

INDICATEURS NATIONAUX

Introduction

Dans le cadre du programme qualité 2019, la Commission d’Evaluation FHL/CNS s’est engagée à déterminer un set d’indicateurs pouvant être utilisés dans le cadre des obligations découlant de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil et à les mettre à disposition du grand public/des usagers par le biais de moyens de communication appropriés.

Le but de la Commission d’Evaluation est moins de fournir des informations visant à comparer les établissements luxembourgeois qu’à éveiller et à sensibiliser la patientèle au caractère particulier et incomparable de notre système hospitalier.

Les résultats présentés ci-après datent de 2015, à une époque de grands changements structurels et fonctionnels au niveau des établissements membres de la FHL. Nous attirons votre attention sur le fait que, malgré notre volonté de vous fournir des explications éclairées et sans jugement comparatif, chaque résultat est interprétable différemment et à jauger en considération de l’activité, la politique, le fonctionnement, la stratégie et les éventuelles transformations en cours de chaque hôpital, individuellement.

Table des matières

Introduction.....	0
Durée moyenne de séjour (DMS)	2
Taux d’occupation des lits	5
Taux de cataractes opérées en hospitalisation de jour.....	8
Taux de dispositifs médicaux et médicaments achetés par rapport à l’offre du groupement d’achat	10
Réhospitalisation après la sortie de l’hôpital	12
Taux d’Infections Nosocomiales en Soins Intensifs.....	14
Taux d’indépendance fonctionnelle gagnée en rééducation	16
Occupation des salles opératoires.....	18
INDEX.....	20

Durée moyenne de séjour (DMS)

Définition

La durée moyenne de séjour est le nombre moyen de jours que les patients passent à l'hôpital sur les unités de soins normaux ou intensifs.

Objectifs visés

Les principaux objectifs sont d'identifier les durées réelles de séjour et de posséder de l'information pour éviter les journées injustifiées.

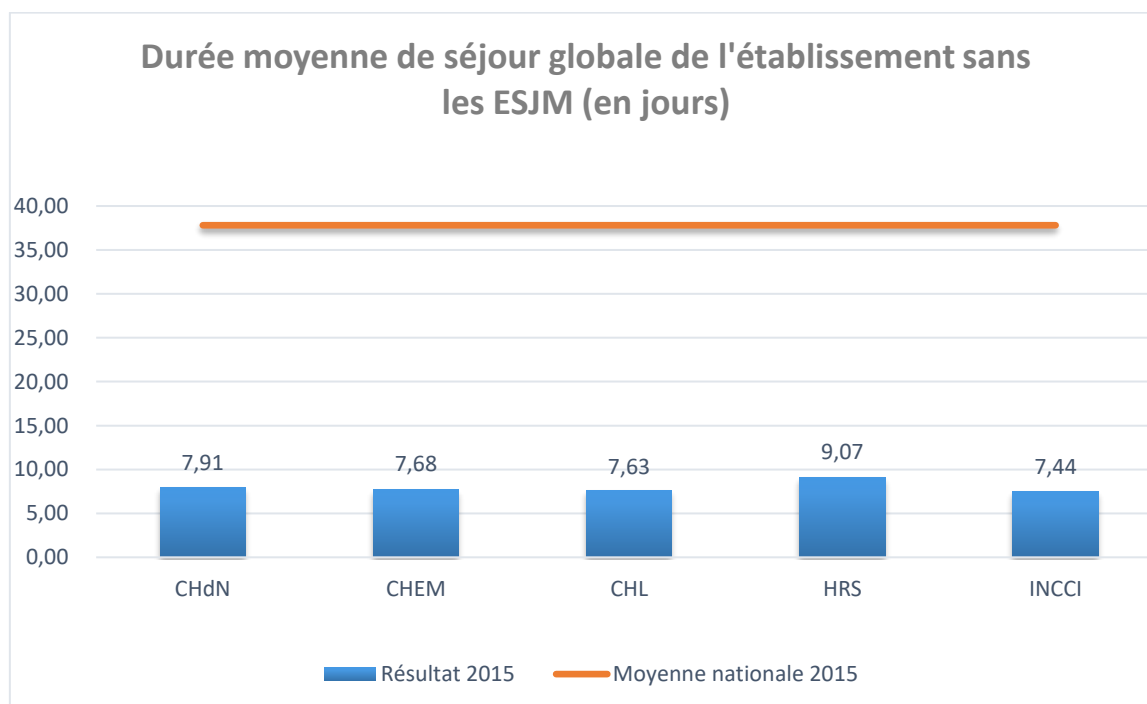
Formule de calcul

La DMS se calcule en divisant le nombre total de jours passés en hospitalisation par l'ensemble des patients au cours de l'année par le nombre des admissions ou des sorties.

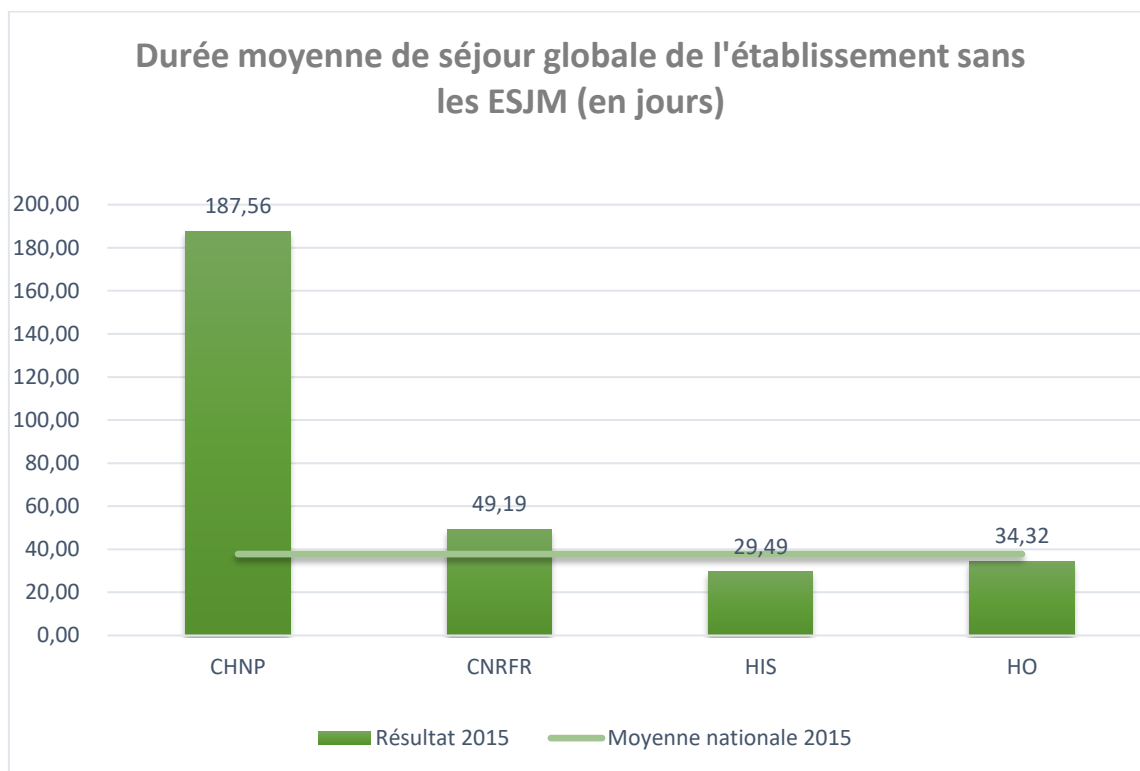
Les admissions avec sortie le jour même ne sont pas prises en compte. Sont également exclus les patients avec un séjour dépassant l'année N.

Résultats nationaux

Etablissements de soins aigus



Etablissements de moyen et long séjour



Commentaire

Nonobstant le fait que des exclusions aient été prévues dans la formule de calcul, la DMS ne tient pas compte de la diversité des activités réalisées. La comparaison est complexe, mais le nombre d'établissements étant très faible, il ne serait pas pertinent de standardiser l'indicateur sur l'activité.

Il convient donc, à la lecture des résultats, de prendre en considération les spécificités de chaque établissement.

Quatre établissements sortent distinctement du lot, avec des DMS très élevées. Le type de spécialisation des structures concernées en est la principale raison :

- L'activité du CHNP, presque essentiellement axée long séjour (réhabilitation psychiatrique, soins et accompagnement de personnes âgées et de personnes en situation de handicap mental), se traduit logiquement par une explosion de la DMS.
- La spécialisation du CNRFR en médecine de rééducation et de réadaptation explique des séjours rallongés.
- Haus Omega, en tant qu'établissement de soins palliatifs, a pour aspiration de prolonger la durée de prise en charge du patient. Ses objectifs en termes de DMS ne correspondent donc pas aux standards d'un hôpital général.

L'Hôpital Intercommunal de Steinfort, en sa qualité d'établissement spécialisé en soins gériatriques, accueille essentiellement une population de moyen et long séjour.

Comparabilité

En 2015, la durée moyenne de séjour à l’hôpital, toutes causes confondues, dans les pays de l’OCDE était d’environ huit jours.

Source : Statistiques de l’OCDE sur la santé 2015

<http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>

Taux d’occupation des lits

Définition de l’indicateur

Le taux d’occupation des lits est le pourcentage moyen annuel de lits occupés dans l’établissement sur les unités de soins normaux et intensifs.

Objectif visé

Le nombre de lits d’hôpital fournit une indication sur l’offre de services aux patients hospitalisés. Il permet d’identifier en temps réel la capacité d’accueil et d’utiliser au mieux les ressources disponibles.

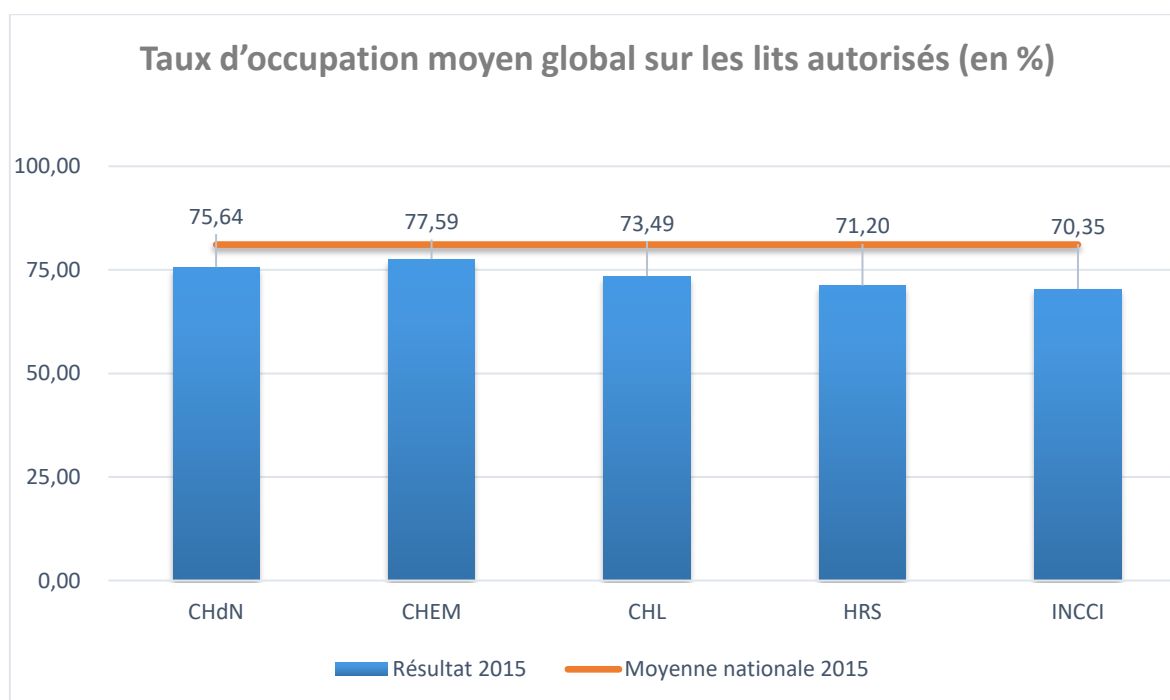
Formule de calcul

Le nombre de lits occupés chaque jour à 0 h (minuit) en unités de soins normaux et intensifs est divisé par le nombre de lits autorisés au plan hospitalier, puis multiplié par 100.

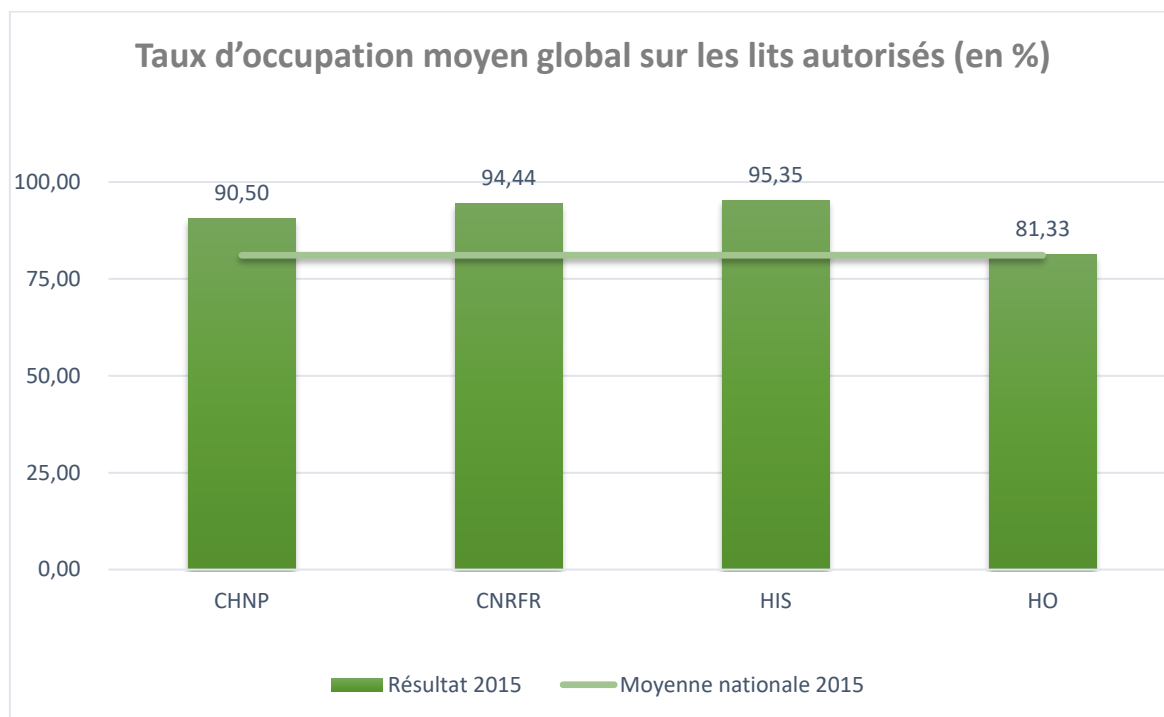
Le calcul du taux d’occupation moyen global sur lits autorisés est effectué tous les jours de l’année N.

Résultats nationaux

Etablissements de soins aigus



Etablissements spécialisés



Commentaire

Pour les HRS, il s'agit d'une année de transition. C'est la première année où les résultats de la Clinique Bohler, la Clinique Sainte-Marie, l'Hôpital Kirchberg et la ZithaKlinik sont combinés. Le taux d'occupation de la Clinique Sainte-Marie est impacté par :

- le développement d'activités cliniques de type UMG gériatrie a engendré une augmentation croissante des transferts de HK vers CSM. A été recensé également une augmentation de l'activité médicale ambulatoire, notamment pour certains types de chirurgie comme le recommandent les orientations nationales ;
- le développement de l'activité de très court séjour en chirurgie puisque seules les présences à minuit sont comptabilisées dans cet indicateur ;
- le fait que le calcul du taux est réalisé sur le nombre de lits autorisés (118 lits) or, la CSM ne dispose en réalité que de 99 lits.

Quant au CHL, la formule de calcul occulte les points suivants :

- A l'Hôpital Municipal et à la Clinique d'Eich, la fermeture de lits les week-ends (U23HS et CE2HS).
- La fermeture de lits certains week-ends et pendant certaines périodes de l'année (par ex. U30).

Le taux d'occupation du CHL reste aux alentours de la cible inférieure. A ceci plusieurs raisons :

- La non-prise en compte dans la formule des activités de semaine, largement développées dans le cadre de la mise en œuvre du virage ambulatoire.

- Des activités très cycliques nécessitant des disponibilités de lits importantes et rapides, suivies de fortes baisses d'activité (exemple de la pédiatrie à forte évolution saisonnière).
- Le CHL est, et reste, un hôpital aigu de premier et deuxième recours : cela implique des disponibilités de lits afin de pouvoir répondre aux besoins de prise en charge de patients lourds adressés par d'autres établissements.
- Enfin, les missions requises pour les services nationaux nécessitent de « bloquer » certains lits qui sont de fait peu utilisés : lits pour la iodothérapie, lits pour le plan Ebola, lits pour détenus, etc.

Comparabilité

En 2015, le taux d’occupation moyen des pays de l’OCDE se situait entre 70 et 80 %.

Source : Statistiques de l’OCDE sur la santé 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>

Taux de cataractes opérées en hospitalisation de jour

Définition de l’indicateur

Taux d’interventions chirurgicales pour cataracte faites en ambulatoire (p. ex. Hôpital de jour avec facturation JH ESJM ou toute autre modalité de facturation d’U/O).

Objectifs visés

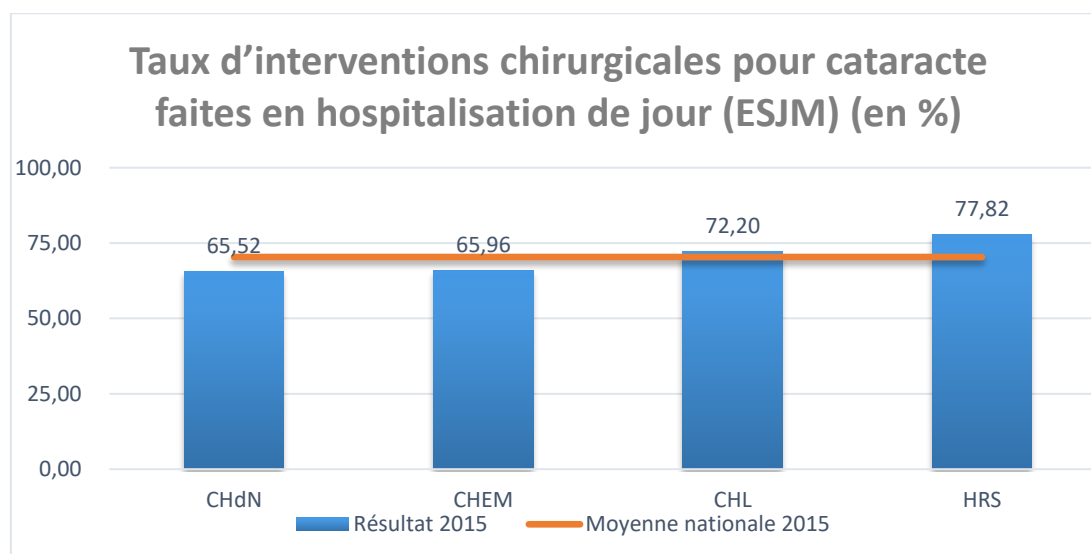
- Augmenter le nombre de personnes opérées de la cataracte en hospitalisation de jour.
- Diminuer la durée moyenne d’hospitalisation des personnes le plus souvent âgées atteintes de cataracte. Diminuer les risques liés à l’hospitalisation des personnes âgées.
- Diminuer les coûts de l’hospitalisation.

Formule de calcul

Le taux de cataractes opérées en hospitalisation de jour s’obtient en divisant le total des cataractes (code de nomenclature 4G61, 4G62, 4G63, 4G64) opérées en ambulatoire, par le nombre total de cataractes (code de nomenclature 4G61, 4G62, 4G63, 4G64) opérées pendant la période considérée (01/01 au 31/12 de l’année civile), multiplié par 100.

Comme opérées en ambulatoire sont considérées la facturation de JH (ESJM) ou toute autre modalité de facturation d’une U/O sans que le patient soit encore présent à 24 h 00.

Résultats nationaux



Commentaires et comparabilité

Le taux de chirurgie ambulatoire pour les actes traceurs définis par la Recommandation du Conseil scientifique dans le Domaine de la Santé du 24 septembre 2014 est passé de 49,9% en 2011 à 59 % en 2015, avec des évolutions importantes. Ex. : chirurgie de la cataracte : de 53,4 % en 2011 à 79,4 % en 2015, mais reste en-dessous de la moyenne des pays de l’OCDE : 86,8 %.

Source : www.sante.public.lu › publications › carte-sanitaire-2015-principal

Taux de dispositifs médicaux et médicaments achetés par rapport à l'offre du groupement d'achat

Définition de l'indicateur

Pourcentage de références de catalogue en médicaments et dispositifs médicaux gérés par la pharmacie, ayant fait l'objet de tarifs négociés par la FHL, achetés par l'établissement au tarif négocié par le groupement d'achat FHL pendant la période considérée en considération de l'adéquation entre le besoin de l'établissement et l'offre du groupement d'achat.

Objectifs visés

- Définir l'adéquation entre le besoin de l'hôpital et l'offre du groupement d'achat FHL ;
- Mesurer le taux d'adhésion au groupement d'achat.

Formule de calcul

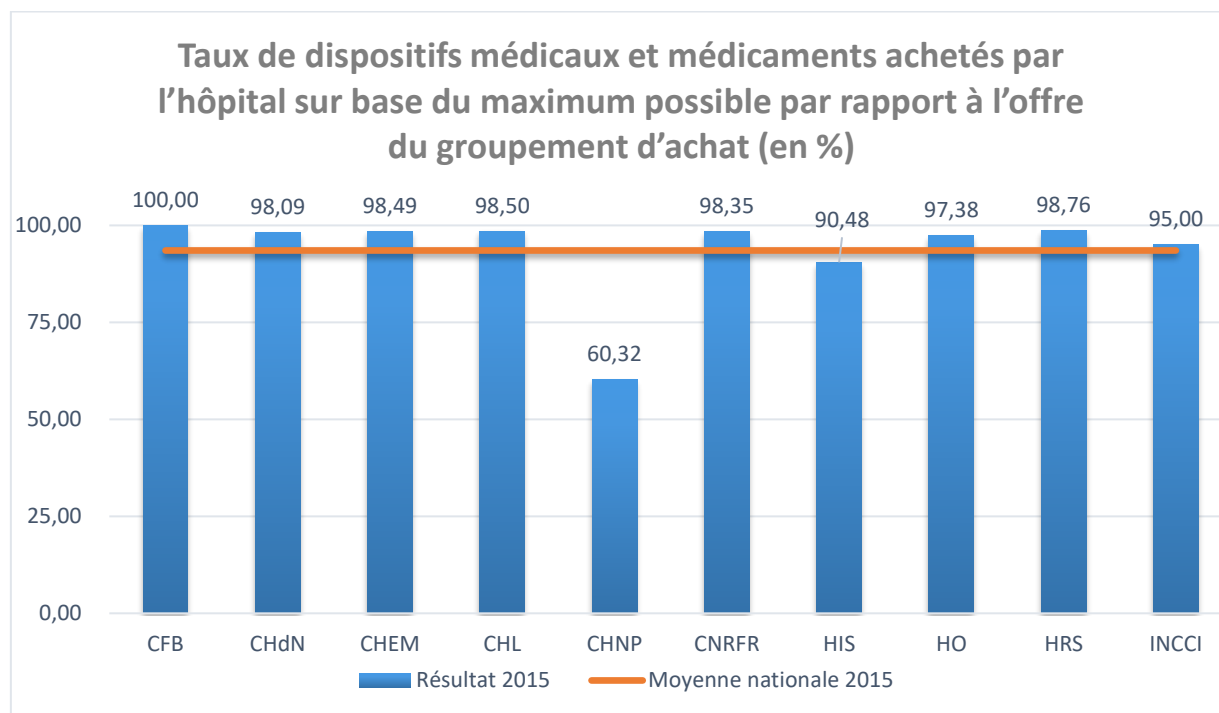
Préalable :

Définir le nombre de références potentiellement utilisables par l'établissement sur base du catalogue des références du groupement d'achat FHL dans sa version la plus récente.

Formule de calcul :

Le nombre des références de dispositifs médicaux et médicaments gérés par la pharmacie de l'hôpital sur base du catalogue des références du groupement d'achat FHL dans sa version la plus récente divisé par le nombre de références potentiellement utilisables par l'établissement sur base du catalogue des références du groupement d'achat FHL dans sa version la plus récente multiplié par 100.

Résultats nationaux



Commentaires

Bien que ceci ne semble pas être le cas, le seuil maximum est quasiment atteint pour le CHNP avec souci de veiller aux conditions optimales de commande vu la spécificité de l'institution. Un peu plus de 10 % seulement des références du catalogue national sont achetées par le CHNP, ce qui reflète la spécificité de l'hôpital. A noter que l'éventail des dispositifs tend à aller dans le sens de la consommation du CHNP.

Réhospitalisation après la sortie de l'hôpital

Définition de l'indicateur

Taux de réhospitalisation dans le même établissement hospitalier, d'une personne soignée dans un délai de 28 jours (soit 4 semaines complètes) après sa sortie vivante de l'hôpital, pour un code ICD 10 de sortie de même nature (appartenant au même chapitre ICD 10).

Objectifs visés

- Développer des prises en charge efficaces prévenant les causes possibles de ré-hospitalisation.
- Connaître le taux de réadmission par établissement et étudier le lien entre DMS basse et taux de réadmission.

Formule de calcul

Taux de réhospitalisation pour le chapitre 13 ICD 10 « maladies du système ostéo-articulaire, muscle, tissu conjonctif » M00-M99.

Nombre de personnes soignées réhospitalisées dans le même établissement, entre 0 et 28 jours inclus, après la sortie vivante de l'établissement hospitalier luxembourgeois, pour le groupe de diagnostics de sortie ICD 10 chapitre 13 M00-M99.

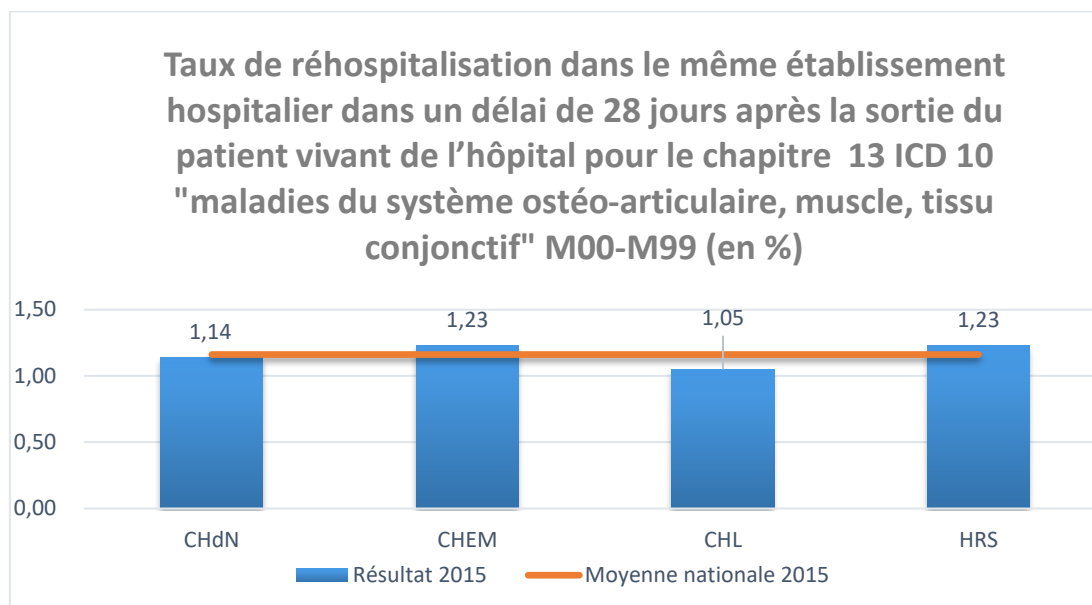
Divisé par

Nombre de personnes soignées sorties vivantes de l'établissement après un séjour stationnaire hospitalier pendant l'année civile ou la période observée ayant un diagnostic de sortie M00-M99.

Multiplié par 100.

Exclusions : Les personnes soignées réadmis pour une intervention programmée ou un traitement programmé dans un délai de 28 jours.

Résultats nationaux



Commentaire

En 2015, les admissions à l'hôpital attribuées aux maladies du système ostéo-articulaire représentaient 13,6 % du total des séjours hospitaliers. Les journées d'hospitalisation attribuées aux maladies du système ostéo-articulaire représentaient 9,3 % du total des journées soit 147 lits occupés en moyenne par jour.

Source : <https://statistiques.public.lu/fr/actualites/conditions-sociales/sante-secu/2018/06/20180604/cartesanitaire2017synthese.pdf>

Taux d'Infections Nosocomiales en Soins Intensifs

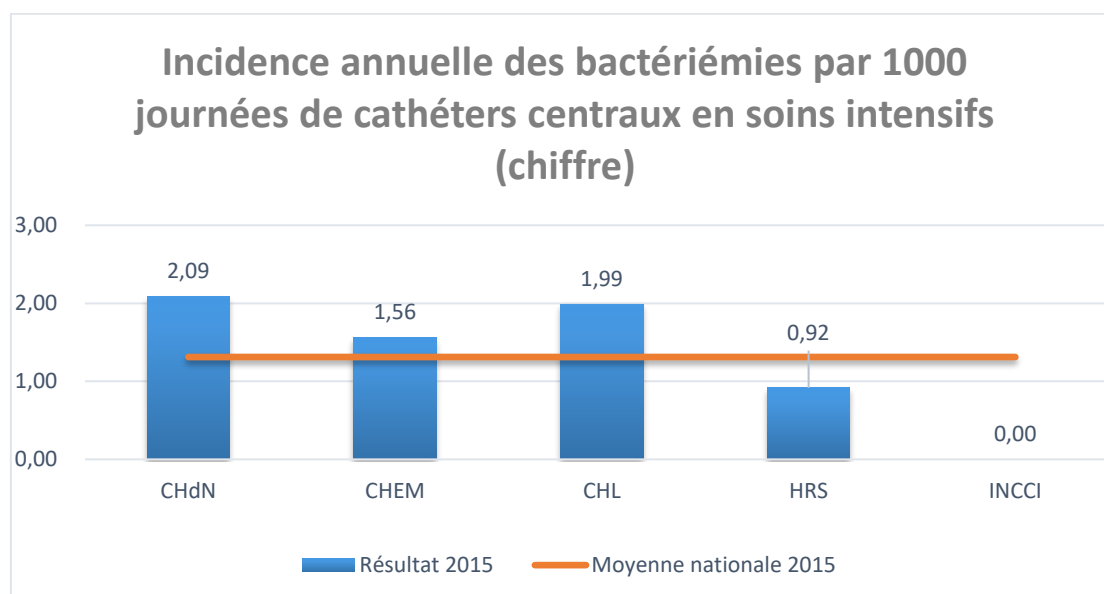
Définition de l'indicateur

Incidence des infections nosocomiales (bactériémies, pneumonies, infections urinaires) chez les patients hospitalisés plus de 48 heures en Soins Intensifs adultes/pédiatriques pour 1000 jours facteurs de risque instrumental.

Objectif visé

Connaître les taux d'infections nosocomiales pour mettre en œuvre les politiques de prévention adaptées et diminuer les impacts des infections nosocomiales pour les patients et la santé publique.

Résultats nationaux



Commentaire

Les infections nosocomiales augmentent la morbidité et la mortalité dans les établissements de santé. Elles entraînent un surcoût financier essentiellement dû à l'accroissement de la durée des séjours et des traitements antibiotiques. Évaluer le risque nosocomial et sa gravité, et en informer les usagers sont une nécessité dans un pays qui souhaite améliorer la qualité des soins.

Les bactériémies/septicémies sont responsables avec les pneumopathies d'une mortalité importante variant de 16 % à 35 % selon les études. Les deux tiers de ces infections contribueraient directement au décès. La porte d'entrée principale de ces infections sont les cathéters veineux périphériques ou centraux.

Selon l'étude américaine Senic (Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control), le taux de létalité des infections nosocomiales serait de 3,6 %, dont 0,9 % conduiraient directement au décès et 2,7 % y contribueraient.

Taux d’indépendance fonctionnelle gagnée en rééducation

Indicateur spécifique pour les établissements ayant une activité de rééducation fonctionnelle : CHEM, CHdN, HIS, HRS-ZK, CNRFR

Définition de l’indicateur

Gain d’indépendance fonctionnelle entre l’entrée et la sortie du service de rééducation fonctionnelle en fonction du taux d’indépendance fonctionnelle à l’entrée.

Objectif visé

Mesurer la plus-value du processus de prise en charge rééducative sur l’indépendance fonctionnelle, afin de rechercher les stratégies de prises en charge les plus performantes.

Formule de calcul

Formule de conversion : Le score MIF maximal de 126 points est égal à 100 % d’indépendance fonctionnelle. Le score minimal MIF de 18 points est égal à 0 % d’indépendance fonctionnelle. La conversion en pourcentage est à faire selon la formule $(\text{score MIF} - 18) / 108 * 100$

Taux moyen, taux médian, taux maximal, taux minimal de gain d’indépendance fonctionnelle en fonction de l’indépendance fonctionnelle à l’entrée :

Pour chaque patient, relever le score MIF de sortie d’hospitalisation stationnaire (en cas de décès ou transfert vers un service aigu, relever le dernier score noté au dossier). Convertir le score MIF de sortie selon la formule ci-dessus.

Pour chaque patient, relever le score MIF d’entrée d’hospitalisation stationnaire. Convertir le score MIF d’entrée selon la formule ci-dessus.

Pour chaque patient, faire la différence entre le score MIF converti de sortie et le score MIF converti d’entrée.

Faire la somme de toutes les différences entre le score MIF converti de sortie et le score MIF converti d’entrée. Diviser par le nombre de patients.

Calculer le taux médian.

Identifier le taux maximum et le taux minimum.

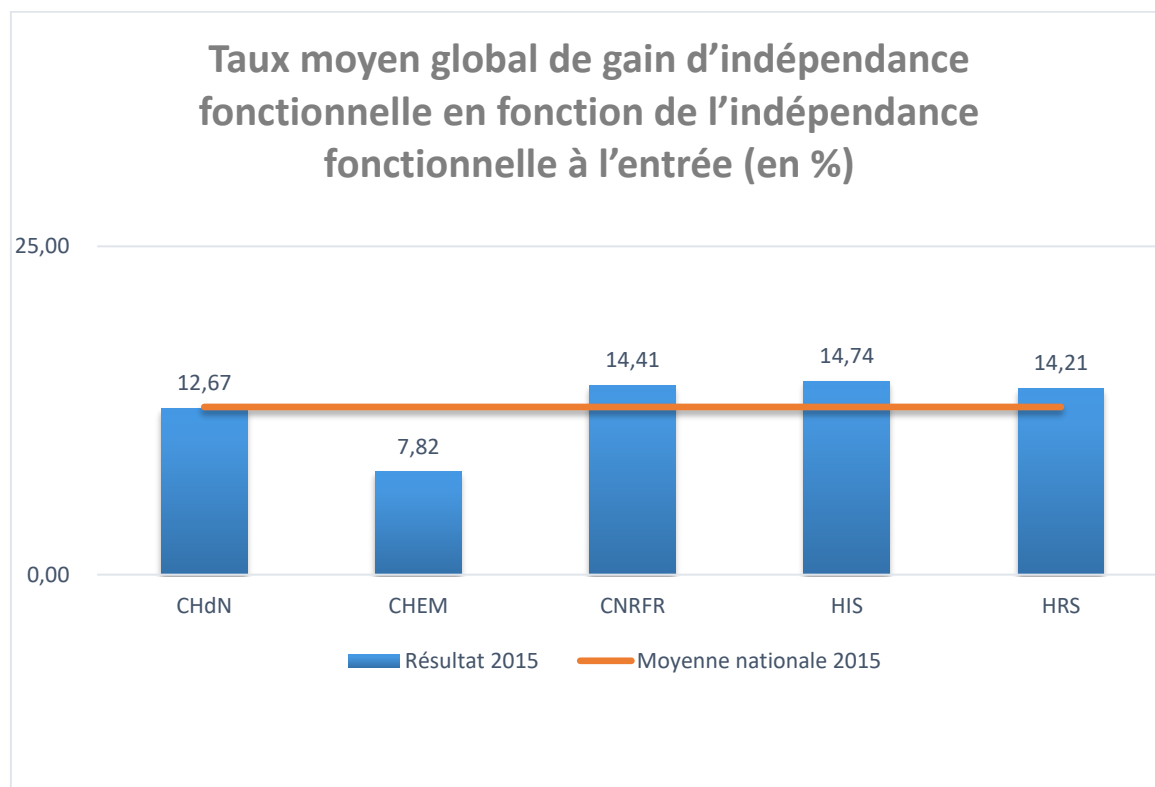
Seuil minimal attendu : Le seuil minimal attendu est de 5 %

Seuil maximal attendu : Le seuil maximal attendu est de 15 %

Exclure tous les patients avec un séjour inférieur à 6 journées d'hospitalisation.

Exclure tous les patients avec un séjour supérieur à 120 journées d'hospitalisation.

Résultats nationaux



Commentaires

Tous les établissements se situent dans la fourchette des seuils attendus.

Occupation des salles opératoires

Définition de l’indicateur

Durée d’occupation/non occupation des salles opératoires.

Objectif visé

Optimaliser l’utilisation des ressources en bloc opératoire (utilisation des salles opératoires et des ressources humaines).

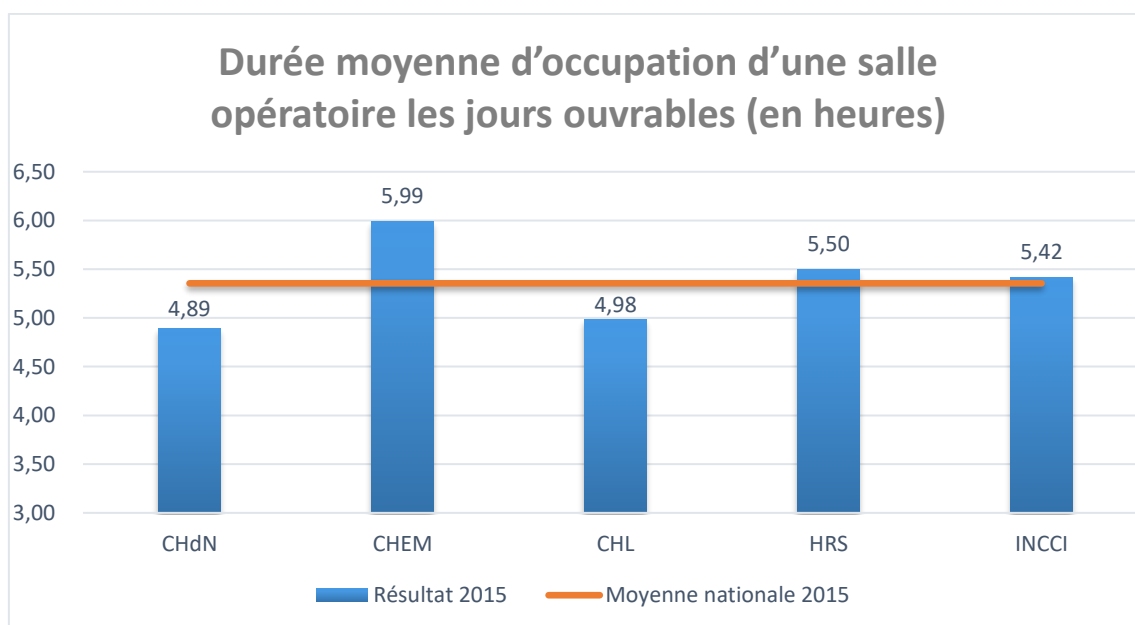
Formule de calcul

Durée moyenne en heures d’occupation d’une salle opératoire les jours ouvrables, jours ouvrables non garde, jours ouvrables avec garde : totaliser les heures dans toutes les salles pendant toute l’année pour toutes les périodes opératoires (ex. : OP de 7 h 30 à 15 h puis de 19 h à 21 h) selon le type de jour, entre l’heure du premier patient entré dans l’OP pour chaque salle et l’heure de sortie du bloc du dernier patient de chaque salle, pour chacune des périodes opératoires.

Diviser par le nombre de salles opératoires autorisées dans l’établissement par le ministère de la Santé.

Diviser par le nombre de jours ouvrables de l’année, ou le nombre de jours ouvrables non garde, ou le nombre de jours ouvrables avec garde.

Résultats nationaux



Commentaires

L'indicateur global permet de suivre la productivité du bloc opératoire. L'analyse individuelle par salle opératoire permet une gestion des flux avec évitement des débordements et des heures supplémentaires pour le personnel. Ce suivi permet l'amélioration de la gestion du programme opératoire par une meilleure répartition de l'activité sur l'ensemble des salles.

A noter que la variabilité des durées d'interventions rendent complexe la conception d'horaires de blocs opératoires.

Source : <http://biblos.hec.ca/biblio/memoires/m2007no112.pdf>

INDEX

CFB

Le Centre François Baclesse est un établissement à but non lucratif qui participe au service public de Santé. Il prend en charge les patients relevant d’une indication de radiothérapie à visée curative ou palliative, dans un contexte pluridisciplinaire de cancérologie qui implique tous les établissements hospitaliers publics et privés.

www.baclesse.lu

CHdN

Le Centre Hospitalier du Nord (CHdN) a comme mission de prendre en charge principalement les citoyens du Nord du pays lors d’une hospitalisation, d’un passage à l’hôpital de jour ou en ambulatoire.

www.chdn.lu

CHEM

Organisé autour d’un service d’urgence 24h/24, le Centre Hospitalier Emile Mayrisch est aujourd’hui non seulement le plus grand hôpital du Sud, mais surtout un hôpital aux valeurs humaines proche du citoyen. Acteur incontournable dans le secteur de la santé, le CHEM propose un plateau technique doté d’équipements de diagnostic et de traitement des plus performants ainsi qu’une équipe compétente offrant une prise en charge interdisciplinaire.

www.chem.lu

CHL

La loi définit le CHL comme un centre de diagnostic, de soins, de traitement, d’hospitalisation, de recherche et d’enseignement. Le plan hospitalier national 2009 le classe comme centre hospitalier régional. Le Centre Hospitalier de Luxembourg regroupe aujourd’hui quatre cliniques :

CHL Centre

Outre ses services généraux de médecine, de chirurgie et de psychiatrie, ce site héberge plusieurs services nationaux comme celui de la neurochirurgie, de l’onco-hématologie, des maladies infectieuses et tropicales rares et de l’immuno-allergologie.

CHL Eich

Suite à l’arrêté grand-ducal du 3 octobre 2003, ce site hospitalier a été intégré et rattaché au Centre Hospitalier de Luxembourg. Outre son rattachement administratif, cette fusion a permis la consolidation des services d’ophtalmologie, d’ORL et d’orthopédie, ainsi que la mise en place des services de médecine interne polyvalente, de médecine du sport et de prévention, de gériatrie aiguë et de soins palliatifs.

CHL Maternité (Maternité Grande-Duchesse Charlotte)

Elle propose une offre de soins globale : les consultations de gynécologie médicale et chirurgicale, le suivi des grossesses y compris les grossesses à risque, l’accueil des urgences gynéco-obstétricales 24 h/24, la prise en charge diagnostique et thérapeutique du couple stérile au service national de procréation médicalement assistée (PMA) et au laboratoire FIV. La nouvelle Maternité du CHL, reliée physiquement et fonctionnellement à la KannerKlinik, a ouvert ses portes en août 2015.

CHL KannerKlinik

Elle assure la prise en charge des enfants de tout âge, allant des soins pour le nouveau-né à ceux de l’adolescent, certains enfants étant pris en charge dès la grossesse en équipe pluridisciplinaire. Elle prend en charge les enfants depuis la naissance jusqu’à l’adolescence. Elle héberge les services nationaux suivants : néonatalogie intensive, soins intensifs pédiatriques, chirurgie infantile et psychiatrie infantile. Elle dispose de son propre service de radiologie pédiatrique ainsi que d’un éventail très large de spécialités médicales et chirurgicales.

www.chl.lu

CHNP

Le Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique est structuré en 3 entités, chacune étant spécifiquement dédiée à un type de population :

Rehaklinik

Pour les activités cliniques de réhabilitation psychiatrique.

Centre Pontalize

Pour les activités de soins et d’accompagnement des personnes âgées.

De Park

Pour les activités de soins et d’accompagnement socio-pédagogique des personnes en situation de handicap mental.

www.chnp.lu

CNRFR

Le Centre National de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation – autrement dénommé, Rehazenter - est au service de tous les patients et de leurs familles et a comme missions :

- la gestion d’un établissement hospitalier spécialisé chargé de prester des soins stationnaires et ambulatoires dans le traitement, la rééducation fonctionnelle et la réadaptation des personnes accidentées de la vie,
- d’initier et de poursuivre des programmes scientifiques de recherche clinique en matière de rééducation fonctionnelle et de réadaptation,
- d’être un lieu d’enseignement en matière de rééducation.

www.rehazenter.lu

HIS

L’hôpital Intercommunal de Steinfort est composé de 4 départements :

- Un centre de jour psycho-gériatrique : le Centre de Jour Spécialisé accueille des personnes âgées de plus de 60 ans ayant besoin d’aide (ou requérant des soins) dans la vie quotidienne et désireuses de continuer à vivre à leur domicile.
- Un hôpital de jour : l’hôpital de jour assure, durant la journée, des traitements ambulatoires interdisciplinaires pour des patients âgés de plus de 65 ans.
- Une Maison de Soins : la Maison de Soins accueille des personnes en perte d’autonomie présentant ou non des troubles cognitifs.
- Un centre de rééducation gériatrique : conformément au Plan Hospitalier, la mission de l’Hôpital Intercommunal de Steinfort est d’offrir des soins de rééducation fonctionnelle à des patients âgés de plus de 65 ans qui auraient subi un accident de santé invalidant leur autonomie fonctionnelle.

www.his.lu

HO

Haus Omega est un centre de soins palliatifs et un lieu de vie pour des personnes dont le traitement en hôpital aigu n’est plus nécessaire au vu de l’évolution de leur maladie progressive grave et incurable et qui ne peuvent plus être prises en charge à domicile.

www.omega90.lu

HRS

Les hôpitaux Robert Schuman sont le fruit du regroupement de 4 établissements :

Clinique Bohler

La réputation de la Clinique Bohler est le fruit d'années de travail et d'expériences sur plus de 56 ans et s'est renforcée grâce aux collaborations étroites avec bon nombre de partenaires, et particulièrement avec l'Hôpital Kirchberg. Notre mission, en tant que "Clinique de la Femme", consiste à prendre en charge les patientes dans les domaines de la gynécologie et de l'obstétrique.

Hôpital Kirchberg

Depuis 10 ans, l'Hôpital Kirchberg assure la prise en charge des patients dans les services de CHIRURGIE, de MEDECINE, de PSYCHIATRIE, de PEDIATRIE et de NEONATOLOGIE. Nous disposons également d'un service de médecine d'urgence SAMU (région Centre) et un service de réanimation fonctionnant en continu.

De nombreux services spécialisés sont complémentaires aux services de base et contribuent avec eux à la structure de notre service hospitalier moderne inter- et multidisciplinaire.

ZithaKlinik

La ZithaKlinik est un hôpital de 256 lits, centré sur la médecine et la chirurgie de l'adulte, avec plus de 800 employés et 110 médecins spécialistes. Elle est aussi un centre de formation pratique pour les médecins, le personnel soignant et médico-technique.

Le développement depuis 2005 des centres multidisciplinaires en chirurgie tumorale, en rééducation gériatrique, en médecine préventive, et dans la prise en charge ambulatoire, a permis de donner une visibilité nationale à la Clinique Zitha.

Clinique Sainte-Marie

En tant qu'hôpital de proximité et de gériatrie, la Clinique Sainte-Marie offre une prise en charge globale dans le domaine de la gériatrie aigue et gériatrie de réhabilitation.

Notre mission est d'assurer une prise en charge personnalisée des patients hospitalisés en gériatrie et un concept médico-soignant qui vise à privilégier leur indépendance et leur autonomie, tout en garantissant leur sécurité.

www.hopitauxschuman.lu

INCCI

L'Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle est un hôpital spécialisé de référence dans le traitement invasif des maladies cardiaques au Grand-Duché de Luxembourg. Sa vision est de regrouper les médecins spécialistes du cœur, chirurgien cardiaque, cardiologue interventionnel et

anesthésiste réanimateur sur un site unique pour offrir les meilleurs soins coordonnés à tous les patients cardiaques au Grand-Duché de Luxembourg.

www.incci.lu