



RAPPORT DE JURY

CONCOURS EXTERNE DE TECHNICIEN SUPERIEUR HOSPITALIER OPTION TECHNICIEN D'INFORMATION MEDICALE (TIM) >>

Service des concours statutaires

Direction des ressources humaines

DECEMBRE 2024

Temps complet



SOMMAIRE >>

SOMMAIRE	2
TEXTES	3
S EPREUVES	3
INTRODUCTION	3
RAPPEL DES EPREUVES.....	3
1. EPREUVES D'ADMISSIBILITE.....	3
2. EPREUVES D'ADMISSION.....	4
LE CALENDRIER DE LA PROCEDURE	4
LE JURY	5
1. LA COMPOSITION DU JURY.....	5
2. LA NOTE DE CADRAGE	5
FORMATION DES CANDIDATS	6
LE DEROULEMENT DU CONCOURS.....	6
1. ADMISSIBILITE	6
2. ADMISSION (ORAUX)	6
STATISTIQUES.....	7
1. HISTORIQUE DU CONCOURS :.....	7
2. CONCOURS 2024 :.....	7
CONCLUSION	8

TEXTES >>

Références réglementaires :

- *Décret n° 2012-78 du 23 janvier 2012 portant statut particulier du corps des techniciens et techniciens supérieurs hospitaliers de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris ;*
- *Décret n° 2011-744 du 27 juin 2011 portant statut particulier du corps des techniciens et techniciens supérieurs hospitaliers ;*
- *Décret n° 2011-661 du 14 juin 2011 portant dispositions statutaires communes à divers corps de fonctionnaires de la catégorie B de la fonction publique hospitalière ;*
- *Arrêté du 27 septembre 2012 ;*
- *Arrêté du 14 août 2012 fixant la composition du jury et les modalités d'organisation des concours externe et interne permettant l'accès au grade de technicien hospitalier du corps des techniciens et techniciens supérieurs hospitaliers - Légifrance.*

INTRODUCTION >>

Un concours externe sur titres est ouvert à l'Assistance Publique -Hôpitaux de Paris à compter du 19 février 2024.

Le nombre de postes est fixé à : 8

RAPPEL DES EPREUVES >>

1. Epreuves d'admissibilité

La phase d'admissibilité du concours externe sur titres consiste en la sélection, par le jury, des dossiers des candidats qui ont été autorisés à prendre part à ce concours. Le jury examine les titres de formation en tenant compte de l'adéquation de la formation reçue à la spécialité pour laquelle concourt le candidat ainsi que des éventuelles expériences professionnelles. Les candidats retenus par le jury à l'issue de l'examen des dossiers sont inscrits sur une liste d'admissibilité établie par ordre alphabétique et aussi par spécialité lorsque le concours est ouvert pour des postes de spécialités différentes. Cette liste fait l'objet d'un affichage dans l'établissement organisateur du concours. Les candidats admissibles sont convoqués à l'épreuve d'admission.

2. Epreuves d'admission

L'épreuve d'admission au concours externe sur titres consiste en un entretien à caractère professionnel avec le jury se décomposant :

1° en une présentation par le candidat de sa formation et de son projet professionnel permettant au jury d'apprécier ses motivations et son aptitude à exercer les missions dévolues à un technicien supérieur hospitalier de 2e classe notamment dans la spécialité dans laquelle il concourt ainsi que sa capacité à animer une équipe (durée de l'exposé par le candidat : 5 minutes) ;

2° en un échange avec le jury à partir d'un texte court comportant plusieurs questions techniques relatives à la spécialité dans laquelle il concourt visant à apprécier ses connaissances, son potentiel et son comportement face à une situation concrète (durée : 25 minutes au plus).

La durée totale de l'épreuve est de 45 minutes dont 15 minutes de préparation ; cette épreuve est notée de 0 à 20 (coefficient 4). Pour cette épreuve, le jury dispose du curriculum vitae du candidat. Nul ne peut être admis si la note obtenue à l'entretien est inférieure à 40 sur 80. A l'issue de cet entretien, le jury établit par ordre de mérite la liste de classement des candidats définitivement admis.

LE CALENDRIER DE LA PROCEDURE >>

Concours interne sur épreuves / Concours externe sur titres :

Etapes	Date
Inscription	Du 19 février 2024 au 19 mars 2024
Date limite de télétransmission	Jusqu'au 22 mars 2024, 14 heures (heure de Paris)
Réunion de cadrage	Externe : 04 septembre 2024
Date des études de dossiers	Septembre 2024
Réunion d'admissibilité	08 octobre 2024
Résultats d'affichage d'admissibilité	05 novembre 2024
Epreuves orales	3 décembre 2024
Réunion d'admission	10 décembre 2024
Affichage des résultats	17 décembre 2024

LE JURY >>

1. La composition du jury

a. Le président

Philippe VASSEUR - Directeur d'établissement

b. Les membres

Franck GRANDIN - Responsable du Contrôle de Gestion - AP-HP. Université Paris Saclay

Jérôme DHAINAUT – Ingénieur - Centre hospitalier universitaire de Lille

Véronique METIVIER - Directrice Adjointe - Maison Départementale de l'Enfance

Sylvie BELVIGNE - Technicienne d'Information Médicale - DIM Site de Meaux

2. La note de cadrage

Le jury a participé à la réunion de cadrage durant laquelle ses membres sont informés :

- De la composition du jury
- Des missions du jury
- Du calendrier du concours
- Des critères de discrimination

Epreuves d'admissibilité :

L'étude des dossiers se déroulera en septembre 2024

Epreuves d'admission :

La grille de critères des épreuves orales est arrêtée à la réunion d'admissibilité.

Le jury disposera pour les oraux d'une version papier du cv des candidats.

Recours des candidats :

Le service concours enregistre les demandes des candidats recalés souhaitant rencontrer les jurys.

Les membres du jury s'organiseront pour les recevoir à la fin du concours ;

FORMATION DES CANDIDATS >>

Le CFTAO, Centre de Formation aux Techniques Administratives et Ouvrières, a proposé une préparation à l'épreuve orale (entraînement à l'entretien d'oral, sur la forme et le fond, sur la base du travail préparé par chaque stagiaire en amont) sur 1 journée en petit groupe de 5 personnes.

Cette préparation nécessite néanmoins un travail d'acquisition personnelle indispensable.

LE DEROULEMENT DU CONCOURS >>

1. Admissibilité

Etudes de dossiers

Les dossiers ont été lus et évalués préalablement aux entretiens par chaque membre du jury afin de sélectionner et de préparer l'audition des candidats.

Le jury a constaté une forte disparité dans le volume et la qualité des dossiers. Certains comportaient une cinquantaine de documents alors que d'autres étaient nettement plus concis et centrés sur les éléments essentiels du parcours du candidat. Des candidats ont produit plusieurs lettres de recommandations, d'autres aucune.

Les *curriculum vitae* présentent une grande hétérogénéité. Certains sont beaucoup trop longs et confus alors que d'autres sont aérés, clairs et centrés sur les principaux aspects de la carrière du candidat.

2. Admission (oraux) : en annexe les sujets et les corrigés

1) L'organisation

L'organisation assurée par le département des concours de la DRH a été efficace.

Les oraux ont eu lieu le 3 décembre 2024 dans les locaux du département concours situés au Carré PICPUS. Les sept candidats sélectionnés se sont présentés.

Les modalités des oraux sont décrites *supra*. Chaque candidat a bénéficié, après avoir tiré un des trois sujets rédigés par le jury, d'un délai de 15 minutes de préparation avant son entretien avec le jury.

Le jury a veillé au strict respect de l'égalité entre les candidats.

2) Les constats

Si les candidats sont apparus motivés et pour la majorité d'entre eux capables d'exposer clairement leurs fonctions, il s'avère que certains ont des connaissances très limitées concernant leur environnement professionnel, notamment l'organisation de l'AP-HP.

Les réponses relatives aux perspectives professionnelles des candidats ont été hétérogènes. Certains ont exprimé clairement qu'ils considéraient une promotion au grade de technicien supérieur comme une étape dans leur vie professionnelle, d'autres ont paru plutôt indécis sur leurs perspectives d'avenir.

Le jury a constaté une grande concordance entre les notes proposées individuellement par chaque membre du jury pour chaque critère d'évaluation avant la délibération commune du jury qui a eu lieu après chaque entretien individuel.

STATISTIQUES >>

1. Historique du concours :

Pas d'historique sur cette spécialité.

2. Concours 2024 :

Nombre de postes ouverts CONCOURS EXTERNE : 8

	Nombre de candidats (admis à concourir)	Etudes de dossiers	Admissibilité		Admission	
			Nombre de candidats (admissibles)	Recalés de l'admissibilité	Nombre de présents	Nombre d'admis
Femmes	6	6	6	0	6	4
Hommes	2	2	1	1	1	1
Total	8	8	7	1	7	5

Seuil d'admission : 10

Amplitude des notes : de 18 à 5.50

Taux de réussite sur le nombre de candidats : 62.5%

CONCLUSION >>

Les forces :

Bonne maîtrise des fonctions exercées.

Les faiblesses :

Des candidats éprouvent des difficultés devant un jury d'oral et font preuve d'un grand stress.

Les connaissances relatives à l'organisation de l'AP-HP (Siège, GHU, sites) est souvent imprécise.

Conseils aux futurs candidats :

Les candidats devraient être incités à suivre une préparation à l'examen qui comprendrait des éléments relatifs à l'organisation de la santé en France et à celle de l'AP-HP. Elle leur permettrait de mieux appréhender leur environnement professionnel.

Ils devraient être sensibilisés à la nécessité de se présenter avec des connaissances institutionnelles plus larges que celles relatives à leurs seules tâches quotidiennes. Les candidats doivent être en mesure de présenter les principales modalités de financement des hôpitaux, de même que les principes et enjeux des dernières réformes de ce financement dans la mesure où la fonction de TIM joue un rôle crucial dans la valorisation des prestations hospitalières.

Des conseils devraient être prodigués en ce qui concerne les *curriculum vitae* et l'élaboration des dossiers RAEP en termes de précision, de clarté et de lisibilité des dossiers. Le CV ne devrait pas compter plus de trois pages, son contenu doit être espacé et exposer l'essentiel de la carrière et des fonctions exercées successivement. Il faudrait éviter les listes trop longues de tâches secondaires effectuées quotidiennement et centrer les informations sur les tâches principales.

Un candidat à un avancement de grade qui l'amènera probablement à exercer des tâches d'encadrement doit exprimer sa volonté d'assumer cette responsabilité et convaincre de sa capacité à accomplir cette mission.

La préparation à l'épreuve devrait prendre en compte les observations précédentes afin de permettre aux candidats de mieux répondre aux attentes du jury.

Sujet 1 : Problème de codage dans un service de chirurgie

Contexte :

Un service de chirurgie de votre établissement a réalisé une série d'actes complexes sur le dernier trimestre. Cependant, le contrôle qualité met en évidence une incohérence entre le codage des actes chirurgicaux et les diagnostics associés.

Les données révèlent notamment :

- Des actes chirurgicaux codés correctement dans la CCAM, mais incohérents au regard des diagnostics principaux (DP), des comptes rendus opératoires et des compte rendus d'hospitalisation.
- Un sous-codage des comorbidités (CIM-10), des diagnostics associés, pour certains dossiers, affectant directement le groupage GHM (Groupes Homogènes de Malades).
- Des durées moyennes de séjour (DMS) très hétérogènes pour des patients ayant des profils similaires.

L'impact de ces erreurs est visible sur la valorisation financière des séjours, qui semble sous-estimée, ainsi que sur la qualité des données transmises aux tutelles.

Questions :

- 1 En tant que TSH TIM, quelle démarche précise adopteriez-vous pour analyser ces incohérences entre les données codées et la durée des séjours ?
- 2 Quels outils ou méthodes utiliseriez-vous pour investiguer les raisons de ces écarts ?
- 3 Suite à la mise en place des actions correctives, quels indicateurs de performance utiliseriez-vous pour suivre l'évolution de la situation ?

Correction attendue :

1 Analyser les données de manière systématique : Cela inclut une revue des dossiers médicaux des patients concernés, en comparant les diagnostics principaux (DP), les diagnostics reliés (DR), et les actes chirurgicaux codés avec les éléments documentés dans les dossiers cliniques.

Comparer la DMS, les DP, les actes CCAM, etc des patients similaires avec des références nationales, comme via le site Aide au codage

DMS ajustée après correction des erreurs et comparaison avec les standards nationaux.

Impact financier des corrections sur la valorisation des séjours (avant/après re-codage).

Réaliser un audit interne approfondi pour vérifier si ces incohérences sont isolées ou systématiques dans le service.

Le cas échéant, organiser le rattrapage en tenant compte du risque de forclusion

Rendre compte à la direction et à ma hiérarchie des conséquences financières des erreurs détectées et partager mes analyses et observations.

2 Utiliser des outils de contrôle qualité des données comme InfoMed à l'AP-HP pour identifier des d'erreurs ou des zones de sous-codage (notamment pour les comorbidités qui influent directement sur le groupage GHM).

Impliquer l'équipe médicale pour comprendre la logique clinique derrière les décisions médicales, notamment lorsqu'il y a des divergences entre les diagnostics et les actes.

Mettre en place un groupe de travail entre TIM et chirurgiens pour harmoniser les pratiques de documentation clinique et de codage.

Introduire des réunions régulières pour vérifier les dossiers complexes avant leur envoi définitif en codage.

3 Développer un protocole de vérification des diagnostics et des actes en partenariat avec les médecins responsables.

Instaurer une meilleure communication : Organiser des sessions de travail avec les chirurgiens et anesthésistes pour les sensibiliser à l'importance du codage exhaustif, et aux impacts financiers du sous-codage.

Création d'une fiche d'aide au codage.

Créer un réfèrent TIM qui serait en lien direct avec les médecins pour s'assurer que les informations codées correspondent bien à la réalité clinique.

Formation des TIM : Organiser des sessions de formation avancée sur le codage CCAM et la gestion des comorbidités complexes pour les TIM.

Formation des équipes médicales : Proposer des ateliers pour les médecins, axés sur la documentation clinique adaptée aux exigences du codage hospitalier, notamment pour les comorbidités qui influencent les GHM et la valorisation.

Etablir des revues semestrielles avec un retour sur les évolutions passées relatives aux pratiques de codage, pointant ce qui s'est amélioré, présenter ce qui pourrait s'améliorer et comprendre ce qui génère encore des difficultés.

Se fixer des objectifs, des échéances.

Méthodes d'améliorations continues : Plan Do Check Act, Les 5 pourquoi ? Etc...

Sujet 2 : Problème de codage dans un service de chirurgie

Contexte :

Un service de chirurgie de votre établissement a réalisé une série d'actes complexes sur le dernier trimestre. Cependant, le contrôle qualité met en évidence une incohérence entre le codage des actes chirurgicaux et les diagnostics associés.

Les données révèlent notamment :

- Des actes chirurgicaux codés correctement dans la CCAM, mais incohérents au regard des diagnostics principaux (DP), des comptes rendus opératoires et des compte-rendus d'hospitalisation.
- Un sous-codage des comorbidités (CIM-10), des diagnostics associés, pour certains dossiers, affectant directement le groupage GHM (Groupes Homogènes de Malades).
- Des durées moyennes de séjour (DMS) très hétérogènes pour des patients ayant des profils similaires.

L'impact de ces erreurs est visible sur la valorisation financière des séjours, qui semble sous-estimée, ainsi que sur la qualité des données transmises aux tutelles.

Questions :

1 En vous basant sur votre expertise, proposez un plan d'action concret pour résoudre ces incohérences dans le service de chirurgie, à court et à long terme.

2 Comment organiseriez-vous la correction des erreurs passées et la prévention de nouvelles erreurs ?

3 Quels indicateurs de performance utiliseriez-vous afin de suivre l'évolution de la situation après la mise en place de votre plan d'action ?

Correction attendue :

1 Réaliser un audit interne approfondi pour vérifier si ces incohérences sont isolées ou systématiques dans le service.

Analyser les données de manière systématique : Cela inclut une revue des dossiers médicaux des patients concernés, en comparant les diagnostics principaux (DP), les diagnostics reliés (DR), et les actes chirurgicaux codés avec les éléments documentés dans les dossiers cliniques.

Rendre compte à la direction et à ma hiérarchie des conséquences financières des erreurs détectées.

2 Corriger immédiatement les dossiers identifiés comme problématiques en procédant à un re-codage des comorbidités et en ajustant les diagnostics principaux ou associés après discussion avec les équipes médicales.

Le cas échéant, organiser le rattrapage en tenant compte du risque de forclusion

Impliquer l'équipe médicale pour comprendre la logique clinique derrière les décisions médicales, notamment lorsqu'il y a des divergences entre les diagnostics et les actes.

Mettre en place un groupe de travail entre TIM et chirurgiens pour harmoniser les pratiques de documentation clinique et de codage.

Introduire des réunions régulières pour vérifier les dossiers complexes avant leur envoi définitif en codage.

3 Utiliser des outils de contrôle qualité des données comme InfoMed à l'AP-HP pour identifier des d'erreurs ou des zones de sous-codage (notamment pour les comorbidités qui influent directement sur le groupage GHM).

Comparer la DMS, les DP, les actes CCAM, etc des patients similaires avec des références nationales, comme via le site Aide au codage

Développer un protocole de vérification des diagnostics et des actes en partenariat avec les médecins responsables.

DMS ajustée après correction des erreurs et comparaison avec les standards nationaux.

Impact financier des corrections sur la valorisation des séjours (avant/après re-codage).

Plan d'amélioration continue :

Établir des revues semestrielles avec un retour sur les évolutions passées relatives aux pratiques de codage, pointant ce qui s'est amélioré, présenter ce qui pourrait s'améliorer et comprendre ce qui génère encore des difficultés

Se fixer des objectifs, des échéances.

Coordination entre les équipes médicales et les TIM : · Instaurer une meilleure communication : Organiser des sessions de travail avec les chirurgiens et anesthésistes pour les sensibiliser à l'importance du codage exhaustif, et aux impacts financiers du sous-codage.

Création d'une fiche d'aide au codage

Créer un référent TIM qui serait en lien direct avec les médecins pour s'assurer que les informations codées correspondent bien à la réalité clinique.

Formation continue et gestion des compétences :

Formation des TIM : Organiser des sessions de formation avancée sur le codage CCAM et la gestion des comorbidités complexes pour les TIM

· Formation des équipes médicales : Proposer des ateliers pour les médecins, axés sur la documentation clinique adaptée aux exigences du codage hospitalier, notamment pour les comorbidités qui influencent les GHM et la valorisation.

· Méthodes d'améliorations continues : Plan Do Check Act, Les 5 pourquoi ? Etc...

Sujet 3: Problème de gradation des prises en charge en ambulatoire

Contexte :

Dans le cadre de l'instruction sur la gradation des prises en charge ambulatoires, votre établissement a récemment passé des consignes concernant le circuit administratif du patient et son enregistrement pour mieux valoriser les soins complexes en ambulatoire, comme les bilans de suivi pour les pathologies chroniques. Selon les cas, les patients sont donc en enregistré dans un contexte externe, ou de demi-HDJ (GHS intermédiaire), ou de consultation. Cependant, un contrôle interne a mis en évidence des erreurs dans l'attribution des niveaux de gradation pour certaines prises en charge. Des dossiers de patients ayant bénéficié d'actes de multiples intervenants n'ont pas été correctement gradés, ce qui impacte la valorisation financière de ces soins.

Questions :

1. Rappeler les grands principes de l'instruction gradation parue en 2020 et ce qui la différencie de la circulaire frontière.
 2. Identification des erreurs : en tant que TSH TIM, quelles informations et critères essentiels recherchiez-vous dans les dossiers pour vérifier la conformité de la gradation ? Quelle démarche rapide adopteriez-vous pour identifier et corriger les erreurs de gradation dans ces dossiers ?
 3. Plan d'action pour améliorer les pratiques : quelles mesures simples mettriez-vous en place pour éviter que de telles erreurs ne se reproduisent ?
-

Correction attendue :

1. 3 niveaux de gradation, le nombre d'intervenants, des exceptions (UHCD, actes chir, réserve hospitalière... etc. ...)

2. Identification des erreurs :

- Examiner les dossiers de patients en vérifiant si les critères de complexité sont correctement renseignés (nombre d'actes, nombre d'intervenants, durée de la consultation, présence de médicaments de la réserve hospitalière...). Comparer les soins documentés avec le niveau de gradation attribué pour s'assurer qu'ils correspondent.

- Rechercher les données manquantes ou incomplètes dans les dossiers et les noter pour ajustement.

3. Plan d'action pour corriger les erreurs :

- Corriger immédiatement les dossiers incorrects les requalifiant le cas échéant d'HDJ, de demi HDJ ou de consultation. Pour éviter les erreurs futures, établir une procédure de vérification rapide des éléments de complexité avant la validation de la gradation.

- Proposer de systématiser l'utilisation d'une check-list pour s'assurer que tous les critères de gradation sont bien remplis avant le codage final.

Collaboration avec les équipes médicales :

- Expliquer aux équipes médicales l'importance de bien documenter la complexité des soins en ambulatoire pour une valorisation adéquate. Organiser un point d'échange rapide avec les médecins ou infirmiers référents pour faciliter la remontée des informations nécessaires à une bonne gradation.