

AH ! CES MYTHES QUI LIMITENT L'UTILISATION DES CONTRACEPTIFS INTRA-UTÉRINS

Selon une large étude menée dans quinze pays dont le Canada, les préjugés des praticiens envers les contraceptifs intra-utérins et les mythes associés, en ce qui a trait notamment aux nullipares, constituent la principale barrière à leur utilisation¹. Avez-vous des préjugés par rapport à la contraception intra-utérine? Véhiculez-vous des mythes qui limitent l'utilisation de ce mode de contraception? Ce questionnaire de type vrai ou faux vous le dira.

Jocelyn Bérubé

		VRAI	FAUX
1.	Les contraceptifs intra-utérins sont considérés comme des méthodes de contraception de première intention chez les adolescentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Les contraceptifs intra-utérins doivent être insérés idéalement pendant la période menstruelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Il est tout à fait acceptable de faire le dépistage des ITS le jour de l'insertion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Le misoprostol est recommandé pour faciliter l'insertion d'un contraceptif intra-utérin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Certains contraceptifs intra-utérins peuvent être laissés en place jusqu'à douze ans.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Les contraceptifs intra-utérins augmentent le risque d'atteinte inflammatoire pelvienne et donc d'infertilité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Chez une femme qui présente une atteinte inflammatoire pelvienne, il est recommandé de laisser le contraceptif intra-utérin en place et de traiter l'infection.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Les contraceptifs intra-utérins augmentent le risque de grossesses ectopiques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Une visite de suivi est suggérée de quatre à douze semaines après l'insertion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Les contraceptifs intra-utérins au cuivre et au lévonorgestrel peuvent être utilisés comme contraceptifs d'urgence.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le Dr Jocelyn Bérubé, omnipraticien, est responsable de la Clinique de planification des naissances du CISSS du Bas-Saint-Laurent, secteur Rimouski-Neigette, et membre d'un groupe d'experts en planification familiale à l'Institut national de santé publique du Québec.

TABLEAU I

CRITÈRES D'EXCLUSION D'UNE POSSIBLE GROSSESSE AVANT L'INSERTION D'UN CONTRACEPTIF INTRA-UTÉRIN

On peut être raisonnablement sûr qu'une femme n'est pas enceinte si elle répond à l'un des critères suivants et ne présente pas de symptômes de grossesse. Un test de grossesse n'est alors pas nécessaire avant l'insertion.

- ▶ Sept jours ou moins se sont écoulés depuis le début des menstruations normales.
- ▶ Elle n'a pas eu de relations sexuelles depuis ses dernières menstruations normales.
- ▶ Elle utilise systématiquement et correctement un mode de contraception efficace.
- ▶ Sept jours ou moins se sont écoulés depuis la survenue d'un avortement spontané ou provoqué au cours du premier et du deuxième trimestre*.
- ▶ Elle a accouché il y a quatre semaines.
- ▶ Elle allaite de façon intégrale ou pratiquement intégrale (85 % des repas du bébé sont composés de lait maternel), connaît une aménorrhée et a accouché il y a moins de six mois†.

* Le risque d'expulsion peut être accru, notamment si l'avortement a eu lieu au deuxième trimestre, mais cette pratique est associée à une baisse du risque d'autres grossesses non planifiées et à une hausse des taux de poursuite de l'utilisation du dispositif après six mois.

† L'insertion d'un contraceptif intra-utérin chez une femme qui allaite est associée à un risque accru de perforation au cours de la première année suivant l'accouchement d'où l'importance d'être plus attentif lors de l'insertion.

Source : Black A, Guilbert E, Costescu D et coll. Canadian contraception consensus (Part 3 of 4): Chapter 7—Intrauterine contraception. *J Obstet Gynaecol Can* 2016; 38 (2): 182-222. Reproduction autorisée.

1. LES CONTRACEPTIFS INTRA-UTÉRINS SONT CONSIDÉRÉS COMME DES MÉTHODES DE CONTRACEPTION DE PREMIÈRE INTENTION CHEZ LES ADOLESCENTES. VRAI.

Les femmes nullipares et les adolescentes qui veulent une méthode contraceptive efficace devraient se voir offrir un contraceptif intra-utérin (cuivre ou lévonorgestrel) au même titre que les autres femmes^{2,3}. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, l'âge seul ne constitue pas une raison médicale de refuser aux adolescentes l'accès à quelque mode de contraception que ce soit³. Il s'agit d'une recommandation de catégorie 2 du Centers for Disease Control and Prevention² et du *Consensus canadien sur la contraception 2016*³. Cette pratique est également appuyée par l'American Academy of Pediatrics, l'American College of Obstetricians and Gynecologists et l'American Academy of Family Practitioners⁴.

2. LES CONTRACEPTIFS INTRA-UTÉRINS DOIVENT ÊTRE INSÉRÉS IDÉALEMENT PENDANT LA PÉRIODE MENSTRUELLE. FAUX.

Le contraceptif intra-utérin peut être inséré à n'importe quel moment du cycle dans la mesure où l'on est raisonnablement certain que la femme n'est pas enceinte^{2,3,5} (voir critères d'exclusion d'une grossesse dans le *tableau I*). Il n'est pas

nécessaire d'attendre la menstruation pour insérer un contraceptif intra-utérin, car cette pratique limite l'accès à ce moyen de contraception (ex. : pas de rendez-vous disponible au moment de la menstruation ou la femme ne peut se libérer à cette période). Selon une revue systématique regroupant huit études, le moment de l'insertion n'a pas d'effet sur la douleur à l'insertion, les saignements ou l'expulsion à court terme².

Le contraceptif intra-utérin au cuivre étant efficace immédiatement, aucune méthode de contraception supplémentaire n'est nécessaire après la pose. Par contre, pour le contraceptif intra-utérin au lévonorgestrel, on doit recommander une autre méthode contraceptive pendant sept jours (ex. : condoms)² s'il n'est pas inséré dans les sept premiers jours du cycle.

3. IL EST TOUT À FAIT ACCEPTABLE DE FAIRE LE DÉPISTAGE DES ITS LE JOUR DE L'INSERTION. VRAI.

Un dépistage devrait être fait avant l'insertion chez les femmes susceptibles d'avoir contracté une ITS. Toutefois, des données probantes appuient le dépistage au moment de la pose³. Cette pratique permet d'éliminer une visite et de limiter les temps d'attente pour la pose du dispositif. Si le résultat des tests est positif, la femme recevra alors le traitement habituel. Deux études^{6,7} ont révélé que le risque d'atteinte inflammatoire pelvienne était comparable chez les femmes ayant subi un dépistage avant l'insertion du contraceptif intra-utérin et traitées en cas de résultat positif et chez celles ayant subi le dépistage au moment de la pose.

Une antibioprofylaxie avant l'insertion d'un contraceptif intra-utérin n'est pas indiquée^{2,3}. Si, au moment de la pose, on décèle la présence de sécrétions mucopurulentes ou de signes du syndrome inflammatoire pelvien, l'intervention doit être reportée jusqu'à l'obtention des résultats du prélèvement ou de la fin du traitement, le cas échéant. Il n'y a pas de données suffisantes pour soutenir le dépistage d'une vaginose bactérienne avant l'insertion d'un contraceptif intra-utérin^{3,8}.

4. LE MISOPROSTOL EST RECOMMANDÉ POUR FACILITER L'INSERTION D'UN CONTRACEPTIF INTRA-UTÉRIN. FAUX.

L'utilisation systématique de misoprostol pour l'insertion d'un contraceptif intra-utérin est déconseillée. Ce produit est associé à une augmentation de la douleur après l'insertion et à des effets indésirables de nature digestive. Il n'y a donc pas d'avantages pour la femme selon la majorité des auteurs ayant analysé cette façon de faire^{2,3}.

La douleur lors de l'insertion du contraceptif intra-utérin est habituellement faible ou modérée, mais les femmes la craignent beaucoup. Selon une étude menée en Finlande, la dysménorrhée serait le principal prédicteur de la douleur lors de l'insertion d'un contraceptif intra-utérin⁹. On peut recommander la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens de 30 à 60 minutes avant la pose, mais les données n'ont pas montré



une diminution de la douleur liée à l'intervention. Par contre, ces médicaments peuvent être efficaces contre la douleur survenant par la suite. Un bloc paracervical à l'aide de lidocaïne peut réduire la douleur au moment de l'insertion, notamment chez les nullipares^{2,3,9}. De plus, certains auteurs recommandent aussi la « verbocaïne », c'est-à-dire de prendre son temps pour expliquer la technique, d'interagir avec la femme lors de la pose, etc. Cette approche peut contribuer à diminuer l'anxiété et potentiellement influencer la perception de la douleur¹⁰.

5. CERTAINS CONTRACEPTIFS INTRA-UTÉRINS PEUVENT ÊTRE LAISSÉS EN PLACE JUSQU'À DOUZE ANS. VRAI.

Trois types de contraceptifs intra-utérins au lévonorgestrel et onze types au cuivre sont actuellement offerts sur le marché canadien³ (tableau II³).

Selon plusieurs auteurs, la durée de l'efficacité des contraceptifs intra-utérins est plus longue que celle que suggèrent Santé Canada et les fabricants. Des données probantes issues d'essais cliniques semblent indiquer que les contraceptifs intra-utérins TCu380A pourraient être utilisés pendant douze ans³ (tableau II) et être laissés en place jusqu'à la ménopause chez les femmes ayant au moins 35 ans au moment de l'insertion^{3,11}.

Quant au contraceptif intra-utérin contenant 52 mg de lévonorgestrel (Mirena), les opinions divergent en ce qui a trait à une utilisation prolongée jusqu'à sept ans^{3,11}, même si cette pratique n'est pas indiquée dans la monographie canadienne du produit. Quelques données probantes la soutiennent chez les femmes ayant au moins 25 ans au moment de l'insertion. D'autres experts la suggèrent chez les femmes de 35 ans et plus puisque la fertilité diminue à partir de cet âge¹².

Ces notions d'utilisation prolongée devraient se préciser au cours des prochaines années. Dans l'attente de données supplémentaires, le remplacement après cinq ans devrait demeurer la norme chez les femmes de moins de 35 ans¹². Après 35 ans, le jugement clinique du médecin, les caractéristiques particulières de la patiente, les avantages et les inconvénients d'une nouvelle insertion devraient être pris en considération avant de conseiller une utilisation prolongée³. Toutefois, à partir de l'âge de 45 ans, compte tenu de la faible probabilité d'une grossesse, le recours au contraceptif intra-utérin au lévonorgestrel pendant sept ans est soutenu par le récent *Consensus canadien sur la contraception*³ (voir l'article des D^{res} Édith Guilbert et Marie-Soleil Wagner, intitulé : « Contraception à la périménopause : que choisir, quand cesser? », dans ce numéro).

Le profil de saignement est un autre élément dont il faut tenir compte pour le changement du contraceptif intra-utérin. Les femmes qui voient réapparaître leurs menstruations ou des saignements abondants après un certain nombre d'années d'oligoménorrhée ou d'aménorrhée pourraient bénéficier d'un changement plus précoce¹².

TABLEAU II

DURÉE D'UTILISATION HOMOLOGUÉE DES CONTRACEPTIFS INTRA-UTÉRINS

Types de contraceptifs intra-utérins	Durée d'utilisation homologuée
Mirena (SIU-LNG 52 mg)	5 ans
Kyleena (SIU-LNG 19,5 mg)	5 ans
Jaydess (SIU-LNG 13,5 mg)	3 ans
Nova-T- 200 (retiré du marché)	3 ans
Flexi-T 300 court	5 ans
Flexi-t 300 + standard	5 ans
Flexi-T + 380*	5 ans
Liberté UT 380 court	5 ans
Liberté UT 380 standard	5 ans
Liberté TT 380 court	5 ans
Liberté TT 380 standard*	10 ans
Mona Lisa 10*	10 ans
Mona Lisa 5 standard	5 ans
Mona Lisa N	5 ans
Mona Lisa 5 Mini	5 ans

* Les données probantes issues des essais cliniques semblent indiquer que ces contraceptifs intra-utérins pourraient être utilisés pour une durée pouvant atteindre 12 ans.

Adapté de : Black A, Guilbert E, Costescu D et coll. Canadian Contraception Consensus (Part 3 of 4): Chapter 7—Intrauterine Contraception. *J Obstet Gynaecol Can* 2016; 38 (2): 182-222. Reproduction autorisée.

6. LES CONTRACEPTIFS INTRA-UTÉRINS AUGMENTENT LE RISQUE D'ATTEINTE INFLAMMATOIRE PELVIENNE ET DONC D'INFERTILITÉ. FAUX.

Les risques d'atteinte inflammatoire pelvienne après l'insertion d'un contraceptif intra-utérin ont été exagérés dans le passé. Les résultats d'études récentes montrent qu'ils sont faibles (< 1%) et surviennent surtout au cours des vingt premiers jours. Ils sont associés au processus d'insertion. Par la suite, ils reviennent à leur niveau de base. Les infections subséquentes sont principalement liées à une ITS, et non à la présence du contraceptif intra-utérin dans l'utérus, peu importe le type³.

Les contraceptifs intra-utérins n'augmentent donc pas le risque d'infertilité. Le taux de grossesse chez les femmes qui ont eu recours à un contraceptif intra-utérin est le même que chez celles qui n'en ont jamais utilisé³.

7. CHEZ UNE FEMME QUI PRÉSENTE UNE ATTEINTE INFLAMMATOIRE PELVIENNE, IL EST RECOMMANDÉ DE LAISSER LE CONTRACEPTIF INTRA-UTÉRIN EN PLACE ET DE TRAITER L'INFECTION. VRAI.

TABLEAU III

TRAITEMENT DE L'ATTEINTE INFLAMMATOIRE PELVIENNE¹³

Traitement recommandé par l'INESSS

- ▶ Ceftriaxone, 250 mg par voie intramusculaire en dose unique
- ▶ + doxycycline, 100 mg par voie orale, 2 f.p.j. × 14 jours
- ▶ + métronidazole, 500 mg par voie orale, 2 f.p.j. × 14 jours

En présence d'une atteinte inflammatoire pelvienne, il n'est pas nécessaire d'enlever le stérilet avant de commencer le traitement de l'infection (tableau III³). Il faut réévaluer la femme de 48 à 72 heures après le début de l'antibiothérapie. S'il n'y a pas d'amélioration, le contraceptif intra-utérin pourra être retiré, mais cette pratique ne semble pas modifier l'évolution de l'infection^{2,3,8}. Toutefois, si la femme désire le faire enlever, il faut attendre au moins 24 heures après le début de l'antibiothérapie afin d'éviter une possible propagation des bactéries^{2,3}.

8. LES CONTRACEPTIFS INTRA-UTÉRINS AUGMENTENT LE RISQUE DE GROSSESSES ECTOPIQUES. FAUX.

Les contraceptifs intra-utérins n'accroissent pas le risque de grossesse ectopique en raison de leur grande efficacité contraceptive. Toutefois, de 15% à 50% des grossesses qui surviennent pendant le port d'un contraceptif intra-utérin seront ectopiques^{2,3}. Il faut donc éliminer cette possibilité si une femme devient enceinte.

Si un test de grossesse est positif chez une utilisatrice de contraceptif intra-utérin, une échographie devrait être pratiquée pour déterminer s'il s'agit d'une grossesse intra-utérine. Le cas échéant, la femme doit être avisée qu'il y a un risque d'avortement spontané, d'avortement septique et d'accouchement prématuré si le contraceptif intra-utérin est laissé en place^{2,3}.

Si les fils sont visibles, le contraceptif intra-utérin devrait être enlevé dès que possible en tirant délicatement sur ces derniers. Si les fils ne sont pas visibles, une échographie permet de déterminer l'emplacement du dispositif. Si ce dernier se trouve dans l'utérus et que la femme désire poursuivre sa grossesse, elle devra alors être dirigée rapidement dans un centre faisant le suivi des grossesses à risque^{2,3}.

9. UNE VISITE DE SUIVI EST SUGGÉRÉE DE QUATRE À DOUZE SEMAINES APRÈS L'INSERTION. VRAI.

Une visite de suivi devrait avoir lieu de quatre à douze semaines après l'insertion d'un contraceptif intra-utérin. Elle permet de vérifier qu'il n'y a pas de signes d'infection ou d'expulsion, de rassurer la patiente sur le profil des saignements (microrragie liée au lévonorgestrel, ménorragie liée au cuivre), de discuter du degré de satisfaction et de répondre à toute autre question sur la méthode. Il est suggéré de planifier cette visite avant six semaines dans le cas d'un contraceptif intra-utérin au lévo-

TABLEAU IV

SITUATIONS NÉCESSITANT UNE CONSULTATION MÉDICALE APRÈS L'INSTALLATION D'UN CONTRACEPTIF INTRA-UTÉRIN

- ▶ L'utilisatrice ne sent plus les fils du dispositif.
- ▶ L'utilisatrice ou son partenaire peut sentir l'extrémité inférieure du dispositif.
- ▶ L'utilisatrice est enceinte ou croit l'être.
- ▶ L'utilisatrice a recours à un contraceptif intra-utérin au cuivre et présente une aménorrhée.
- ▶ L'utilisatrice ressent des douleurs abdominales persistantes, fait de la fièvre ou présente un écoulement vaginal inhabituel.
- ▶ L'utilisatrice éprouve de la douleur ou un malaise au cours des relations sexuelles.
- ▶ L'utilisatrice connaît une modification soudaine de ses règles.
- ▶ L'utilisatrice souhaite que le dispositif soit retiré ou planifie une grossesse.

Source : Black A, Guilbert E, Costescu D et coll. Canadian contraception consensus (Part 3 of 4): Chapter 7—Intrauterine contraception. *J Obstet Gynaecol Can* 2016 ; 38 (2) : 182-222. Reproduction autorisée.

norgestrel (peu importe le type), car le fabricant le remplace avant cette limite en cas d'expulsion. On en profitera également pour rappeler de nouveau les signes et symptômes qui nécessitent de communiquer avec un professionnel de la santé^{2,3,5} (tableau IV³).

10. LES CONTRACEPTIFS INTRA-UTÉRINS AU CUIVRE ET AU LÉVONORGESTREL PEUVENT ÊTRE UTILISÉS COMME CONTRACEPTIFS D'URGENCE. FAUX.

Le contraceptif intra-utérin au cuivre est le seul qui peut servir de contraceptif d'urgence. Il peut être inséré jusqu'à sept jours après une relation sexuelle non protégée s'il n'y a pas de contre-indication et si le médecin est raisonnablement certain que la femme n'est pas enceinte. Il s'agit de la méthode de contraception d'urgence la plus efficace (taux de grossesse de 0,09%). Le stérilet au cuivre peut être laissé en place par la suite si la femme désire l'employer comme méthode de contraception régulière. Sinon, il pourra être enlevé à la prochaine menstruation, et un autre moyen contraceptif sera prescrit¹⁴. Le contraceptif intra-utérin au lévonorgestrel n'est pas encore recommandé ni homologué pour cette indication quoique des études sont en cours avec celui à 52 mg.

CONCLUSION

Les contraceptifs intra-utérins sont rarement contre-indiqués. Les cliniciens ne devraient pas limiter l'accès à ces méthodes très efficaces et faciles à utiliser en raison de risques théoriques ou non établis. Consultez les lignes directrices du consensus canadien au <https://sogc.org> ou du CDC au www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/usmec.htm pour guider votre conduite et proposer aux femmes un choix contraceptif

CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR

- ▶ Les femmes nullipares et les adolescentes qui veulent une méthode contraceptive efficace devraient se voir offrir un contraceptif intra-utérin.
- ▶ À partir de 45 ans, l'utilisation d'un contraceptif intra-utérin au lévonorgestrel à 52 mg (Mirena) pendant sept ans est soutenue par le récent *Consensus canadien sur la contraception*.
- ▶ En présence d'une atteinte inflammatoire pelvienne, il n'est pas nécessaire d'enlever le stérilet avant de commencer le traitement.

reposant sur des données probantes. Vous êtes maintenant prêts à discuter avec vos patientes et vos collègues de tous ces mythes qui entourent l'utilisation des contraceptifs intra-utérins. //

Date de réception : le 23 mars 2017

Date d'acceptation : le 5 juillet 2017

Le Dr Jocelyn Bérubé a été conférencier pour Bayer et Allergan en 2015, en 2016 et en 2017.

BIBLIOGRAPHIE

1. Hauck B, Costescu D. Barriers and misperceptions limiting widespread use of intrauterine contraception among Canadian women. *J Obstet Gynaecol Can* 2015; 37 (7) : 606-16.
2. Curtis KM, Jatlaoui TC, Tepper NK et coll. U.S. selected practice recommendations for contraceptive use. *MMWR Recomm Rep* 2016; 65 (4) : 1-66.
3. Black A, Guilbert E, Costescu D et coll. Consensus canadien sur la contraception [3^e partie de 4] : chapitre 7 – la contraception intra-utérine. *J Obstet Gynaecol Can* 2016; 38 (2) : 182-222.
4. American Health Consultants. Teen pregnancy-time to talk about long-acting reversible contraception. *Contraceptive Tech Update* 2013; 34 (6) : 62-4.
5. Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL et coll., rédacteurs. *Contraceptive technology*. 20^e éd. Atlanta : Bridging the Gap Communications; 2011. 906 p.
6. Turok DK, Eisenberg DL, Teal SB et coll. A prospective assessment of pelvic infection risk following same-day sexually transmitted infection testing and levonorgestrel intrauterine system placement. *Am J Obstet Gynecol* 2016; 215 (5) : 599 e1-599 e6.
7. Sufrin CB, Postlethwaite D, Armstrong MA et coll. *Neisseria gonorrhoea* and *Chlamydia trachomatis* screening at intrauterine device insertion and pelvic inflammatory disease. *Obstet Gynecol* 2012; 120 (6) : 1314-21.
8. Caddy S, Yudin MH, Hakim J et Coll. Pratiques optimales en vue de minimiser le risque d'infection au moment de l'insertion d'un dispositif intra-utérin. *J Obstet Gynaecol Can* 2014; 305 : S1-S11.
9. Kaislasuo J, Heikinheimo O, Lähteenmäki P et coll. Predicting painful or difficult intrauterine device insertion in nulligravid women. *Obstet Gynecol* 2014; 124 [2 Pt 1] : 345-53.
10. Bahamondes L, Mansour D, Fiala C et coll. Practical advice for avoidance of pain associated with insertion of intrauterine contraceptives. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2014; 40 (3) : 54-60.
11. Wu JP, Pickle S. Extended use of the intrauterine device: a literature review and recommendations for clinical practice. *Contraception* 2014; 89 (6) : 495-503.
12. Jensen JT. Still highly effective: LNG IUS 52 mg at 7 years. *OB/GYN Clinical Alert* 2016; 33 (3) : 20-1.
13. INESSS. *Traitement pharmacologique. ITSS : approche syndromique : atteinte inflammatoire pelvienne*. Québec : l'Institut ; 2017.
14. Costescu D, Dunn S, Fisher W et coll. Consensus canadien sur la contraception. 1^{re} partie de 4 [chapitre 3]. *J Obstet Gynaecol Can* 2015; 37 (10) : S23-S31.

INDEX DES ANNONCEURS

CNESST

- ▶ Transmission électronique des rapports médicaux 39

FONDS FMOQ INC.

- ▶ Facturation 58
- ▶ REER/CELI Couv. IV

FORMATION PROFESSIONNELLE DE LA FMOQ

- ▶ Applications Couv. III
- ▶ Congrès de formation médicale continue à venir 34
- ▶ Congrès La FMOQ sous d'autres cieux 14
- ▶ Formation en ligne en groupe 50
- ▶ Formation en ligne individuelle Couv. II
- ▶ Formations en ligne récentes et à venir 40
- ▶ Thèmes de formation continue des prochains numéros du *Médecin du Québec* 9

LUSSIER DALE PARIZEAU

- ▶ Services 28

LABORATOIRES BIODERMA

- ▶ Atoderm 16

PFIZER CANADA

- ▶ Duavive 4 et 46

LE MÉDECIN DU QUÉBEC
ACCEPTÉ LES ANNONCES
514 878-1911 – 1 800 361-8499