

# La petite chirurgie, du grand art

*Claude Saint-Jean*

**Toute petite intervention chirurgicale nécessite une bonne préparation. Quelles sont les étapes à suivre pour un succès assuré ?**

- ☉ Désinfecter avec soin.
- ☉ Choisir de façon judicieuse le fil chirurgical qui viendra clore notre œuvre.
- ☉ Utiliser le pansement protecteur approprié qui facilitera la guérison.

## Quels sont les différents types de désinfectants, leurs avantages et leurs inconvénients ?

*Les secrets d'une bonne intervention, de Lister à nos jours. Qu'est-ce qui lave plus blanc que blanc ?*

Au XIX<sup>e</sup> siècle, les infections de plaie constituaient la principale source de morbidité et de mortalité postopératoires. L'arrivée de l'asepsie, puis des antibiotiques, a grandement contribué aux progrès de la chirurgie moderne. À la même époque, Lister découvre, à l'aide du microscope, les propriétés des désinfectants et commence à proposer le lavage des mains et des instruments avant une opération. Il révisé ses principes antiseptiques en 1867, après avoir pris connaissance des travaux de Pasteur<sup>1</sup> qui deviendront la pierre angulaire des principes d'asepsie moderne.

À cela s'ajoutera la connaissance des facteurs déterminants de l'infection postopératoire<sup>2,3</sup> (tableau I).

La préparation du champ opératoire constitue un facteur important, puisque la majorité des infections provient des bactéries endogènes. Il existe trois classes d'agents antibactériens topiques : les alcools (éthylliques ou isopropyliques), les iodoformes et la chlorhexidine. L'alcool est efficace contre les bactéries, les levures et les virus, mais se montre peu actif contre les spores. Son action est rapide et efficace. Quant à la chlorhexidine et aux iodoformes, ils ont un spectre large semblable à celui de l'alcool. Leur durée d'ac-

### Tableau I

#### Facteurs déterminants de l'infection postopératoire

- ☉ Les micro-organismes :
  - ☉ le type
  - ☉ leur nombre (plaie propre, contaminée, infectée) constitue le facteur principal
  - ☉ leur virulence (staphylocoque)
- ☉ Le champ opératoire :
  - ☉ tissus nécrotiques ou dévitalisés (à éviter)
  - ☉ drains (à éviter)
  - ☉ durée de la chirurgie
  - ☉ vascularisation locale (maladie vasculaire sous-jacente)
  - ☉ âge et qualité des tissus (diminution de la qualité et du nombre de fibres de collagène)
- ☉ Les mécanismes de défense ou les facteurs qui les diminuent :
  - ☉ choc
  - ☉ âge
  - ☉ transfusions
  - ☉ corticostéroïdes par voie orale
  - ☉ chimiothérapie
  - ☉ agents immunodépresseurs
  - ☉ état nutritionnel

Source : Wilmore et coll. *ACS surgery, principles and practice*. New York, WebMD Inc. 2003, 1717 p.

tion est sensiblement identique, bien que l'iode puisse être inactivé par le sang et les protéines sériques se trouvant dans le champ opératoire<sup>4</sup>.

Le lavage des mains revêt une grande importance puisque 10 % des infections sont causées par des bactéries exogènes. Les staphylocoques et les bactéries

*Le Dr Claude Saint-Jean, chirurgien, est chef du Service de chirurgie générale au Centre hospitalier de Granby.*

corynéformes constituent la flore des mains sèches. Le port des gants humidifie cet environnement pour favoriser la pullulation des bactéries à Gram négatif. Encore une fois, plusieurs savons peuvent faciliter la tâche du lavage des mains. L'énergie dépensée au frottement des mains lors du brossage a beaucoup moins de répercussions que le temps de contact du savon avec les mains, selon les études effectuées. Un lavage de trois minutes est recommandé pour les interventions chirurgicales habituelles, bien qu'un lavage moindre puisse être suffisant pour les opérations bénignes. Les iodoformes et la chlorhexidine sont les désinfectants les plus populaires. Le parachlorométylène a également sa place. Certains produits à base d'alcool ont une activité résiduelle plus longue. Toutefois, certaines peaux réagissent mal à ces produits. On verra donc à en prendre soin de façon appropriée. En effet, les blessures cutanées sont le siège d'une activité bactérienne accrue. Il est également important de garder les ongles courts et d'enlever les bijoux. Par souci de protection personnelle, le lavage des mains après l'opération est d'autant plus important que l'intervention a été longue.

Le repérage des sièges d'infection chez le patient avant l'intervention diminue le risque d'infection de la plaie. Afin d'éviter une surinfection du champ opératoire, on doit raser le patient juste avant l'intervention. Le rasage peut être omis si les poils ne nuisent pas à une bonne technique chirurgicale.

### **Comment démêler les différents types de fil chirurgical et comprendre leurs indications ?**

*Si les mauvais ouvriers ont toujours de mauvais outils, qu'en est-il des bons chirurgiens ?*

Un local approprié constitue sans doute la pierre angulaire d'une bonne intervention chirurgicale. Il doit se trouver en retrait et être isolé des bruits en-

vironnants. Il doit s'agir d'un endroit apaisant pour le patient et pour le chirurgien. L'éclairage doit être suffisant sans éblouir. Une lampe d'appoint est toujours la bienvenue en cas d'intervention plus délicate. La température doit y être confortable.

Les champs stériles utilisés peuvent être à usage unique ou multiple, mais doivent surtout être imperméables afin d'éviter tout contact avec une partie non stérile qui contaminerait le champ opératoire en cas d'humidité.

Tous les instruments réutilisables devront être désinfectés et stérilisés selon des normes strictes, puis emballés dans des plateaux protégés et imperméables. Il faut s'assurer de l'absence de bris stérile lors de la manutention.

Une fois ces règles de base respectées, parlons de la fin de l'acte chirurgical, la réparation de la voie d'entrée. Les sutures chirurgicales, en mettant le point final à notre travail, nécessitent un choix judicieux et réfléchi. L'utilisation des aiguilles et du fil remonte aux Égyptiens, il y a de cela 4000 ans, qui s'en servaient pour refermer leurs plaies. Les premiers artefacts ont été découverts au XVIII<sup>e</sup> siècle. Il s'agissait d'aiguilles à chas en os et de fil de lin. Les Indiens ont également utilisé les aiguilles et le fil au début de notre ère, parfois avec du crin de cheval. Et qui d'autre qu'Hippocrate lui-même vint inventer la fermeture primaire des plaies quatre cents ans avant Jésus-Christ ? Après le Moyen Âge, c'est Ambroise Paré (1510-1590) qui réintroduisit la suture chirurgicale. Lister, pour sa part, commença à désinfecter les plaies et à les rendre stériles grâce à de l'acide carbolique.

De nos jours, les agrafes métalliques, les fils de suture, les adhésifs tissulaires (colles) et les adhésifs cutanés (SteriStrip<sup>TM</sup>) peuvent être utilisés pour la fermeture des plaies. Les principes d'utilisation sont simples. Le choix du matériel dépendra du champ opératoire et du temps disponible. Les agrafes constituent un premier choix pour la fermeture rapide des

**La préparation du champ opératoire constitue un facteur important, puisque la majorité des infections provient des bactéries endogènes.**

**Le lavage des mains revêt une grande importance puisque 10 % des infections sont causées par des bactéries exogènes.**

Repères

**Tableau II****Sutures chirurgicales**

Brin	Qualité	Types	Exemples
Monofilament	Résorbable	Biologique	Catgut, catgut chromé
		Acide polyglactique	Maxon®
		Polydioxanone	PDS
	Permanente	Soie	
		Polyester	Ethibond®
Multifilament	Résorbable	Acide polyglycolique	Dexon®
		Acide polyglactique	Vicryl®, Polysorb®
	Permanente	Nylon	Monosoft®
		Polypropylène	Prolène®
		Fil métallique	

Source : Seymour SI. *Principles of surgery*. McGraw-Hill, 6<sup>e</sup> édition, 1994, 2074 p.

*Sabiston Textbook of surgery, the biological basis of modern surgical practice*. Philadelphie, 15<sup>e</sup> éd., Saunders, 1997.

plaies. En cas de transfert urgent d'un patient vers un autre centre hospitalier ou une autre unité hospitalière, elles permettent la fermeture immédiate, adéquate, sans tension et sans délai de toute plaie traumatique. Elles donnent un résultat esthétique satisfaisant si elles sont retirées à temps, avant de laisser une marque gênante sur la peau (en forme de voie ferrée). De plus, elles sont d'une grande aide lorsque la plaie est de taille importante. Toutefois, leur utilisation est dispendieuse. Dans la mesure du possible, elles devraient être évitées dans le visage.

Les adhésifs cutanés, tout comme les adhésifs tissulaires, donnent un résultat satisfaisant lorsque la fermeture se fait aisément et sans tension. Il est toutefois important de les appliquer minutieusement afin d'éviter que les lèvres de la plaie ne se chevauchent ou ne laissent un jour, ce qui entraînerait une moins belle cicatrisation. Il faut donc prendre plus de temps et faire preuve de précision. Ces adhésifs permettent parfois d'éviter l'anesthésie locale en cas de plaie traumatique, ce qui constitue un atout chez les enfants. Les colles (cyanoacrylates) utilisées autrefois entraînaient une réaction inflammatoire importante et une cicatrice en conséquence. Aujourd'hui,

le bleu Hystoacryl® et l'octylcyanocrylate donnent de bons résultats lorsqu'ils sont utilisés sur une plaie superficielle et sans tension. En cas de plaie

**Truc :** Voici une technique au poil ! Les cheveux constituent un bon fil chirurgical pour les plaies du cuir chevelu. Leur utilisation est économique, presque sans douleur et permet de réparer une plaie du cuir chevelu sans trop de difficulté chez les jeunes filles aux cheveux longs. Il s'agit simplement de nouer entre eux les cheveux se faisant face de chaque côté des lèvres de la plaie.

pénétrant le fascia, cette technique sera abandonnée au profit des sutures chirurgicales.

Les sutures chirurgicales représentent un élément essentiel de la chirurgie moderne. La panoplie d'aiguilles disponibles (tranchantes, douces, droites ou courbes) ne devrait pas constituer un frein à notre art. Le choix pour la fermeture d'une plaie demeure facile. L'utilisation des aiguilles droites doit être à proscrire dans la mesure du possible, étant donné les risques de blessure associés. Puisque la peau constitue un organe relativement solide, une aiguille tranchante et recourbée sera appropriée. La taille de l'aiguille dépendra de la région anatomique et de la grosseur du fil.

**Les agrafes métalliques, les fils de suture, les adhésifs tissulaires (colles) et les adhésifs cutanés (SteriStrip™) peuvent être utilisés pour la fermeture des plaies. Les principes d'utilisation sont simples. Le choix du matériel dépendra du champ opératoire et du temps disponible.**

Repère

Pour aborder les fils de suture, il est important de les subdiviser en catégories (*tableau II*).

La suture fabriquée avec un multifilament se manipule aisément et ses nœuds tiennent mieux. Le monofilament glisse plus facilement dans les tissus et entraîne moins de réactions inflammatoires. Toutefois, sa mémoire de retour rend sa manipulation plus difficile et nécessite une technique plus assurée.

Les sutures résorbables entraînent quant à elles une réaction inflammatoire qui pourrait être nuisible dans certaines situations (visage). Dans ce type de suture, il est important de tenir compte de deux paramètres : la durée de la force tensile et le temps de résorption. Le catgut est un fil de suture fin fabriqué à partir de l'intestin des chats ou des moutons. Sa résorption prend 10 jours. L'ajout d'un sel de chrome au catgut (*catgut chromé*) permet de porter le temps de résorption à 20 jours. Le catgut est principalement utilisé sur le périnée et le scrotum et parfois dans la cavité buccale. L'acide polyglycolique (Dexon®), le polyglyconate (Maxon®), l'acide polyglactique (Vicryl®, Polysorb®) et le polydioxanone (PDS) constituent les autres types de fil de suture résorbable. Certains sont tressés (Dexon®, Vicryl®) et d'autres sont monofiliaires (PDS, Maxon®).

On retrouve comme matériel permanent la soie, le polyester, le nylon, le polypropylène et le fil métallique. La soie est parfois utilisée pour des sutures buccales. En chirurgie mineure, c'est la seule utilisation possible. Le fil métallique ne constitue pas un choix utile dans notre discussion. Le polypropylène et le nylon se ressemblent beaucoup et constituent le choix le plus fréquent pour les fermetures cutanées. Leur manipulation nécessite toutefois une bonne technique de nœuds à cause de leur mémoire importante. Ces derniers produits n'entraînent pas de réactions inflammatoires et permettent ainsi une cicatrisation parfaite s'ils sont retirés à temps. Ils procurent un avantage certain lors de la fermeture d'une plaie contaminée.

Une fois le principe des sutures chirurgicales compris, le reste devient une question de goût. On se doit d'utiliser le plus petit fil possible sans que celui-ci ne passe à travers les tissus. Sa force tensile doit être adaptée au degré de tension des tissus juxtaposés. De plus, son retrait en cas de suture permanente doit se faire avant l'épithélialisation du trajet, soit de sept

à dix jours plus tard, sinon une cicatrice se formera à l'endroit même de la suture. Par contre, le retrait trop précoce des fils de suture pourrait entraîner un lâchage de la suture et une réouverture de la plaie. Une suture faite selon les lignes de tension (visage ou cou) peut être retirée après quatre ou cinq jours et remplacée par une bande adhésive. Si la fermeture est difficile ou la suture tendue, le fil devra demeurer plus longtemps. La cicatrice produite sera toutefois moins belle. Encore une fois, certains troubles concomitants pourraient modifier ces principes (malnutrition, diabète mal maîtrisé, syndrome d'Ehlers-Danlos, etc.). L'utilisation de sutures résorbables sur des tissus sous-cutanés permettra de diminuer la tension et de retirer les sutures superficielles plus rapidement. Les sutures absorbées par hydrolyse (polyglactine, polyglyconate, acide polyglycolique ou polydioxanone) constitueront le premier choix dans une telle situation.

### **Pensons au meilleur pansement pour notre patient**

#### **Comment panser, quand dépanser ?**

Encore une fois, ce sont les Égyptiens qui ont utilisé pour la première fois le pansement<sup>5</sup>. Non seulement ont-ils affiné le papyrus pour momifier leurs morts, mais ils l'ont également utilisé comme pansement pour recouvrir leurs blessures afin d'en faciliter la cicatrisation. Dès cette époque, on procédait d'abord au lavage de la plaie, à l'application d'un onguent, puis à celle du pansement. Le but recherché était d'isoler la plaie et de l'aseptiser, puisqu'elle était le plus souvent d'origine traumatique, donc contaminée. Plus proche de nous, c'est en 1962 que Jules Lemaire propose l'utilisation de pansements à base de dérivés du goudron (phénols). S'en suit la mise au point de la multitude de pansements discutés ici.

La cicatrisation survient lors des bris cutanés causés par des plaies chirurgicales, traumatiques ou d'autres origines. Il y a d'abord une phase inflammatoire, suivie d'une phase de prolifération, puis d'une autre de maturation. L'objectif du pansement consiste à protéger la plaie des bactéries et des corps étrangers exogènes, à préserver une humidité et une température constantes, à absorber adéquatement les exsudats, à exercer une compression qui réduira l'œdème au mi-

nimum ainsi que les espaces morts. Le pansement doit permettre les échanges gazeux et pouvoir être retiré sans causer de traumatisme à la plaie qu'il protège. Enfin, il répondra à certains critères esthétiques<sup>6,7</sup>.

L'équivalent naturel du pansement, la gale, joue le même rôle. Le principe d'occlusion prend ici toute sa signification. La gale facilite et accélère la guérison en diminuant l'évaporation, en maintenant un pH constant et légèrement acide et en conservant les cytokines utiles. L'hypoxie relative favorise l'angiogenèse, la granulation et l'arrivée de fibroblastes. Enfin, la douleur est amoindrie par la présence de ce pansement naturel.

L'occlusion d'une plaie constitue un atout pour une guérison rapide et efficace. Elle ne s'applique toutefois pas en présence de plaies contaminées. Le pansement visera dans ce cas à diminuer le nombre de bactéries à l'intérieur de la plaie. Par ailleurs, les exsudats produits par certaines plaies rendent l'occlusion difficile. On choisira alors un pansement plus absorbant.

En consultant le *tableau III*, on peut comprendre plus facilement ce qui motive le choix d'un pansement. Les pansements non adhérents sont composés de fibres de tissus enduites, à l'occasion, de substances les rendant plus hermétiques. Certains pansements ont des propriétés antibactériennes ou, du moins, bactériostatiques. D'autres favorisent la réépithélialisation de la plaie. Certains sont hydrophobes, tandis que d'autres sont hydrophiles, ce qui les rend plus ou moins occlusifs. Les crèmes et les onguents ne seront pas abordés dans cet article.

Les pansements absorbants constituent une catégorie à part. Les compresses permettent une absorption des exsudats, mais leur retrait peut entraîner un débridement de la plaie, chose parfois souhaitable et parfois dommageable. Les mousses se moulent à la plaie en absorbant l'excès de fluide. Elles sont confortables, mais ne protègent pas suffisamment contre la contamination de voisinage. De plus, elles

peuvent absorber certaines cytokines utiles à la guérison et nuire à la migration des kératinocytes.

Les pansements occlusifs peuvent être synthétiques. Il en existe divers types : les films, les hydrocolloïdes, les alginates et les hydrogels. Les films sont imperméables à l'eau, mais permettent les échanges gazeux. Ils sont également transparents, rendant ainsi possible de suivre l'évolution de la plaie. Toutefois, ils n'ont aucune propriété absorbante et sont parfois le site de fuites. Pour adhérer, ils nécessitent une peau saine au pourtour. Leur retrait peut nuire à l'épithélialisation de la plaie.

Les hydrocolloïdes sont à base de gélatine, de pectine ou de carboxyméthylcellulose. On les retrouve sous diverses formes : poudre, pâte ou membrane. Ils se gélifient au contact de l'humidité et des exsudats. Ils peuvent laisser des résidus après le retrait. Ils sont imperméables aux bactéries.

Les alginates produisent également un gel occlusif et absorbent une quantité importante d'exsudats.

Les hydrogels sont fabriqués à partir de polymère d'amidon et de 80 % d'eau. Ils permettent ainsi une réhydratation des plaies sèches.

On retrouve également des pansements occlusifs biologiques. Les homogreffes, les xéno-greffes et les membranes amniotiques font partie de cette catégorie. Les patients ayant de grandes surfaces dénudées ou abrasées bénéficieront de ces pansements.

Il est maintenant aisé de choisir le pansement idéal, parmi toute la gamme existante, à la suite d'un acte chirurgical (*tableau III*). Trois couches de pansement sont nécessaires. La première est non adhérente (Adaptic®, Telfa®, Xeroflo ou Xeroform™, N-Terface®), la deuxième est absorbante (compresse tissée) et la dernière est adhésive (on pourra également utiliser un simple film protecteur maintenant un taux d'humidité idéal). Le pansement des plaies fermées primaires doit être retiré de 24 à 48 heures après l'opération. Il n'est pas prouvé que le fait de panser une plaie au-delà de 48 heures prévient une quelconque

***L'occlusion d'une plaie constitue un atout pour une guérison rapide et efficace. Elle ne s'applique toutefois pas en présence de plaies contaminées. Le pansement visera dans ce cas à diminuer le nombre de bactéries à l'intérieur de la plaie. Par ailleurs, les exsudats produits par certaines plaies rendent l'occlusion difficile. On choisira alors un pansement plus absorbant.***

Repère

## Tableau III

### Pansements

Types	Caractéristiques	Exemples
<b>Pansements non adhérents</b>		
Hydrophiles	Facilitent le drainage	Xeroflo® (absorbe l'odeur) Mepitel® (silicone, bactériostatique) Adaptic®, N-Terface®
Hydrophobes	Souvent enduits de corps gras Meilleure occlusion	Telfa® Xeroform™ Pansements vaselinés
<b>Pansements absorbants</b>		
Évitent la macération des tissus		
<b>Compresse</b>		
<b>Mousses</b>		
Mousses	Limitent l'épithélialisation, absorbent les cytokines hydrophobes, n'adhèrent pas à la plaie	Allewyn® Curafoam® Biopatch™ VigiFOAM Mepilex®
<b>Pansements occlusifs</b>		
Isolation, humidité constante, protection		
<b>Synthétiques</b>		
• Films (polyuréthane)	Perméables aux gaz Imperméables à l'eau	Mefilm® Carrafilm™ Transeal® OpSite®
• Hydrocolloïdes (gélatine, pectine, carboxyméthylcellulose)	Adhésifs, pâtes, poudres Imperméables, opaques, absorbants	Duoderm® Nuderm™ Hydrocol™ Comfeel® Cutinova® Tegasorb®
• Alginate (polysaccharide de type cellulose)	Se transforment en gel au contact de l'eau Épousent bien les contours	AlgiDERM® Algosteril® Curasorb™ CarraSorb™ Melgisorb® SeaSorb™ Kalginate™ Sorbsan™
• Hydrogels (polymère d'amidon)	Réhydratent la plaie, perméables	Vigilon® Nu-gel® FlexiGel® Curagel™ Flexderm®
<b>Pansements biologiques</b>		
• Homogreffes • Xénogreffes • Membranes amniotiques	Temporaires, sinon rejet	Biobrane® TransCyte™ Apligraf®

Source : Lionelli G, Lawrence T. Wound dressings, *Surg Clin North Am*, 2003 ; 83 (3) : 617-38. 2318 p.

## Summary

**Minor surgery and wound dressing.** The secrets of a good surgery are numerous. The need for details and care is the key to success. The first thing to do is to make sure that the surgical site is aseptic. The use of chlorhexidine or iodoform products seems to be a good compromise to kill all the bacteria and to make sure that they stay away from the surgical site. Good technique for skin closure is of prime importance and choosing the right suture needs judgement. In the face, the use of a non absorbable suture that will be removed in 3 to 5 days is correct. On other parts of the body, the use of either type of sutures will depend on the ability of the surgeon. Finally, the wound dressing will help to make sure that the wound will heal properly and rapidly. Removal of the surgical dressing will be done after 48 hours. Other types of wounds will need other types of dressings, which will be chosen depending of the types and characteristics of the wound itself.

**Keywords:** Asepsis, minor surgery, disinfectant, surgical wire, wound infection, wound dressing, suture

infection. Les bains et les douches sont possibles après 48 heures et ne semblent pas empêcher une bonne cicatrisation, aucune étude n'ayant prouvé le contraire.

Les plaies par abrasion pourront ne pas être recouvertes d'un pansement afin de favoriser la formation d'une gale, mais guériront ainsi plus lentement. L'utilisation d'un onguent et d'un pansement sec peut être utile dans ces cas. Un pansement occlusif peut également faire l'affaire, car il permet de maintenir un environnement humide et stérile.

Pour terminer, les pansements absorbants seront d'une grande utilité pour les plaies ouvertes qui ne seront pas refermées. Le pansement utilisé devra être stérile et humide et devra être changé régulièrement. 🌀

**Date de réception :** 12 septembre 2004

**Date d'acceptation :** 26 octobre 2004

**Mots-clés :** asepsie, petite chirurgie, désinfectants, fil chirurgical, infection de plaie, pansement, sutures

## Bibliographie

1. Sournia JC. *Histoire de la médecine et des médecins*. Larousse, 1991, 578 p.
2. Seymour SI. *Principles of surgery*. McGraw-Hill, 6<sup>e</sup> éd. 1994, 2074 p.
3. *Sabiston Textbook of surgery, the biological basis of modern surgical practice*. Philadelphie, 15<sup>e</sup> éd., Saunders, 1997.
4. The hospital infection control practices advisory committee, Guideline for prevention of surgical site infection. NCI, Centers for disease control and prevention, Washington, 1999, 247-78.
5. Francioli P, Nahimana I, Widmer AF. *Infections du site chirurgical: revue*. Swiss Noso, 1996; 3 (1); 14 p.
6. Lionelli G, Lawrence T. *Wound dressings*. *Surg Clin North Am* 2003; 83 (3): 617-38.
7. Dealey C. *The Care of Wounds*. Oxford: Blackwell Scientific Publications, Cambridge, 1-8. Site Internet : [www.nurse-prescriber.co.uk/education/modules/woundDress/wounddress1.htm](http://www.nurse-prescriber.co.uk/education/modules/woundDress/wounddress1.htm)

# On a les bons réflexes



L'équipe FMOQ de Dale-Parizeau LM réagit au quart de tour lorsqu'il est question de servir les omnipraticiens du Québec. Assurances de personnes, automobile, habitation, juridique : les exigences de votre vie professionnelle sont multiples. Une complexité qui stimule nos experts multidisciplinaires à déterminer les alternatives en protection qui correspondent le mieux à vos besoins et à vos priorités. Testez nos réflexes : notre temps de réaction et nos solutions personnalisées sont inégalés sur le marché !

Pour assurer votre cabinet, vos biens, vos actifs et vos proches, contactez un conseiller de l'équipe FMOQ de Dale-Parizeau LM dès aujourd'hui au 1 877 807-3756.

RECOMMANDÉ PAR  
LA FMOQ  
25 ANS DE  
PARTENARIAT

DALE-  
PARIZEAU  
LM

Club de services financiers

[www.dplm.com/fmoq](http://www.dplm.com/fmoq)