dans l'utilisation des ressources accessoires nécessaires pour offrir des soins interdisciplinaires afin de gérer les problèmes des patients atteints d'un cancer

3. Collaborer efficacement avec d'autres professionnels de la santé afin d'éviter des conflits interprofessionnels, de les négocier et de les résoudre

- 3.1. Respecter leurs collègues et les membres d'une équipe interprofessionnelle
- 3.2. Collaborer avec d'autres professionnels pour prévenir les conflits et élaborer des stratégies pour résoudre des conflits interprofessionnels
- 3.3. Comprendre le besoin de résoudre le conflit parmi les membres d'une équipe de façon juste, respectueuse et positive
- 3.4. Recourir à la négociation fondée sur la collaboration pour résoudre des conflits
- 3.5. Respecter les différences, et s'attaquer aux malentendus et aux limites chez d'autres professionnels
- 3.6. Reconnaître leurs propres différences, incompréhensions et limites qui peuvent contribuer à la tension entre professionnels
- 3.7. Réfléchir sur le fonctionnement de l'équipe interprofessionnelle

Gestionnaire

Définition :

Comme *gestionnaires*, les chirurgiens généraux oncologistes participent à part entière à la vie d'organisations de soins de santé où ils organisent des pratiques durables, prennent des décisions sur l'affectation des ressources et contribuent à l'efficacité du système de soins de santé.

Compétences clés et habilitantes : Les chirurgiens généraux oncologistes peuvent...

1. Participer à des activités qui contribuent à l'efficacité de leurs organisations et systèmes de soins de santé

- 1.1. Travailler en collaboration avec d'autres membres de leur organisation pour offrir des soins contre le cancer de façon efficace
- 1.2. Participer à l'évaluation et à l'amélioration des processus systémiques de maintien de la qualité, y compris les initiatives sur la sécurité des patients
- 1.3. Travailler avec les cliniciens et les autres professionnels de la santé pour évaluer, planifier, offrir et revoir d'autres tâches, telles que les problèmes liés à la recherche, le travail d'information, la révision de programme ou d'autres tâches administratives
- 1.4. Décrire la fonction, la structure, le financement et le fonctionnement des systèmes et des établissements de soins de santé régionaux et provinciaux par rapport à la chirurgie générale oncologique, y compris les rôles des médecins qui pratiquent dans des spécialités connexes

- 1.5. Décrire les principes du financement des soins de santé, y compris la rémunération des médecins, l'établissement des budgets et le financement des organisations relativement à la chirurgie générale oncologique
- 1.6. Décrire des approches fondées sur la population en ce qui a trait à la prévention du cancer, au dépistage et à la détection précoce, et leurs répercussions sur la pratique de l'oncologie chirurgicale
- 1.7. Repérer et utiliser les ressources de soins de santé pour offrir des soins aux patients atteints du cancer dans une variété de milieux, y compris les soins ambulatoires, les hôpitaux tertiaires de soins de courte durée, les centres de réadaptation, les centres de soins palliatifs, les soins palliatifs à domicile, les centres d'études sur le cancer, les centres communautaires sur le cancer et les hôpitaux généraux

2. Gérer efficacement leur pratique et leur carrière

- 2.1. Établir les priorités et gérer leur temps pour établir un juste équilibre entre les soins aux patients, les exigences de la pratique, les activités extérieures et la vie personnelle
- 2.2. Gérer une pratique, notamment les ressources financières et humaines
- 2.3. Mettre en œuvre des processus visant à assurer l'amélioration de leur pratique personnelle
- 2.4. Utiliser la technologie de l'information pour optimiser les soins aux patients, faciliter l'apprentissage à vie et diffuser les résultats de la recherche

3. Répartir judicieusement des ressources du secteur des soins de santé, qui sont limitées

- 3.1. Démontrer une compréhension de l'importance de la juste répartition des ressources de la santé en établissant un équilibre entre l'efficacité, l'efficience et l'accès, d'une part, et le soin optimal des patients, d'autre part
- 3.2. Appliquer des données probantes et des processus de gestion pour dispenser des soins, dont le coût, est approprié

4. Jouer des rôles d'administrateur et de chef de file

- 4.1. Travailler efficacement au sein d'un groupe de travail sur le cancer pour effectuer des tâches, soit à titre de chef d'équipe ou de membre de l'équipe
- 4.2. Participer efficacement à des comités et des réunions
- 4.3. Diriger ou mettre en œuvre des changements apportés aux soins de santé
- 4.4. Planifier des éléments pertinents à la prestation des soins de santé (comme les horaires de travail)

Promoteur de la santé

Définition :

Comme *promoteurs de la santé*, les chirurgiens généraux oncologistes utilisent leur expertise et leur influence de façon responsable pour promouvoir la santé et le mieux-être de patients individuels, de collectivités et de populations.

Compétences clés et habilitantes : Les chirurgiens généraux oncologistes peuvent...

1. Répondre aux besoins et aux problèmes de santé de patients individuels dans le cadre des soins aux patients

- 1.1. Définir les besoins sanitaires d'un patient individuel
 - 1.1.1. Être conscient de la diversité culturelle et des besoins différents des patients et de leurs familles en ce qui a trait à la maladie et au traitement
 - 1.1.2. Être conscient des besoins en constante évolution des systèmes de soutien social pour les patients et leurs familles durant le diagnostic, le traitement, la transition à la surveillance et la rechute
- 1.2. Identifier les déterminants importants de la santé qui ont un effet sur un patient en particulier
- 1.3. Repérer des possibilités de représentation, de promotion de la santé et de prévention des maladies auprès de personnes auxquelles ils prodiguent des soins
- 1.4. Évaluer l'habileté du patient à accéder à divers services des systèmes de santé et sociaux

2. Répondre aux besoins sanitaires des collectivités qu'ils servent

- 2.1. Décrire les milieux de pratique qu'ils servent
- 2.2. Repérer des possibilités de représentation, de promotion de la santé et de prévention des maladies dans les collectivités qu'ils servent et y réagir de la façon appropriée
- 2.3. Comprendre qu'il peut y avoir des intérêts divergents entre les collectivités servies et d'autres populations

3. Définir les déterminants de la santé des populations qu'ils servent

- 3.1. Définir les déterminants de la santé de la population, y compris les obstacles à l'accès aux soins et aux ressources
- 3.2. Repérer les groupes vulnérables ou marginalisés au sein des populations servies et y répondre de la façon appropriée
- 3.3. Comprendre les politiques actuelles qui ont un effet sur le risque de cancer ou le traitement, soit de façon positive ou négative (p. ex. politiques concernant les maladies transmissibles, le tabac ou l'abus d'alcool ou d'autres drogues)

- 3.4. Comprendre comment mettre en pratique les connaissances liées à la prévention chez les groupes « à risque » au sein de la pratique de la chirurgie générale oncologique

4. Promouvoir la santé de patients individuels, de collectivités et de populations

- 4.1. Décrire une façon de mettre en œuvre un changement d'un déterminant de la santé des populations qu'ils servent
- 4.2. Décrire l'effet des politiques publiques sur la santé des populations servies
- 4.3. Repérer les points d'influence dans le système de santé et sa structure
- 4.4. Décrire les enjeux éthiques et professionnels inhérents à la représentation dans le domaine de la santé, y compris l'altruisme, la justice sociale, l'autonomie, l'intégrité et l'idéalisme
- 4.5. Comprendre la possibilité inhérente de conflits entre leur rôle de promoteur de la santé qui intervient en faveur d'un patient ou d'une collectivité et celui de gestionnaire ou gardien
- 4.6. Décrire le rôle de la profession médicale dans l'intervention collective en faveur de la santé et de la sécurité des patients
- 4.7. Décrire, en termes génériques, les principales questions que l'on débat actuellement en ce qui a trait aux changements des systèmes de soins de santé régionaux, provinciaux et national et qui sont associées à la chirurgie générale oncologique (p. ex. politiques liées au temps d'attente pour une chirurgie contre le cancer, la privatisation des assurances et des services de prestation de soins de santé)

Érudit

Définition :

Comme *érudits*, les chirurgiens généraux oncologistes démontrent pendant toute leur vie un engagement envers l'apprentissage fondé sur la réflexion, ainsi que la création, la diffusion, l'application et l'utilisation de connaissances médicales.

Compétences clés et habilitantes : Les chirurgiens généraux oncologistes peuvent...

1. Maintenir et améliorer les activités professionnelles par l'acquisition continue du savoir

- 1.1. Décrire les principes du maintien de la compétence
- 1.2. Décrire les principes et les stratégies de mise en œuvre d'un système de gestion du savoir personnel
- 1.3. Reconnaître les problèmes d'apprentissage dans la pratique et en tenir compte
- 1.4. Procéder à des vérifications de la pratique personnelle

- 1.5. Poser une question appropriée concernant l'apprentissage
- 1.6. Consulter et interpréter les données probantes pertinentes
- 1.7. Appliquer de nouvelles connaissances à la pratique
- 1.8. Évaluer l'incidence de tout changement dans la pratique
- 1.9. Documenter le processus d'apprentissage

2. Évaluer de façon critique l'information médicale et ses sources et en faire une utilisation judicieuse lors de la prise de décisions touchant à la pratique

- 2.1. Décrire l'importance de la médecine factuelle dans la pratique de la chirurgie générale oncologique
- 2.2. Décrire les principes de l'évaluation critique
- 2.3. Évaluer de façon critique les données probantes obtenues afin de répondre à une question clinique
- 2.4. Évaluer de façon critique diverses sources de renseignements médicaux, y compris l'internet, les « avis des experts », et les publications dans la presse populaire
- 2.5. Intégrer des conclusions d'évaluation critique aux soins cliniques

3. Faciliter l'acquisition du savoir pour les patients, les membres de leur famille, les étudiants, les résidents, d'autres professionnels de la santé, le public et d'autres intervenants

- 3.1. Décrire les principes d'apprentissage pertinents à la formation en médecine
- 3.2. En collaboration, définir les besoins d'apprentissage et les résultats souhaités chez des tiers
- 3.3. Choisir des stratégies efficaces d'enseignement et un contenu permettant de faciliter l'apprentissage chez des tiers
- 3.4. Démontrer des techniques efficaces de présentation de conférences ou d'exposés
- 3.5. Évaluer une séance de formation et y réfléchir
- 3.6. Fournir une rétroaction efficace
- 3.7. Décrire les principes d'éthique qui ont trait à l'enseignement

4. Contribuer à la création, à la diffusion, à l'application et à l'utilisation de connaissances et de pratiques médicales nouvelles

- 4.1. Décrire les principes de la recherche et de la recherche savante afin :
 - 4.1.1. d'identifier les techniques de recherche fondamentale, translationnelle, épidémiologique ou clinique dans le domaine de l'oncologie, telles que la biologie moléculaire, les modificateurs de la réponse biologique, l'immunologie de greffe et l'épidémiologie moléculaire
 - 4.1.2. de décrire la valeur et la méthodologie des essais cliniques randomisés prospectifs et d'être capable d'analyser les résultats et de les mettre en pratique dans une situation clinique
 - 4.1.3. de décrire les limites de la révision des dossiers
 - 4.1.4. d'identifier les principes et les réalisations récentes dans le domaine de la recherche éducative chirurgicale
 - 4.1.5. de décrire les principes de l'éthique médicale
- 4.2. Décrire les principes de l'éthique de la recherche
- 4.3. Posséder l'habileté d'intégrer le sexe et les points de vue culturels et ethniques à la méthodologie de recherche, à la présentation des données et à l'analyse
- 4.4. Comprendre l'importance et les défis associés à la recherche multicentrique et à la collaboration avec des spécialistes des sciences fondamentales
- 4.5. Poser une question érudite
- 4.6. Effectuer une recherche systématique de données probantes
- 4.7. Choisir et mettre en œuvre des méthodes appropriées pour répondre à la question
- 4.8. Être conscient des méthodes des essais cliniques prospectifs, et si possible, participer à ces essais
- 4.9. Comprendre la façon dont il faut évaluer les nouvelles techniques et interventions chirurgicales
- 4.10. Comprendre la façon dont il faut évaluer les nouvelles thérapies systémiques et ciblées
- 4.11. Diffuser les résultats d'un projet de recherche complété
- 4.12. Participer à un projet de recherche scientifique, d'assurance de la qualité ou d'éducation portant sur la chirurgie générale oncologique, démontrant la responsabilité principale d'au moins un des éléments suivants du projet :
 - 4.12.1. Formulation d'une hypothèse, laquelle doit inclure une revue exhaustive de la littérature
 - 4.12.2. Élaboration d'un protocole pour le projet scientifique
 - 4.12.3. Préparation d'une demande de subvention
 - 4.12.4. Élaboration de la proposition de recherche en éthique
 - 4.12.5. Interprétation et synthèse des résultats

Professionnel

Définition :

Comme *professionnels*, les chirurgiens généraux oncologistes se consacrent à la santé et au mieux-être de la personne et de la société, à la pratique respectueuse de l'éthique, à l'autoréglementation de la profession et aux critères rigoureux de comportements personnels.

Compétences clés et habilitantes : Les chirurgiens généraux oncologistes peuvent...

1. Démontrer un engagement envers leurs patients, la profession et la société par une pratique respectueuse de l'éthique

- 1.1. Offrir des soins d'excellente qualité en faisant preuve d'intégrité, d'honnêteté, de compassion, d'engagement et de respect
 - 1.1.1. Être ponctuel
 - 1.1.2. Accepter la responsabilité des obligations de consultant au service d'hospitalisation, à la clinique, dans les conférences de cas et dans le cadre d'autres activités professionnelles
 - 1.1.3. Céder par écrit la responsabilité aux autres et accepter les responsabilités cédées par écrit par les autres de façon appropriée
- 1.2. Adopter une attitude de bienveillance, de coopération et de compassion envers les patients, leurs familles et leurs amis proches
- 1.3. Discuter du concept de l'altruisme et de ses répercussions sur la pratique
- 1.4. Démontrer un engagement au maintien des compétences
- 1.5. Reconnaître, analyser et essayer de résoudre les problèmes éthiques tels que l'obtention de la vérité, le consentement, les directives avancées, la confidentialité, les soins en fin de vie, les conflits d'intérêts, l'allocation des ressources et l'éthique de la recherche
 - 1.5.1. Identifier les critères pour lesquels il faut consulter un éthicien ou adresser le cas à un comité d'éthique
- 1.6. Reconnaître les biais fondés sur le sexe, l'âge, l'orientation sexuelle, la religion, la race, l'éducation ou le statut social et tenter de les supprimer chez soi et chez les autres
- 1.7. Déclarer les conflits d'intérêts personnels possibles
- 1.8. Maintenir des limites appropriées dans les relations avec les patients et les membres de leur famille

2. Démontrer un engagement envers leurs patients, la profession et la société en participant à l'autoréglementation de la profession

- 2.1. Comprendre les codes de pratique de la profession, fondés sur la loi et la déontologie
 - 2.1.1. Reconnaître les principes et les limites de la confidentialité du patient tels que définis par les normes de la pratique professionnelle et par la loi
- 2.2. S'acquitter des obligations réglementaires et législatives découlant de la pratique actuelle de la chirurgie générale oncologique
- 2.3. Démontrer leurs responsabilités face aux ordres de médecins
- 2.4. Participer à l'examen de pairs
- 2.5. Reconnaître et identifier les méthodes pour gérer les comportements non professionnels en pratique clinique, en tenant compte de la réglementation locale et provinciale
 - 2.5.1. Reconnaître et gérer les incidents d'intimidation et de harcèlement

3. Démontrer un engagement envers la santé des médecins et la viabilité de leur pratique

- 3.1. Faire un effort pour équilibrer les rôles et les responsabilités personnelles et professionnelles
- 3.2. Déléguer les responsabilités de façon appropriée
- 3.3. S'efforcer d'accentuer leur sensibilisation et leur perspicacité personnelles et professionnelles
- 3.4. Reconnaître les cas où d'autres professionnels sont dans le besoin et y réagir de la façon appropriée
 - 3.4.1. Reconnaître les signes d'épuisement professionnel chez soi et chez ses collègues et utiliser les sources de conseils et de soutien

RÉVISÉ – Comité d'examen des normes de formation spécialisée – juin 2009

MISE À JOUR RÉDACTIONNELLE – Bureau de l'éducation spécialisée – juin 2014

MISE À JOUR RÉDACTIONNELLE – Bureau de l'éducation spécialisée – juin 2015

MISE À JOUR RÉDACTIONNELLE – Bureau de l'éducation spécialisée – mars 2022