

NORMES PANCANADIENNES

Chirurgie du cancer du rectum



PARTENARIAT CANADIEN
CONTRE LE CANCER




CANADIAN PARTNERSHIP
AGAINST CANCER



Société canadienne des
chirurgiens du côlon et du rectum

MARS 2019



Le cancer colorectal, à l'origine de 12 % des décès par cancer au sein de la population canadienne, arrive au deuxième rang des cancers les plus meurtriers au Canada.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	10	NORMES ET DONNÉES PROBANTES	16	ORIENTATIONS FUTURES	28
PORTÉE	13	Critères concernant les chirurgiens	17	RÉFÉRENCES	29
MÉTHODOLOGIE	14	Formation et compétences requises pour la pratique	17		
Revue de la documentation et analyse de l'environnement	15	Chirurgie et prise en charge	18		
Discussions d'experts	15	Cadres de pratique	20		
		Critères organisationnels	20		
		Ressources matérielles et services partenaires	23		
		Ressources humaines	24		
		Traitement dans des centres de cancérologie et relation avec les centres affiliés	25		
		Processus axés sur la qualité	26		
		Collecte des données et amélioration continue de la qualité	26		

MESSAGE DES COPRÉSIDENTS



D^r CARL J. BROWN

Coprésident, normes en matière de chirurgie du cancer du rectum
Responsable provincial, oncologie chirurgicale, BC cancer



D^r CHRISTIAN FINLEY

Coprésident, normes en matière de chirurgie du cancer du rectum
Expert responsable, mesures cliniques
Partenariat canadien contre le cancer

S'il est vrai que le traitement des différents types de cancer colorectal peut s'avérer difficile, la prise en charge d'un cancer du rectum est particulièrement complexe².

L'intégration de la radiothérapie et de la chimiothérapie, avant et après le traitement chirurgical, nécessite, tout au long du parcours du patient, une coordination entre les spécialités. Par ailleurs, des techniques de traitement innovantes ont permis une réduction considérable des récurrences du cancer du rectum, du nombre de colostomies permanentes ainsi que des douleurs et de la souffrance périopératoires. Contrairement à certains autres cancers traités chirurgicalement, la complexité de la prise en charge du cancer du rectum varie considérablement en fonction du tableau clinique. Alors que, pour certains patients, une intervention transluminale sera suffisante pour obtenir une guérison, pour d'autres, elle dépendra du recours à une chimioradiothérapie néoadjuvante suivie d'une résection en bloc du rectum et d'organes adjacents. Par conséquent, la collaboration entre chirurgiens de différents établissements est indispensable pour veiller à la prise en charge de tous les patients atteints d'un cancer du rectum au sein du centre susceptible de prodiguer les soins les plus adaptés à leur cancer particulier, et ce, aussi près que possible de leur domicile.

Nous formulons le vœu que ce document permette de prendre plus facilement des décisions favorisant la prestation de soins homogènes et de grande qualité pour tous les Canadiens atteints d'un cancer du rectum ayant besoin d'une intervention chirurgicale. Le présent document fournit des directives générales ainsi qu'une réflexion sur les exigences et les ressources fondamentales à mettre en place afin d'améliorer les soins chirurgicaux du cancer et leurs résultats. Notre avons pour objectif que les recommandations concrètes que renferme le présent document aident à combler les lacunes actuelles, qu'elles aient, du fait de leur pertinence pour l'avenir, une portée à long terme et qu'elles améliorent la prestation des soins chirurgicaux du cancer du rectum au Canada. Des analyses de l'environnement, une revue de la documentation existante et un consensus d'experts s'appuyant sur des données probantes ont servi de base à l'élaboration des normes. Le présent document met l'accent sur un certain nombre de sujets essentiels comme le système du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) pour l'évaluation et la certification officielle de la formation. Il souligne le rôle essentiel des systèmes de soins et l'importance de consacrer au cancer du rectum une part importante de la pratique et du maintien des compétences des chirurgiens.

Des soins optimaux du cancer du rectum ne se limitent pas à l'acte chirurgical; ils exigent également que l'équipe soignante concernée soit bien formée et dotée des ressources adéquates pour permettre un accès aux soins dans les meilleurs délais.

Il est en particulier indispensable de s'appuyer sur une coordination rapide et efficace des services d'imagerie diagnostique, de radiothérapie, de chimiothérapie, de chirurgie, de pathologie et d'autres services complémentaires fournis lors des phases de rétablissement et de survie, l'allocation des ressources et la gouvernance desdits services incombant aux régions et aux établissements. C'est pourquoi la mise en œuvre de toute norme dans ce domaine dépend de la collaboration fructueuse des chirurgiens spécialistes du cancer du rectum avec ces entités.

Le présent document souligne aussi l'importance d'un soutien poussé des ressources humaines et des professionnels paramédicaux. Il insiste également sur le caractère crucial d'une planification de la main-d'œuvre systématique et exhaustive en vue d'atteindre les objectifs fixés en matière de soins. Des processus axés sur la qualité, tels que la collecte systématique de données et le développement d'une base de données nationale, doivent être judicieusement intégrés aux processus existants en matière de soins de santé afin de catalyser l'autoévaluation et l'amélioration continue de la qualité. Il conviendrait, en outre, de mener une réflexion minutieuse sur la pertinence d'une

régionalisation des services spécialisés en vue d'améliorer les résultats pour les patients atteints d'un cancer du rectum complexe, tout en tenant compte de la durée des trajets et du choix des patients. Les planificateurs et les fournisseurs de soins de santé peuvent utiliser ces renseignements pour organiser les soins de manière à optimiser les résultats pour les patients, tout en préservant un accès raisonnable aux soins. Ce rapport s'inscrit dans une série de rapports devant être élaborés relativement à des normes nationales en matière de soins chirurgicaux oncologiques propres à certains sièges de cancer.

Nous sommes impatients de travailler avec vous pour améliorer la qualité des soins chirurgicaux oncologiques complexes au Canada.

D' Carl J. Brown

Coprésident, normes en matière de chirurgie du cancer du rectum
Responsable provincial, oncologie chirurgicale, BC cancer

D' Christian Finley

Coprésident, normes en matière de chirurgie du cancer du rectum
Expert responsable, mesures cliniques, Partenariat canadien contre le cancer

MEMBRES DU PANEL D'EXPERTS EN CHIRURGIE DU CANCER DU RECTUM

D^{re} Amanda Fowler

Professeure adjointe d'enseignement clinique en chirurgie générale, Université Memorial, St. John's, Terre-Neuve-et-Labrador

D^r Anthony R. Maclean

Chef de la Section de chirurgie générale de la zone de Calgary; professeur agrégé de clinique, Département de chirurgie, Université de Calgary; président de la Société canadienne des chirurgiens du côlon et du rectum; chirurgien colorectal, Centre médical Foothills, Calgary, Alberta

D^r Antonio Caycedo-Marulanda

Professeur agrégé de chirurgie, École de médecine du Nord de l'Ontario; chef du service de chirurgie colorectale, Horizon Santé-Nord (HSN); chercheur en clinique, Institut de recherche HSN; responsable de l'oncologie chirurgicale, RLISS du Nord-Est de l'Ontario, Action Cancer Ontario, Sudbury, Ontario

D^r Carl Brown (coprésident)

Responsable provincial, oncologie chirurgicale, BC Cancer; président, Section de chirurgie colorectale, et professeur clinicien de chirurgie, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, Colombie-Britannique

D^{re} Catherine Streutker

Professeure agrégée, Université de Toronto; directrice de la pathologie, Département de médecine de laboratoire, Hôpital St. Michael's; chercheuse chargée de projets, Centre de recherche Keenan pour les sciences biomédicales, Toronto, Ontario

D^r Christian Finley (coprésident)

Expert responsable, mesures cliniques, Partenariat canadien contre le cancer; professeur agrégé, Département de chirurgie, Université McMaster; chirurgien thoracique, St. Joseph's Healthcare, Hamilton, Ontario

D^r David Hochman

Professeur agrégé au Département de chirurgie, Collège de médecine Max Rady, Université du Manitoba, Winnipeg, Manitoba

D^r W. Donald Buie

Directeur de programme, chirurgie colorectale, Centre médical Foothills, Calgary, Alberta

D^{re} Erin D. Kennedy

Chirurgienne colorectale, Hôpital Mount Sinai; professeure agrégée, Département de chirurgie et Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé, Université de Toronto, Toronto, Ontario

D^{re} Lara J. Williams

Chirurgienne en chirurgie colorectale et à effraction minimale, professeure adjointe de chirurgie, chirurgie colorectale et à effraction minimale, Université d'Ottawa, Ottawa, Ontario

D^r Marko Simunovic

Professeur, Département de chirurgie, Université McMaster; oncologue chirurgical, Centre de cancérologie Juravinski, Hamilton, Ontario

D^r Michael Ott

Professeur agrégé, Département de chirurgie et Département d'oncologie, Centre des sciences de la santé de London, Université de Western Ontario, London, Ontario

D^{re} Nancy Baxter

Chirurgienne membre du personnel et chef de division, Division de chirurgie générale, Département de chirurgie, Hôpital St. Michael's; scientifique, Centre de recherche Keenan, Institut du savoir Li Ka Shing de l'Hôpital St. Michael's; professeure, Département de chirurgie et Institut des sciences médicales, Université de Toronto; Toronto, Ontario

D^r Paul Johnson

Professeur adjoint, Division de chirurgie générale, Département de chirurgie et département de santé communautaire et d'épidémiologie, Université Dalhousie, Halifax, Nouvelle-Écosse

D^r Raimond Wong

Radio-oncologue, vice-président du groupe de recherche en oncologie gastro-intestinale, Centre de cancérologie Juravinski, Hamilton Health Sciences; professeur agrégé, Département d'oncologie et Département de médecine, Université McMaster, Hamilton, Ontario

D^r Sami Chadi

Chirurgien colorectal, Hôpital Princess Margaret et Réseau universitaire de santé; professeur adjoint, Département de chirurgie, Université de Toronto, Toronto, Ontario

D^r Sébastien Drolet

Chirurgien général, spécialiste en chirurgie colorectale, Hôpital Saint-François d'Assise, Québec, Québec

D^r Selliah Chandra-Kanthan

Chirurgien général, professeur, Université de la Saskatchewan, Saskatoon, Saskatchewan

D^r A. Sender Liberman

Chirurgien colorectal; directeur de programme, programme de résidence en chirurgie du côlon et du rectum, Université McGill; professeur agrégé de chirurgie et d'oncologie, Université McGill, Montréal, Québec

D^{re} Shilo Lefresne

Radio-oncologue, BC Cancer, Centre de Vancouver; professeure adjointe d'enseignement clinique, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, Colombie-Britannique

D^r Stan Feinberg

Président du comité consultatif médical; directeur médical, programmes ambulatoires et de cancérologie, Hôpital général de North York, Toronto, Ontario

REMERCIEMENTS

En menant à bien une revue exhaustive de la documentation universitaire, en effectuant une analyse objective et un examen des documents et en tenant des discussions en personne, le panel d'experts en chirurgie du cancer du rectum a joué un rôle déterminant dans l'élaboration de ces normes.

La rédaction du présent rapport a été rendue possible grâce au travail dévoué de nombreuses personnes. Nous leur exprimons notre gratitude pour leurs contributions et leur aide lors de la formulation de ces recommandations.

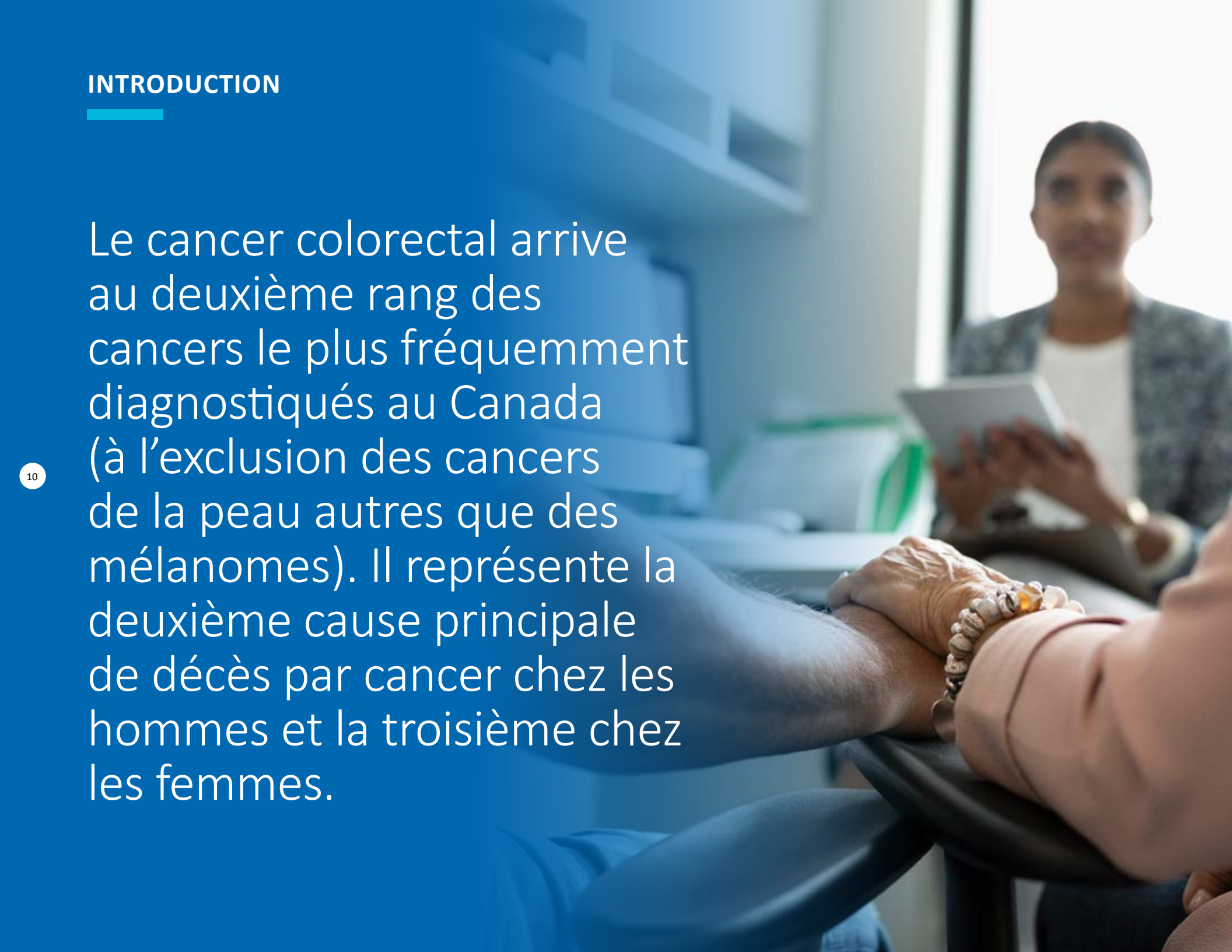
En menant à bien une revue exhaustive de la documentation universitaire, en effectuant une analyse objective et un examen des documents et en tenant des discussions en personne, le panel d'experts en chirurgie du cancer du rectum a joué un rôle déterminant dans l'élaboration de ces normes. Nous remercions **Laura Banfield**, bibliothécaire à l'Université McMaster, qui a réalisé, dès le lancement de ce projet, une revue exhaustive de la documentation pertinente, pour son précieux apport. Nous exprimons, en outre, notre gratitude vis-à-vis de la **Société canadienne des chirurgiens du côlon et du rectum (SCCCR)** qui, en approuvant le présent document, a apporté une contribution inestimable à la réalisation de ce projet.

Le **D^r Craig Earle**, vice-président de la lutte contre le cancer au Partenariat canadien contre le cancer a assuré la supervision stratégique de la rédaction du présent document. La **D^{re} Mary Argent-Katwala**, directrice, **Anubha Prashad**, gestionnaire de programme, **Michele Mitchell** et **Natasha Camuso**, analystes, ainsi que **Zahrah Khalid**, gestionnaire de la prestation, membres de l'équipe responsable des initiatives en matière de qualité, du diagnostic et des soins cliniques du Partenariat canadien contre le cancer ont piloté les processus d'élaboration, de production et de diffusion du rapport.



INTRODUCTION

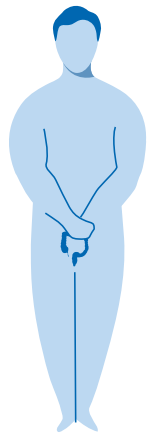
Le cancer colorectal arrive au deuxième rang des cancers le plus fréquemment diagnostiqués au Canada (à l'exclusion des cancers de la peau autres que des mélanomes). Il représente la deuxième cause principale de décès par cancer chez les hommes et la troisième chez les femmes.



On estime qu'il y a eu, en **2017**, **14 900** nouveaux cas de cancer colorectal chez les hommes et **11 900** chez les femmes, soit **13 %** de l'ensemble des nouveaux cas de cancers¹.

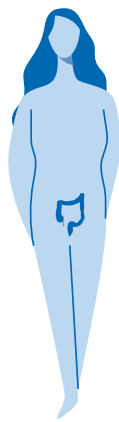
14 900

NOUVEAUX CAS



11 900

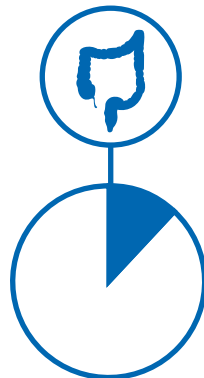
NOUVEAUX CAS



En outre, cette même année, environ

12 %

des décès dus au cancer ont été causés par le cancer colorectal¹.



Le cancer du rectum représente un sous-ensemble des cancers colorectaux présentant des aspects techniques particulièrement complexes et imposant des décisions thérapeutiques délicates. En dépit des progrès réalisés au fil des ans en matière de techniques chirurgicales et de traitements, la survie à 5 ans des patients atteints d'un cancer du rectum à un stade avancé, notamment ceux chez qui il y a une atteinte des ganglions lymphatiques (stade IIIC) ou une propagation de la tumeur à distance (stade IV) reste faible, à respectivement 58 % et 12 %³. À l'autre extrémité du spectre de stadification, les patients atteints d'un cancer du rectum à un stade précoce sont de plus en plus souvent traités à l'aide d'actes chirurgicaux à effraction minimale pouvant améliorer la morbidité ultérieure, sans répercussions sur la survie. Comme pour les autres cancers complexes, la prise en charge thérapeutique du cancer du rectum et les résultats obtenus varient considérablement.

La prise en charge chirurgicale des patients atteints d'un cancer du rectum est rendue encore plus complexe par l'hétérogénéité de la population des patients concernés, notamment sur le plan de l'âge et des comorbidités médicales, ainsi que par les options multimodales de traitement. Malgré les progrès récents en radiothérapie et en chimiothérapie, la chirurgie reste le principal traitement à visée curative. Dans ce cadre, la prestation optimale des soins chirurgicaux pour ces cancers s'avère primordiale. En dépit du fait que des chirurgiens généralistes, des chirurgiens oncologues et des chirurgiens spécialisés dans la sphère colorectale pratiquent actuellement des opérations du cancer du rectum, des données probantes montrent que l'expérience et la

spécialisation en chirurgie du cancer du rectum améliorent considérablement les résultats pour les patients⁴⁻⁷. Bien que la détermination d'une quantité minimale d'interventions permettant d'assurer les « meilleurs soins » varie selon les sources consultées dans la documentation, la plupart des études fondées sur la population (mais pas toutes) montrent que la spécialisation du chirurgien en chirurgie du cancer du rectum améliore les résultats pour les patients, et que ces résultats sont d'autant meilleurs que le chirurgien concerné réalise un plus grand nombre d'interventions de ce type et que le centre dans lequel l'intervention est effectuée a une activité plus importante en matière de chirurgie du cancer du rectum⁸⁻¹⁷.

En ce qui concerne le cancer du rectum, la qualité des interventions chirurgicales s'avère essentielle, non seulement pour la sécurité périopératoire des patients, mais également pour minimiser les taux de récurrence locale. L'introduction de la chirurgie d'exérèse mésorectale totale (EMT) en tant que traitement standard a permis une diminution considérable des taux de récurrence locale¹⁸⁻²². De plus, chez les patients subissant ce type d'exérèse, la capacité du chirurgien à obtenir une marge de résection saine et une élimination complète de la maladie – un résultat nécessitant, dans certains cas, une résection multiviscérale et/ou une métastasectomie – peut faire la différence entre une survie avec récurrence et une survie sans récurrence. On a démontré que l'importance de l'activité hospitalière et chirurgicale ainsi que l'utilisation adéquate d'un traitement néoadjuvant jouaient un rôle essentiel pour les interventions chirurgicales conservant le sphincter^{13, 14, 23}. La prise en charge thérapeutique optimale et

l'excellence technique sont essentielles pour éviter les colostomies permanentes inutiles constituant une solution que la majorité des patients atteints d'un cancer du bas rectum ne privilégient pas.

Au-delà de l'importance de l'excellence technique dans la chirurgie d'EMT, les options de prise en charge thérapeutique pour les patients atteints d'un cancer du rectum n'ont jamais été aussi variées. Le recours systématique à la radiothérapie chez les patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III a été remis en cause. En effet, cette démarche présente un risque de morbidité ne s'accompagnant d'aucun avantage thérapeutique pour le patient²⁴⁻²⁷. Pour certains patients atteints d'un cancer du rectum à un stade précoce, des techniques d'exérèse locale à effraction minimale, avec ou sans traitement adjuvant, sont acceptables^{20, 28-30}.

On étudie, en outre, des solutions de prise en charge thérapeutique non chirurgicale dans le cas de certains cancers du rectum localement avancés pour des patients chez lesquels on a obtenu une réponse clinique complète^{18-20, 31, 32}. Plus que jamais, il est absolument essentiel que la prise en charge du cancer du rectum s'effectue sur la base de données probantes, le chirurgien étant généralement le premier contact du patient et facilitant la mise en place de soins multidisciplinaires.

Dans ce contexte, il est clair que les capacités chirurgicales et institutionnelles nécessaires pour la prise en charge des patients présentant un cancer du rectum varient considérablement. C'est pourquoi ce document traite séparément des patients atteints d'un cancer du rectum complexe et définit certaines des ressources spéciales nécessaires pour leur prise en charge, notamment en ce qui concerne l'équipe

de chirurgiens souvent requise pour les soins et l'engagement de l'établissement nécessaire pour favoriser la réalisation d'un plus grand nombre d'interventions chirurgicales plus lourdes.

Au-delà de l'expertise des chirurgiens en matière de prise en charge et de soins chirurgicaux, les résultats obtenus par les patients dépendent largement des aspects préopératoires et postopératoires des soins. On a clairement démontré les avantages d'une utilisation normalisée de la stadification préalable au traitement par tomographie par ordinateur et imagerie par résonance magnétique (IRM) (avec interprétation et rapport normalisés par des experts), des conférences multidisciplinaires pour la planification du traitement et des rapports normalisés de pathologie. Des installations et des ressources appropriées sont également nécessaires pour garantir à tous les chirurgiens canadiens un accès rapide à ces aspects essentiels de tous les volets des soins du cancer.

L'incidence du cancer du rectum, les données probantes justifiant le recours aux éléments des soins du cancer du rectum évoqués plus haut pour améliorer les résultats obtenus ainsi que les disparités dans les soins à l'échelle du pays imposent de disposer d'un ensemble de normes pancanadiennes permettant de garantir des soins uniformes de qualité élevée pour tous les Canadiens ayant besoin d'une intervention chirurgicale pour un cancer du rectum. Dans ce cadre, le présent document vise à aider les chirurgiens engagés dans le traitement des patients atteints d'un cancer du rectum, en soulignant les caractéristiques souhaitées d'un établissement traitant ces patients et les processus axés sur la qualité nécessaires pour améliorer la prestation de soins de grande qualité dans le contexte canadien contemporain.

Il est nécessaire de disposer d'un ensemble de normes pancanadiennes permettant de garantir des soins uniformes de qualité élevée pour tous les Canadiens ayant besoin d'une intervention chirurgicale pour un cancer du rectum.

Portée

CE DOCUMENT PORTE NOTAMMENT SUR :

- la chirurgie du cancer du rectum, en particulier les ressources et le personnel requis pour offrir des soins complets;
- l'accès, dans les délais requis, aux soins en phases préopératoire, périopératoire et postopératoire;
- la formation et le maintien des compétences des chirurgiens spécialistes du cancer du rectum;
- l'accès aux services et aux équipements;
- l'accès à des oncologues médicaux, à des radio-oncologues, à des pathologistes, à d'autres médecins et à des professionnels paramédicaux;
- les ressources pour les patients et les familles;
- les processus axés sur la qualité, notamment des tables rondes multidisciplinaires à propos d'une tumeur;
- la distinction des différents niveaux de complexité du cancer du rectum et la détermination des centres appropriés pour la prise en charge thérapeutique des patients concernés.

CE DOCUMENT NE PORTE PAS SUR :

- les soins du cancer du côlon;
- la gestion des parcours de soins par type de cancer ou siège tumoral;
- l'évaluation des médicaments et des options de traitement;
- les installations et les ressources pour la prestation de traitements oncologiques médicaux et radiologiques;
- l'évaluation de la technologie et de l'équipement utilisés pour prodiguer des soins.



MÉTHODOLOGIE

Les présentes normes ont été élaborées par le biais de consultations avec un panel d'experts en chirurgie du cancer du rectum, originaires de toutes les régions du Canada.



Revue de la documentation et analyse de l'environnement

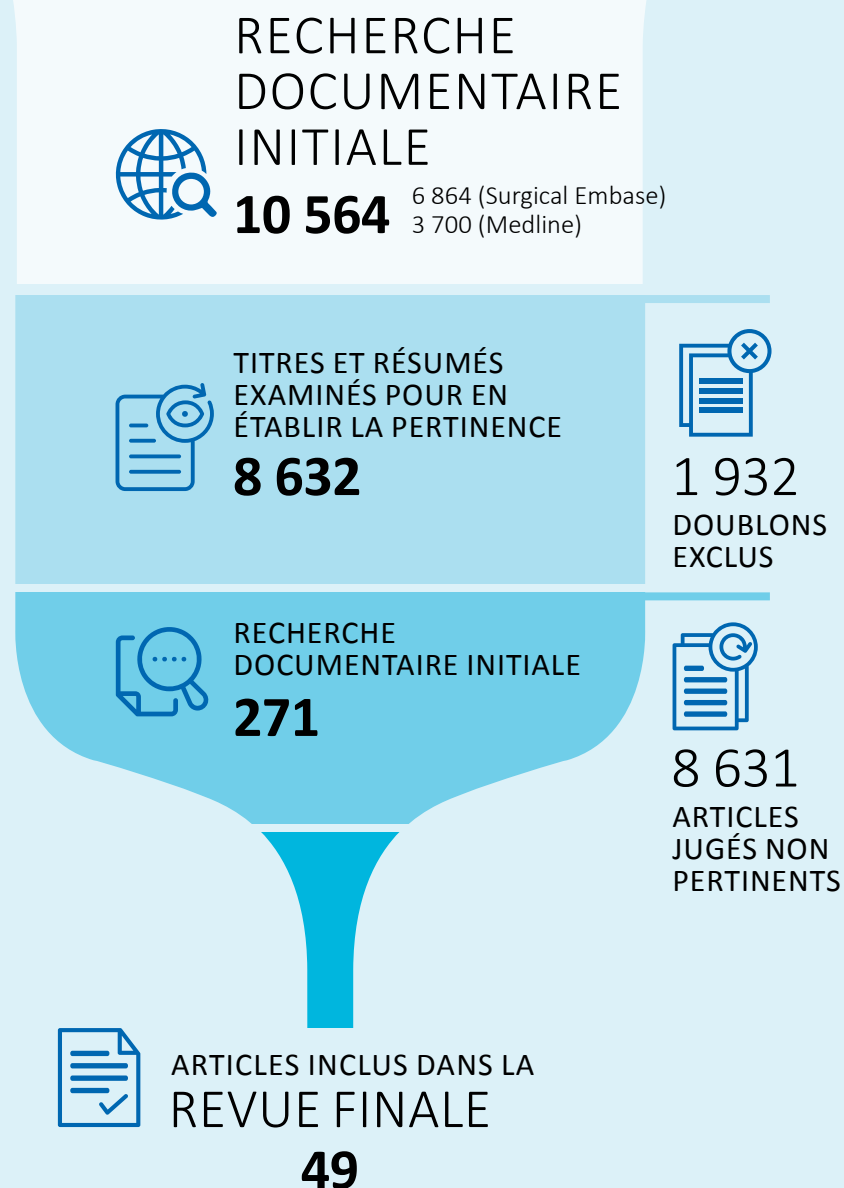
On a effectué une recherche documentaire au moyen de Surgical Embase, limitée aux publications parues entre 1974 et mai 2017, et de Medline, limitée à celles publiées entre 1946 et juin 2017. Une stratégie de recherche exhaustive a été mise sur pied pour évaluer les documents afin d'examiner les données probantes. Elle incluait le Medical Subject Headings (ou MeSH), des opérateurs booléens et des exceptions. Certains résultats ont été exclus s'il s'agissait de doublons ou s'ils n'avaient pas été jugés pertinents après examen (figure 1).

Discussions d'experts

Les présentes normes ont été élaborées par le biais de consultations avec un panel d'experts en chirurgie du cancer du rectum, originaires de toutes les régions du Canada. Les membres de ce groupe ont examiné les résultats de la recherche documentaire pour en établir la pertinence et ont déterminé les données probantes clés à évaluer et à incorporer à l'appui des normes, le cas échéant. Une réunion en personne a eu lieu afin de formuler des énoncés de normes (40 normes ont été élaborées) et de parvenir à un consensus sur les énoncés à inclure. Cette réunion a été suivie d'un sondage électronique visant à en valider les résultats et à voter à ce sujet. À la suite du sondage électronique, 41 normes ont été incluses dans le présent document. Une période d'examen ciblé a été mise en place afin de solliciter l'approbation de la Société canadienne des chirurgiens du côlon et du rectum (SCCCR).

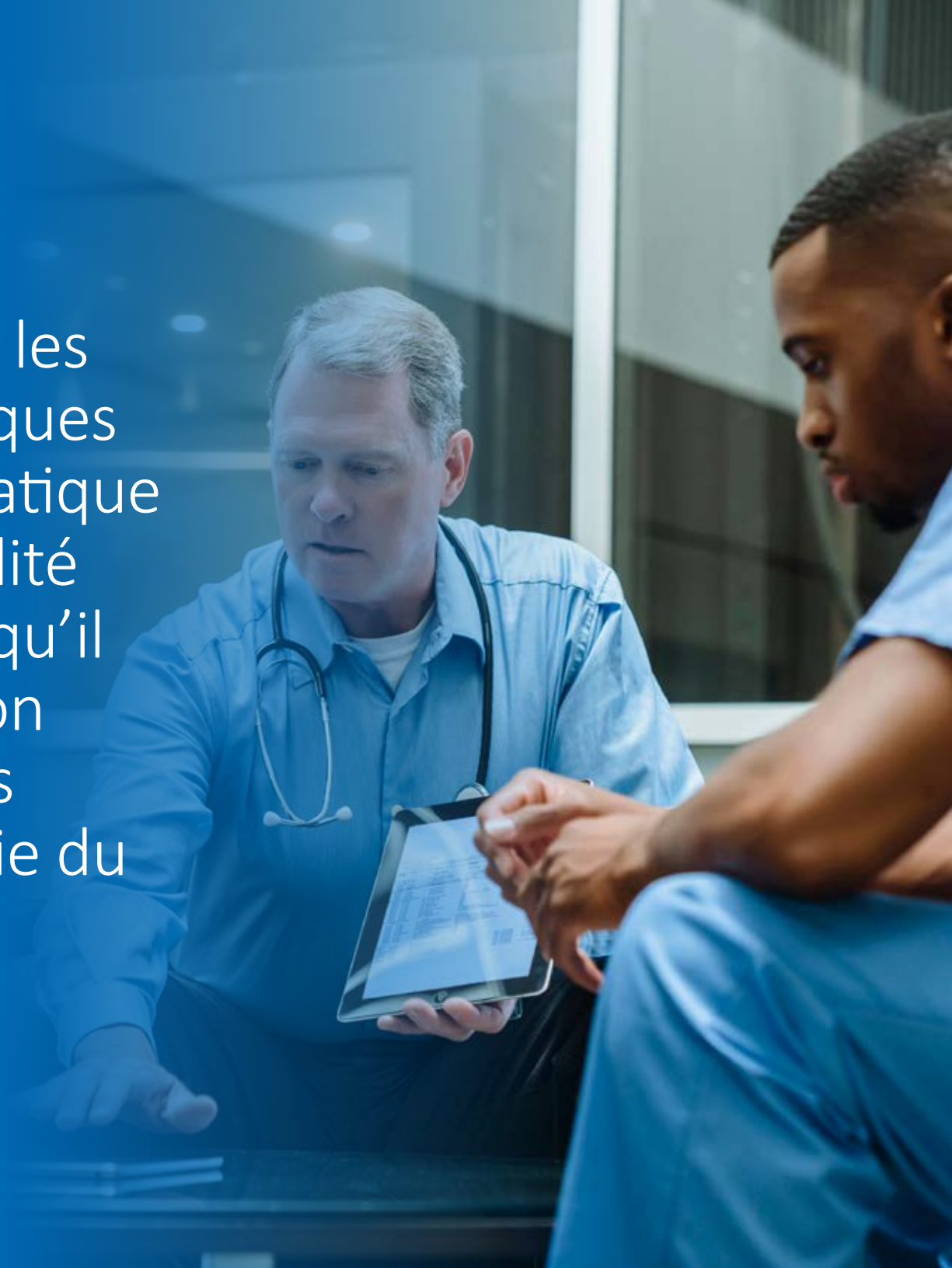
FIGURE 1

Organigramme des résultats de la recherche et de l'inclusion d'articles



NORMES ET DONNÉES PROBANTES

Les connaissances et les compétences techniques nécessaires à une pratique sécuritaire et de qualité exigent du praticien qu'il ait suivi une formation complète sur tous les aspects de la chirurgie du cancer du rectum.



Critères concernant les chirurgiens

1.1 FORMATION ET COMPÉTENCES REQUISES POUR LA PRATIQUE

- 1.1.1 Un chirurgien spécialiste du cancer du rectum est un chirurgien généraliste qui possède des connaissances récentes des maladies du côlon, du rectum et de l'anus chez l'adulte, telles que définies dans le document « Objectifs de la formation spécialisée en chirurgie générale » du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC), et qui poursuit l'acquisition de connaissances de ce type grâce à la formation médicale continue (FMC) et à une pratique suffisante³³.
- 1.1.2 Un chirurgien spécialiste du cancer du rectum doit avoir achevé une formation complète et détenir une certification officielle en chirurgie générale, tout en ayant une expertise ou un intérêt marqués dans le domaine du cancer du rectum. Les chirurgiens qui n'ont pas été formés au Canada doivent avoir achevé un programme de formation réglementé et agréé similaire, débouchant sur une certification.
- 1.1.3 Un chirurgien ayant une surspécialité dans le domaine du cancer du rectum doit, outre les critères définis ci-dessus que doit remplir un chirurgien spécialiste du cancer

du rectum, avoir achevé une formation complète et détenir une certification officielle en chirurgie colorectale ou en oncologie chirurgicale avec une qualification du CRMCC. Les chirurgiens qui n'ont pas été formés au Canada doivent avoir achevé un programme de formation réglementé et agréé similaire. Pour les chirurgiens généralistes ne détenant pas de certification en chirurgie colorectale ou en oncologie chirurgicale, il est possible de remplacer les qualifications définies ci-dessus par une expertise acquise dans le cadre d'un engagement ciblé dans le traitement des cancers du rectum complexes.

- 1.1.4 Il est obligatoire, pour un chirurgien spécialiste du cancer du rectum, de maintenir activement sa certification en conformité avec les normes provinciales et nationales.
- 1.1.5 Afin de maintenir ses compétences, un chirurgien spécialiste du cancer du rectum doit régulièrement pratiquer des chirurgies rectales et fréquemment consacrer du temps de FMC à ce sujet en particulier.

Les connaissances et les compétences techniques

nécessaires à une pratique sécuritaire et de qualité exigent du praticien qu'il ait suivi une formation complète sur tous les aspects de la chirurgie du cancer du rectum³³. On sait que les chirurgiens pratiquant des opérations du cancer du rectum commencent et/ou poursuivent souvent leur pratique en chirurgie générale. Cependant, étant donné que la prise en charge du cancer du rectum, notamment le recours approprié au traitement multimodal et le déroulement technique de la chirurgie, évolue constamment et peut s'avérer complexe, ces chirurgiens ont impérativement besoin de compétences et de connaissances de pointe. Les chirurgiens ayant été formés à l'étranger doivent suivre, dans la mesure du possible, le processus d'évaluation et de reconnaissance des titres approprié du Collège royal. Si tous les autres critères d'expertise en tant que chirurgien spécialiste du cancer du rectum sont satisfaits, la certification par le Collège royal n'est toutefois pas obligatoire.

Il est impératif que les chirurgiens spécialistes du cancer du rectum maintiennent et actualisent régulièrement leurs compétences et leurs connaissances et qu'ils consacrent une large partie de leur temps à la pratique afin d'assurer le maintien de leur expertise en chirurgie du cancer du rectum. Afin que les patients reçoivent des soins optimaux, il est indispensable, au fur et à mesure que le domaine évolue, que les chirurgiens spécialistes du cancer du rectum se tiennent au courant des dernières normes en vigueur et des

données probantes en constante évolution. Les chirurgiens doivent maintenir leur expertise et leurs compétences en participant aux programmes de perfectionnement professionnel continus disponibles, tels que le programme de Maintien du certificat du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. La FMC régulière est considérée comme un facteur indispensable au maintien des meilleurs résultats pour les patients.

S'il est vrai que les chirurgiens pratiquant des chirurgies rectales ont besoin de posséder des compétences techniques spécialisées, il n'en demeure pas moins qu'une évaluation systématique appropriée et des systèmes de soutien des patients jouent également un rôle essentiel pour optimiser les résultats pour les patients. Quel que soit le niveau de formation ou l'expérience du chirurgien, il est indéniable qu'il est impossible, pour un patient atteint d'un cancer du rectum, d'obtenir les meilleurs soins si l'établissement où il est traité et la collectivité au sein de laquelle exerce le chirurgien n'ont pas accès à la technologie, au personnel et aux équipements nécessaires pour le traitement chirurgical. Tous les centres traitant des patients atteints d'un cancer du rectum doivent participer aux réseaux de soins provinciaux ou régionaux afin de veiller à ce que tous les patients soient traités dans le centre approprié respectant les normes définies dans le cadre du présent document. Idéalement, les patients atteints d'un cancer du rectum complexe doivent se voir proposer un traitement dans les centres spécialisés qui seront définis de façon détaillée à la section 1.2 du présent document.

1.2 CHIRURGIE ET PRISE EN CHARGE

1.2.1 Tous les patients atteints d'un cancer du rectum doivent être évalués par un chirurgien spécialiste du cancer du rectum le plus tôt possible dans le parcours de soins, avant le début de la chimiothérapie et/ou de la radiothérapie.

1.2.2 Bien que la majorité des cancers du rectum moyen et supérieur puissent être traités de façon adéquate dans n'importe quel centre de chirurgie du cancer du rectum, il existe un sous-groupe bien déterminé de patients atteints d'un « cancer du rectum complexe » auxquels il convient de proposer une évaluation et un traitement dans un centre spécialisé en chirurgie du cancer du rectum complexe. Les cancers du rectum complexes incluent, sans toutefois s'y limiter :

- La majorité des cancers du rectum pour lesquels on prévoit une résection abdominopérinéale;
- Les cancers du rectum pour lesquels la tumeur principale envahit la marge radiaire mésorectale ou mésosigmoïde, possède un ganglion mésorectal positif ou suspect, ou présente un dépôt tumoral;
- Les cancers du rectum envahissant les organes adjacents (T4) et qui nécessitent donc une résection multiviscérale;
- Les cancers du rectum chez les patients présentant un syndrome cancéreux héréditaire (par exemple un syndrome de Lynch ou cancer colorectal héréditaire sans polypose [HNPCC], ou une polypose adénomateuse familiale);
- Les cancers du rectum récidivants;
- Les cancers du rectum chez les patients présentant une tumeur maligne pelvienne synchrone (par exemple prostatique ou utérine);

- Les cancers du rectum chez les patients ayant déjà eu un cancer pelvien qui a nécessité une intervention chirurgicale ou une radiothérapie;
- Les cancers du rectum chez les patients ayant déjà subi une intervention chirurgicale du rectum ou du côlon descendant;
- Les cancers du rectum ayant déjà été excisés localement et nécessitant la mise en œuvre d'une proctectomie ultérieure.

1.2.3 Un sous-groupe de patients atteints d'un « cancer du rectum à un stade précoce », défini par la présence de lésions T1 et un profil de pathologie favorable, peut être traité par des techniques transanales en évitant une résection radicale. Bien que ce traitement ne soit pas, en matière de récurrence, équivalent à une exérèse mésorectale totale, il ne compromet apparemment pas, chez ces patients, les chances de survie au cancer. Les patients atteints d'un cancer du rectum à un stade précoce, candidats à une exérèse locale, doivent se voir proposer une évaluation dans un « centre de chirurgie endoscopique transanale » et leur situation doit être examinée, avant et après le traitement, lors d'une conférence multidisciplinaire sur le cancer (CMC)⁶.

1.2.4 Les opérations du cancer du rectum doivent être réalisées dans des centres se conformant aux besoins définis dans ce document. Bien que l'on n'ait pas clairement établi un nombre minimal requis d'interventions, le lien existant entre le nombre d'interventions réalisées par le

chirurgien et par l'hôpital et les résultats obtenus par les patients atteints d'un cancer du rectum suggère qu'un chirurgien effectuant ce type d'intervention doit y consacrer l'essentiel de son activité. En outre, le nombre d'interventions pratiquées dans un hôpital donné doit être suffisant pour optimiser les soins qui y sont fournis par les différents professionnels paramédicaux^{6-8, 10, 16, 17, 34, 35}.

- 1.2.5 Tous les patients atteints d'un cancer du rectum doivent voir leur situation médicale examinée lors d'une CMC, les conclusions devant être consignées dans leur dossier³⁶.
- 1.2.6 Les chirurgiens traitant des cancers du rectum doivent avoir une expérience et une formation en matière d'exérèse méésentérique totale (EMT)³⁷.
- 1.2.7 Les images en coupes transversales d'un cancer du rectum doivent être examinées par un radiologiste expert, en consultation avec un chirurgien pratiquant des chirurgies rectales.
- 1.2.8 Les patients présentant un bon indice de performance et un cancer du rectum métastatique de faible volume doivent voir leur situation médicale examinée lors d'une CMC, et être, s'il y a lieu, orientés vers un chirurgien du foie, du pancréas et du tractus biliaire, vers un chirurgien thoracique ou vers un radio-oncologue (pour une radiothérapie stéréotaxique du corps entier).

Au Canada, tous les patients atteints d'un cancer du rectum doivent être évalués de manière systématique et exhaustive de sorte que les soins puissent être normalisés, les principaux décideurs devant être consultés avant le début du traitement.

Dans ce modèle, les chirurgiens spécialistes du cancer du rectum jouent un rôle précoce et primordial dans le processus de diagnostic et de prise de décisions, et ce, avant le lancement d'autres options de traitement. **L'IRM représente une composante clé des soins préopératoires pour les patients atteints d'un cancer du rectum. En effet, cette technique facilite l'établissement du stade de la maladie et la planification chirurgicale, permettant également de déterminer les patients chez qui un traitement préopératoire pourrait s'avérer bénéfique.**



Bien que la situation de tous les patients atteints d'un cancer du rectum doive idéalement être discutée lors d'une CMC, le groupe d'experts reconnaît qu'il existe actuellement des limitations pratiques à cet objectif. Dans de nombreux contextes, seuls les cas de certains patients sont analysés dans le cadre d'une telle conférence. Cependant, tous les patients doivent, sur demande, pouvoir faire l'objet d'une évaluation effectuée dans le cadre d'une CMC, les conclusions de cette évaluation devant leur être communiquées afin d'éclairer leurs décisions de traitement. Tous les résultats de ces conférences doivent être consignés dans les dossiers des patients. Dans le cadre de ces réunions, les éléments clés suivants doivent être analysés et discutés : intention du

traitement (curative ou palliative), coordination et calendrier du traitement adjuvant et néoadjuvant, approche chirurgicale (résécabilité, préservation du sphincter) et approche de radiothérapie. En outre, tous les patients atteints d'un cancer métastatique chez qui on pourrait envisager un traitement à visée curative doivent faire l'objet d'une évaluation, les traitements radicaux potentiels devant être analysés³⁶.

Selon le panel d'experts, tous les chirurgiens généralistes au Canada ne sont pas en mesure d'effectuer régulièrement un nombre suffisant d'interventions et de maintenir leur expertise technique, ou ne disposent pas d'un soutien suffisant de leur établissement pour réaliser des traitements chirurgicaux du cancer du rectum au niveau actuellement accepté comme la norme thérapeutique en la matière. Par conséquent, pour les cancers du rectum sans complications, on encourage la collaboration entre chirurgiens afin de cibler une expertise locale dans ce domaine. En outre, tous les patients atteints d'un cancer du rectum complexe doivent se voir offrir un accès rapide aux établissements disposant des chirurgiens, du personnel et des ressources nécessaires pour leur prodiguer les meilleurs soins. Dans une région donnée, une bonne communication et une collaboration entre tous les chirurgiens prenant en charge des patients atteints d'un cancer du rectum sont nécessaires pour garantir des résultats optimaux pour les patients³⁶.

Cadres de pratique

2.1 CRITÈRES ORGANISATIONNELS

2.1.1 Le traitement de départ doit être lancé – c'est-à-dire que l'intervention chirurgicale doit avoir été effectuée, ou que la radiothérapie, la chimiothérapie ou les deux doivent avoir débuté – dans un délai de six à huit semaines après la date de la biopsie, pour 90 % des patients atteints d'un cancer du rectum. Les aiguillages, les évaluations et les examens appropriés doivent être effectués le plus tôt possible. Il incombe conjointement à l'établissement, à la région, au chirurgien et à l'équipe soignante de coordonner les soins le plus rapidement possible, les ressources devant être exploitées adéquatement de façon à garantir le respect des délais fixés.

2.1.2 Les délais de production des rapports de pathologie doivent faire l'objet d'un suivi, les rapports de cas devant être communiqués dans un délai de deux semaines avec les ressources appropriées.

L'accès aux soins et la rapidité de l'évaluation influencent considérablement le parcours du patient atteint d'un cancer du rectum³⁸. Le panel d'experts a défini des délais adéquats pour les soins. Le respect de ces délais cibles incombe conjointement aux chirurgiens, aux oncologues et aux autres intervenants ayant des responsabilités directes vis-à-vis du patient, ainsi qu'à l'établissement. Tous les patients atteints d'un cancer du rectum ne sont pas en mesure de suivre les différentes étapes de leur traitement au sein du système de soins de manière fluide et rapide, notamment en raison des contraintes en matière d'imagerie radiologique et du caractère multidisciplinaire du traitement de ce type de cancer, les délais liés à ces différents éléments expliquant certains retards acceptables dans le processus de traitement. Les efforts dans ce domaine doivent essentiellement porter sur la prestation des soins dans les meilleurs délais afin que les retards dans le processus d'évaluation et de traitement n'aient pas de conséquences négatives sur les soins reçus par le patient et sur le pronostic. Une surveillance active des temps d'attente liés aux différents éléments contribuant à la durée du processus (par exemple les rapports de pathologie, les rendez-vous cliniques, les examens d'imagerie, les réservations de salle d'opération,

etc.) s'avère essentielle pour garantir que l'on ne laisse pas sans suite d'éventuels retards inacceptables et que des politiques appropriées sont mises en place afin de motiver les parties responsables.

2.1.3 L'opération du cancer du rectum doit être effectuée dans un « centre de chirurgie du cancer du rectum » défini par le fait qu'il est notamment doté des ressources suivantes :

Soins médicaux fournis par des experts

- Au moins un chirurgien spécialiste du cancer du rectum
- Un pathologiste sur place (pour les coupes de tissus congelés) et l'accès à un pathologiste ayant l'expérience et l'expertise requises pour évaluer des EMT par la méthode de Quirke
- Une assistance en anesthésie, avec notamment un accès aux services 24 h/24
- L'accès à un radiologiste maîtrisant l'IRM et la tomodensitométrie pour le cancer du rectum
- L'accès à des services de radiologie interventionnelle
- L'accès à un urologue

Système de soutien médical pour les complications majeures de la chirurgie abdominale

- Une unité de soins intensifs, une unité de soins pour les personnes fortement dépendantes ou les deux
- L'accès à des services de tomodensitométrie avec capacité d'intervention
- L'accès à un laboratoire fournissant les résultats en urgence (notamment pour la biochimie, la cytologie, l'hématologie,

la transfusion et la microbiologie) offrant des services 24 h/24

Services de planification périopératoire

- L'accès rapide aux services de tomodensitométrie, d'IRM et d'échotomographie rectale
- L'accès en temps voulu à l'évaluation et au traitement oncologiques médicaux et radiologiques
- Une clinique d'évaluation préopératoire avec anesthésie, soins infirmiers et évaluation par une infirmière stomothérapeute

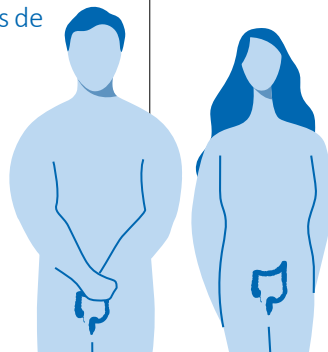
Services des professionnels paramédicaux

- Un stomothérapeute
- Du soutien en matière d'alimentation et de nutrition
- Des services de physiothérapie
- Des soins à domicile et les services de travailleurs sociaux
- Des services de traitement des plaies

Services de soutien postopératoire

- L'accès aux réseaux de soutien pour les personnes atteintes d'un cancer
- L'accès, en temps opportun, à des services de conseil psychologique en matière d'oncologie médicale et de génétique

2.1.4 Tous les patients atteints d'un « cancer du rectum complexe » doivent faire l'objet d'une évaluation dans un « centre spécialisé en chirurgie du cancer du rectum complexe ». Ces centres doivent respecter tous les critères d'un « centre de chirurgie du cancer du rectum », tout en disposant des capacités chirurgicales et des services uniques nécessaires pour répondre aux besoins particuliers des patients atteints d'un cancer complexe qui ont, par exemple, besoin d'une résection multiviscérale ou abdominopérinéale. Il est patent que toutes les provinces et toutes les régions ne sont pas en mesure d'offrir ces services. C'est pourquoi il convient, dans ce cadre, d'établir des relations interprovinciales. En outre, tous les « centres spécialisés en chirurgie du cancer du rectum complexe » ne disposent pas de l'expertise ou de la capacité nécessaire pour prendre en charge chaque patient atteint d'un « cancer du rectum complexe ». C'est pourquoi il est nécessaire que plusieurs centres (en tenant compte de l'accessibilité géographique pour les patients) prennent en charge, en collaboration, la totalité ou une partie de ces patients, en les répartissant en fonction de la combinaison des compétences et des capacités de chacun des centres.



2.1.5 Les « centres spécialisés en chirurgie du cancer du rectum complexe » doivent répondre à tous les critères d'un « centre de chirurgie du cancer du rectum » et doivent en outre offrir les ressources suivantes :

Soins médicaux fournis par des experts

- Au moins deux chirurgiens ayant une surspécialité dans le domaine du cancer du rectum
- L'accès à un pathologiste ayant l'expérience et l'expertise requise pour évaluer des EMT par la méthode de Quirke
- Un urologue expert en cystectomie ou en reconstruction (dans les établissements effectuant des pelvectomies)
- Un oncologue orthopédique ou un neurochirurgien pouvant effectuer une sacrectomie et possédant une expertise dans la résection de tumeurs malignes orthopédiques (dans les établissements traitant des cancers du rectum avec sacrectomie/résection osseuse concomitante)
- Un chirurgien plasticien possédant une expérience et une expertise en reconstruction du plancher pelvien

Système de soutien médical pour les complications majeures de la chirurgie abdominale

- Une unité de soins intensifs et une unité de soins pour les personnes fortement dépendantes, ayant l'expérience de la prise en charge de patients qui ont subi une intervention chirurgicale pelvienne complexe
- La reconnaissance du financement nécessaire à la prise en charge de patients atteints d'un cancer du rectum complexe à l'échelon provincial ou régional

2.1.6 Les patients atteints d'un cancer du rectum au stade précoce doivent faire l'objet d'une évaluation dans un « centre de chirurgie endoscopique transanale » lorsque celle-ci est justifiée. Un tel centre peut être hébergé dans les locaux d'un « centre de chirurgie du cancer du rectum » ou dans ceux d'un « centre spécialisé en chirurgie du cancer du rectum complexe ». Il doit en outre offrir les ressources suivantes :

Soins médicaux fournis par des experts

- Au moins un chirurgien spécialiste du cancer du rectum ayant une formation de pointe ou une expertise dans l'une des plateformes de chirurgie endoscopique transanale
 - Ces plateformes comprennent, sans que cela soit limitatif, les techniques suivantes : « microchirurgie endoscopique transanale » (TEM), « chirurgie endoscopique transanale » (TEO) ou « chirurgie transanale mini-invasive » (TAMIS)
- L'accès à un pathologiste ayant l'expérience et l'expertise nécessaires pour évaluer les prélèvements d'exérèses locales, notamment en documentant tous les facteurs connus pour influencer la décision de pratiquer une résection radicale immédiate (par exemple la profondeur de l'invasion tumorale, l'invasion lymphovasculaire, le bourgeonnement tumoral, l'état des marges, etc.)

Services de soutien postopératoire

- L'accès à un suivi rigoureux qui ne se limite pas aux aspects habituels du suivi d'un cancer du rectum traité par résection radicale, et l'expérience adéquate

2.1.7 Les transitions entre les médecins exerçant les responsabilités les plus importantes doivent être définies et documentées sans ambiguïté, et les transferts de soins confirmés

2.1.8 Tous les centres de traitement du cancer du rectum doivent fixer des objectifs à surveiller, et évaluer les temps d'attente ainsi que l'accès rapide aux soins.

Les opérations du cancer du rectum doivent être pratiquées dans des établissements dotés des installations et des ressources appropriées pour garantir des résultats optimaux pour les patients, comme indiqué ci-dessus^{4,8}. S'il est vrai que des chirurgiens experts et expérimentés sont en mesure de fournir des soins exceptionnels, il n'en demeure pas moins qu'en l'absence de certaines installations et ressources essentielles, les patients pourraient être mis en danger. Dans ces situations, il est important que les établissements aient des relations en place pour que les patients continuent à recevoir les soins nécessaires et ne subissent pas de conséquences négatives.

Tous les cas de cancer du rectum complexe ou avancé (selon les critères détaillés à la section 1.2.2) nécessitent une expertise et des ressources supplémentaires. Dans ces situations, les patients doivent être orientés vers des centres dotés d'une expertise, d'une expérience, de ressources et d'installations de pointe leur permettant de traiter les cas de cancer du rectum complexe. Lorsqu'une résection multiviscérale peut s'avérer nécessaire, ces centres doivent répondre aux critères énoncés pour les « centres spécialisés en chirurgie complexe multiviscérale du cancer du rectum ». Étant donné qu'il est souvent nécessaire que ces patients soient pris en charge par des équipes chirurgicales, on a estimé qu'il devait y avoir sur place, parmi le personnel du centre, au moins deux chirurgiens ayant une surspécialité dans le domaine du cancer du rectum, hautement qualifiés et dotés de l'expertise appropriée, afin de permettre une évaluation diagnostique et la prise en charge des problèmes propres aux opérations des cancers du rectum avancés. Bien qu'il n'existe pas d'essais cliniques ou d'études scientifiques permettant de déterminer le nombre de chirurgiens supplémentaires nécessaires au-delà d'un minimum de deux, il convient, pour maintenir un niveau élevé de qualité des soins fondés sur l'accessibilité, de s'appuyer sur des données probantes factuelles et sur l'opinion des experts locaux. La charge de travail clinique dans ces centres, qui va souvent au-delà des soins du cancer du rectum, peut rapidement rendre encore plus pressant le besoin de recruter de nouveaux chirurgiens. Ces centres doivent également disposer d'une infrastructure appropriée, comprenant des infirmières

et des professionnels paramédicaux expérimentés présents au sein des unités de soins, des ressources opérationnelles pour répondre aux besoins des patients venant de l'extérieur de la collectivité directement desservie par l'hôpital, et une collaboration accrue avec des équipes multidisciplinaires. Il a été montré que ces facteurs réduisaient la nécessité d'une nouvelle intervention chirurgicale ainsi que les récurrences locales et qu'ils amélioraient la survie à long terme^{8,10,39}.

En raison des besoins uniques des patients atteints d'un cancer du rectum à un stade précoce et du matériel spécialisé utilisé pour leur prodiguer les soins nécessaires, ces derniers doivent être pris en charge dans un centre de traitement du cancer du rectum équipé pour fournir ces soins spécialisés intégrant les problématiques chirurgicales et pathologiques. Il peut s'agir de n'importe quel centre de traitement du cancer du rectum disposant des installations et du personnel formé appropriés, et ce, qu'il partage ou non les locaux d'un « centre spécialisé en chirurgie du cancer du rectum complexe ».

2.1.9 Les chirurgiens spécialistes du cancer du rectum doivent participer à des réseaux de soins intégrés, établis aux échelons régional et provincial, afin de garantir que des soins appropriés sont prodigués aussi près que possible du domicile du patient.

L'isolement géographique, en particulier dans le contexte canadien, peut empêcher la prestation de soins de grande qualité aux populations vulnérables. La disponibilité d'un réseau de soins fonctionnel, permettant notamment un accès rapide à des services de télésanté et à d'autres solutions technologiques, peut contribuer à atténuer les carences du système dans ces régions et à offrir des soins plus proches du domicile des patients. C'est pourquoi la régionalisation des services doit tenir compte du choix des patients et de la distance qu'ils sont prêts à parcourir, sachant qu'ils ont souvent besoin de soins réguliers^{40,41}. Des programmes régionaux innovants, exploitant au mieux les réseaux existants, jouent un rôle important pour garantir aux patients des soins optimaux. Que ce soit par le biais de parcours d'évaluations diagnostiques, de modèles de soins intégrés à domicile ou de la participation active de l'équipe de soins primaires du patient, de nombreux programmes existants peuvent combler ces lacunes potentielles en matière de soins.

2.1.10 Des infrastructures doivent être en place pour appuyer la participation des patients à la recherche clinique.

Certaines infrastructures, par exemple des réseaux d'essais cliniques propres à une maladie, sont nécessaires pour favoriser et accroître la participation des patients à la recherche clinique. Dans le domaine du traitement du cancer du rectum, il convient de porter une attention particulière à l'existence et au financement d'essais cliniques, cette maladie pâtissant d'un déficit de ressources par rapport à sa mortalité et à son incidence.



2.2 RESSOURCES MATÉRIELLES ET SERVICES PARTENAIRES

- 2.2.1 Pour la détermination des stades du cancer du rectum, les IRM doivent être exécutées selon un protocole adéquat, être interprétées par un radiologiste gastro-intestinal et faire l'objet d'un rapport synoptique communiqué dans un délai de deux semaines après la demande.
- 2.2.2 L'anatomopathologie du cancer du rectum — évaluation macroscopique et traitement des prélèvements — doit être mise en œuvre selon la méthode de Quirke, les résultats devant être consignés dans un rapport synoptique conforme au modèle du College of American Pathologists (CAP) pour le cancer du rectum, et communiqués dans un délai de deux semaines. Tous les patients doivent se voir offrir la possibilité de passer les tests « reflex » immunohistochimiques ou d'analyse de biomarqueurs pertinents, notamment sur les protéines de réparation des mésappariements (de préférence par tests « reflex »)⁴²⁻⁴⁴.

Tous les rapports d'IRM et de pathologie liés au cancer du rectum doivent être consignés dans un format synoptique et transmis dans les deux semaines suivant leur rédaction, idéalement par le biais d'une interface électronique. Les rapports synoptiques électroniques sont des listes de contrôle normalisées destinées à recevoir des renseignements collectés sur le lieu de traitement. Une fois remplis, ils peuvent être transmis à d'autres

professionnels de la santé et intégrés à des référentiels centraux de données sur l'assurance de la qualité⁴⁵. Les chirurgiens peuvent utiliser les renseignements saisis pour évaluer le respect des données probantes et des procédures en matière de sécurité, ainsi que pour évaluer la qualité des soins dispensés et les résultats pour les patients⁴⁵.

- 2.2.3 Tous les patients atteints d'un cancer du rectum pour lesquels on prévoit une stomie ou pour lesquels il existe une possibilité de stomie doivent être aiguillés, avant l'intervention, vers une infirmière stomothérapeute qualifiée pour une consultation préopératoire, dans le cadre de laquelle ils recevront de l'information en matière de soins ainsi que de gestion des stomies, et feront l'objet d'un marquage.
- Tous les patients atteints d'un cancer du rectum devant subir une stomie doivent être informés à propos des services de soutien par les pairs et de soutien communautaire destinés aux patients stomisés (par exemple le programme de soutien par les pairs de l'Association canadienne des personnes stomisées), et ce, avant l'intervention ou avant leur sortie de l'hôpital si elle n'est pas planifiée³⁷.
- 2.2.4 Les patients présentant des facteurs cliniques ou des antécédents en faveur d'un risque élevé de cancer héréditaire doivent avoir accès à des tests génétiques appropriés, conformément aux lignes directrices en vigueur, ainsi qu'à des services de conseil en génétique.

Tous les patients chez lesquels on soupçonne un cancer héréditaire doivent subir les tests génétiques ou les tests « reflex » appropriés pour veiller à ce que le traitement et les soins de suivi soient adéquats. Les services de conseil génétique vers lesquels il convient d'aiguiller ces patients dans les meilleurs délais jouent également un rôle important.

2.2.5 Tous les centres de cancérologie doivent disposer d'équipements et d'installations bien entretenus et dotés de ressources suffisantes.

2.2.6 Tous les centres de cancérologie doivent être dotés d'un budget leur permettant d'acquérir de l'équipement moderne, ce budget devant être réévalué au fur et à mesure des évolutions en matière de personnel et de normes de soins.

Pour pouvoir prodiguer des soins exceptionnels aux patients, il est important de veiller à un entretien régulier des équipements et à la disponibilité de ressources adéquates. L'établissement initial des budgets et des ressources doit être pris en compte dans la planification^{46,47}. Étant donné que les besoins évoluent constamment, il est essentiel de mettre en place des processus de suivi et d'évaluation permettant de réagir à ces changements.



2.3 RESSOURCES HUMAINES

2.3.1 La CMC doit être composée de professionnels de la santé ayant une expertise ou un intérêt dans le domaine des cancers gastro-intestinaux, notamment, sans que cela soit limitatif :

- Des chirurgiens spécialistes du cancer du rectum
- Des oncologues médicaux
- Des radio-oncologues
- Des pathologistes
- Des radiologistes

Les chirurgiens prenant en charge un patient atteint d'un cancer du rectum doivent participer à des conférences multidisciplinaires, virtuellement ou en personne.

2.3.2 Tous les patients atteints d'un cancer du rectum doivent se voir proposer un dépistage et une prise en charge de la détresse, peu de temps après le diagnostic et aux étapes clés du parcours de soins (par exemple lors de l'instauration d'un traitement néoadjuvant, en phase préopératoire, lors de la mise en place d'un traitement adjuvant ou à la fin du traitement)³⁷.

L'équipe soignante est essentielle au succès des soins prodigués aux patients. Les chirurgiens spécialistes du cancer du rectum reconnaissent que, s'il est vrai qu'en tant que chirurgiens, ils exercent un rôle de leadership, d'apport de connaissances et d'excellence technique, il n'en demeure pas moins que c'est à l'équipe de soins tout entière qu'il incombe d'assurer la prévention

de la mortalité et de la morbidité, et d'aider les patients en cas d'événement indésirable. L'« incapacité à secourir les patients », comprise au sens large, est un échec aussi bien institutionnel que médical⁴⁸. Bien que le chirurgien spécialiste du cancer du rectum ait un rôle essentiel à jouer, la collaboration avec d'autres spécialistes et avec d'autres consultants ainsi qu'avec le personnel infirmier clinique spécialisé est primordiale pour offrir des soins chirurgicaux de grande qualité. La planification des ressources humaines doit être exhaustive et systématique. Il convient de réfléchir à la composition de l'équipe (c'est-à-dire de déterminer le nombre d'« équivalents temps plein », etc.), en ne perdant jamais de vue que la prise en charge de ces patients est un véritable « sport d'équipe ».

La présence lors des CMC est obligatoire, un représentant de chaque spécialité devant toujours y participer. La collaboration et l'échange des connaissances sont essentiels pour tous les membres de l'équipe soignante. On a montré que la collaboration entre spécialistes d'une même discipline et spécialistes de différentes disciplines permettait d'améliorer les résultats pour les patients et de réduire considérablement le délai entre le diagnostic et le traitement⁴⁹⁻⁵¹. Il est essentiel que les radiologistes, les oncologues médicaux, les radio-oncologues et les chirurgiens élaborent conjointement

un plan thérapeutique unifié s'appuyant sur des données probantes. La communication entre les membres des équipes multidisciplinaires doit se faire de façon efficace et rapide afin de veiller à la conformité des parcours convenus du patient, notamment pour la prise en charge personnalisée de chaque cas et le respect du traitement définitif^{10, 48}.

Un plan systématique couvrant tous les aspects des soins doit être mis en place pour veiller à ce que tous les patients atteints d'un cancer du rectum subissent régulièrement un dépistage des signes de détresse. Il sera ainsi plus facile d'évaluer le parcours du patient et de s'assurer qu'il réagit correctement au diagnostic et au traitement. Les patients présentant des signes de détresse doivent recevoir, dans les meilleurs délais, un soutien approprié.

2.4 TRAITEMENT DANS DES CENTRES DE CANCÉROLOGIE ET RELATION AVEC LES CENTRES AFFILIÉS

2.4.1 Tous les centres de traitement du cancer du rectum doivent être en relation avec un centre de cancérologie offrant des consultations avec des oncologues médicaux et des radio-oncologues. Il convient de mettre en place un mécanisme permettant d'offrir une consultation et un traitement en urgence à des patients hospitalisés.

Pour les services qui ne sont pas directement offerts dans l'établissement, il est important de connaître des centres susceptibles de fournir ces services dans la région et/ou d'entretenir des relations officielles avec ces établissements. Les obstacles liés à la géographie ou à la disponibilité des lits ne doivent entraver ni le traitement ni les consultations nécessaires. Bien qu'un centre de traitement du cancer du rectum se doive de disposer de ressources suffisantes pour prendre en charge l'ensemble des soins chirurgicaux correspondants, si tel n'est pas le cas, il convient de mettre en place une association ou une relation de travail officielle avec un centre de cancérologie régional^{34, 38}. Cela inclut l'affiliation avec un centre de cancérologie régional ayant accès à de l'équipement de radiothérapie et dans lequel il est relativement facile d'obtenir une consultation avec des oncologues médicaux et des radio-oncologues.

Processus axés sur la qualité

3.1 COLLECTE DES DONNÉES ET AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ

3.1.1 Les établissements et les régions qui disposent de centres de cancérologie régionaux doivent soutenir les processus axés sur la qualité de sorte que les obstacles financiers ne limitent pas la participation à ces processus.

3.1.2 Les autorités régionales doivent recueillir des données pertinentes en matière de critères de qualité à des fins d'audits et de rétroactions en collaboration avec les chirurgiens spécialistes du cancer du rectum, et se coordonner avec les initiatives nationales en la matière^{5, 52, 53}.

3.1.3 Une approche nationale, fondée sur des données, doit être mise en œuvre pour offrir des soins conformes aux pratiques exemplaires. La collecte des données sur les processus et sur les résultats doit être effectuée de manière systématique et prospective. Il convient ensuite de comparer ces données avec les normes nationales et internationales en la matière. Il s'agit notamment de mettre en œuvre une classification systématique des effets indésirables, un examen régulier des taux de mortalité et de morbidité ainsi qu'une analyse périodique des données à des fins d'autoévaluation et de promotion d'une amélioration cyclique continue (grâce à des audits et à des rétroactions). Des approches

fondées sur des pratiques exemplaires doivent être employées et communiquées afin d'assurer des soins de grande qualité. Il incombe aux autorités sanitaires de financer, de définir et de coordonner ce processus, ainsi que de fournir les soutiens et la gouvernance appropriés aux établissements afin qu'ils puissent adopter des pratiques exemplaires^{53, 54}.

3.1.4 L'éducation des patients doit être menée conformément aux normes éducatives de la province et de l'établissement pour les adultes atteints de cancer³⁷.

3.1.5 Il incombe, conjointement aux centres régionaux de cancérologie et aux chirurgiens spécialistes du cancer du rectum, de surveiller activement les complications survenant chez les patients, et, aux ressources humaines, de veiller à la mise en place de processus axés sur la qualité afin d'en soutenir l'amélioration. Chaque centre régional de cancérologie doit être doté d'un système permettant de repérer, le plus en amont possible dans le parcours des patients, les résultats et les événements indésirables, afin de pouvoir leur venir en aide et éviter d'autres événements encore plus graves.

3.1.6 Les établissements doivent favoriser la collecte et la mesure adéquates des

données relatives à l'expérience des patients (par exemple les résultats signalés par les patients ou les temps d'attente).

3.1.7 On s'attend à ce que les techniques et les processus de soins évoluent au fil du temps. Leur adoption doit se faire de manière systématique afin de favoriser une mise en œuvre normalisée assortie de l'octroi de l'agrément requis lorsque des modifications importantes sont apportées aux technologies et aux pratiques. Un suivi actif des résultats et des événements indésirables doit être effectué lors de l'adoption de technologies et de techniques nouvelles.

3.1.8 Les organisations nationales, provinciales et institutionnelles doivent recenser les patients présentant un risque élevé de résultats négatifs, en particulier ceux issus de populations vulnérables, élaborer des parcours de soins appropriés et en surveiller la conformité⁵⁴.

3.1.9 À la fin du traitement actif, les patients doivent bénéficier d'une surveillance structurée, systématique et complète, et avoir accès à des ressources destinées aux survivants.



Bien qu'il soit difficile de la définir avec précision, l'amélioration de la qualité est souvent mesurée en fonction de composants liés à la structure, aux résultats et aux processus.

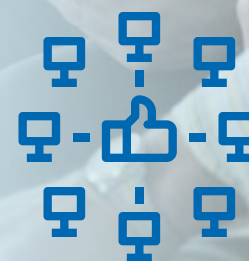
L'une des méthodes à la disposition des chirurgiens spécialistes du cancer du rectum pour évaluer leurs pratiques consiste à les comparer aux directives nationales fondées sur des données probantes⁵⁵. Les données traitant de la qualité des soins, des processus et des mesures des résultats peuvent fournir des renseignements pertinents en matière de qualité et de résultats chirurgicaux⁵³. Le suivi régulier des données peut aider à prévoir la morbidité et la mortalité chirurgicales. Au fil du temps, la collecte systématique de données permet d'améliorer la qualité des données, conduisant à une amélioration des soins fournis au patient. Toutefois, les résultats ne dépendent pas uniquement du chirurgien et du niveau d'activité de l'hôpital, mais aussi des techniques chirurgicales utilisées, de facteurs propres au patient (comme les comorbidités) et des décisions thérapeutiques multidisciplinaires³⁹. La collecte de données à différentes étapes du parcours du patient et l'évaluation comparative par rapport aux objectifs ou aux normes nationales et internationales peuvent contribuer à la prestation de soins de grande qualité centrés sur le patient.

La collecte, l'évaluation et le suivi des données visent à améliorer les résultats chirurgicaux et le rendement des hôpitaux de façon non punitive et à se détacher d'une approche basée sur la stigmatisation et le reproche. Lors de l'adoption de nouvelles techniques ou de nouvelles technologies, le risque pour les patients doit être évalué par rapport à l'ampleur d'une innovation et à son importance. On a montré qu'un examen et une vérification régulière des données ainsi

qu'un suivi normalisé des complications permettaient d'améliorer les résultats. Les données à l'échelon de l'établissement doivent être réintroduites dans le système pour accroître la qualité et réduire au minimum les obstacles interprovinciaux, ainsi que pour permettre aux participants locaux qui fournissent des services chirurgicaux pour le cancer du rectum d'améliorer la qualité. La surveillance des données relatives aux résultats peut aider les cliniciens à déterminer les processus qu'ils ont suivis ou non et qui ont eu des répercussions directes sur les résultats pour les patients.

Au Canada, un programme pilote mené dans huit centres a été conçu pour améliorer les résultats cliniques des patients en mettant en œuvre des initiatives axées sur la qualité en matière de cancer du rectum dans tout le pays. Soutenu par le Partenariat canadien contre le cancer et dirigé par la D^{re} Erin Kennedy, ce programme a démontré une amélioration du respect des normes au cours des deux années d'existence du projet (voir [en anglais] http://www.rcacprojects.ca/?page_id=15). La collecte continue de données, accompagnée de rétroactions itératives provenant des cliniciens traitants, constitue un outil d'assurance de la qualité important dans le traitement du cancer du rectum.

Dans la mesure où il existe des différences considérables quant à l'évaluation de la qualité des soins, l'utilisation uniforme d'indicateurs de la qualité des soins bien définis pour mesurer et surveiller le rendement promet une amélioration des résultats chez les patients qui subissent une chirurgie rectale.



Ce document a pour objectif de servir de ressource à visée informative et décisionnelle permettant d'améliorer et de normaliser la prestation des soins chirurgicaux du cancer du rectum au Canada.

28

Après sa publication, il s'agira de le diffuser le plus largement possible et de déterminer des stratégies favorisant une adoption systématique et complète des normes présentées afin de contribuer à la réduction des écarts et de remédier aux carences et à la variabilité actuelles en matière de soins.

Des initiatives sont en cours en vue d'élaborer un cadre d'évaluation permettant de mesurer l'adoption de ces normes recommandées et d'analyser le rôle que pourraient jouer la SCCCR et Agrément Canada pour les promouvoir et pour offrir des processus d'agrément visant à les faire respecter.

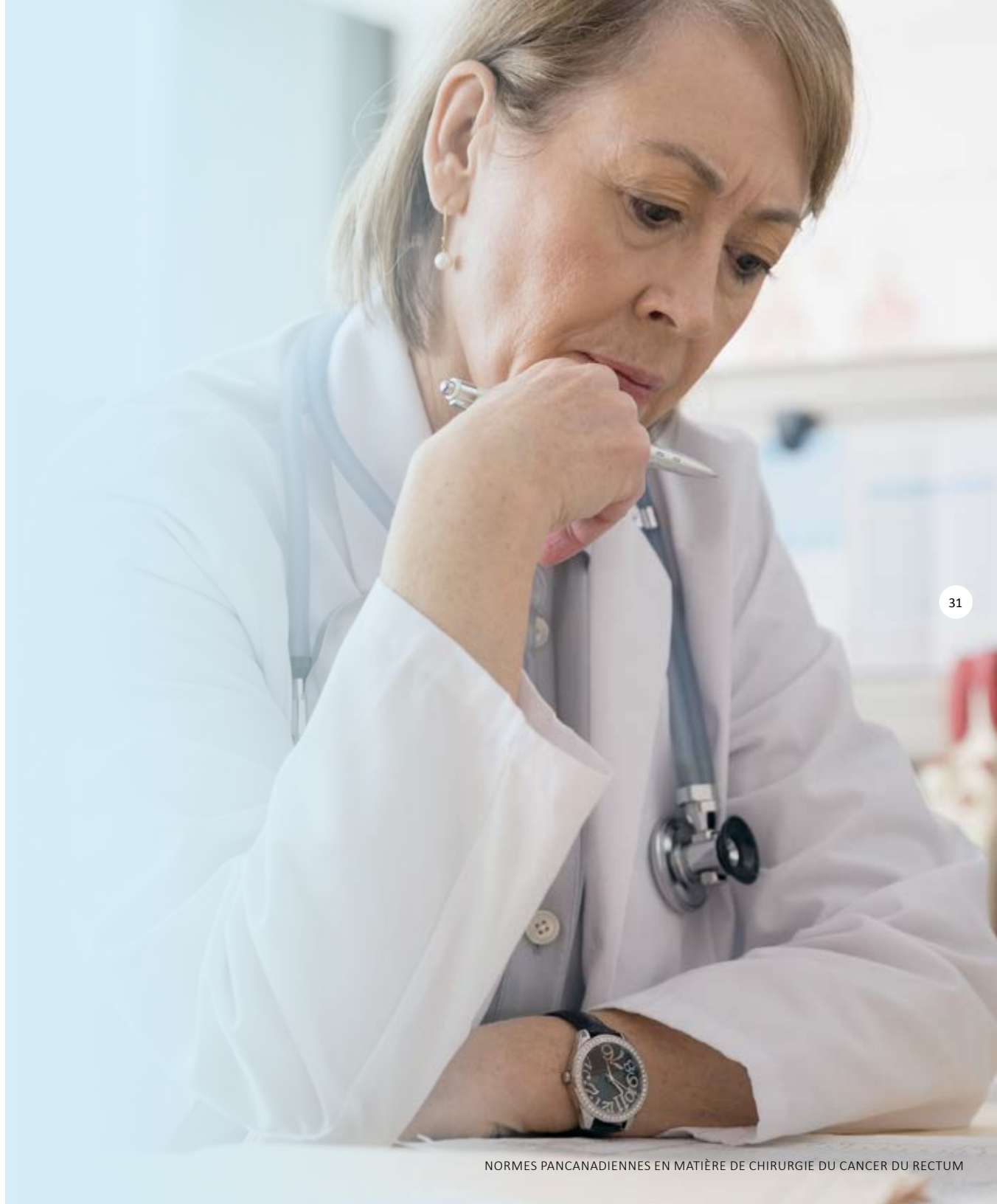


RÉFÉRENCES

1. Société canadienne du cancer. (2018). Statistiques sur le cancer colorectal. Disponible à l'adresse : <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/colorectal/statistics/?region=on>.
2. Simunovic, M., et coll. (2001). A snapshot of waiting times for cancer surgery provided by surgeons affiliated with regional cancer centres in Ontario. *CMAJ*, **165**(4), 421-425.
3. Simunovic, M., et coll. (2000). Hospital procedure volume and teaching status do not influence treatment and outcome measures of rectal cancer surgery in a large general population. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, **4**(3), 324-330.
4. Biondo, S., et coll. (2010). Impact of surgical specialization on emergency colorectal surgery outcomes. *Archives of Surgery*, **145**(1), 79-86.
5. Kapiteijn, E. et Van de Velde, C. J. H. (2002). Developments and quality assurance in rectal cancer surgery. *European Journal of Cancer*, **38**(7), 919-936.
6. Penninckx, F. (2001). Surgeon-related aspects of the treatment and outcome after radical resection for rectal cancer. *Acta Gastro-Enterologica Belgica*, **64**(3), 258-262.
7. Porter, G. A., et coll. (1998). Surgeon-related factors and outcome in rectal cancer. *Annals of Surgery*, **227**(2), 157-167.
8. Billingsley, K. G., et coll. (2007). Surgeon and hospital characteristics as predictors of major adverse outcomes following colon cancer surgery: Understanding the volume-outcome relationship. *Archives of Surgery*, **142**(1), 23.
9. Borowski, D. W., et coll. (2010). Volume-outcome analysis of colorectal cancer related outcomes. *The British journal of surgery*, **97**(9), 1416-1430.
10. Brannstrom, F., et coll. (2015). Multidisciplinary team conferences promote treatment according to guidelines in rectal cancer. *Acta Oncologica*, **54**(4), 447-453.
11. Harling, H., et coll. (2005). Hospital volume and outcome of rectal cancer surgery in Denmark 1994-1999. *Colorectal Disease*, **7**(1), 90-95.
12. Iversen, L. H., et coll. (2007). Influence of caseload and surgical speciality on outcome following surgery for colorectal cancer: A review of evidence. Part 2: Long-term outcome. *Colorectal Disease*, **9**(1), 38-46.
13. McColl, R. J., et coll. (2017). Impact of hospital volume on quality indicators for rectal cancer surgery in British Columbia, Canada. *American Journal of Surgery*, **213**(2), 388-394.
14. Nugent, E. et Neary, P. (2010). Rectal cancer surgery: Volume-outcome analysis. *International Journal of Colorectal Disease*, **25**(12), 1389-1396.
15. Pata, G., et coll. (2008). Modifiable risk factors in colorectal surgery: central role of surgeon's volume. *Annali italiani di chirurgia*, **79**(6), 427-433.
16. Rogers Jr, S. O., et coll. (2006). Relation of surgeon and hospital volume to processes and outcomes of colorectal cancer surgery. *Annals of Surgery*, **244**(6), 1003-1011.
17. Ptok, H., et coll. (2007). Influence of hospital volume on the frequency of abdominoperineal resections and long-term oncological outcomes in low rectal cancer. *European Journal of Surgical Oncology*, **33**(7), 854-861.
18. Kokotovic, D., et coll. (2016, avril). Watchful waiting as a treatment strategy for patients with a ventral hernia appears to be safe. *Hernia*, **20**(2), 281-287.
19. Rupinski, M., et coll. (2015). Watch and wait policy after preoperative radiotherapy for rectal cancer; management of residual lesions that appear clinically benign. *European Journal of Surgical Oncology*, **42**(2), 288-296.
20. Smith, J. J., et coll. (2015). Organ Preservation in Rectal Adenocarcinoma: a phase II randomized controlled trial evaluating 3-year disease-free survival in patients with locally advanced rectal cancer treated with chemoradiation plus induction or consolidation chemotherapy, and total mesorectal excision or nonoperative management. *BMC Cancer*, **15**(767).
21. Kapiteijn, E., et coll. (2001) Preoperative radiotherapy combined with total mesorectal excision for resectable rectal cancer. *N Engl J Med*, **349**(9):638-646.
22. How, P., et coll. (2011). A systematic review of cancer related patient outcomes after anterior resection and abdominoperineal excision for rectal cancer in the total mesorectal excision era. Database of Abstracts of Reviews of Effects.
23. Martling, A., et coll. (2002). The surgeon as a prognostic factor after the introduction of total mesorectal excision in the treatment of rectal cancer. *British Journal of Surgery*, **89**(8), 1008-1013.
24. Kennedy, E. D., et coll. (2011). Do patients consider preoperative chemoradiation for primary rectal cancer worthwhile? *Cancer*, **117**(13), 2853-2862.

25. Group, M. S. (2006). Diagnostic accuracy of preoperative magnetic resonance imaging in predicting curative resection of rectal cancer: prospective observational study. *BMJ*, **333**(7572).
26. Rectal Cancer Alliance of Canada. (2015). QuickSilver: A Phase II Study Using Magnetic Resonance Imaging Criteria to Identify “Good Prognosis” Rectal Cancer Patients Eligible for Primary Surgery. *JMIR Res Protoc*, **4**(2), e41.
27. Taylor, F. G. M., et coll. (2011). Preoperative High-Resolution Magnetic Resonance Imaging Can Identify Good Prognosis Stage I, II, and III Rectal Cancer Best Managed by Surgery Alone. *Annals of Surgery*, **253**(4), 711-719.
28. Allaix, M. E., Arezzo, A. et Morino, M. (2016). Transanal endoscopic microsurgery for rectal cancer: T1 and beyond? An evidence-based review. *Surgical Endoscopy*, **30**(11), 4841-4852.
29. Kikuchi, R., et coll. (1995). Management of early invasive colorectal cancer. Risk of recurrence and clinical guidelines. *Dis Colon Rectum*, **38**(12), 1286-1295.
30. Lezoche, E., et coll. (2012). Randomized clinical trial of endoluminal locoregional resection versus laparoscopic total mesorectal excision for T2 rectal cancer after neoadjuvant therapy. *Br J Surg*, **99**(9), 1211-1218.
31. Creavin, B., Ryan, E., Martin, S. T., Hanly, A., O’Connell, P. R., Sheahan, K. et Winter, D. C. (2017). Organ preservation with local excision or active surveillance following chemoradiotherapy for rectal cancer. *British Journal of Cancer*, **116**(2), 169-174.
32. Habr-Gama, A. (2004). Operative versus nonoperative treatment for stage 0 distal rectal cancer following chemoradiation therapy: Long-term results. *Annals of Surgery*, **240**(4), 711-717.
33. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. (2015). Objectives of Training in the Subspecialty of Colorectal Surgery.
34. Charlton, M. E., et coll. (2014). Association between surgeon characteristics and their preferences for guideline-concordant staging and treatment for rectal cancer. *American Journal of Surgery*, **208**(5), 817-823.
35. Di Cataldo, A., et coll. (2007). The surgeon as a prognostic factor in the surgical treatment of rectal cancer. *Surgical Oncology*, **16**, 53-56.
36. Byrne, B. E., et coll. (2015). Understanding how colorectal units achieve short length of stay: An interview survey among representative hospitals in England. *Patient Safety in Surgery*, **9**(1), pas de pagination.
37. Cancer Care Nova Scotia. (2016). Clinical Standards for the Treatment of Rectal Cancer in Nova Scotia.
38. Paterson, W. G., Depew, W. T., Paré, P., Petrunia, D., Switzer, C., Veldhuyzen van Zanten, S. J., Daniels, S., pour le Groupe de consensus sur les temps d’attente de l’Association canadienne de gastroentérologie. (2006). Consensus canadien sur les temps d’attente médicalement acceptables en santé digestive. *Can J Gastroenterol*, **20**(6), 411-423.
39. Hall, G. M., et coll. (2016). Colorectal specialization and survival in colorectal cancer. *Colorectal Dis*, **18**(2), O51-60.
40. Ambroggi, M., et coll. (2015). Distance as a barrier to cancer diagnosis and treatment: Review of the literature. *Oncologist*, **20**(12), 1378-1385.
41. Al-Sahaf, M. et Lim, E. (2015). The association between surgical volume, survival and quality of care. *Journal of Thoracic Disease*, **7**, S152-S155.
42. Campa-Thompson, M., et coll. (2015). Pathologic processing of the total mesorectal excision. *Clin Colon Rectal Surg*, **28**(1), 43-52.
43. Nagtegaal, I. D., et coll. (2002). Macroscopic evaluation of rectal cancer resection specimen: clinical significance of the pathologist in quality control. *J Clin Oncol*, **20**(7), 1729-1734.
44. Maughan, N. J. et Quirke, P. (2003). Modern Management of Colorectal Cancer — A Pathologist’s View. *Scandinavian Journal of Surgery*, **92**(1), 11-19.
45. Partenariat canadien contre le cancer. (2015). La normalisation des rapports de chirurgie du cancer peut contribuer à améliorer les soins. [consulté en 2016]; disponible à l’adresse : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/news-events/news/article/la-normalisation-des-rapports-de-chirurgie-du-cancer-peut-contribuer-a-ameliorer-les-soins/>.
46. Ginsberg, G. M., et coll. (2010). Prevention, screening and treatment of colorectal cancer: A global and regional generalized cost effectiveness analysis. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, **8**, pas de pagination.
47. Gordon, L. G. et Obermair, A. (2010). Potential hospital cost-savings attributed to improvements in outcomes for colorectal cancer surgery following self-audit. *BMC surgery*, **10**, 4.
48. Ghaferi, A. A., Birkmeyer, J. D. et Dimick, J. B. (2011). Hospital volume and failure to rescue with high-risk surgery. *Medical Care*, **49**(12), 1076-1081.
49. Adam, A. (2015). Next important steps for IR. *CardioVascular and Interventional Radiology*, **38**(3 SUPPL. 1), S109-S110.
50. Boudou-Rouquette, P., et coll. (2013). Clinical benefit of a one-day multidisciplinary work-up for risk assessment in unfit cancer patients. *European Journal of Cancer*, **49**, S340.
51. Brouwers, M., et coll. (2009). Cancer diagnostic assessment programs: Standards for the organization of care in Ontario. *Current Oncology*, **16**(6), 29-41.
52. Duxbury, M. S., et coll. (2003). Management of colorectal cancer: Variations in practice in one hospital. *European Journal of Surgical Oncology*, **29**(4), 400-402.

53. Armstrong, D., et coll. (2009). Quality indicators for colonoscopy in canada: The canadian association of gastroenterology (CAG) endoscopy quality initiative (EQI) practice audit project. *Canadian Journal of Gastroenterology*, **23**, pas de pagination.
54. Zhang, W., Ayanian, J. Z. et Zaslavsky, A. M. (2007). Patient characteristics and hospital quality for colorectal cancer surgery. *International Journal for Quality in Health Care*, **19**(1), 11-20.
55. Arriaga, A. F., et coll. (2009). The better colectomy project: Association of evidence-based best-practice adherence rates to outcomes in colorectal surgery. *Annals of Surgery*, **250**(4), 507-512.



Le présent document fournit des directives générales ainsi qu'une réflexion sur les exigences et les ressources fondamentales à mettre en place afin d'améliorer les soins chirurgicaux du cancer et leurs résultats. Il servira de ressource d'aide à la prise de décision afin de soutenir la prestation de soins homogènes et de grande qualité à tous les Canadiens ayant besoin d'une chirurgie rectale.
