



# Attribution de types de diagnostic : abrégés de la BDCP

Vous devez attribuer un type de diagnostic à tous les codes qui proviennent de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième version, Canada (CIM-10-CA)* et qui se trouvent dans un abrégé de la Base de données sur les congés des patients (BDCP).

## Qu'est-ce qu'un type de diagnostic?

Il s'agit d'un caractère alphabétique ou numérique utilisé pour décrire la significativité d'un diagnostic ou d'une affection pour un enregistrement dans la BDCP.

Il identifie

- une affection qui est présente à l'admission ou qui survient après l'admission
- une affection qui ne satisfait pas aux critères de significativité, mais qui offre des précisions
- les répercussions de l'affection sur les soins administrés au patient

Les types (M), (1), (2), (6), (W), (X) et (Y) sont considérés comme des types de diagnostic significatifs ou de comorbidité.

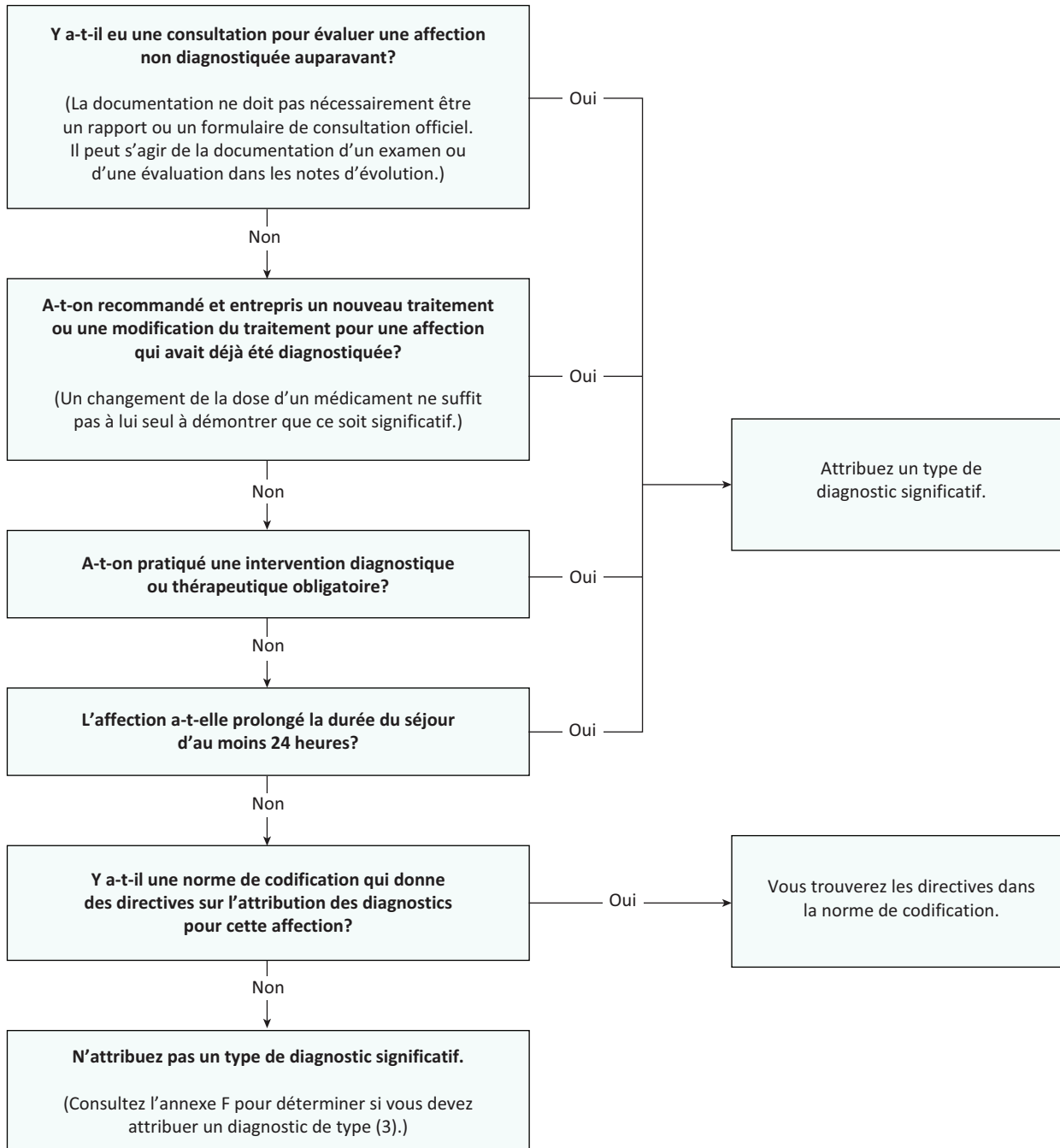
Une comorbidité est une affection qui est présente en plus du diagnostic principal (DxP) au moment de l'admission ou qui apparaît après l'admission et qui répond à au moins un des 3 **critères de significativité**.

Pour qu'un type de diagnostic soit attribué à une affection, celle-ci doit satisfaire à au moins un des 3 critères de significativité suivants :

1. Exige un traitement au-delà de la prise en charge de l'affection préexistante
2. Prolonge la durée du séjour d'au moins 24 heures
3. A des répercussions importantes sur le traitement reçu



## Comment déterminer si un diagnostic est significatif



### Remarques

L'annexe F renvoie à l'annexe F — Références aux diagnostics de type (3)/autre problème obligatoire dans les normes, qui se trouve dans les *Normes canadiennes de codification de la CIM-10-CA et de la CCI*.

Si les notes au dossier indiquent qu'il y a eu un test diagnostique ou une évaluation, que le diagnostic est confirmé et qu'un plan de traitement a été proposé, même s'il n'est pas entrepris en raison du refus du patient ou d'une contre-indication, l'attribution d'un type de diagnostic significatif ne doit pas être écartée.



## Liste des types de diagnostic

Code	Signification
M	Diagnostic principal (DxP) <ul style="list-style-type: none"><li>• Diagnostic ou affection considéré comme responsable du séjour du patient à l'hôpital</li></ul> <b>Remarque</b> : Vous ne pouvez attribuer un diagnostic de type (M) qu'à un seul code de la CIM-10-CA dans un abrégé de la BDCP.
1	Comorbidité avant l'admission <ul style="list-style-type: none"><li>• Diagnostic ou affection qui existait avant l'admission</li><li>• Doit satisfaire à au moins un des 3 critères de significativité</li></ul>
2	Comorbidité après l'admission <ul style="list-style-type: none"><li>• Diagnostic ou affection survenant après l'admission</li><li>• Doit satisfaire à au moins un des 3 critères de significativité</li></ul> <b>Remarque</b> : Si une comorbidité après l'admission satisfait aux critères de DxP, vous devez la consigner à la fois en tant que DxP et diagnostic de type (2).
3	Diagnostic secondaire <ul style="list-style-type: none"><li>• Diagnostic ou affection pour lequel un patient peut avoir reçu ou non un traitement</li><li>• Diagnostic ou affection qui ne satisfait pas à au moins un des 3 critères de significativité</li><li>• Peut être attribué pour donner des détails ou d'autres renseignements sur un autre code de la CIM-10-CA</li></ul> <b>Remarque</b> : Vous ne pouvez pas attribuer un diagnostic de type (3) à l'abrégé d'un nouveau-né (code d'entrée N).
5	Diagnostic d'admission (facultatif) <ul style="list-style-type: none"><li>• Attribué lorsque le diagnostic d'admission diffère du DxP</li><li>• Usage déterminé à l'échelle provinciale ou territoriale ou au niveau de l'établissement</li></ul>
6	Diagnostic principal indirect <ul style="list-style-type: none"><li>• Attribué à un code à astérisque désigné, conformément à la convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque, lorsque l'affection qu'il représente correspond à la définition du DxP (M)</li></ul> <b>Remarque</b> : Vous devez l'inscrire à la deuxième ligne du champ du diagnostic afin d'indiquer que la manifestation est responsable de la plus grande proportion du séjour du patient à l'hôpital.
7 et 8	<b>Ne pas utiliser</b> : réservé à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).
9	Cause externe de lésion traumatique <ul style="list-style-type: none"><li>• Code de cause externe de lésion traumatique (voir le chapitre XX — <i>Causes externes de morbidité et de mortalité</i>)<ul style="list-style-type: none"><li>– Obligatoire avec les codes S00 à T98 <i>Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes</i></li></ul></li><li>• Code de lieu d'événement (U98.— <i>Lieu de l'événement</i>)<ul style="list-style-type: none"><li>– Obligatoire avec les codes W00 à Y34, à l'exception des codes Y06 <i>Négligence et abandon</i> et Y07 <i>Autre mauvais traitement</i></li></ul></li><li>• Code d'activité (U99.— <i>Activité</i>)<ul style="list-style-type: none"><li>– Code facultatif</li></ul></li></ul>



# Aide-mémoire

Code	Signification
0	<p>Restreint aux codes de nouveau-nés seulement (catégorie d'admission N)</p> <p><b>Nourrisson en santé</b> : Lorsque vous attribuez au DxP un code de la catégorie Z38 <i>Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance</i>, vous devez attribuer un diagnostic de type (0) à tous les autres codes de diagnostic de l'abrégé du nouveau-né.</p> <p><b>Nourrisson en mauvaise santé</b> : Lorsque vous attribuez au DxP un code des catégories P00 à P96 ou tout autre code d'un autre chapitre de la CIM-10-CA correspondant à une affection significative (toute affection qui répond aux critères de significativité), vous devez attribuer le type de diagnostic (0) à Z38.–.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Utilisez le type de diagnostic (0) pour consigner toute autre affection non significative qui est sans incidence sur le traitement ou la durée du séjour du nouveau-né et qui ne satisfait pas à au moins un des 3 critères de significativité.</li><li>• Pour les autres affections qui répondent aux critères de significativité, attribuez les types de diagnostic (1), (2), (W), (X) ou (Y), selon la documentation figurant au dossier.</li></ul>
W, X, Y	<p>Service de transfert</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Les diagnostics du service de transfert W, X et Y sont associés au premier, au deuxième ou au troisième service de transfert, respectivement.</li><li>• Obligatoire pour les patients en niveau de soins alternatif (NSA) dans l'ensemble des provinces et territoires.</li><li>• Facultatif dans toute autre situation — l'usage est déterminé à l'échelle provinciale ou territoriale ou au niveau de l'établissement. (Voir le <i>Manuel de saisie de l'information de la BDCP</i> pour obtenir des précisions et connaître les variantes provinciales et territoriales.)</li></ul> <p><b>Remarques</b> : Lorsque vous enregistrez un diagnostic avec un type de diagnostic du service de transfert (W, X ou Y), il est équivalent à un diagnostic de type (1). Vous ne devez donc pas répéter le code du diagnostic du service de transfert (groupe 10, champ 02) en tant que diagnostic de type (1) dans l'abrégé.</p> <p>Dans les établissements qui choisissent de consigner les diagnostics du service de transfert, vous devez enregistrer l'affection 2 fois lorsqu'un diagnostic est consigné en tant que diagnostic de type (2) et qu'il est également admissible aux types de diagnostic du service de transfert (W), (X) ou (Y); il faut d'abord l'enregistrer en tant que diagnostic de type (2), obligatoire, puis comme diagnostic du service de transfert de type (W), (X) ou (Y), facultatif.</p>

## Remarque

L'ICIS recommande que les provinces et territoires ou les établissements prennent toute décision concernant l'attribution facultative d'un code selon les besoins en matière de données et en consultation avec les intervenants qui supervisent la codification et la qualité des données.



## Annexe

### Texte de remplacement pour la figure

S'il y a eu une consultation pour évaluer une affection non diagnostiquée auparavant, attribuez un type de diagnostic significatif. La documentation ne doit pas nécessairement être un rapport ou un formulaire de consultation officiel. Il peut s'agir de la documentation d'un examen ou d'une évaluation dans les notes d'évolution.

Si un traitement nouveau ou modifié a été recommandé et entrepris pour une affection qui avait déjà été diagnostiquée, attribuez un type de diagnostic significatif. Un changement de la dose d'un médicament ne suffit pas à lui seul à démontrer que ce soit significatif.

Si une intervention diagnostique ou thérapeutique obligatoire a été pratiquée, attribuez un type de diagnostic significatif.

Si l'affection a prolongé la durée du séjour d'au moins 24 heures, attribuez un type de diagnostic significatif.

S'il existe une norme de codification qui donne des directives sur l'attribution des diagnostics pour cette affection, suivez-en les directives.

Si aucune des situations ci-dessus ne s'applique, n'attribuez pas un type de diagnostic significatif. Consultez l'annexe F pour déterminer si vous devez attribuer un diagnostic de type (3).

#### Remarques

L'annexe F renvoie à l'annexe F — Références aux diagnostics de type (3)/autre problème obligatoire dans les normes, qui se trouve dans les *Normes canadiennes de codification de la CIM-10-CA et de la CCI*.

Si les notes au dossier indiquent qu'il y a eu un test diagnostique ou une évaluation, que le diagnostic est confirmé et qu'un plan de traitement a été proposé, même s'il n'est pas entrepris en raison du refus du patient ou d'une contre-indication, l'attribution d'un type de diagnostic significatif ne doit pas être écartée.



[aide@icis.ca](mailto:aide@icis.ca)

© 2022 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *Attribution de types de diagnostic : abrégés de la BDCP* [aide-mémoire]. Ottawa, ON : ICIS; 2022.