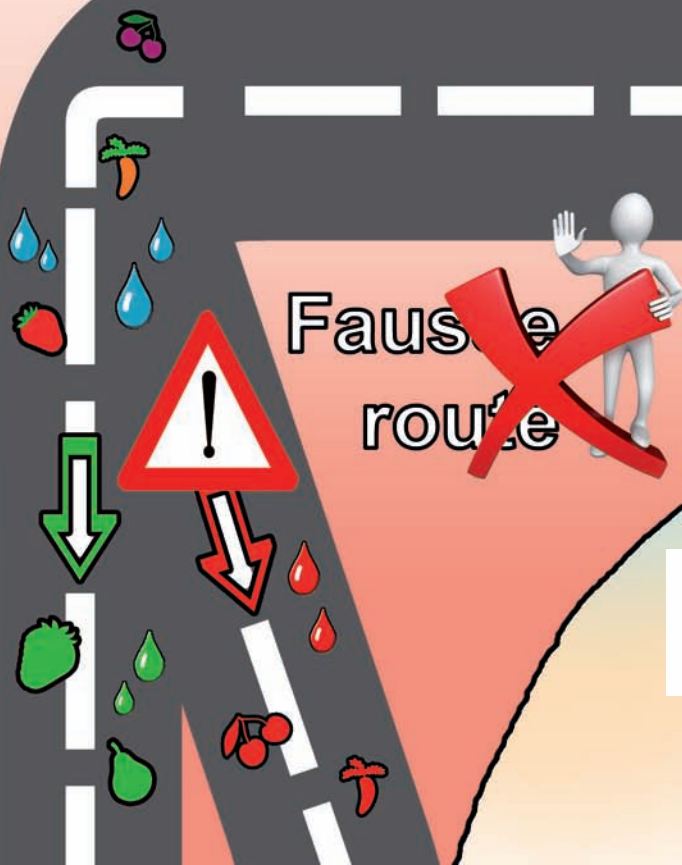


# Repérage et prise en charge du risque de fausses routes alimentaires

Janvier 2015



Version GCS

# Sommaire

Les fausses routes .....	3
--------------------------	---

## Recueil des signes révélateurs

Le rôle de l'équipe soignante et de l'entourage.....	4
--	---

La prise en charge médicale .....	5
-----------------------------------	---

## Les précautions à prendre

Evaluer le traitement .....	6
-----------------------------	---

L'administration des médicaments .....	7
--	---

Adapter l'alimentation et les textures.....	8
---	---

Adapter l'environnement et le matériel .....	9
--	---

## Les stratégies d'intervention

Le repas .....	12
----------------	----

Désobstruction des voies aériennes supérieures .....	13
--	----

# Annexes

Tests cliniques d'évaluation des capacités de déglutition .....	14
---	----

Grille de dépistage des personnes à risque de fausse route .....	16
--	----

Médicaments pouvant aggraver le risque de fausse route.....	18
---	----

Indications pour le reconstitution de la poudre épaississante .....	20
---	----

Cas clinique au CH Esquirol.....	21
----------------------------------	----

Sources bibliographiques .....	22
--------------------------------	----

## Bien se nourrir est une composante de la qualité de vie.

De nombreuses comorbidités sont favorisées par des désordres nutritifs. Diverses maladies somatiques ou psychiatriques, mais aussi de nombreux médicaments altèrent le statut nutritif.

Selon plusieurs études, la prise de médicament comme les neuroleptiques, le piètre état des dents, le port d'un dentier, la consommation d'alcool, le fait de bouger ou de rire en mangeant et le fait de s'alimenter très rapidement ou de façon vorace sont tous des éléments qui augmentent le risque de s'étouffer.

L'existence d'un trouble mental ou d'une déficience intellectuelle et le fait de vivre en établissement seraient aussi des facteurs favorisant les fausses routes.

***« Chez les patients psychiatriques ne présentant pas d'anomalie physique, de mauvaises habitudes alimentaires et la prise de médicaments seraient les 2 principaux facteurs de risque.***

***De plus, le fait pour ces patients de ne pas pouvoir manger ce qu'ils veulent au moment où ils le souhaitent, entraîne des comportements à risque comme voler de la nourriture, manger en marchant ou pire manger en s'enfuyant » (Thacker, 2008).***

Ce livret a pour objectif de sensibiliser les professionnels aux risques de fausses routes, de donner des indications pour repérer les patients à risque et apporter des solutions pour améliorer la prévention.

Le curatif c'est bien, la prévention c'est mieux

# Repérer le patient à risque



**Famille**

**Médecin**

**Infirmier**

**Aide-soignant**

**Agent des Services Hospitaliers**

**Diététicienne**

**Ergothérapeute**

**Orthophoniste**

**Kinésithérapeute**

**Pharmacien**

...

# Les fausses routes

La fausse route correspond à un mauvais trajet des aliments qui passent par les voies aériennes et non pas seulement dans l'oesophage.

Une **vigilance constante** est de rigueur car la fausse route peut avoir de graves conséquences sur l'état de santé du patient, voire être fatale.

Les **fausses routes à répétition** peuvent être source de complications telles que les infections respiratoires, la dénutrition, la déshydratation et ainsi avoir des conséquences sur la qualité de vie, sur l'estime de soi et être génératrices d'une **crainte de s'alimenter**.

**Prévenir** les fausses routes est donc une **nécessité** tant sur le plan **somatique que psychique**.

Promouvoir un dépistage individualisé



où chaque professionnel a un rôle à jouer.

# Recueil des signes révélateurs

## Le rôle de l'équipe soignante et de l'entourage

Pour prévenir le risque de fausses routes, **diverses informations doivent être recueillies** par l'équipe soignante **auprès du patient**, mais aussi de **son entourage**.

### L'attitude et le comportement du patient au cours des repas :

- ⇒ Patient alité ou non
- ⇒ Antécédents de fausse route
- ⇒ Signes de glotonnerie
- ⇒ Troubles de la vigilance connus
- ⇒ Maintien prolongé des aliments dans la bouche
- ⇒ Tendance à prolonger les repas
- ⇒ Raclements de gorge
- ⇒ Refus de s'alimenter et diminution du nombre de prises de repas

### Les signes physiques spécifiques :

- ⇒ Blocages alimentaires
- ⇒ Fuites alimentaires par la bouche
- ⇒ Gêne pour avaler
- ⇒ Modifications de la voix au cours des repas
- ⇒ Reflux d'aliments par le nez
- ⇒ Toux



### Les signes physiques non spécifiques :

- ⇒ Amaigrissement
- ⇒ Encombrement bronchique
- ⇒ Mauvais état dentaire
- ⇒ Appareillage dentaire inadapté
- ⇒ Hyper sialorrhée ou sécheresse buccale
- ⇒ Mycose buccale
- ⇒ Baisse ou perte du tonus musculaire proximal
- ⇒ Récepteurs gustatifs altérés
- ⇒ Angoisses au moment des repas
- ⇒ Fièvre
- ⇒ Dyspnée
- ⇒ Pneumopathies à répétition
- ⇒ Déshydratation
- ⇒ Angoisse au moment des repas





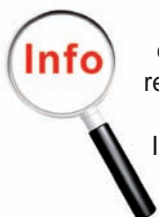
## La prise en charge médicale

### Après l'analyse des données de l'équipe soignante un examen clinique rigoureux devra être réalisé :

- ⇒ Au niveau buccal : état dentaire – appareil adapté ou non – mycose
- ⇒ Recherche d'une affection ORL
- ⇒ Recherche d'une affection musculaire
- ⇒ Recherche d'une maladie dégénérative
- ⇒ Recherche d'une dyspnée ou d'une pneumopathie en cours
- ⇒ Recherche de séquelles de lésions cérébrales
- ⇒ Troubles de la posture, de la vigilance ou praxiques.

### Cet examen clinique pourra déboucher sur la mise en place d'actions préventives qui dépendront des facteurs de risque identifiés :

- ⇒ Avis Stomatologique pour améliorer l'état dentaire ou procéder à la réfection de l'appareil.
- ⇒ Avis ORL si suspicion de mycose – troubles de la déglutition – R60.
- ⇒ Avis neurologique si des troubles de la vigilance, de posture, de maladies dégénératives, de pathologies vasculaires cérébrales, des affections musculaires ont été observés.
- ⇒ Avis Pneumologique pour un bilan de dyspnée ou de pneumopathies à répétition.
- ⇒ Avis diététique pour la mise en place de menus et de boissons adaptés
- ⇒ Avis radiologique par radio-vidéo-déglutition à visée diagnostique pour déterminer les conduites à tenir en matière de stimulation du patient et d'adaptation de la texture des repas..



Des tests cliniques simples d'évaluation des capacités de déglutition peuvent permettre d'obtenir des précisions et certains repères pour l'amélioration de la prise en charge.

Ils permettent notamment d'évaluer les capacités du patient à déglutir les différentes textures (Cf annexes).

# Les précautions

## Evaluer le traitement pris par le patient

Certains médicaments, de part leurs propriétés pharmacologiques, peuvent être à l'origine d'une fausse route ou en aggraver le risque.

Il s'agit de médicaments sédatifs, de médicaments susceptibles d'altérer les muqueuses digestives, de médicaments entraînant une xérostomie, de médicaments susceptibles d'entraîner une toux.

*Les classes thérapeutiques de médicaments concernés sont présentées en annexe (4).*





## L'administration des médicaments

Pour les médicaments dont la prise est préconisée loin des repas, il est conseillé de les mélanger à de l'eau gélifiée ou épaissie.

Chez un patient à risque de fausse route, il est impératif de broyer les médicaments se présentant sous forme de comprimés. Ils doivent être broyés au plus près de l'administration.

La poudre obtenue pourra ainsi être mélangée à un aliment semi-solide ou une boisson selon la texture prescrite.



Tous les médicaments ne peuvent pas être broyés.

Au préalable, s'assurer auprès de la pharmacie qu'il n'existe pas de contre indication au broyage.

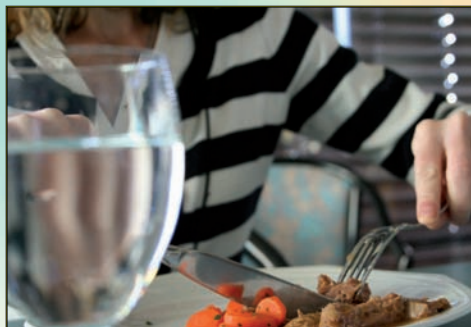
Si vous avez identifié un patient à risque, pensez à le signaler au pharmacien qui vous donnera toutes les informations utiles au bon usage des médicaments.



Une étude clinique a révélé que le mélange de médicaments broyés avec l'alimentation pouvait altérer le goût des aliments et couper l'appétit des personnes malades.

De ce fait, il convient de mélanger les médicaments avec une petite quantité de nourriture, afin de ne pas dénaturer le goût général du plat.

De manière générale, privilégier le mélange des médicaments broyés avec de l'eau gélifiée ou épaissie plutôt qu'avec la nourriture.



Texture tendre



Texture homogène



Texture hachée lisse

Info

La sauce enrobe les aliments et les rend plus faciles à déglutir.

## Adapter l'alimentation et les textures



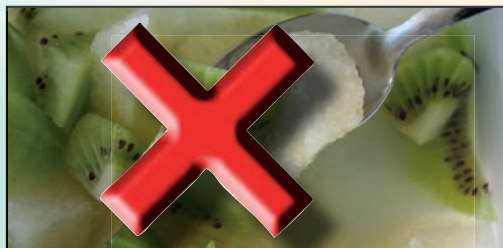
**Idée reçue** : « Émietter une biscotte ou un gâteau dans le thé ou tout autre boisson pour le ramollir permet de faciliter la déglutition. »



**FAUX** Les miettes dans du liquide peuvent justement être à l'origine d'une fausse route. Il convient d'éviter les textures mixtes.



Eviter les textures à grain et filandreuses



Eviter les textures mixtes, liquides et solides



Privilégier le calme et préparer l'environnement du repas

## Adapter l'environnement et le matériel...



Réducteur d'assiette  
Set de table  
antidérapant



Verre à encoche  
nasale



Couverts  
coudés et lestés

... permet de diminuer le risque de fausse route



Eviter les jus de fruits avec pulpe,  
l'eau plate et tempérée

Privilégier les liquides gazeux,  
gélifiés ou épaissis



Aider chaque patient à s'installer avant le début du repas contribue à limiter le risque de fausse route.

**Dans tous les cas préserver l'autonomie du patient avec une surveillance et une vigilance accrues tout au long du repas**



Verre ordinaire  
=  
tête en hyper extension  
=  
risque de fausse route



Verre à encoche nasale  
=  
tête en flexion  
=  
protection des voies aériennes

**Idée reçue** : « Le verre canard est l'outil approprié pour éviter de faire une fausse route en buvant. »

**FAUX**



**Le verre à encoche nasale est recommandé car il évite au patient de pencher la tête en arrière**



## Attitude de l'aidant pendant le repas

- Assis face à la personne afin d'éviter la rotation de la tête, légèrement plus bas afin d'éviter l'hyper extension
- Ne pas engager de discussion
- Respecter le rythme de la prise alimentaire de la personne
- Proposer des quantités adaptées (environ ½ cuillère à soupe pour chaque bouchée ou 1 cuillère à café « bombée »)
- S'assurer que la bouche est vide entre chaque bouchée
- Faire boire régulièrement les boissons préférées selon la texture prescrite
- A la fin du repas, lui faire racler la gorge et s'assurer que la bouche est vide



Présenter la cuillère par le bas et face à la personne pour lui éviter de lever la tête



**Idée reçue** : « Afin de stimuler les fibres nerveuses, éviter les boissons tempérées et plates. »

Privilégier les boissons froides, chaudes, ou pétillantes.



**Attention**

Aux denrées alimentaires dissimulées.



# Les stratégies d'intervention

Les pistes d'intervention retenues s'inscrivent dans 5 stratégies :

- Favoriser une bonne position
- Adapter les consistances et les textures des aliments
- Personnaliser les techniques d'alimentation
- Aménager l'environnement
- Recourir aux aides techniques nécessaires

## Conduites à tenir avant le repas :

- Installer les patients en fonction des relations qu'ils ont entre eux afin d'éviter des conflits (rivalités, jalousie, type de nourriture...).
- Installer la personne assise, table bien positionnée
- Veiller à maintenir un environnement calme
- Soigner la présentation du plateau et des plats
- Vérifier que les goûts de la personne sont respectés

## Conduites à tenir pendant le repas :

Education thérapeutique du patient

- Prendre de petites bouchées
- Présenter la cuillère par le bas
- Privilégier le chaud et le froid
- Faire baisser la tête
- Bien mâcher
- Avaler avant de reprendre une bouchée
- Faire des pauses entre chaque bouchée
- Tousser de temps en temps
- Eviter d'engager la discussion
- Boire régulièrement une boisson adaptée

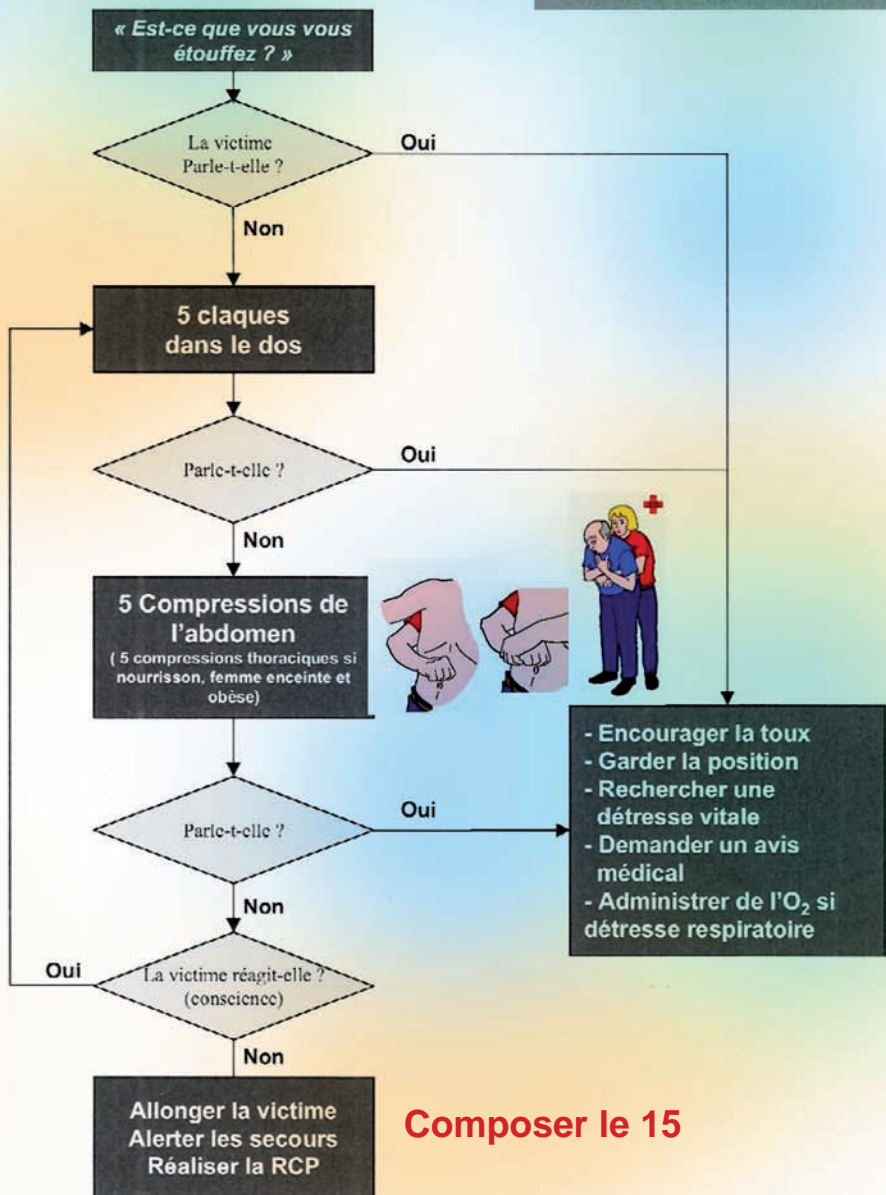
## Conduites à tenir après le repas :

- Retirer les assiettes ou le plateau dès la fin du repas
- Ne laisser aucun aliment ou boisson dans la chambre ni à portée de main
- Inciter la personne à rester assise quelques minutes après le repas.

# Conduite à tenir en cas d'obstruction des voies aériennes supérieures

La victime s'étouffe

Désobstruer les voies aériennes



# Annexe 1 - Tests cliniques d'évaluation des capacités de déglutition

Ces tests peuvent aider à obtenir des précisions et certains repères pour la prise en charge.

Ils permettent d'évaluer les capacités à déglutir les différentes textures.

Ils sont réalisables uniquement chez un patient coopérant, sans trouble de vigilance, en position assise buste droit ou légèrement en arrière (maximum 30°).

## Evaluation maintien en bouche et mastication

### ↳ Test du temps oral

Faire porter la langue aux 4 points cardinaux (haut, bas, gauche, droite), fermer et ouvrir la mâchoire, bouger la mandibule de gauche à droite, gonfler les joues et siffler, claquer la langue .

- Si trouble de la mastication détectée : favoriser les textures molles (fruits cuits, poissons.)
- Si problème de maintien en bouche : ralentir le bol alimentaire en choisissant des textures mixées et/ou épaissies.

### ↳ Test de motricité buccale

- Serrer les lèvres
- Faire la moue
- Mettre la bouche en cul de poule
- Gonfler les joues,
- Souffler
- Bouger la langue
- Claquer la langue
- Tirer la langue

## Protection des inhalations par le nez :

### ↳ Test du mouvement du voile du palais

Faire dire : « aah-en-aah-en » plusieurs fois.

- Si difficultés : prévenir le risque d'inhalation par le nez et/ou de fausses routes secondaires en évitant les liquides et en choisissant des textures épaissies

# Tests cliniques d'évaluation des capacités de déglutition

## Matériel nécessaire

Test aux liquides ( eau fraîche ) en augmentant la quantité :

- 4 cuillères à café
- 4 cuillères à soupe
- 1 verre (90 ml bu sans interruption)

Test au mixé : 4 cuillères à café puis 4 cuillères à soupe...

Matériel nécessaire :

- Un verre d'eau
- une cuillère à café
- une cuillère à soupe
- de l'eau gélifiée standard (ou une compote de pomme sans morceaux ou un yaourt nature)
- un aliment mixé (sans morceaux ni fibres)
- une serviette de table



Donner au patient progressivement différentes textures à déglutir en petite quantité en commençant par une cuillère à café d'eau et en évaluant le déclenchement de fausses routes (FR) identifiées (toux juste après la bouchée ou 1 minute après) ou encore un doute sur le bon passage dans l'oesophage (voix mouillée ou rauque/ bavage / bruits anormaux / gêne respiratoire ou autre signe de malaise).

Il est nécessaire de bien appuyer sur la langue avec la cuillère pour déclencher le réflexe archaïque de déglutition.

A l'issue de chacun de ces tests,  
il est impératif de prendre un avis auprès d'un Orthophoniste  
ou d'un Kinésithérapeute en cas d'anomalie

# Annexe 2 - Grille de dépistage des personnes à risque de fausse route

Dépister le syndrome du mangeur rapide (positif si au moins deux symptômes sont cochés)						
	Mange ou boit rapidement		Mastique très peu		Prend de grosses bouchées ou de grandes gorgées	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Petit-déjeuner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déjeuner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dîner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dépister la dysphagie (positif si l'un ou l'autre symptôme est coché ou les deux)				
	Déglutition retardée ou ralentie		Toux pendant ou immédiatement après avoir mangé	
	Oui	Non	Oui	Non
Petit-déjeuner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déjeuner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dîner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observations : \_\_\_\_\_

Actions mises en place : \_\_\_\_\_

Date

Signature :



## Modalité d'utilisation des grilles de dépistage :

- Observer la personne pendant ses repas et collations.
- Cocher la ou les case(s) appropriée(s).

## Si le dépistage est positif :

- Faire parvenir une copie de la grille au service diététique.
- Conserver l'original de la grille dans le dossier patient.
- Procéder ensuite à l'évaluation de la personne et à la rédaction du plan thérapeutique infirmier.



**Info**

Ce test de dépistage est tout d'abord réalisé au début de la prise en charge.

Il convient de le refaire autant de fois que nécessaire au regard de l'évolution de l'état de santé du patient.

# Annexe 3 - Médicaments pouvant aggraver le risque de fausse route

## Médicaments sédatifs

- ⇒ Benzodiazépines
- ⇒ Hypnotiques et dérivés
- ⇒ Anticonvulsivants
- ⇒ Antipsychotiques
- ⇒ Antitussifs opiacés
- ⇒ Antalgiques opiacés
- ⇒ Anti-histaminiques
- ⇒ Lithium
- ⇒ Anti-émétiques antagonistes de la dopamine



## Médicaments associés à un risque de lésion des muqueuses digestives

- ⇒ Anti-inflammatoires non-stéroïdiens
- ⇒ Corticoïdes par voie générale
- ⇒ Diphosphonates
- ⇒ Chlorure de potassium
- ⇒ Sulfate de fer
- ⇒ Antibiotiques de la famille des cyclines

## **Médicaments pouvant entraîner une xérostomie et induire une dysphagie**

- ⇒ Médicaments anticholinergiques (antiparkinsonien, correcteurs anticholinergiques, médicaments de l'instabilité vésicale)
- ⇒ Anti-histaminiques
- ⇒ Antidépresseurs tricycliques
- ⇒ Anti-émétiques
- ⇒ Antidiarrhéiques
- ⇒ Décongestionnants ORL

## **Médicaments susceptibles d'entraîner une toux**

- ⇒ Inhibiteurs de l'enzyme de conversion
- ⇒ Antagoniste des récepteurs à l'angiotensine II



# Annexe 4 - Indications pour la reconstitution de la poudre épaississante pour liquide

(seau de 1kg - amidon de pommes de terre)

Composition pour 100g de poudre type EPAIMIX: 85g de glucides (dont 2,4g de sucres) pauvre en sodium 200ml reconstitué : 5g de glucides (0,12g de sucres)

## Matériel:

- Cuillère mesure contenue dans le seau
- Pichet de 1500 ml
- Verre de 200 ml en polycarbonate (jusqu'au trait)
- Verre de 100 ml (jusqu'au trait)

Contenant en ml	Quantité de poudre Texture A Type crème anglaise	Quantité de poudre Texture B Type compote ou crème dessert	Quantité de poudre Texture C Type fromage blanc épais
1500 ml de liquide = un pichet	1/2 verre de 200 ml + 1 cuillère mesure	1 verre de 200 ml	1,5 verre de 200 ml
1 verre de 200 ml de liquide	1 cuillère mesure	2 cuillères mesures	3 cuillères mesures
1 verre de 100 ml de liquide	1/2 cuillère mesure	1 cuillère mesure	3 cuillères mesures



La poudre continue d'épaissir après mélange, il est donc préférable de la reconstituer un peu à l'avance si possible.

**Consignes** : incorporez la poudre à l'eau progressivement à l'aide d'un fouet pour éviter la formation de grumeaux.



# Annexe 5 - Cas clinique au CH Esquirol

Monsieur F, patient de 47 ans, est admis en 2012 en unité ouverte de psychotiques chroniques déficitaires pour une orientation en foyer de vie, le maintien en milieu familial étant devenu impossible.

A l'admission, l'examen clinique du médecin retrouve :

- ⇒ Un appareil dentaire inadapté
- ⇒ Un ralentissement psychomoteur et un tremblement d'action en lien avec la prise d'un traitement par neuroleptiques et anxiolytiques
- ⇒ Des séquelles motrices de poliomyélite touchant l'hémicorps droit
- ⇒ Une rigidité, une bradykinésie et des tremblements

L'équipe soignante alertée par ces antécédents s'informe auprès des proches du patient qui confirment :

- ⇒ Un amaigrissement récent
- ⇒ Des troubles de la posture
- ⇒ Des tremblements qui parasitent notamment la mise en bouche des aliments
- ⇒ Un temps buccal des aliments allongé avec un retard de déglutition
- ⇒ Des épisodes de toux fréquents au moment des repas

Après trois jours d'observation, sont mis en place :

- ⇒ Un plan d'aide à l'alimentation élaboré avec un soignant qui découpera les aliments et les portera à la bouche du patient (il vérifiera la vacuité de la bouche en fin de repas) ;
- ⇒ Des menus à texture adaptée élaborés par la diététicienne
- ⇒ Un rendez-vous en stomatologie pour améliorer la stabilité de l'appareil dentaire
- ⇒ Un rendez-vous en radio-vidéo-déglutition qui nous apportera la cause des fausses routes



## A savoir :

Le patient présente un retard d'activation du réflexe de déglutition et un retard d'intralisation de la phase orale (garde en bouche trop longtemps le bolus alimentaire) associés à des difficultés de mise en bouche (membre supérieur droit peu fonctionnel).

## La conduite à tenir pour Monsieur F :

Stimuler le temps oral par le goût (épices, poivre, piment...) la température (froid ou chaud) et la texture (liquides pétillants).

Vérifier la vacuité de la bouche à la fin des repas.

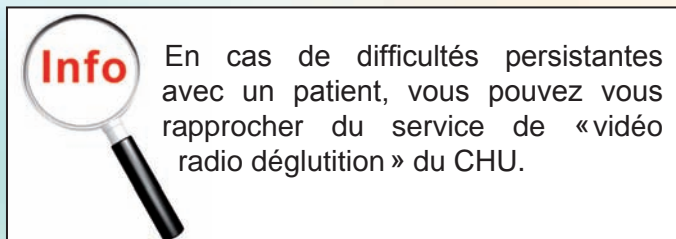
Prendre un rendez-vous en neurologie (pour alléger ou modifier certains médicaments iatrogènes responsables de fausses routes).

Exemple : la Dépakote a été arrêtée et remplacée par la Lamotrigine afin de diminuer les tremblements.

## Conclusion

A un an de prise en charge et grâce à l'aide conjointe de tous les intervenants, Monsieur F peut aujourd'hui manger seul des menus adaptés sans surveillance rapprochée.

Monsieur F a gagné en autonomie.



# Notes

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# Sources

- « Le syndrome du mangeur rapide » par l'Institut universitaire en santé mentale de Québec paru en mai / juin 2013 dans le magazine Perspective infirmière.
- « Alimentation et travail de nuit » par le Centre Hospitalier Universitaire de Limoges.
- « La déglutition », formation déglutition – Groupe hospitalier Broca de La Rochefoucauld.
- « Déficiences motrices et situations de handicaps » - ed.APF – 2002.
- « La déglutition », unité médicale Adrien DANY, Centre Hospitalier Esquirol, janvier 2013.
- « Détection et prise en charge des troubles de la déglutition chez le sujet âgé hospitalisé », par Virginie RUGLIO, mars 2001, Paris.
- « Troubles de la déglutition », dans Collection prévention par l'Hôpital National de Saint-Maurice – N°1 / 2007.
- « Les troubles de la déglutition en 10 questions », Centre Hospitalier Universitaire Brugmann – Brochure.
- « Trouble de la déglutition dans l'Accident Vasculaire Cérébral, détection et conduite à tenir », réalisé par l'équipe pluridisciplinaire de médecine physique et de réadaptation du Centre Hospitalier Universitaire de Limoges – Juin 2012.
- « Détection et prise en charge des troubles de la déglutition chez le sujet âgé hospitalisé », brochure réalisée par Virginie RUGLIO, Inter CLAN Gériatrique AP – HP – Avril 2013.
- « Etude clinique - médicaments écrasés dans les aliments : attention risque de dénutrition » CHU de Nice et de Solidages - 1<sup>er</sup> juillet 2014

Ce document a été réalisé dans le cadre d'un groupe de travail  
composé de :

Médecin

Diététicien

Orthophoniste

Infirmiers

Cadres éducatifs

Aides-soignants

Pharmacien

Gestionnaire des risques

Avec la participation des professionnels du CH la Valette à Saint-Vaury  
et du CH du pays d'Eygurande



CENTRE  
HOSPITALIER ESQUIROL  
LIMOGES

[www.ch-esquirol-limoges.fr](http://www.ch-esquirol-limoges.fr)



[www.gcssantementalehandicap-limousin.fr](http://www.gcssantementalehandicap-limousin.fr)