



Spécifications techniques de l'année en cours  
pour la Base de données sur les congés des  
patients 2012-2013

## Notre vision

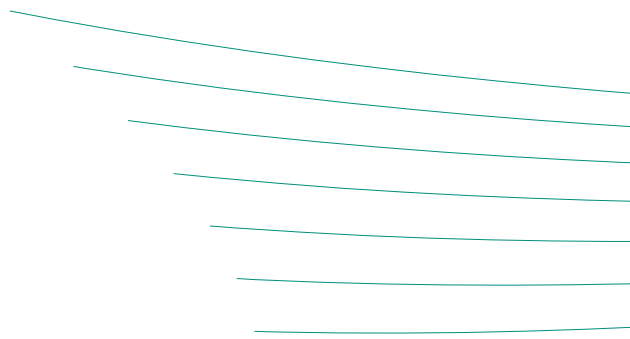
De meilleures données pour de meilleures décisions : des Canadiens en meilleure santé

## Notre mandat

Exercer le leadership visant l'élaboration et le maintien d'une information sur la santé exhaustive et intégrée pour des politiques avisées et une gestion efficace du système de santé qui permettent d'améliorer la santé et les soins de santé

## Nos valeurs

Respect, intégrité, collaboration, excellence, innovation



[www.icis.ca](http://www.icis.ca)

*Au cœur des données*

# Table des matières

Introduction .....	1
Objectif .....	1
Mises à jour .....	2
Contrôles de la qualité des données .....	4
1. Abrégés susceptibles d'avoir été soumis plus d'une fois (D0103-18) .....	4
2. Disparité entre le poids (0002 à 0999 g) et le code du diagnostic de faible poids à la naissance (D1002-20) .....	4
3. Disparité entre le poids (1 000 à 2 499 g) et le code du diagnostic de faible poids à la naissance (D1002-21) .....	4
4. Couplage incomplet des mères et des nouveau-nés par numéro de dossier de la mère ou du nouveau-né (D0112-23) .....	5
5. Type de diagnostic 2 ou 3 attribué à Z51.5 Soins palliatifs (D1002-27) .....	6
6. Mauvais attribut de situation de l'intervention attribué pour arthroplasties de la hanche (D1103-29) .....	6
7. Mauvais attribut de situation de l'intervention attribué pour arthroplasties du genou (D1103-30) .....	7
8. Naissances vivantes multiples codifiées comme enfant unique né vivant (D1002-32) .....	8
9. État à la sortie (décès) et Issue de la visite (décès) attribué au même patient dans la BDCD et le SNISA (D0505-34) .....	8
10. Trois épisodes d'interventions hors hôpital ou plus dans une journée (D1113-35) .....	9
11. Code du diagnostic O75.701 avec code 5.MD.60.^ Accouchement par césarienne (D1102-44) .....	9
12. Poids inconnu 0001 enregistré pour nouveau-nés et patients néonataux de moins de 29 jours (D0703-50) .....	10
13. Codes d'affection post-intervention enregistrés sans code de cause externe (D1002-52) .....	10
14. Code d'intervention par ECT manquant (D1102-53) .....	11
15. Service principal ou service de transfert 64 (Psychiatrie) ou 65 (Pédopsychiatrie) sans indicateur de santé mentale (D1502-54) .....	12
16. Mort de la mère avec état à la sortie autre que décès (D1002-57) .....	12
17. Réparation chirurgicale, post-partum, déchirure, lacération obstétricale récente – Disparité entre le code du diagnostic et le code d'intervention (D1002-58) .....	12
18. Code 3.IP.10.VX (angiographie coronaire) manquant avec interventions coronariennes percutanées (D1102-59) .....	13
19. Code R94.30 (STEMI) manquant lorsque l'attribut de situation N ou D est attribué avec le code 1.IJ.50.^ (ICP) (D1002-60) .....	14

20. Abrégé de nouveau-né sans le code P07.2 (Immaturité extrême) ou P07.3 (Autres enfants nés avant terme) (D1002-61) .....	15
21. Type de diagnostic 0 avec code du diagnostic P07.2 ou P07.3 et code d'entrée N (D1004-62) .....	15
22. Heure d'admission inconnue (D0402-64).....	16
23. Heure de sortie inconnue (D0502-65).....	16
Annexe A – Codes d'affections post-intervention .....	17

## Introduction

Partie intégrante de l'engagement de l'Institut canadien de l'information sur la santé (ICIS) envers la qualité des données, l'analyse systématique de la Base de données sur les congés des patients (BDCP) permet de relever les problèmes de qualité des données au cours de l'année de soumission et après la clôture de la base de données. Les données douteuses sont renvoyées à l'établissement qui les a soumises pour vérification et correction pendant que la base de données est encore ouverte pour la soumission de données.

## Objectif

Le présent document a été créé afin :

- d'accompagner les fichiers de transmission des données douteuses aux établissements pour vérification et correction au besoin;
- d'aider les clients de la BDCP à créer leurs propres vérifications de la qualité des données afin de repérer les enregistrements comportant des problèmes de qualité des données.

Le présent document présente les contrôles de la qualité des données effectués sur la BDCP, ainsi que leurs critères de sélection, les éléments de données ayant servi à l'analyse, un exemple de cas correct et des références. Il est important de noter que l'exemple de cas correct ne couvre pas tous les bons exemples possibles pouvant s'appliquer aux critères de sélection.

Les représentants du service à la clientèle de l'ICIS ou les représentants des ministères de la Santé transmettront aux établissements les fichiers de qualité des données contenant les abrégés soumis à la BDCP qui ont satisfait aux critères de sélection d'un ou de plusieurs contrôles de la qualité des données. Les établissements doivent examiner les dossiers des abrégés comportant des erreurs et resoumettre les abrégés corrigés au besoin. Chaque fichier de qualité des données envoyé aux établissements indique un numéro de contrôle de la qualité des données et une description ainsi que les éléments de données identificateurs de l'abrége, notamment Numéro de dossier, Exercice, Période, Numéro du lot, Numéro d'abrége et Date de sortie. L'information permettant d'identifier l'abrége aide les établissements à mettre en correspondance les abrégés comportant des erreurs avec les abrégés dans leurs systèmes.

Remarque : Un même abrége peut contenir plus d'une lacune en matière de qualité des données. Par exemple, un abrége peut satisfaire aux critères de sélection du contrôle de la qualité des données *Mauvais attribut de situation de l'intervention attribué pour arthroplasties du genou (D1103-30)* et du contrôle de la qualité des données *Abrégés susceptibles d'avoir été soumis plus d'une fois (D0103-18)*.

## Mises à jour

Le document Spécifications techniques de l'année en cours pour la BDCP est mis à jour chaque exercice financier, et les nouveaux contrôles de la qualité des données de la BDCP sont ajoutés au document. Un contrôle de la qualité des données peut également être modifié pour refléter les améliorations apportées à la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième version*, à la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième version, Canada (CIM-10-CA)* et à la *Classification canadienne des interventions en santé (CCI)* ou être harmonisé avec la plus récente version des *Normes canadiennes de codification de la CIM-10-CA et de la CCI*. Un contrôle de la qualité des données peut être supprimé s'il n'est plus pertinent ou si de nouvelles vérifications sont créées.

À compter de 2012-2013, chaque contrôle de la qualité des données sera identifié au moyen d'un code unique qui lui est propre. Ce code unique est attribué en fonction du groupe et du champ le plus pertinent analysé, et un numéro séquentiel est attribué pour identifier le contrôle de la qualité des données. Le numéro séquentiel est un nombre utilisé à l'ICIS à des fins de suivi des contrôles. Par exemple, le code unique D1102-53 a été attribué au contrôle de la qualité des données *Code d'intervention par ECT manquant*, le contrôle de la qualité se référant au groupe 11 (Interventions), au champ 02 (Code d'intervention) et au numéro séquentiel, qui est 53. Ce code unique n'est attribué à aucun autre contrôle de la qualité des données.

Les changements suivants ont été apportés aux Spécifications techniques de l'année en cours pour la BDCP 2012–2013 :

### Contrôles de la qualité des données supprimés

- Problèmes d'indicateur de série pour les affections post-intervention – codes de cause externe Y60 à Y84 enregistrés sans indicateur de série;
- Problèmes d'indicateur de série pour les affections post-intervention – codes d'affections post-intervention enregistrés sans indicateur de série;
- Codes de microorganismes résistants aux antibiotiques (codes U82 à U84) enregistrés sans indicateur de série;
- Préfixe du diagnostic 8 enregistré avec un code autre que Z51.5 Soins palliatifs;
- Préfixe du diagnostic 5 ou 6 manquant avec une comorbidité après l'admission et une intervention admissible;
- Préfixe du diagnostic 5 ou 6 incorrectement attribué sans intervention ou sans intervention admissible;
- Préfixe du diagnostic 5 ou 6 attribué avec un type de diagnostic autre que le type de diagnostic 2;
- Attribution erronée de l'indicateur d'intervention avant l'admission;

- Caractère alphabétique d'indicateur de série enregistré une seule fois;
- Préfixe du diagnostic 5 ou 6 incorrectement attribué pour un cas de chirurgie d'un jour;
- Préfixe du diagnostic 5 ou 6 incorrectement attribué avec un code d'obstétrique;
- Codes d'intervention 1.IJ.50.^ Dilatation, artères coronaires avec un code de coronarographie.

### **Nouveaux contrôles de la qualité des données**

- Abrégés susceptibles d'avoir été soumis plus d'une fois (D0103-18);
- Disparité entre le poids (0002 à 0999 g) et le code du diagnostic de faible poids à la naissance (D1002-20);
- Disparité entre le poids (1 000 à 2 499 g) et le code du diagnostic de faible poids à la naissance (D1002-21);
- Poids inconnu 0001 enregistré pour nouveau-nés et patients néonataux de moins de 29 jours (D0703-50);
- Code d'intervention par ECT manquant (D1102-53);
- Service principal ou service de transfert 64 (Psychiatrie) ou 65 (Pédopsychiatrie) sans indicateur de santé mentale (D1502-54);
- Mort de la mère avec état à la sortie autre que décès (D1002-57);
- Code R94.30 (STEMI) manquant lorsque l'attribut de situation N ou D est attribué avec le code 1.IJ.50.^ (ICP) (D1002-60);
- Abrégé de nouveau-né sans le code P07.2 (Immaturité extrême) ou P07.3 (Autres enfants nés avant terme) (D1002-61);
- Type de diagnostic 0 avec code du diagnostic P07.2 ou P07.3 et code d'entrée N (D1004-62);
- Heure d'admission inconnue (9999) (D0402-64);
- Heure de sortie inconnue (9999) (D0402-65).

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec l'ICIS à [bdca@icis.ca](mailto:bdca@icis.ca).

## Contrôles de la qualité des données

### 1. Abrégés susceptibles d'avoir été soumis plus d'une fois (D0103-18)

<b>Critères de sélection</b>	Enregistrements pour lesquels les éléments de données ci-dessous sont les mêmes.
<b>Éléments de données</b>	Province/Territoire, Numéro d'établissement, Numéro d'assurance-maladie, Date de naissance, Sexe, Code postal, Date d'admission, Heure d'admission, Date de sortie, Heure de sortie, Code du diagnostic, Code d'intervention, Poids

### 2. Disparité entre le poids (0002 à 0999 g) et le code du diagnostic de faible poids à la naissance (D1002-20)

#### *Règle/justification*

Si le poids enregistré dans l'abrégié d'un nouveau-né est de 0002 à 0999 grammes, le code du diagnostic de faible poids à la naissance correspondant doit également être inscrit. Un faible poids à la naissance de 0002 à 0999 grammes est classé comme P07.0 Poids extrêmement faible à la naissance.

<b>Critères de sélection</b>	Enregistrements pour lesquels le code d'entrée est N et le poids est de 0002 à 0999 grammes, et le code du diagnostic P07.1 ( <i>Autres poids faibles à la naissance</i> ) est inscrit.
<b>Éléments de données</b>	Code d'entrée, Poids, Code du diagnostic
<b>Exemple de cas correct</b>	Code d'entrée = N Poids = 755 grammes P07.0 <i>Poids extrêmement faible à la naissance</i>
<b>Référence</b>	Normes canadiennes de codification : Faible poids à la naissance et/ou enfant né avant terme. Version 2012 de la CIM-10-CA.

### 3. Disparité entre le poids (1 000 à 2 499 g) et le code du diagnostic de faible poids à la naissance (D1002-21)

#### *Règle/justification*

Si le poids enregistré dans l'abrégié d'un nouveau-né est de 1 000 à 2 499 grammes, le code du diagnostic de faible poids à la naissance correspondant doit également être inscrit. Un faible poids à la naissance de 1 000 à 2 499 grammes est classé comme P07.1 *Autres poids faibles à la naissance*.

<b>Critères de sélection</b>	Enregistrements pour lesquels le code d'entrée est N, le poids est de 1 000 à 2 499 grammes, et le code du diagnostic P07.0 ( <i>Poids extrêmement faible à la naissance</i> ) est inscrit.
<b>Éléments de données</b>	Code d'entrée, Poids, Code du diagnostic
<b>Exemple de cas correct</b>	Code d'entrée = N Poids = 2 300 grammes P07.1 <i>Autres poids faibles à la naissance</i>
<b>Référence</b>	Normes canadiennes de codification : Faible poids à la naissance et/ou enfant né avant terme. Version 2012 de la CIM-10-CA.



#### 4. Couplage incomplet des mères et des nouveau-nés par numéro de dossier de la mère ou du nouveau-né (D0112-23)

##### Règle/justification

Le numéro de dossier de la mère ou du nouveau-né indiqué dans l'enregistrement de la mère doit être le même que le numéro de dossier inscrit dans l'enregistrement du nouveau-né. Le numéro de dossier de la mère ou du nouveau-né indiqué dans l'enregistrement du nouveau-né doit être le même que le numéro de dossier inscrit dans l'enregistrement de la mère.

Le numéro de dossier de la mère ou du nouveau-né est le seul élément de données utilisé par l'ICIS pour coupler les mères et leurs nouveau-nés. Le couplage des numéros de dossier de la mère ou du nouveau-né compte parmi les indicateurs provinciaux et territoriaux de la qualité des données qui assurent l'exactitude de l'information.

<b>Critères de sélection</b>	<p>Le dossier de la mère contient Z37.0–, Z37.2–, Z37.3–, Z37.5–, Z37.6– ou Z37.9– et le code du diagnostic principal n'est pas O04 – <i>Avortement médical</i> et l'un des codes d'intervention est 5.MD.50.^ à 5.MD.60.^</p> <p>Le dossier du nouveau-né qui est né à l'hôpital contient Z38.0–, Z38.3– ou Z38.6– et le code du diagnostic principal n'est pas P96.4 <i>Interruption de grossesse, affectant le fœtus et nouveau-né</i></p> <p>Enregistrements de la mère pour lesquels le numéro de dossier de la mère ou du nouveau-né n'est pas le même que le numéro de dossier inscrit dans l'enregistrement du nouveau-né.</p> <p>Enregistrements du nouveau-né pour lesquels le numéro de dossier de la mère ou du nouveau-né n'est pas le même que le numéro de dossier inscrit dans l'enregistrement de la mère.</p>										
<b>Éléments de données</b>	Numéro de dossier de la mère ou du nouveau-né, Numéro de dossier										
<b>Exemple de cas correct</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Numéro de dossier</th> <th>Numéro de dossier de la mère ou du nouveau-né</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mère</td> <td>M00001</td> <td>N00001</td> </tr> <tr> <td>Nouveau-né</td> <td>N00001</td> <td>M00001</td> </tr> </tbody> </table> <p>Le numéro de dossier de la mère ou du nouveau-né indiqué dans l'enregistrement de la mère correspond au numéro de dossier du nouveau-né et le numéro de dossier de la mère ou du nouveau-né indiqué dans l'enregistrement du nouveau-né correspond bien au numéro de dossier de la mère.</p>			Numéro de dossier	Numéro de dossier de la mère ou du nouveau-né	Mère	M00001	N00001	Nouveau-né	N00001	M00001
	Numéro de dossier	Numéro de dossier de la mère ou du nouveau-né									
Mère	M00001	N00001									
Nouveau-né	N00001	M00001									
<b>Référence</b>	Manuel de saisie de l'information, BDCP : Groupe 01 – Éléments de données du contrôle des soumissions, Champ 12 – Numéro de dossier de la mère ou du nouveau-né.										

## 5. Type de diagnostic 2 ou 3 attribué à Z51.5 Soins palliatifs (D1002-27)

### Règle/justification

Le code Z51.5 Soins palliatifs ne doit pas être associé à un type de diagnostic 2 ou 3. Les définitions relatives au type de diagnostic ne correspondent pas vraiment au code Z51.5; par conséquent, il faut se reporter à la directive de la section sur les soins palliatifs des Normes de codification. Les soins palliatifs ne constituent pas une affection en soi, mais plutôt un service fourni à un groupe de patients ciblé. Selon les circonstances, le code Z51.5 peut correspondre au type de diagnostic M, 1, W, X ou Y. Pour les établissements qui ne saisissent pas les données sur les services de transfert (W, X ou Y), l'équivalent d'un type de diagnostic de service de transfert est le type de diagnostic 1.

<b>Critères de sélection</b>	Enregistrements pour lesquels le code Z51.5 est associé à un type de diagnostic 2 ou 3.
<b>Éléments de données</b>	Code du diagnostic, Type de diagnostic
<b>Exemple de cas correct</b>	Z51.5 (M) – Soins palliatifs C18.9 (3) Tumeur maligne du côlon, sans précision
<b>Référence</b>	Normes canadiennes de codification : Soins palliatifs.

## 6. Mauvais attribut de situation de l'intervention attribué pour arthroplasties de la hanche (D1103-29)

### Règle/justification

Lorsqu'un des codes suivants, représentant une complication mécanique ou une infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse existante, est attribué comme type de diagnostic M ou 1

- T84.03 *Complication mécanique d'une prothèse de la hanche*
- T84.53 *Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse de la hanche*

et que l'intervention enregistrée est

- 1.SQ.53.^ *Implantation d'un appareil interne, bassin, ou*
- 1.VA.53.^ *Implantation d'un appareil interne, articulation de la hanche*

l'attribut de situation obligatoire est « R » (reprise). La combinaison de codes du diagnostic et d'intervention décrit la reprise d'une intervention pratiquée précédemment en raison d'un problème inattendu, ce qui correspond à la définition d'une intervention reprise.

<b>Critères de sélection</b>	Enregistrements comportant le code du diagnostic T84.03 ou T84.53 comme type de diagnostic M ou 1 et le code d'intervention 1.SQ.53.^ ou 1.VA.53.^ sans attribut de situation « R » (reprise).
<b>Éléments de données</b>	Code du diagnostic, Type de diagnostic, Code d'intervention, Attribut de situation de l'intervention
<b>Exemples de cas corrects</b>	T84.53 (M) <i>Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse de la hanche</i> [indicateur de série A]

Y83.1 (9) *Intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne artificielle à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention* [indicateur de série A]

1.SQ.53.LA-PN *Implantation d'un appareil interne, bassin, prothèse à deux composants (p. ex. cupule avec anneau de protrusion ou fixation par vis supplémentaire, plaque), non cimentée* [indicateur de série R]

<b>Référence</b>	Normes canadiennes de codification : Interventions reprises.
------------------	--

## 7. Mauvais attribut de situation de l'intervention attribué pour arthroplasties du genou (D1103-30)

### Règle/justification

Lorsqu'un des codes suivants, représentant une complication mécanique ou une infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse existante, est attribué comme type de diagnostic M ou 1

- T84.04 *Complication mécanique d'une prothèse du genou*
- T84.54 *Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse du genou*

et que l'intervention enregistrée est

- 1.VG.53.^ *Implantation d'un appareil interne, articulation du genou*

l'attribut de situation obligatoire est « R » (reprise). La combinaison de codes de diagnostic et d'intervention décrit la reprise d'une intervention pratiquée précédemment en raison d'un problème inattendu, ce qui correspond à la définition d'une intervention reprise.

<b>Critères de sélection</b>	Enregistrements comportant le code du diagnostic T84.04 ou T84.54 comme type de diagnostic M ou 1 et le code d'intervention 1.VG.53.^ sans attribut de situation « R » (reprise).
<b>Éléments de données</b>	Code du diagnostic, Type de diagnostic, Code d'intervention, Attribut de situation de l'intervention
<b>Exemple de cas correct</b>	T84.54 (M) <i>Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse du genou</i> [indicateur de série A]  Y83.1 (9) <i>Intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne artificielle à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention</i> [indicateur de série A]  1.VG.53.LA-PM-N <i>Implantation d'un appareil interne, articulation du genou, prothèse à un composant, avec matériel synthétique (p. ex. pâte à os, ciment, Dynagraft, Osteoset)</i> [indicateur de série R]
<b>Référence</b>	Normes canadiennes de codification : Interventions reprises.

## 8. Naissances vivantes multiples codifiées comme enfant unique né vivant (D1002-32)

### Règle/justification

Selon les Normes canadiennes de codification, chaque dossier de nouveau-né doit comprendre un code Z38 – *Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance*, pour indiquer le nombre de naissances. Un enfant unique né vivant reçoit un code de Z38.0– à Z38.2–. Les jumeaux, triplés ou autres naissances vivantes multiples reçoivent un code de Z38.3– à Z38.8–. On ne doit pas attribuer un code de Z38.0– à Z38.2– (enfant unique) à un dossier de naissances multiples. Dans la plupart des cas, les naissances multiples surviennent à la même date. Toutefois, dans certains cas, elles peuvent se produire à des dates différentes. Les codes Z38.3– à Z38.8– servent à décrire les grossesses multiples et s'appliquent même si les naissances ont lieu à différentes dates ou dans des lieux distincts, ou si un ou plusieurs des nouveau-nés sont morts-nés.

La présente analyse porte sur les naissances multiples qui surviennent le même jour. Les clients peuvent également réaliser des analyses si les dates ou lieux de naissance diffèrent ou si un ou plusieurs des nouveau-nés sont morts-nés.

<b>Critères de sélection</b>	Enregistrements de nouveau-né avec code Z38.0– à Z38.2– (excluant P96.4 <i>Interruption de grossesse, affectant le fœtus et nouveau-né</i> comme diagnostic principal) et plus d'un numéro de dossier de la mère ou du nouveau-né enregistré avec la même date d'admission.
<b>Éléments de données</b>	Code d'entrée, Numéro de dossier de la mère ou du nouveau-né, Date d'admission, Code du diagnostic
<b>Exemple de cas correct</b>	Un même numéro de dossier de la mère ou du nouveau-né ne figure pas sur plus d'un enregistrement de nouveau-né codifié comme enfant unique (Z38.0– à Z38.2–) avec la même date d'admission.
<b>Référence</b>	Normes canadiennes de codification : Définition des types de diagnostic selon la BDCP.

## 9. État à la sortie (décès) et Issue de la visite (décès) attribué au même patient dans la BDCD et le SNISA (D0505-34)

### Règle/justification

Le code d'état à la sortie 07 (*décès*) de la BDCP et le code d'issue de la visite 10 (*décès après l'admission*) ou 11 (*décès à l'arrivée*) du SNISA ne peuvent être attribués qu'une fois au même patient.

<b>Critères de sélection</b>	Enregistrements comportant le code d'état à la sortie 07 (décès) dans la BDCP les codes d'issue de la visite 10 ou 11 (décès) dans le SNISA et les mêmes numéro d'assurance-maladie et province ou territoire émetteur du numéro d'assurance-maladie dans la BDCP et le SNISA.
<b>Éléments de données</b>	État à la sortie (BDCP), Issue de la visite (SNISA), Numéro d'assurance-maladie
<b>Exemple de cas correct</b>	Le même numéro d'assurance-maladie ne figure pas sur plus d'un dossier indiquant un code d'état à la sortie 07 dans la BDCP ou d'issue de la visite 10 ou 11 dans le SNISA.

## 10. Trois épisodes d'interventions hors hôpital ou plus dans une journée (D1113-35)

### *Règle/justification*

Selon les directives du Manuel de saisie de l'information de la BDCP, un épisode d'intervention représente la visite d'un patient dans un lieu où une ou plusieurs interventions peuvent être pratiquées. Lorsque plus d'un code de la CCI sont nécessaires pour saisir des interventions pratiquées au cours d'un seul épisode d'intervention, la date du début de l'épisode d'intervention ne doit être enregistrée qu'une seule fois sur la première ligne de l'abrégé. La saisie à répétition de la date du début de l'épisode d'intervention pour plusieurs interventions pratiquées au cours d'un même épisode a pour conséquence d'augmenter de façon erronée le nombre d'interventions (utilisé dans l'attribution de la pondération de la consommation des ressources).

Le champ Indicateur hors hôpital permet de signaler qu'un épisode d'intervention a eu lieu dans un service de soins ambulatoires d'un autre établissement de soins de santé au cours de l'hospitalisation actuelle du patient dans l'établissement déclarant.

Ce contrôle vise à repérer les enregistrements contenant peut-être des erreurs de surenregistrement de la date du début de l'épisode d'intervention pour plusieurs interventions hors hôpital durant un seul épisode.

<b>Critères de sélection</b>	Enregistrements pour lesquels l'indicateur hors hôpital est Y et la même date du début de l'épisode d'intervention est enregistrée trois fois ou plus.
<b>Éléments de données</b>	Indicateur hors hôpital, Date du début de l'épisode d'intervention
<b>Exemple de cas correct</b>	Une seule date du début de l'épisode d'intervention est enregistrée pour les interventions hors hôpital.
<b>Référence</b>	Manuel de saisie de l'information, BDCP : Groupe 11 — Interventions.

## 11. Code du diagnostic O75.701 avec code 5.MD.60.^ Accouchement par césarienne (D1102-44)

### *Règle/justification*

Pour un seul accouchement, le code O75.701 *Accouchement par voie vaginale après une césarienne SAI, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum* ne peut pas être enregistré avec un code 5.MD.60.^ *Accouchement par césarienne* puisque ces codes sont

contradictaires. Le code O75.701 représente un accouchement vaginal après césarienne. Par conséquent, l'intervention devrait être codifiée par 5.MD.50.^ à 5.MD.56.^ (accouchement vaginal) À MOINS QUE l'erreur soit une sélection incorrecte du code du diagnostic.

<b>Critères de sélection</b>	Enregistrements pour lesquels O75.701 et Z37.0 – ou Z37.1 – (Naissance unique, enfant vivant ou Naissance unique, enfant mort-né) sont enregistrés avec un code 5.MD.60.^
<b>Éléments de données</b>	Code du diagnostic, Code d'intervention
<b>Exemple de cas correct</b>	O75.701 (M) <i>Autres complications du travail et de l'accouchement, non classées ailleurs, accouchement par voie vaginale après une césarienne SAI, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum</i>  Z37.000 (3) <i>Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées</i>  5.MD.50.AA <i>Accouchement par voie vaginale, assistance manuelle (présentation par le sommet), sans épisiotomie</i>
<b>Référence</b>	Normes canadiennes de codification : Accouchement avec antécédent de césarienne antérieure

## 12. Poids inconnu 0001 enregistré pour nouveau-nés et patients néonataux de moins de 29 jours (D0703-50)

### *Règle/justification*

Le poids sert au classement dans les groupes de maladies analogues. Un pourcentage élevé d'enregistrements indiquant la valeur 0001 (poids inconnu) peut indiquer un problème de documentation de l'établissement.

<b>Critères de sélection</b>	Enregistrements pour lesquels le code d'entrée n'est pas S (mortinaissance) et le code d'âge est D ou B et l'unité d'âge est 0 à 29 et le poids est 0001.
<b>Éléments de données</b>	Poids, Code d'entrée, Code d'âge, Unité d'âge

## 13. Codes d'affection post-intervention enregistrés sans code de cause externe (D1002-52)

### *Règle/justification*

Tout code d'affection post-intervention (voir l'annexe A) exige un code de cause externe (Y60 à Y84 ou V01 à X59).

<b>Critères de sélection</b>	Enregistrements affichant un code d'affection post-intervention (voir l'annexe A) ET sans code de cause externe (Y60 à Y84 ou V01 à X59).
<b>Élément de données</b>	Code du diagnostic
<b>Exemple de cas correct</b>	<b>Exemple 1</b> K91.42 (M) <i>Mauvais résultats fonctionnels de l'abouchement d'une colostomie, non classé ailleurs [indicateur de série A]</i>

Y83.3 (9) *Intervention chirurgicale avec abouchement externe à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention*  
[indicateur de série A]

**Exemple 2**

M96.6 (M) *Fracture osseuse après mise en place d'un implant, d'une prothèse articulaire ou d'une plaque d'ostéosynthèse*

W10 (9) *Chute dans et d'un escalier et de marches*

U98.0 (9) *Lieu de l'événement, domicile*

<b>Références</b>	Normes canadiennes de codification : Affections post-intervention; Produit d'autoapprentissage : Classification des affections post-intervention : attribution des codes de la CIM-10-CA.
-------------------	--

## 14. Code d'intervention par ECT manquant (D1102-53)

### Règle/justification

Le code d'intervention lié à l'ECT (1.AN.09.JA-DV *Stimulation, cerveau, stimulation électrique externe [pour choc ou convulsion]*) doit obligatoirement être enregistré pour certains GMA (voir la liste des GMA avec ou sans ECT ci-dessous). Pour les établissements situés au Manitoba, à Terre-Neuve-et-Labrador, au Nouveau-Brunswick et en Ontario où l'indicateur de psychiatrie est établi dans le fichier de l'établissement, il est obligatoire d'enregistrer le traitement par ECT dans le groupe 15 : Indicateurs, santé mentale (champs 09 et 10).

L'enregistrement du traitement par ECT seulement dans le groupe 15 et non dans le champ Code d'intervention pourrait faire en sorte que ces cas soient regroupés incorrectement, soit comme des GMA sans ECT.

### Exemples

#### GMA sans ECT

GMA 677 Schizophrénie sans électrochoc

GMA 691 Trouble bipolaire, dépression sévère sans électrochoc

GMA 680 Trouble schizo-affectif sans électrochoc

GMA 689 Trouble bipolaire sans électrochoc

GMA 693 Épisode dépressif sans électrochoc

#### GMA avec ECT

GMA 676 Schizophrénie avec électrochoc

GMA 690 Trouble bipolaire, dépression sévère avec électrochoc

GMA 679 Trouble schizo-affectif avec électrochoc

GMA 688 Trouble bipolaire avec électrochoc

GMA 692 Épisode dépressif avec électrochoc

<b>Critères de sélection</b>	Enregistrements de soins de courte durée pour lesquels le champ Traitement par ECT contient la valeur 2 (Oui) et le code d'intervention 1.AN.09.JA-DV est manquant.
<b>Éléments de données</b>	Code d'intervention, Traitement par ECT

## 15. Service principal ou service de transfert 64 (Psychiatrie) ou 65 (Pédopsychiatrie) sans indicateur de santé mentale (D1502-54)

### Règle/justification

Ce contrôle est propre aux établissements de l'Ontario.

<b>Critères de sélection</b>	Enregistrements de l'Ontario pour lesquels l'indicateur de santé mentale dans le dossier de l'établissement est 1 et le service principal ou service de transfert est 64 ou 65 et aucun indicateur de santé mentale n'est enregistré dans le groupe 15.
<b>Éléments de données</b>	Numéro d'établissement, Service principal, Service de transfert, Indicateur de santé mentale = 1

## 16. Mort de la mère avec état à la sortie autre que décès (D1002-57)

### Règle/justification

Si un code du diagnostic

- O95. – *Mort d'origine obstétricale de cause non précisée, ou*
- O96. – *Mort d'origine obstétricale, survenant plus de 42 jours mais moins d'un an après l'accouchement, ou*
- O97. – *Mort de séquelles relevant d'une cause obstétricale*

est attribué, l'état à la sortie doit être 07 (décès).

<b>Critères de sélection</b>	Enregistrements pour lesquels un code du diagnostic O95.–, O96.– ou O97.– est attribué et l'état à la sortie n'est pas 07.
<b>Éléments de données</b>	État à la sortie, Code du diagnostic
<b>Exemple de cas correct</b>	Code d'état à la sortie = 07 (décès) O95.001 <i>Mort d'origine obstétricale de cause non précisée, accouchement, avec ou sans mention de trouble antepartum</i>
<b>Référence</b>	Version 2012 de la CIM-10-CA. Manuel de saisie de l'information, BDCP : Groupe 10 — Diagnostic.

## 17. Réparation chirurgicale, post-partum, déchirure, lacération obstétricale récente – Disparité entre le code du diagnostic et le code d'intervention (D1002-58)

### Règle/justification

Si le code 5.PC.80.JP (réparation d'une déchirure du premier ou du deuxième degré) ou 5.PC.80.JQ (réparation d'une déchirure du troisième ou du quatrième degré) est attribué, le code du diagnostic correspondant doit refléter le même degré de déchirure, soit O70.001 ou O70.004 (déchirure du premier degré), O70.101 ou O70.104 (déchirure du deuxième degré),



O70.201 ou O70.204 (déchirure du troisième degré) ou O70.301 ou O70.304 (déchirure du quatrième degré). De plus, lorsqu'une déchirure obstétricale est réparée, il est obligatoire d'attribuer le code du diagnostic applicable (pour le degré de déchirure) comme diagnostic de type significatif et le code d'intervention pour la réparation.

<b>Critères de sélection</b>	Enregistrements pour lesquels le code 5.PC.80.JP (réparation d'une déchirure du premier ou du deuxième degré) est enregistré avec le code O70.201 ou O70.204 (déchirure obstétricale du périnée du troisième degré), ou O70.301 ou O70.304 (déchirure obstétricale du périnée du quatrième degré) ou le code 5.PC.80.JQ (réparation d'une déchirure du troisième ou du quatrième degré) est enregistré avec le code O70.001 ou O70.004 (déchirure obstétricale du périnée du premier degré), ou O70.101 ou O70.104 (déchirure obstétricale du périnée du deuxième degré)
<b>Éléments de données</b>	Code du diagnostic, Code d'intervention
<b>Exemple de cas correct</b>	O70.101 (M) <i>Déchirure obstétricale du périnée, du deuxième degré, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum</i>  Z37.000 (3) <i>Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées</i>  5.PC.80.JP <i>Réparation chirurgicale, post-partum, déchirure, lacération obstétricale récente du plancher pelvien, du périnée, de la partie inférieure du vagin ou de la vulve (comprend Réparation d'une déchirure du 1<sup>er</sup> ou du 2<sup>e</sup> degré, déchirures périurétrales mineures)</i>
<b>Référence</b>	Version 2012 de la CIM-10-CA et de la CCI

## 18. Code 3.IP.10.VX (angiographie coronaire) manquant avec interventions coronariennes percutanées (D1102-59)

### Règle/justification

Lorsqu'une intervention coronarienne percutanée est réalisée — un des codes

- 1.IJ.50.^ *Dilatation, artères coronaires, ou*
- 1.IJ.57-GQ-FV *Extraction, artères coronaires, approche transluminale percutanée, utilisation d'un dispositif d'athérectomie (p. ex. cathéter à extraction transluminale, Rotoablator, laser); ou*
- 1.IJ.57.GQ-GX *Extraction, artères coronaires, approche transluminale percutanée, utilisation d'un dispositif NCA [p. ex. dispositif de thrombectomie]*

il est obligatoire d'attribuer également le code 3.IP.10.VX *Radiographie, cœur avec artères coronaires, structures du cœur gauche, approche artérielle transluminale percutanée (rétrograde).*

<b>Critères de sélection</b>	Enregistrements pour lesquels le code 1.IJ.50.^^ ou 1.IJ.57-GQ-FV ou 1.IJ.57.GQ-GX est attribué <b>sans</b> le code 3.IP.10.VX (angiographie coronaire) pour le même épisode d'intervention.
<b>Élément de données</b>	Code d'intervention
<b>Exemple de cas correct</b>	1.IJ.50.GQ-NR <i>Dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée [p. ex., angioplastie seule], avec insertion d'une endoprothèse (endovasculaire) [stent, tuteur] seulement</i>  3.IP.10.VX <i>Radiographie, cœur avec artères coronaires, structures du cœur <b>gauche</b>, approche artérielle transluminale percutanée (rétrograde)</i>
<b>Références</b>	Normes canadiennes de codification : Sélection des interventions à codifier pour les soins ambulatoires et Sélection des interventions à codifier pour les soins de courte durée aux patients hospitalisés; Produit d'autoapprentissage : Aller de l'avant avec l'utilisation de la version 2012 de la CIM-10-CA et de la CCI. Leçon 3.3 : Angiographie coronaire.

## 19. Code R94.30 (STEMI) manquant lorsque l'attribut de situation N ou D est attribué avec le code 1.IJ.50.^^ (ICP) (D1002-60)

### Règle/justification

Lorsque l'attribut de situation N – *ICP primaire pour STEMI* (infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST) ou D – *Autre ICP pour STEMI* est attribué avec un code de la catégorie 1.IJ.50.^^, un diagnostic de STEMI (c'est-à-dire, R94.30 *Modification de l'électrocardiogramme suggérant un infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST [STEMI]*) doit aussi être attribué. Les attributs de situation N et D s'appliquent seulement aux cas où une intervention coronarienne percutanée (ICP) a été pratiquée pour un diagnostic de STEMI.

<b>Critères de sélection</b>	Enregistrements pour lesquels le code d'intervention 1.IJ.50.^^ et l'attribut de situation N ou D ont été attribués sans code du diagnostic R94.30.
<b>Éléments de données</b>	Code du diagnostic, Attribut de situation, Code d'intervention
<b>Exemple de cas correct</b>	1.IJ.50.GQ-NR <i>Dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée [p. ex., angioplastie seule], avec insertion d'une endoprothèse (endovasculaire) [stent, tuteur] seulement</i> Situation = N ou D  I21.0 (M) <i>Infarctus transmural aigu du myocarde, de la paroi antérieure</i>  R94.30 (3) <i>Modification de l'électrocardiogramme suggérant un infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST [STEMI]</i>
<b>Référence</b>	Produit d'autoapprentissage : Aller de l'avant avec l'utilisation de la version 2012 de la CIM-10-CA et de la CCI; Normes canadiennes de codification : Sélection de l'attribut de situation lors d'une intervention coronaire percutanée (ICP).

## 20. Abrégé de nouveau-né sans le code P07.2 (Immaturité extrême) ou P07.3 (Autres enfants nés avant terme) (D1002-61)

### Règle/justification

Lorsque l'âge gestationnel du nouveau-né est moins de 37 semaines complètes, il est obligatoire d'attribuer, à titre de diagnostic de type significatif, soit :

- P07.2 *Immaturité extrême*; ou
- P07.3 *Autres enfants nés avant terme*.

<b>Critères de sélection</b>	Enregistrements pour lesquels : le code d'entrée est nouveau-né (N) <u>et</u> l'âge gestationnel est compris entre 01 et 27 semaines, <b>sans</b> code du diagnostic P07.2 comme type de diagnostic M, 1, W, X ou Y ou le code d'entrée est nouveau-né (N) <u>et</u> l'âge gestationnel est compris entre 28 et 36 semaines, <b>sans</b> code du diagnostic P07.3 comme type de diagnostic M, 1, W, X ou Y
<b>Élément de données</b>	Code d'entrée, Âge gestationnel, Code du diagnostic
<b>Exemple de cas correct</b>	Code d'entrée = nouveau-né (N) Âge gestationnel = 36 semaines P07.3 (M) <i>Autres enfants nés avant terme</i> Z38.010 (0) <i>Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par césarienne, produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)</i>
<b>Références</b>	Normes canadiennes de codification : Faible poids à la naissance et/ou enfant né avant terme; Définition des types de diagnostics selon la BDCP – Diagnostic de Type (0) – Nouveau-né

## 21. Type de diagnostic 0 avec code du diagnostic P07.2 ou P07.3 et code d'entrée N (D1004-62)

### Règle/justification

Lorsque l'âge gestationnel du nouveau-né est moins de 37 semaines complètes, il est obligatoire d'attribuer, à titre de **diagnostic de type significatif**, soit :

- P07.2 *Immaturité extrême*; ou
- P07.3 *Autres enfants nés avant terme*.

<b>Critères de sélection</b>	Enregistrements pour lesquels le code d'entrée est N et l'âge gestationnel est moins de 37 semaines et le type de diagnostic (0) est attribué au code du diagnostic P07.2 ou P07.3
<b>Élément de données</b>	Code du diagnostic, Type de diagnostic, Code d'entrée, Âge gestationnel
<b>Exemple de cas correct</b>	Code d'entrée = nouveau-né (N) Âge gestationnel = 36 semaines P07.3 (M) <i>Autres enfants nés avant terme</i> Z38.010 (0) <i>Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par césarienne, produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)</i>

## 22. Heure d'admission inconnue (D0402-64)

<b>Critères de sélection</b>	Enregistrements pour lesquels l'heure d'admission est 9999.
<b>Élément de données</b>	Heure d'admission

## 23. Heure de sortie inconnue (D0502-65)

<b>Critères de sélection</b>	Enregistrements pour lesquels l'heure de sortie est 9999.
<b>Élément de données</b>	Heure de sortie

## Annexe A – Codes d'affections post-intervention

Cette liste contient tous les codes d'affections post-intervention. Lorsqu'un code de cette liste est attribué, un code de cause externe est toujours requis. Lorsque le code de cause externe est Y60 à Y84, un indicateur de série doit être ajouté.

- E89.0 Hypothyroïdie postintervention
- E89.1 Hypoinsulinémie postintervention
- E89.2 Hypoparathyroïdie postintervention
- E89.3 Hypopituitarisme postintervention
- E89.4 Insuffisance ovarienne postintervention
- E89.5 Hypofonctionnement testiculaire postintervention
- E89.6 Hypofonctionnement corticosurrénal (de la médullaire) postintervention
- E89.8 Autres anomalies endocriniennes et métaboliques postintervention
- E89.9 Anomalie endocrinienne et métabolique postintervention, sans précision
- G97.0 Écoulement de liquide céphalorachidien après rachicentèse (ponction lombaire)
- G97.1 Autre réaction secondaire à une rachicentèse
- G97.2 Hypotension intracrânienne suite à un pontage ventriculaire
- G97.8 Autres affections du système nerveux postintervention
- G97.9 Affection du système nerveux postintervention, sans précision
- H59.0 Kératopathie (bulleuse aphaque) après intervention pour cataracte
- H59.80 Fragments de cataracte (de cristallin) dans l'œil après intervention pour cataracte
- H59.81 Œdème maculaire cystoïde après intervention pour cataracte
- H59.88 Autres affections de l'œil et de ses annexes postintervention
- H59.9 Affection de l'œil et de ses annexes postintervention, sans précision
- H95.0 Cholestéatome récidivant après mastoïdectomie
- H95.1 Autres affections survenant après mastoïdectomie
- H95.8 Autres affections de l'oreille et de l'apophyse mastoïde postintervention
- H95.9 Affection de l'oreille et de l'apophyse mastoïde postintervention, sans précision
- I97.0 Syndrome post-cardiotomie
- I97.1 Autres troubles fonctionnels après chirurgie cardiaque
- I97.2 Lymphoedème après mastectomie
- I97.8 Autres troubles de l'appareil circulatoire postintervention, non classés ailleurs
- I97.9 Trouble de l'appareil circulatoire postintervention, sans précision
- J95.00 Hémorragie de l'orifice de la trachéostomie
- J95.01 Infection de l'orifice de la trachéostomie

- J95.02 Fonctionnement défectueux d'une trachéostomie
- J95.03 Fistule trachéo-oesophagienne consécutive à une trachéostomie
- J95.08 Autre complication de la trachéostomie
- J95.1 Insuffisance pulmonaire aiguë consécutive à une intervention chirurgicale thoracique
- J95.2 Insuffisance pulmonaire aiguë consécutive à une intervention chirurgicale non thoracique
- J95.3 Insuffisance pulmonaire chronique consécutive à une intervention chirurgicale
- J95.4 Syndrome de Mendelson
- J95.5 Sténose sous-glottique postintervention
- J95.80 Pneumothorax postintervention
- J95.81 Syndrome de détresse respiratoire aigu post-transfusionnel (TRALI)
- J95.88 Autres troubles respiratoires postintervention, non classés ailleurs
- J95.9 Trouble respiratoire postintervention, sans précision
- K91.0 Vomissements consécutifs à une intervention gastro-intestinale
- K91.1 Syndromes consécutifs à une intervention gastrique
- K91.2 Malabsorption postchirurgicale, non classée ailleurs
- K91.3 Occlusion intestinale postopératoire
- K91.40 Hémorragie de l'abouchement d'une colostomie
- K91.41 Infection de l'abouchement d'une colostomie
- K91.42 Mauvais résultats fonctionnels de l'abouchement d'une colostomie, non classés ailleurs
- K91.43 Hémorragie de l'abouchement d'une entérostomie
- K91.44 Infection de l'abouchement d'une entérostomie
- K91.45 Dysfonctionnement d'une entérostomie, non classé ailleurs
- K91.5 Syndrome postcholécystectomie
- K91.60 Hémorragie de l'abouchement d'une gastrostomie
- K91.61 Infection de l'abouchement d'une gastrostomie
- K91.62 Mauvais résultats fonctionnels d'une gastrostomie, non classés ailleurs
- K91.8 Autres atteintes de l'appareil digestif postintervention, non classées ailleurs
- K91.9 Atteinte de l'appareil digestif postintervention, sans précision
- M96.0 Pseudarthrose après arthrodèse ou fusion
- M96.1 Syndrome post-laminectomie, non classé ailleurs
- M96.2 Cyphose après irradiation
- M96.3 Cyphose après laminectomie
- M96.4 Lordose après chirurgie
- M96.5 Scoliose après irradiation
- M96.6 Fracture osseuse après mise en place d'un implant, d'une prothèse articulaire ou d'une plaque d'ostéosynthèse

- M96.8 Autres affections du système ostéo-articulaire et des muscles postintervention
- M96.9 Affection du système ostéo-articulaire et des muscles postintervention, sans précision
- N99.0 Insuffisance rénale postintervention
- N99.1 Rétrécissement urétral postintervention
- N99.2 Adhérences vaginales post-opératoires
- N99.3 Prolapsus de la paroi supérieure du vagin après hystérectomie
- N99.4 Adhérences pelvi-péritonéales postintervention
- N99.50 Hémorragie de stomie de l'appareil urinaire
- N99.51 Infection de stomie de l'appareil urinaire
- N99.52 Autres dysfonctionnements de stomie de l'appareil urinaire NCA
- N99.8 Autres affections de l'appareil génito-urinaire postintervention
- N99.9 Affection de l'appareil génito-urinaire postintervention, sans précision

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

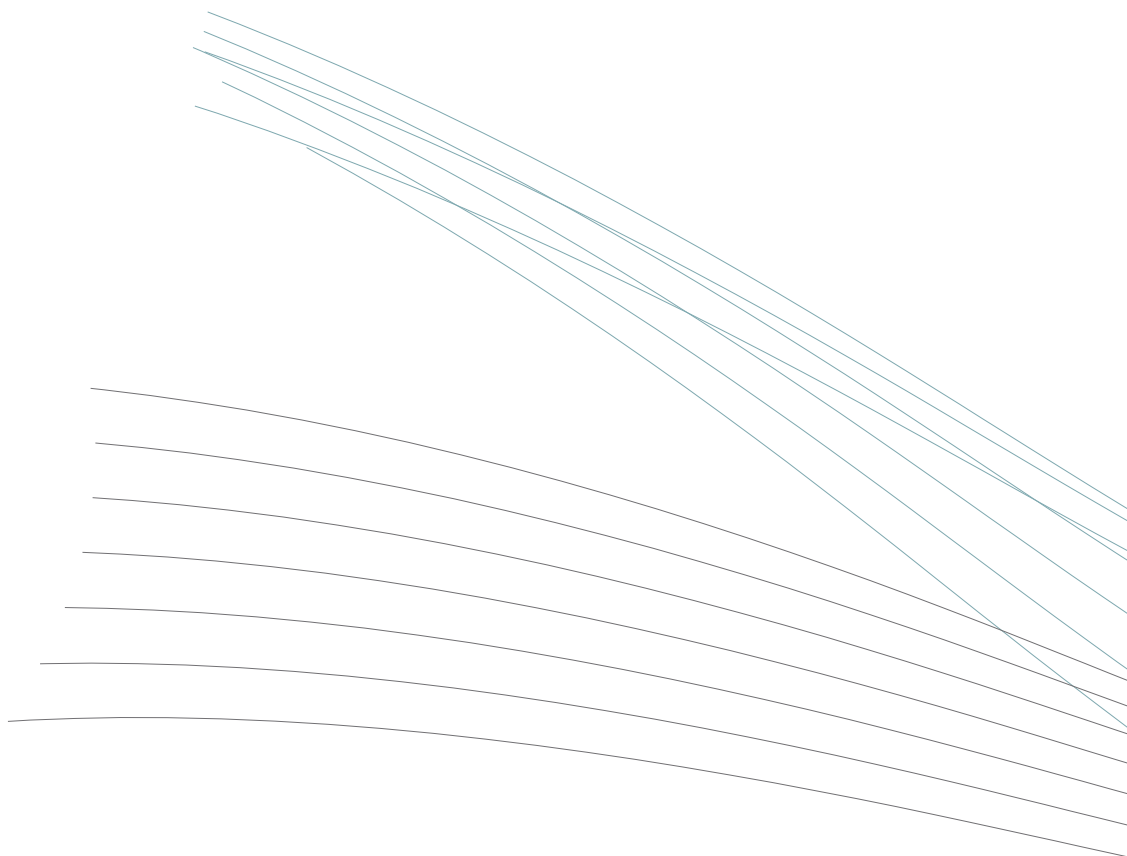
Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

Institut canadien d'information sur la santé  
495, chemin Richmond, bureau 600  
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860  
Télécopieur : 613-241-8120  
[www.icis.ca](http://www.icis.ca)  
[droitdauteur@icis.ca](mailto:droitdauteur@icis.ca)

© 2013 Institut canadien d'information sur la santé





## Parlez-nous

### **ICIS Ottawa**

495, rue Richmond, bureau 600  
Ottawa (Ontario) K2A 4H6  
Téléphone : 613-241-7860

### **ICIS Toronto**

4110, rue Yonge, bureau 300  
Toronto (Ontario) M2P 2B7  
Téléphone : 416-481-2002

### **ICIS Victoria**

880, rue Douglas, bureau 600  
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 2B7  
Téléphone : 250-220-4100

### **ICIS Montréal**

1010, rue Sherbrooke Ouest, bureau 300  
Montréal (Québec) H3A 2R7  
Téléphone : 514-842-2226

### **ICIS St. John's**

140, rue Water, bureau 701  
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1C 6H6  
Téléphone : 709-576-7006