AGENCE TECHNIQUE
DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

Lyon, novembre 2016

Etat des lieux 2015 sur l'activité de chirurgie ambulatoire

Programme national chirurgie ambulatoire

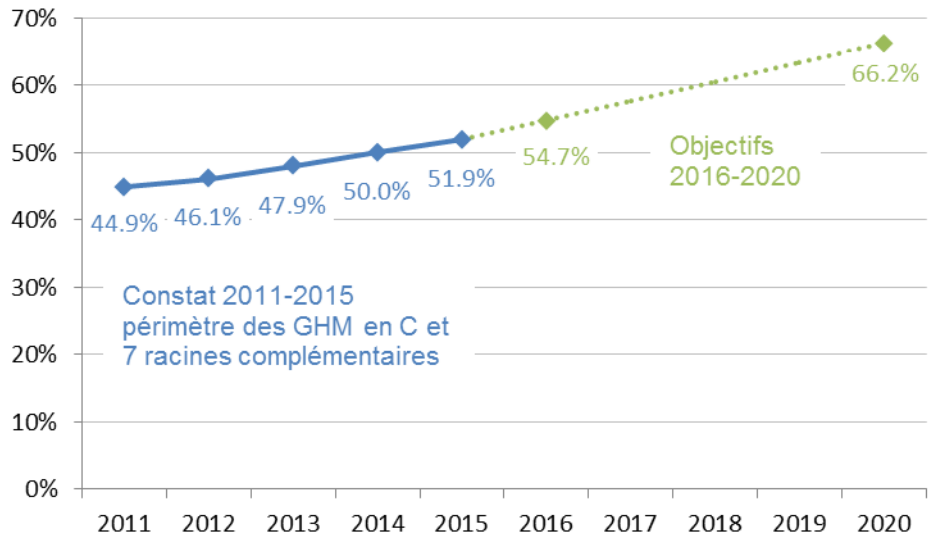
Dans le cadre du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire, l'ATIH actualise et met à jour des indicateurs de chirurgie ambulatoire :

- sur le périmètre élargi de la chirurgie : GHM en C et 7 racines complémentaires
- selon le nouveau découpage territorial en 17 régions au 1er janvier 2016.

Sur ce périmètre, 6,2 millions de séjours de chirurgie ont été réalisés en 2015 et plus d'un séjour sur deux est désormais pris en charge en ambulatoire.

Le programme national de développement de la chirurgie ambulatoire a deux objectifs[1] : atteindre un taux de 54,7% en 2016 et 66,2% en 2020.

Figure 1 : Taux de chirurgie ambulatoire observé 2011-2015 et objectifs 2016-2020



Cette note présente les principales tendances 2011-2015 par région, par catégorie d'établissement et par spécialité chirurgicale.

Tous les chiffres, et plus de détail par racine et par établissement sont disponibles sur la ScanSanté http://www.scansante.fr/applications/pgm-chir-ambu (accès sans identifiant).

[1] Instruction DGOS/R3//2015/296 du 28 septembre 2015

Siret : 180 092 298 00033 – APE : 8411Z
117, bd Marius Vivier Merle
69329 Lyon cedex 03
Téléphone : 04 37 91 33 10
Fax : 04 37 91 33 67
www.atih.sante.fr

Définitions

- **Chirurgie ambulatoire** : Le périmètre comprend les séjours de chirurgie (GHM en C) hors CMD 14 et 15 et les séjours de 7 racines complémentaires :

03K02 Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires
05K14 Mise en place de certains accès vasculaires pour des affections de la CMD 05, séjours de moins de 2 jours
11K07 Séjours de la CMD 11 comprenant la mise en place de certains accès vasculaires, en ambulatoire
12K06 Séjours comprenant une biopsie prostatique, en ambulatoire
09Z02 Chirurgie esthétique
14Z08 Interruptions volontaires de grossesse : séjours de moins de 3 jours
23Z03 Interventions de confort et autres interventions non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire

a L'analyse de la période 2011-2015 est effectuée sur ce périmètre à classification constante de GHM (v11g, voir en annexe pour plus de détail).

- Le **taux de recours** correspond au nombre de séjours annuel des patients d'une région rapporté à la population totale de cette région. Ainsi, le taux de recours en chirurgie indique le nombre de séjours réalisés en chirurgie pour 1 000 habitants.

- Le taux de chirurgie **ambulatoire** peut être calculé de deux manières :

* en se basant sur la première série d'indicateurs du programme de gestion du risque (GDR), le taux de chirurgie ambulatoire peut être calculé en rapportant le taux de recours à la chirurgie ambulatoire au taux de recours à la chirurgie. Il s'agit du **taux de consommation** des séjours de chirurgie ambulatoire par la population de chaque région ;

* en se basant sur la seconde série d'indicateurs du programme de GDR, le taux de chirurgie ambulatoire peut être calculé en rapportant le nombre de séjours de chirurgie ambulatoire au nombre de séjours de chirurgie. Il s'agit du **taux de production** des séjours de chirurgie ambulatoire par les établissements de chaque région.

Au niveau national, les deux méthodes de calcul conduisent au même résultat puisque l'ensemble des séjours consommés par la population française ont été produits par l'ensemble des établissements du territoire français (les séjours des patients français qui auraient pu avoir lieu à l'étranger ne sont pas connus).

En revanche, au sein de chaque région, taux de consommation et taux de production des séjours de chirurgie ambulatoire peuvent différer, notamment si :

- des séjours de chirurgie ambulatoire produits par les établissements de la région sont consommés par une population résidant dans d'autres régions ; il s'agit d'un phénomène d'attractivité ;

- des séjours de chirurgie ambulatoire consommés par la population de la région ont été produits par des établissements situés en dehors de la région ; il s'agit d'un phénomène de fuite.

Le programme de gestion du risque a initialement fixé des indicateurs de suivi du développement de la chirurgie ambulatoire[2] articulés autour de deux grands axes : le premier porte sur le taux de recours populationnel qui mesure le recours de la population à la chirurgie ambulatoire par comparaison à la chirurgie réalisée en hospitalisation complète (partie I) ; le second porte sur le taux de chirurgie ambulatoire qui mesure l'évolution des pratiques au sein des établissements de santé (partie II).

Les taux observés par établissement sont le reflet à la fois de leur case-mix et de leur mode d'organisation. Pour aller plus loin, des éclairages complémentaires sont apportés. Ainsi, par activité, un suivi spécifique a été mis en place avec des professionnels de santé pour sept spécialités chirurgicales (partie III). De plus, le niveau d'ambulatoire étant dépendant du casemix propre à chaque établissement, un autre indicateur propose de mesurer l'écart entre la pratique de l'établissement et celle issue de l'observation moyenne des établissements de santé (partie IV) .

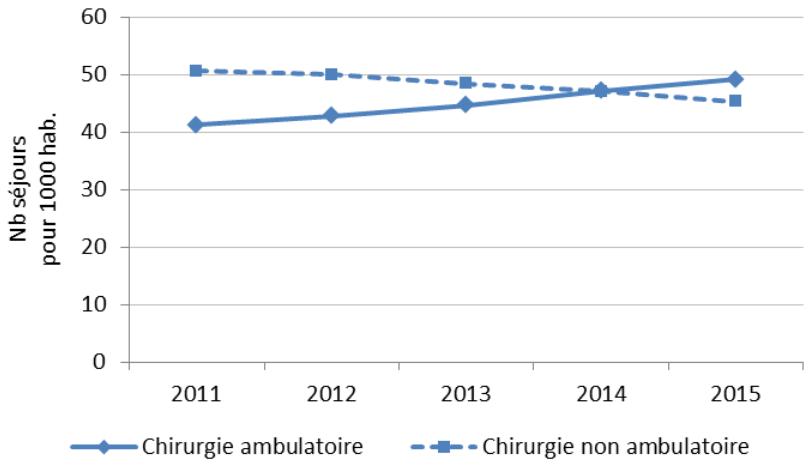
I. Evolution des taux de recours populationnels (approche consommation - patients)

Le taux de recours global à la chirurgie s'élève à 94,4 séjours pour 1 000 habitants en 2015.

Le taux de recours à la chirurgie prise en charge en ambulatoire continue de progresser alors que le taux de recours à la chirurgie prise en charge en hospitalisation complète diminue.

En 2014, ces deux taux de recours étaient égaux (47,1 séjours pour 1 000 habitants). En 2015, le recours aux prises en charges chirurgicales en ambulatoires dépasse celui des prises en charge en hospitalisation complète.

Figure 2 : Evolution des taux de recours à la chirurgie en ambulatoire et en hospitalisation complète France 2011-2015



[2] Instruction DGOS/R3/2010/457 du 27 décembre 2010

Tableau 1 Evolution des taux de recours à la chirurgie et à la chirurgie ambulatoire, France 2011-2015

	2011	2012	2013	2014	2015
Taux de recours global à la chirurgie (pour 1 000 habitants)	91.8	92.7	93.0	94.2	94.4
Taux de recours à la chirurgie en hospitalisation complète (pour 1 000 habitants)	50.6	50.0	48.4	47.1	45.3
Taux de recours à la chirurgie ambulatoire (pour 1 000 habitants)	41.2	42.8	44.7	47.1	49.1
Taux de chirurgie ambulatoire	44.9%	46.1%	47.9%	50.0%	51.9%
		2011/2012	2012/2013	2013/2014	2014/2015
Evolution du taux de chirurgie ambulatoire		2.7%	4.0%	4.2%	3.9%

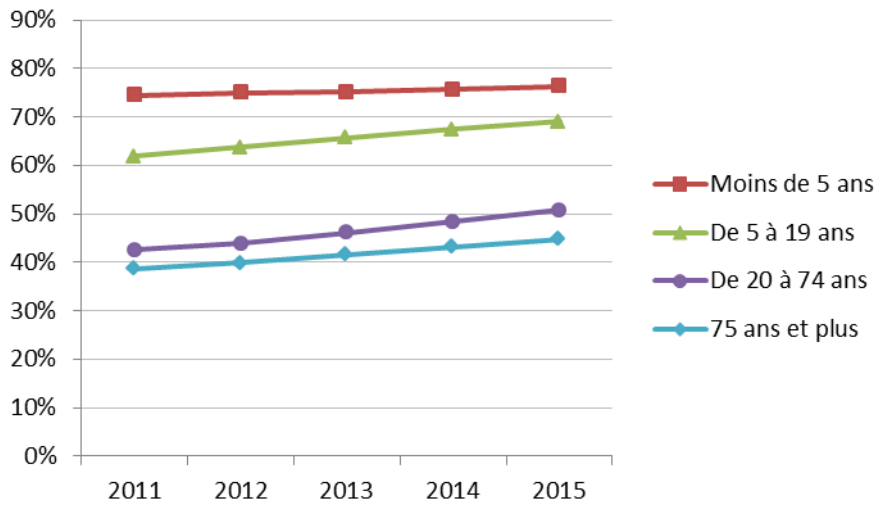
En 2015, plus d'une prise en charge sur deux s'effectue en ambulatoire.

a) Evolution des taux de recours par tranche d'âge

L'analyse par classe d'âge montre que la part des séjours de chirurgie pris en charge en ambulatoire est la plus élevée pour les enfants de moins de 5 ans et la plus faible chez les patients de 75 ans et plus.

Cette part ne cesse d'augmenter avec une progression annuelle en 2015 d'environ 3 points pour les patients de 20 à 74 ans, tandis que celle des jeunes enfants est plutôt stable depuis 2011 (<1 point). Les efforts de développement de la chirurgie ambulatoire concernent plus spécifiquement les patients adultes que les enfants. Toutefois, elle progresse, à des degrés différents, dans toutes les tranches d'âge.

Figure 3 : Evolution de la part des séjours de chirurgie pris en charge en ambulatoire, par tranche d'âge, France 2011-2015



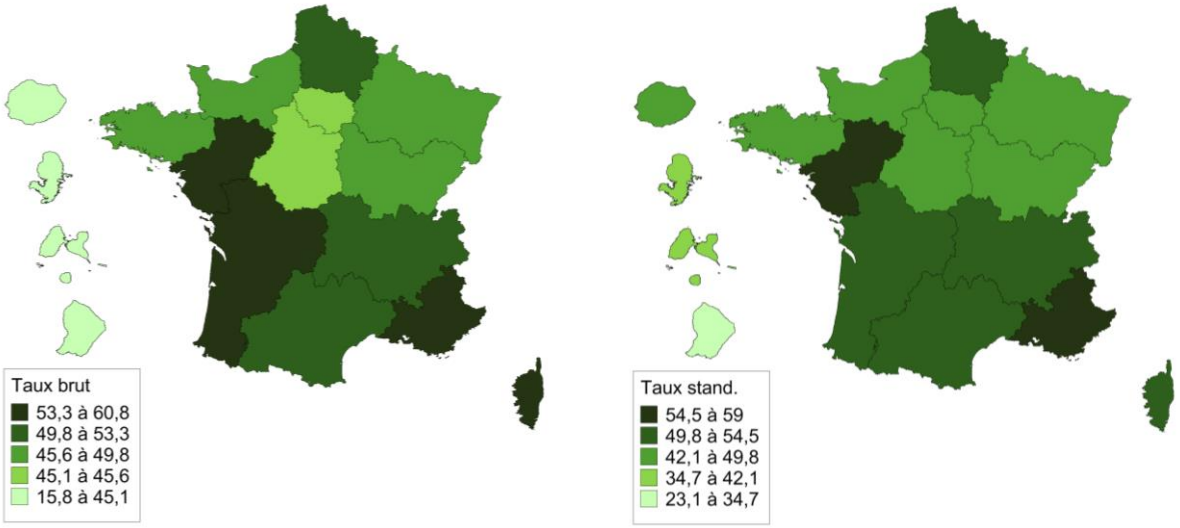
b) Variations des taux de recours par région de résidence des patients

En 2015, le taux de recours brut à la chirurgie ambulatoire varie selon les régions en France métropolitaine entre 45,1 et 60,7 séjours pour 1 000 habitants. Les taux de recours observés outre-mer sont les plus faibles (de 15,9 à 37,0 séjours pour 1 000 habitants).

Etant données les variations observées précédemment selon l'âge des patients, une comparaison inter-régionale nécessite de standardiser les taux de recours. Une standardisation sur le sexe et l'âge rend comparables les populations de chaque région.

Des spécificités de la population en termes d'état de santé ainsi que les facteurs socio-économiques et culturels peuvent expliquer les disparités des taux de recours. L'accessibilité géographique et la disponibilité de l'offre sont également déterminants, les conditions de prise en charge en ambulatoire peuvent varier entre une zone rurale sans établissement de santé à proximité et une agglomération avec un CHU. Les éléments présentés dans les parties suivantes apportent un éclairage sur la variabilité des pratiques au sein des établissements de santé.

Figure 4 : Taux de recours à la chirurgie ambulatoire en 2015 (pour 1 000 habitants) selon la région de résidence des patients (Indicateur 1.2)



Taux de recours national à la chirurgie ambulatoire en 2015 = 49,1 séjours pour 1 000 habitants

ScanSanté
Les données hospitalières pour décrire et agir

Des éléments plus détaillés sont disponibles sur ScanSanté dans l'application **Indicateurs globaux (GDR) -** Programme national de chirurgie ambulatoire
➔ taux de recours 2011-2015 au niveau national et par région (26 régions et 17 régions au 1er janvier 2016)

www.scansante.fr/applications/action-gdr-chirurgie-ambulatoire

II. Evolution des prises en charge par les établissements (approche production - établissements de santé)

Entre 2011 et 2015, alors que le nombre de séjours de chirurgie pris en charge en ambulatoire évolue régulièrement, les prises en charge en hospitalisation complète sont en légère diminution.

En 2015, plus d'un séjour sur deux est réalisé en ambulatoire. La progression du nombre de séjours en ambulatoire est plus rapide que celle de l'ensemble des séjours de chirurgie et le nombre de séjours réalisés en hospitalisation complète diminue : cette évolution témoigne d'une substitution entre les prises en charge réalisées en hospitalisation complète et celles réalisées en ambulatoire.

Figure 5 : Évolution 2011-2015 du nombre de séjours de chirurgie selon le mode de prise en charge

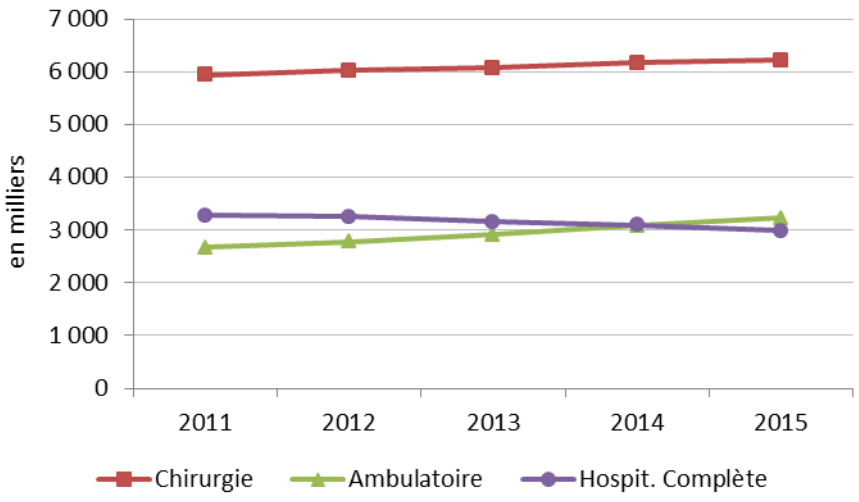
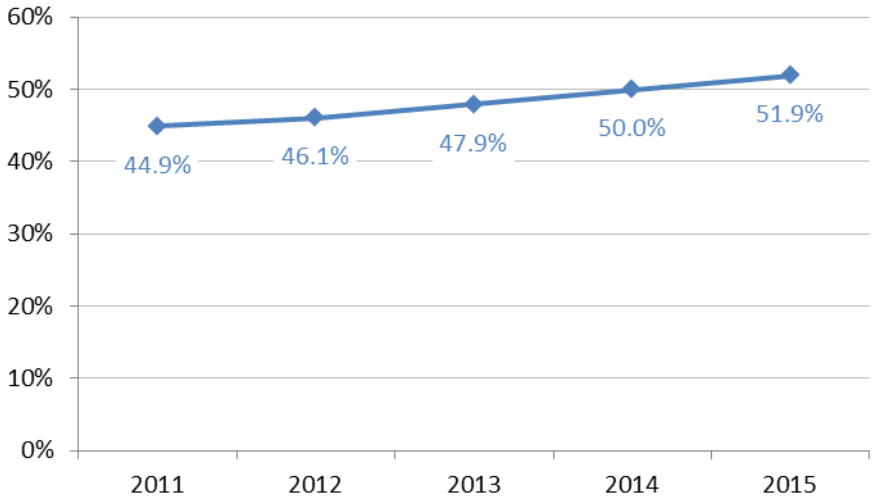


Figure 6 : Évolution 2011-2015 du taux global de chirurgie ambulatoire



a) Variation des taux de chirurgie ambulatoire par région d'implantation des établissements

Le taux de chirurgie ambulatoire a augmenté dans toutes les régions depuis 2011. Une analyse de l'évolution des taux sur les anciennes régions (26) est présentée en annexe 2.

En 2015, il varie de 46,6% à 54,8% entre les anciennes régions métropolitaines. Cette variation est un peu moins marquée selon le nouveau découpage régional en France métropolitaine.

Figure 7 : Évolution 2011-2015 du taux de prise en charge en ambulatoire selon la région d'implantation des établissements ancienne régions (26)

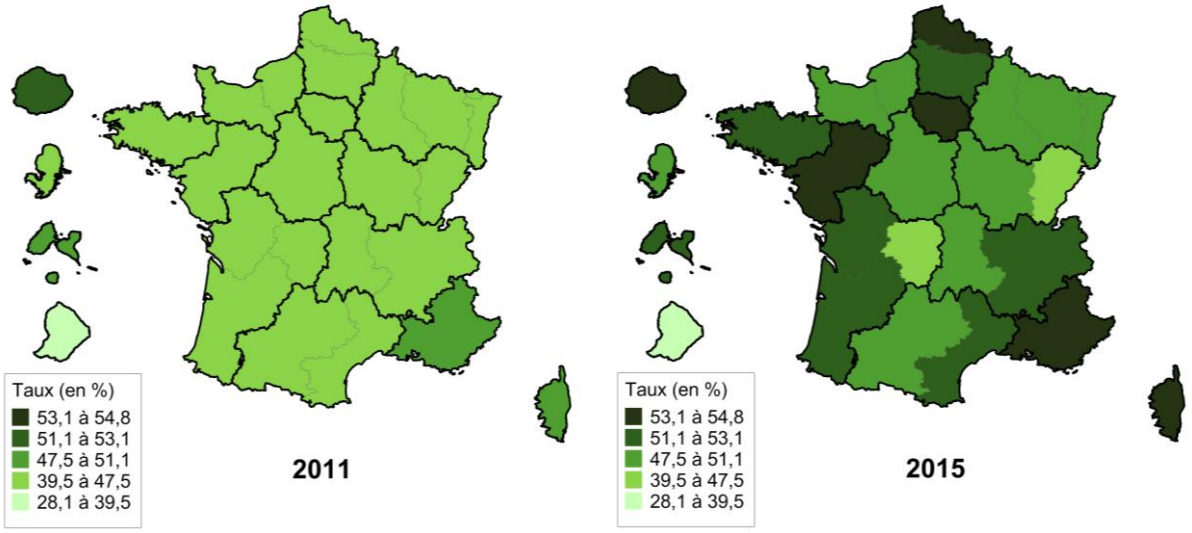
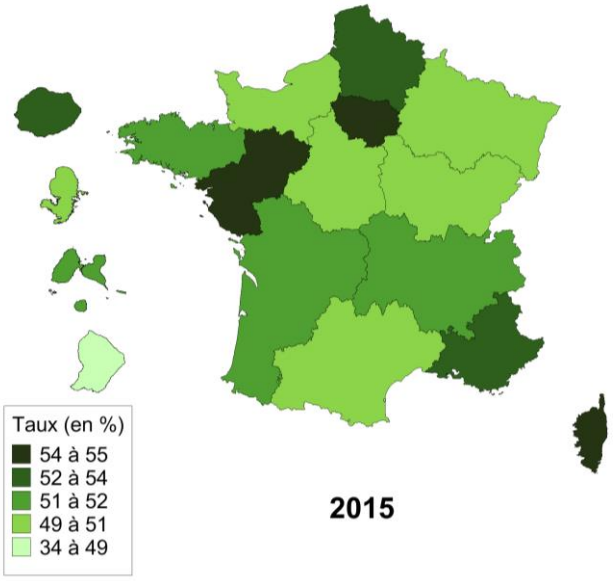


Figure 8 : Taux de prise en charge en ambulatoire en 2015 selon la région d'implantation des établissements nouveau découpage régional au 1er janvier 2016 (17)



b) Evolution des taux de chirurgie ambulatoire selon le secteur de financement

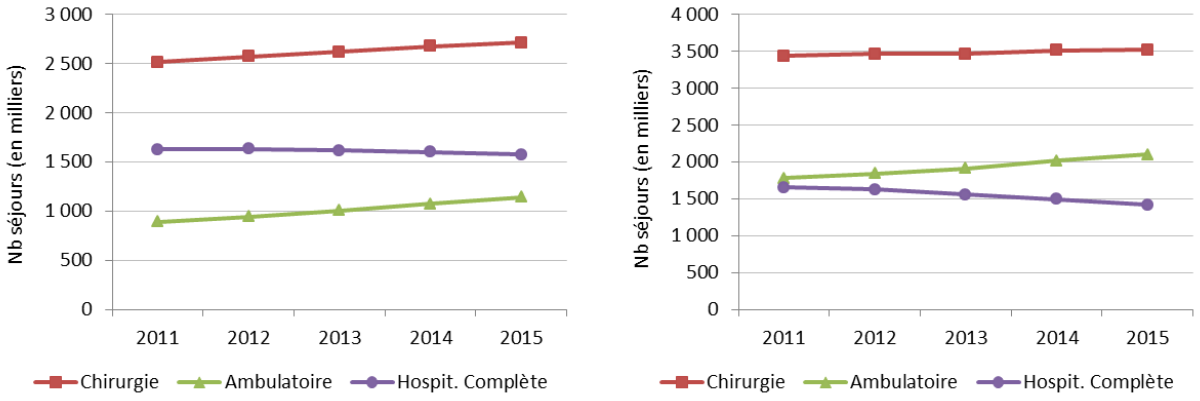
Selon le secteur de financement des établissements de santé, les progressions observées entre 2011 et 2015 diffèrent. La part de marché du secteur ex-DG progresse même si celle du secteur ex-OQN reste prédominante. Ainsi, entre 2011 et 2015, la part de l'activité de chirurgie ambulatoire réalisée par les établissements du secteur ex-DG a augmenté de près de 2 points, passant de 33,3% en 2011 à 35,2% en 2015.

Tableau 2 : Nombre de séjours de chirurgie ambulatoire par secteur de financement

	2011	2012	2013	2014	2015
Secteur ex-DG	887 161	938 988	1 002 594	1 071 965	1 136 846
Secteur ex-OQN	1 777 803	1 837 866	1 908 437	2 013 314	2 092 316
Part du secteur ex-DG	33,3%	33,8%	34,4%	34,7%	35,2%

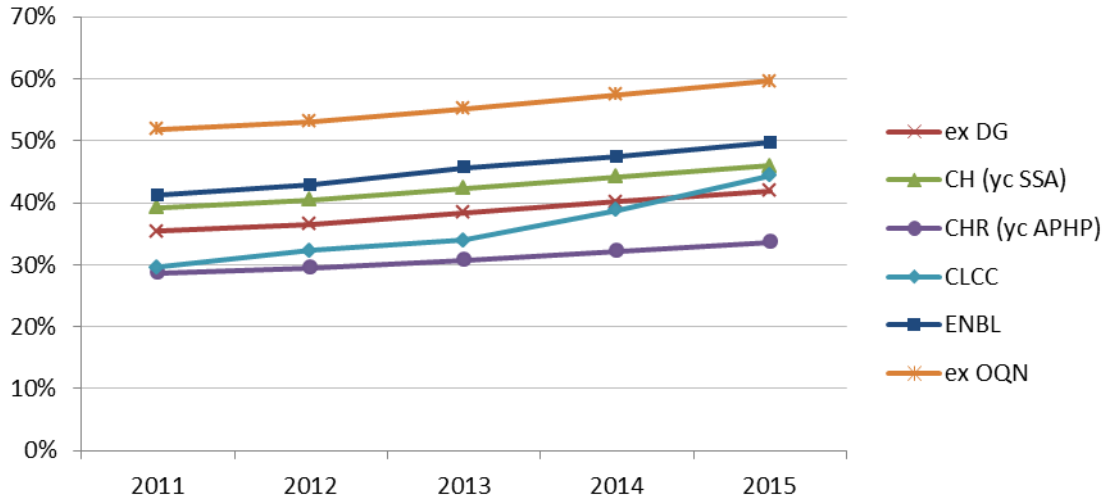
L'activité des établissements du secteur ex-DG se caractérise par la progression globale sur la chirurgie et notamment sur les prises en charge en ambulatoire, l'hospitalisation complète étant en situation de stabilité. Pour les établissements du secteur ex-OQN, les séjours de chirurgie en hospitalisation complète sont en diminution. Le nombre de séjours en chirurgie ambulatoire reste plus élevé au sein des établissements du secteur ex-OQN.

Figure 9 : Évolution 2011-2015 du volume d'activité de chirurgie selon le secteur de financement



Secteur ex-DG **Secteur ex-OQN**

Figure 10 : Evolution du taux global de chirurgie ambulatoire par catégorie d'établissements, 2011-2015



Les variations observées entre catégories d'établissements s'expliquent en partie par la diversité des case-mix de chaque établissement d'autre part.

Les deux parties suivantes apportent un éclairage sur le développement de la chirurgie ambulatoire par activité d'une part et sur un indicateur complémentaire.

Des éléments plus détaillés sont disponibles sur ScanSanté dans l'application **Indicateurs globaux (GDR) -** Programme national de chirurgie ambulatoire
➔ taux de chirurgie ambulatoire et autres éléments caractérisant les séjours au niveau national, par catégorie d'établissements et par région (26 régions et 17 régions au 1er janvier 2016).
Une déclinaison est disponible par territoire de santé et par établissement.

www.scansante.fr/applications/action-gdr-chirurgie-ambulatoire

III. Un rythme de progression différent selon les activités

Un suivi spécifique du développement de la chirurgie ambulatoire pour sept spécialités chirurgicales a été mis en place en partenariat avec des professionnels de santé. Les taux de chirurgie ambulatoire ont progressé dans toutes les spécialités.

Le taux de chirurgie ambulatoire et la pente de progression entre 2011 et 2015 sont variables d'une spécialité à l'autre : le taux le plus élevé est observé en ophtalmologie, et sa progression a été forte entre 2011 et 2015. Cela est dû aux séjours relatifs aux interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie (racine 02C05).

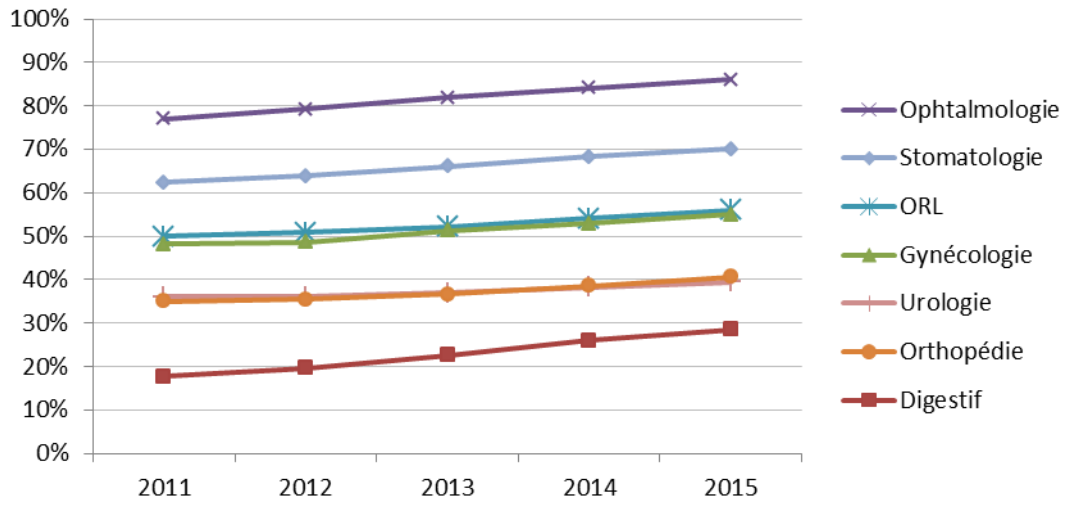
La prise en charge en ambulatoire est largement majoritaire en stomatologie, il s'agit essentiellement de séjours pour « affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires » (racine 03K02).

En ORL et en gynécologie, la progression depuis 2011 est importante, le taux de chirurgie ambulatoire se situe au-dessus de 50% depuis 2013.

En urologie, comme en orthopédie, plus d'un séjour sur trois est pris en charge en ambulatoire.

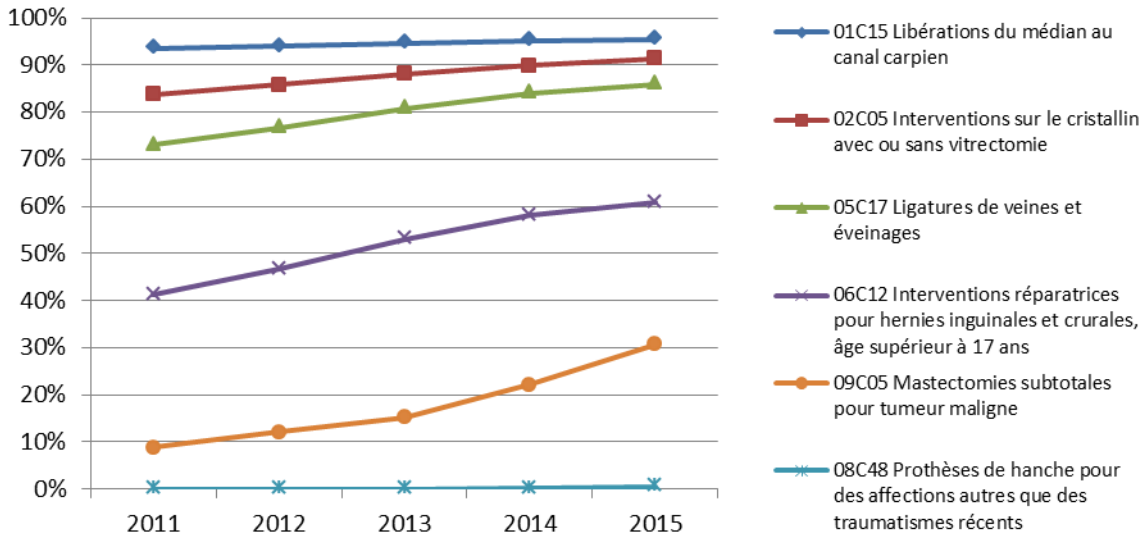
Enfin, pour la chirurgie digestive, le taux de chirurgie ambulatoire a progressé de 11 points entre 2011 et 2015 pour atteindre près de 29% en 2015. Il s'agit de l'activité pour laquelle la progression observée est la plus forte.

Figure 11 : Evolution du taux de chirurgie ambulatoire par spécialité chirurgicale



Cette variation entre les activités est d'autant plus marquée entre racines de GHM. A titre d'illustration, certaines prises en charge sont réalisées quasi exclusivement en ambulatoire (exemple : libération du canal carpien (01C15)). Le taux de chirurgie ambulatoire de certaines prises en charge, déjà élevé, continue de progresser rapidement (exemples : ligatures de veines (05C17), interventions sur le cristallin (02C05)). On constate de fortes progressions de certaines prises en charge jusque-là peu réalisées en ambulatoire (exemple : mastectomies (09C05). Enfin, on note des pratiques émergentes ambulatoires (exemple : prothèses totales de hanche (08C48)).

Figure 12 : Evolution du taux de chirurgie ambulatoire pour certaines racines



Des éléments plus détaillés sont disponibles sur ScanSanté dans l'application **Indicateurs par spécialité -** Programme national de chirurgie ambulatoire
➔ pour 7 spécialités chirurgicales (Digestif, Gynécologie, Ophtalmologie, ORL, Orthopédie, Stomatologie, Urologie) une fiche présente l'évolution des taux de recours et des taux de chirurgie ambulatoire, ainsi qu'une analyse détaillée par racine et par acte.
www.scansante.fr/applications/action-gdr-chirurgie-ambulatoire-spec

IV. Pour aller plus loin

Le taux de chirurgie ambulatoire ne peut, à lui seul, permettre l'interprétation de la performance de chirurgie ambulatoire d'un établissement de santé.

En effet, un établissement avec une faible activité chirurgicale peut présenter un taux de chirurgie ambulatoire élevé et un volume d'activité faible ne permettant pas de mettre en œuvre des organisations efficientes. Le case-mix de l'établissement influence également la taux d'ambulatoire. Un établissement peut être performant car il a développé des pratiques innovantes lui permettant d'assurer des prises en charge lourdes réalisées habituellement en hospitalisation complète. Le taux de chirurgie ambulatoire doit être analysé au regard des indicateurs suivants :

- **volume ambulatoire**,
- volume ambulatoire correspondant à des prises en charges innovantes (=**volume ambulatoire innovant**),
- et des écarts entre la pratique ambulatoire de l'établissement et la pratique moyenne nationale à case mix identique.

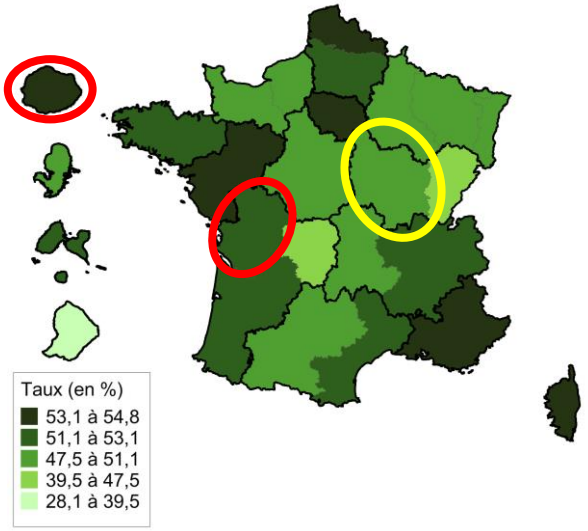
En effet, un taux de chirurgie ambulatoire élevé ne signifie pas toujours que la pratique ambulatoire de l'établissement est plus élevée que la moyenne nationale. Le taux de chirurgie ambulatoire dépend du type de prises en charge réalisées. Ainsi, l'établissement a besoin de comparer le nombre de séjours ambulatoires qu'il prend en charge avec le nombre de séjours ambulatoires qu'il prendrait en charge s'il avait la pratique ambulatoire nationale, compte tenu de son case-mix.

Une méthode macro consiste à appliquer à l'activité de l'établissement, **par racine**, le taux ambulatoire national pour les séjours sans sévérité. Ce calcul permet d'obtenir un nombre de séjours théoriques ambulatoires. Ce nombre théorique peut ensuite être comparé au nombre réel de séjours ambulatoires produits par l'établissement $I = \frac{Séjours\ ambulatoires\ réels}{Séjours\ ambulatoires\ théoriques}$

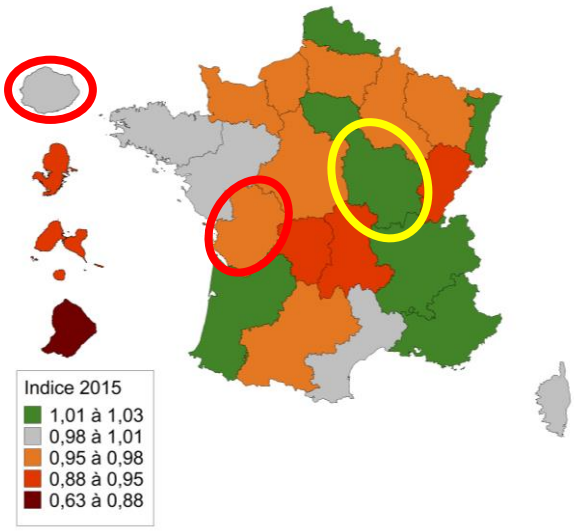
Lorsque cet indice est supérieur à 1, cela signifie que l'établissement a une pratique ambulatoire plus élevée que la moyenne à case mix identique.

Cette méthode a été développée pour analyser les taux de chirurgie ambulatoire des régions.

Taux de chirurgie ambulatoire en 2015



Indice régional 2015



La Réunion qui a un taux de chirurgie ambulatoire très élevé a un indice proche de 1. En moyenne, dans cette région, la pratique ambulatoire correspond à la pratique moyenne nationale. A l'inverse, en Bourgogne, le taux de chirurgie ambulatoire est plus faible mais l'indice est supérieur à 1. Dans cette région, la pratique ambulatoire est au-dessus de la moyenne nationale. Enfin, la région Poitou-Charentes a un taux de chirurgie ambulatoire élevé mais un indice en dessous de 1. Dans cette région, la pratique ambulatoire est en dessous de la moyenne nationale. Ces différences peuvent être liées à la fois à la pratique de la chirurgie ambulatoire observée dans l'ensemble des établissements qui composent la région mais aussi à des différences de consommation de soins des patients, ceux-ci pouvant être plus ou moins réticents à la pratique de la chirurgie ambulatoire ou ne pas en remplir les critères d'inclusion.

Ces illustrations montrent la nécessité de compléter l'analyse par des indicateurs complémentaires par établissement de santé. C'est dans cette perspective que cette approche permettant de mesurer l'écart entre la pratique observée dans l'établissement et la pratique ambulatoire moyenne a été développée, avec l'ANAP, à un niveau plus fin. Ce calcul repose donc sur la construction d'une comparaison à un **niveau fin d'activité qui est l'acte CCAM** et nécessite la construction d'un référentiel correspondant au taux moyen national ambulatoire, calculé acte par acte.

Au final, cet indice, appelé **indice d'organisation,** exprime l'écart à la moyenne nationale des pratiques ambulatoires de l'établissement pour son case-mix d'actes CCAM identiques. Un indice supérieur à 1 révèle des pratiques ambulatoires plus élevées que la moyenne.

Les différents indicateurs sont donc à examiner conjointement. Ils sont disponibles sous ScanSanté et font également l'objet de représentations graphiques en radar pour faciliter la comparabilité avec l'ensemble des établissements de sa région, etc.

Figure 13 : Restitution de l'application Indicateur de performance – tableau de valeurs

	Etablissement	National		Région		Catégorie		Classe case-mix ambulatoire	
	Etablisst	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile
Volume ambulatoire	13124	1062	4640	1062	8359	1994	5921	455	4231
Indice d'organisation	0.987	0.900	1.089	0.912	1.087	0.962	1.110	0.919	1.120
Volume ambulatoire innovant	488	31	217	35	273	44	282	7	139

3 variables explicatives

Comparaison nationale (ensemble des établissements de santé publics et privés France entière)

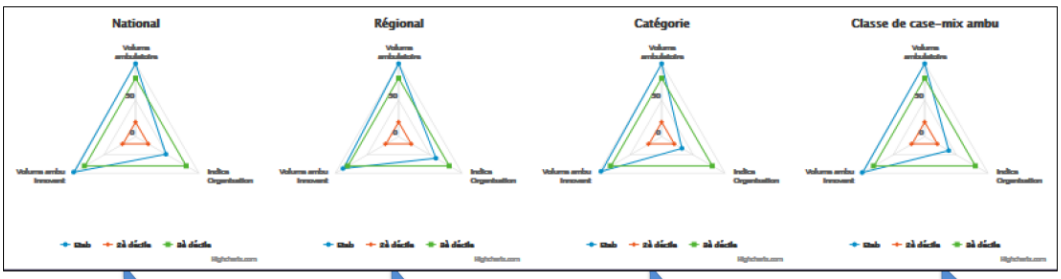
Comparaison régionale (ensemble des établissements de santé publics et privés de la région)

Comparaison catégorie d'établissement (ensemble des établissements de santé de sa catégorie)

Comparaison classe de case-mix ambulatoire (ensemble des établissements de santé publics et privés de sa classe)

Figure 14 : Restitution de l'application Indicateur de performance – radars

Bleu = établissement (la surface contenue dans le triangle bleu = performance de l'établissement)
Rouge = seuil des 20% d'établissements les moins performant (la surface dans le triangle rouge correspond aux 20% d'établissements les moins performants)
Vert = seuil des 20% d'établissement les plus performants (la surface en dehors du triangle vert correspond aux 20% d'établissements les plus performants)



Comparaison nationale (ensemble des établissements de santé publics et privés France entière)

Comparaison régionale (ensemble des établissements de santé publics et privés de la région)

Comparaison catégorie d'établissement (ensemble des établissements de santé de sa catégorie)

Comparaison classe de case-mix ambulatoire (ensemble des établissements de santé publics et privés de sa classe)

ScanSanté
Les données hospitalières pour décrire et agir

Des éléments plus détaillés sont disponibles sur ScanSanté dans l'application **Indicateur de performance** - Programme national de chirurgie ambulatoire ➔ résultats par établissement
www.scansante.fr/applications/indicateur-de-performance

ANNEXES

ANNEXE 1 : Descriptif des indicateurs fournis par l'ATIH

Bases de données :

Séjours : PMSI MCO 2011 à 2015 (données regroupées en V11g) hors GHM Erreur, prestations inter-établissement (PIE) et séances

Population : Résultats des recensements de population INSEE 2009 à 2013.
Les données PMSI 2011 sont rapportées à la population de 2009,
celles de 2012 rapportées à la population de 2010,
celles de 2013 rapportées à la population de 2011,
celles de 2014 rapportées à la population de 2012,
et celles de 2015 à la population de 2013.

Sélection des séjours : Séjours de chirurgie : GHM V11g en C hors CMD 14 et 15 + racines 03K02 05K14 11K07 12K06 09Z02 23Z03 14Z08.

Précision de champ pour les taux de recours :

- La région considérée est la région de résidence des patients ;

- Les taux sont calculés pour 1 000 habitants ;

- Séjours avec un mode de sortie Domicile pour la chirurgie ambulatoire (séjour en C sans nuitée) ;

- Tous les établissements sont pris en compte, y compris ceux qui ne sont pas soumis à la tarification à l'activité ;

- Les taux sont standardisés sur l'âge et le sexe.

Classes d'âge considérées pour la standardisation :

- <5 ans
- De 5 ans à 9 ans
- De 10 ans à 14 ans
- De 15 ans à 19 ans
- De 20 ans à 24 ans
- De 25 ans à 29 ans
- De 30 ans à 34 ans
- De 35 ans à 39 ans
- De 40 ans à 44 ans
- De 45 ans à 49 ans
- De 50 ans à 54 ans
- De 55 ans à 59 ans
- De 60 ans à 64 ans
- De 65 ans à 69 ans
- De 70 ans à 74 ans
- De 75 ans à 79 ans
- De 80 ans à 84 ans
- De 85 ans à 89 ans
- De 90 ans à 94 ans
- 95 ans et plus

Précision de champ pour les autres indicateurs (2.1 à 2.7 et 3.3) :

- La région considérée est la région d'implantation de l'établissement ;

- Seuls les établissements soumis à la tarification à l'activité sont pris en compte.

ANNEXE 2 : Evolution du taux de prise en charge ambulatoire par ancienne région (26)

Entre 2011 et 2015, en Pays de Loire, Bretagne et Rhône-Alpes, le développement de la chirurgie ambulatoire a été plus rapide que la progression nationale. Pour les régions Bretagne et Rhône-Alpes, le taux était inférieur au taux national en 2011 et se rapproche du taux national en 2015. Pour la région Pays de Loire, le taux était proche du taux national en 2011 et est devenu supérieur au taux national en 2015.

Tableau 3 : Taux de prise en charge en ambulatoire : Evolution 2011-2015 et positionnement régional par rapport au taux national observé en 2015

Région	2011	2012	2013	2014	2015	Situation 2011	Evolution 2011-2015	Situation 2015
11 - Ile-de-France	46.9%	48.3%	50.4%	52.2%	54.2%	supérieur		supérieur
21 - Champagne-Ardennes	43.4%	45.0%	46.6%	48.1%	49.7%	inférieur		inférieur
22 - Picardie	45.7%	46.1%	47.4%	50.1%	51.2%	proche		proche
23 - Haute-Normandie	43.6%	45.4%	46.6%	48.8%	50.7%	inférieur		inférieur
24 - Centre	44.5%	45.7%	47.4%	48.8%	50.2%	proche		inférieur
25 - Basse-Normandie	42.8%	44.1%	45.9%	48.3%	49.8%	inférieur		inférieur
26 - Bourgogne	43.9%	44.9%	46.2%	48.4%	50.5%	inférieur		inférieur
31 - Nord-Pas-de-Calais	47.0%	47.8%	49.6%	51.3%	53.2%	supérieur		supérieur
41 - Lorraine	42.9%	44.1%	45.2%	46.9%	48.9%	inférieur		inférieur
42 - Alsace	42.8%	44.0%	45.5%	47.5%	49.7%	inférieur		inférieur
43 - Franche-Comté	39.8%	40.9%	42.6%	44.7%	46.6%	inférieur		inférieur
52 - Pays de la Loire	45.4%	46.4%	48.6%	51.4%	54.2%	proche		supérieur
53 - Bretagne	42.1%	44.2%	46.6%	48.8%	51.4%	inférieur		proche
54 - Poitou-Charentes	45.9%	47.1%	49.2%	50.5%	52.5%	supérieur		proche
72 - Aquitaine	44.3%	45.4%	47.6%	49.8%	52.3%	proche		proche
73 - Midi-Pyrénées	41.7%	42.8%	44.9%	47.1%	49.1%	inférieur		inférieur
74 - Limousin	41.5%	42.7%	44.7%	45.7%	47.1%	inférieur		inférieur
82 - Rhône-Alpes	42.9%	44.3%	46.7%	49.4%	51.7%	inférieur		proche
83 - Auvergne	42.2%	43.4%	45.2%	47.3%	48.7%	inférieur		inférieur
91 - Languedoc-Roussillon	46.1%	46.8%	48.0%	50.0%	51.7%	supérieur		proche
93 - Provence-Alpes-Côte-d'Azur	47.9%	49.0%	50.4%	52.3%	53.9%	supérieur		supérieur
94 - Corse	48.5%	51.2%	53.3%	54.0%	54.8%	supérieur		supérieur
971 - Guadeloupe	49.0%	48.2%	51.2%	51.5%	51.9%	supérieur		proche
972 - Martinique	45.4%	47.1%	48.9%	49.8%	49.7%	proche		inférieur
973 - Guyane	28.2%	26.6%	30.6%	33.7%	34.5%	inférieur		inférieur
974 - La Réunion	52.2%	52.1%	52.6%	52.5%	53.3%	supérieur		supérieur
NATIONAL	44.9%	46.1%	47.9%	50.0%	51.9%			

Lecture du tableau
Le taux de chaque région est comparé au taux national en 2011 et en 2015. La situation de la région par rapport au taux national est appréciée selon un critère d'écart de +/- 1 point.
- En rouge sont identifiées les régions pour lesquelles le développement de la chirurgie ambulatoire a progressé plus vite que la moyenne, ce qui a permis de réduire l'écart au taux national.
- En bleu sont identifiées les régions pour lesquelles le développement de la chirurgie ambulatoire a progressé moins vite que la moyenne.