

Le retrait préventif de la travailleuse enceinte : le point

par Robert Plante

« Une mesure qui coûte trop cher et qui n'est pas efficace !

C'est l'affaire du médecin de santé publique. Tout irait bien mieux si, comme médecin traitant, on nous laissait tranquille avec ça !

Toutes les femmes veulent demeurer à la maison pendant leur grossesse. Pourquoi ne pas simplement allonger le congé de maternité ? Ce serait plus équitable.

La grossesse n'est pas une maladie. Autrefois, les femmes continuaient à travailler pendant leur grossesse, et personne ne s'en plaignait.

Encore une autre formalité. Ce n'est que de la paperasserie inutile ! »

Que ne dit-on pas à propos du retrait préventif de la travailleuse enceinte ?

LE DROIT AU RETRAIT PRÉVENTIF pour la travailleuse enceinte existe depuis bientôt 25 ans. Mesure de prévention avant-gardiste, le retrait préventif vise d'abord et avant tout à permettre aux femmes de continuer à travailler pendant leur grossesse, sans que cela ne présente un danger pour elle ou pour l'enfant à naître. Depuis qu'elle a commencé à être appliquée, cette mesure de prévention soulève bien des controverses. Plusieurs employeurs dénoncent, notamment, ce qu'ils considèrent être de l'abus de la part de certaines travailleuses qui utiliseraient cette mesure pour rester à la maison pendant leur grossesse. Ils dénoncent, dans le même souffle, la prétendue complaisance des médecins traitants qui ne savent pas leur refuser l'accès au programme. Ils considèrent que cette mesure coûte trop cher et se disent irrités par les divergences d'opinions entre les différentes directions de santé publique. Ils réclament régulièrement l'abolition de cette mesure, même si cela exigeait une amélioration du congé de maternité pour toutes les travailleuses.

Les syndicats demeurent généralement discrets sur cette question et consacrent la majeure partie de leurs énergies à défendre les travailleuses devant les tribunaux administratifs lorsqu'on leur refuse le retrait préventif. Quant aux

médecins traitants, qu'ils soient obstétriciens ou omnipraticiens, ils ne se sont pas vraiment approprié le rôle important que leur confère pourtant spécifiquement la loi. Bon nombre se contentent le plus souvent, encore aujourd'hui, de reproduire mécaniquement les recommandations des médecins désignés* qui ne sont pas tous vraiment convaincus de la portée de cette mesure et qui se demandent s'il s'agit vraiment d'une mesure de santé publique. Faut-il alors se surprendre de la disparité parfois importante des recommandations formulées ?

Toutes les personnes qui remettent en question l'existence de ce droit et en critiquent les modalités d'application partagent un argument de poids : son efficacité n'aurait pas été démontrée. Paradoxalement, la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), pourtant responsable de l'application de la loi, n'a jusqu'à ce jour financé aucune étude visant à évaluer l'efficacité du retrait préventif ou à explorer des moyens favorisant la réaffectation† des travailleuses enceintes.

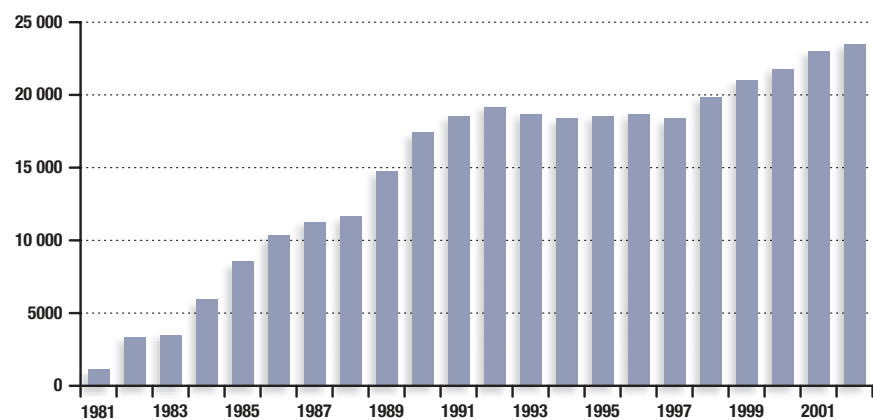
* L'usage veut que l'on nomme ainsi les médecins que le directeur de santé publique désigne dans chaque région pour répondre aux consultations des médecins traitants à chaque demande de retrait préventif.

† Réaffectation est le nom que l'on donne aux actions que pose l'employeur pour corriger ou éliminer les conditions de travail jugées dangereuses ou pour affecter la travailleuse enceinte ou qui allaite à d'autres tâches exemptes de dangers.

Le Dr Robert Plante, omnipraticien, est médecin-conseil en santé au travail à la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale.

FIGURE 1

Évolution du nombre de demandes de retrait préventif acceptées (CSST – 1995 et 2002)



Le droit au retrait préventif

72

En 1981, à la lumière des connaissances accumulées en France et dans les pays scandinaves, le gouvernement québécois adoptait la Loi sur la santé et la sécurité du travail qui prévoyait qu’une femme enceinte fournissant à son employeur « un certificat attestant que son travail comporte des dangers pour l’enfant à naître ou pour elle-même, compte tenu de sa grossesse, a le droit d’être affectée à des tâches ne comportant pas de tels dangers et qu’elle est raisonnablement en mesure d’accomplir ». Ce sont les travailleuses qui doivent demander le retrait préventif en faisant part à leur médecin traitant de leurs conditions de travail et de leurs craintes quant aux effets sur la santé durant la grossesse. Si ce dernier soupçonne un danger quelconque, il doit consulter un médecin du réseau de santé publique en santé au travail qui fournira un rapport de consultation médico-environnementale en confirmant ou en infirmant l’existence. Tous les facteurs de risque sont pris en compte, qu’ils soient de nature biologique, chimique, physique ou ergonomique ou encore liés à l’organisation du travail. Par la suite, le médecin traitant remet à la travailleuse un certificat dans lequel il précise les dangers découverts, le cas

échéant, et formule des recommandations. Ce document atteste aussi de l’aptitude de sa patiente à exécuter un travail, car pour exercer son droit au retrait préventif, la travailleuse enceinte doit impérativement être apte au travail. Aucun autre document ne peut remplacer le certificat. Sans ce document, la travailleuse ne pourra jamais exercer son droit.

Dès que la travailleuse lui remet son certificat, l’employeur a la responsabilité de lui fournir des conditions de travail qui lui permettent de poursuivre sa grossesse en toute sécurité. Différentes possibilités de réaffectation peuvent

être proposées : la correction du poste de travail et l’élimination des dangers, une modification des tâches ou un changement de poste de travail. Si l’employeur ne peut appliquer aucune de ces solutions, la travailleuse enceinte peut cesser de travailler. La CSST doit alors lui verser une indemnité, financée par les cotisations de l’ensemble des employeurs, correspondant à 90 % de son salaire net. Un agent de la CSST s’assure que la travailleuse est réellement admissible et que toutes les exigences administratives ont été respectées avant de confirmer le rejet ou l’acceptation de la demande. L’employeur ou la travailleuse ont toujours le droit de contester la décision de la CSST. Une révision administrative doit alors être faite, et la contestation peut ensuite être soumise à l’arbitrage d’un tribunal administratif, soit la Commission des lésions professionnelles (CLP).

Une mesure de santé publique efficace

Plusieurs conditions de travail entraînant des charges physiques élevées pour les travailleuses enceintes, telles que le travail en station debout prolongée, le port de charges lourdes et les efforts physiques, ont été associées à des taux plus élevés de naissances prématurées (avant 37 semaines)¹, de retards de croissance intra-utérine², d’avortements et

Il y a trois chances sur quatre pour que votre patiente enceinte occupe un emploi.

REPERE

de mortinaissances³. À ces facteurs de risque évoqués dans près de 70 % des demandes s'ajoutent les expositions à des agents infectieux (12 %), à des produits chimiques (7,5 %) ou à des agents physiques agressants (5 %) ainsi qu'à des risques inhérents à la sécurité (1,2 %).

En 1986, cinq ans après l'adoption de la loi, la CSST acceptait 10 407 demandes de retrait préventif. En 2000, 21 782 travailleuses s'étaient prévaluées de ce droit tandis qu'en 2002, elles étaient 23 482 (*figure 1*). Cette croissance marquée alimente les critiques, mais elle s'explique notamment par l'augmentation du nombre de femmes de 20 à 44 ans et ayant de jeunes enfants sur le marché du travail. En fait, leur taux de participation au marché du travail a presque doublé depuis l'entrée en vigueur du droit au retrait préventif, passant de 44 % en 1987 à 72,9 % en 2003. Aujourd'hui, il y a donc trois chances sur quatre pour que votre patiente enceinte occupe un emploi.

Par ailleurs, au fil du temps, les connaissances sur le lien à établir entre les conditions de travail et diverses issues défavorables de la grossesse se sont aussi améliorées. Plusieurs « agresseurs » dont l'action n'était pas connue à l'origine ont été découverts, tels que le cytomégalo virus pour les éducatrices de garderie et le parvovirus pour ces dernières et les enseignantes. Même s'il était raisonnable de croire qu'on pouvait réduire le nombre d'issues défavorables en soustrayant les travailleuses enceintes à ces expositions, la démonstration restait à faire. Par conséquent, plusieurs doutaient de l'efficacité du retrait préventif. C'est donc pour vérifier cette hypothèse, entre autres, qu'une étude épidémiologique, menée par la D^{re} Agathe Croteau, médecin-conseil à la Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale et à l'Institut national de santé publique, a été financée par Santé Canada dans le cadre du programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS)⁴. Cette étude avait pour objectifs d'évaluer si l'exposition aux contraintes ergonomiques augmente les risques d'accouchement avant terme et d'insuffisance de poids pour l'âge gestationnel et si l'élimination de ces contraintes réduit ces risques.

Portant sur 43 898 naissances vivantes uniques surveillées entre janvier 1997 et mars 1999 dans six régions du

T A B L E A U I

Conditions de travail associées à une IPAG

- Travail de nuit
- Horaire de travail irrégulier
- Travail en position debout pendant au moins 4 h/j
- Soulèvement de charges pesant au moins 7 kg
- Environnement bruyant
- Demande psychologique élevée et faible soutien social au travail

Conditions de travail associées à un AAT

- Nombre de jours de travail consécutifs > 5 jours
- Travail en position debout pendant au moins 7 h/j, surtout sans déplacements
- Travail en position assise sans possibilité de se lever au besoin, pendant au moins 3 h/j (posture de contrainte)
- Postures difficiles (se pencher, s'accroupir, travailler en levant les bras au-dessus des épaules)
- Vibrations dans tout le corps
- Températures très chaudes ou très froides
- Demande psychologique élevée et soutien social faible ou modéré

Conditions de travail associées à un avortement ou à une mortinaissance

- Soulèvement de charges
- Efforts physiques
- Horaires prolongés
- Horaire irrégulier

IPAG : insuffisance de poids pour l'âge gestationnel

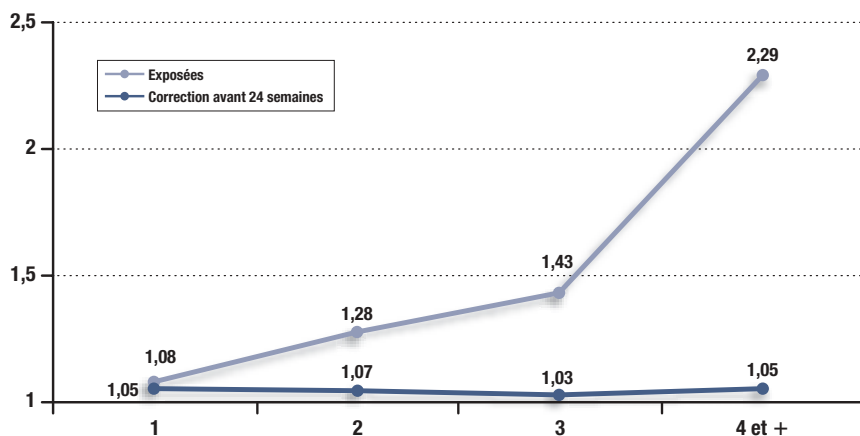
AAT : accouchement avant terme

Québec, cette étude a permis de comparer 1242 cas d'accouchements avant terme (AAT) à 4513 sujets du groupe témoin ainsi que 1536 cas d'insuffisance de poids pour l'âge gestationnel (IPAG) à 4441 sujets du groupe témoin. Non seulement cette étude a-t-elle confirmé l'influence déjà documentée de diverses conditions de travail sur l'issue de ces grossesses, mais elle a aussi confirmé que leur cumul avait

Le retrait préventif n'est pas qu'une simple démarche administrative, c'est un véritable outil de prévention dont l'efficacité a été démontrée.

FIGURE 2

Rapport de cotes* d'IPAG† en fonction du nombre de facteurs de risque



* Le rapport de cotes estime le rapport du risque des personnes exposées divisé par le risque des personnes non exposées.

† Insuffisance de poids pour l'âge gestationnel.

74

un effet encore plus prononcé (tableau I).

Selon cette étude, si l'exposition aux contraintes ergonomiques est éliminée suffisamment tôt durant la grossesse, le taux d'insuffisance de poids devient, à toutes fins utiles, le même que celui des travailleuses non exposées (figure 2). C'est aussi le cas pour le taux d'accouchements avant terme, sauf pour les travailleuses exposées à au moins quatre facteurs de risque. Il n'est pas possible de savoir si ce résultat discordant est réel ou s'il n'est dû qu'à un trop faible effectif dans ce groupe (figure 3). À partir des résultats de cette recherche, on estime que le retrait préventif, tel qu'il est appliqué aujourd'hui, permet de prévenir 375 cas d'insuffisance de poids pour l'âge gestationnel et 460 accouchements avant terme pour chaque tranche de 50 000 travailleuses enceintes‡. En corrigeant plus rapidement les conditions de travail, on peut présumer qu'il serait possible de prévenir 280 IPAG et 298 AAT de plus.

‡ Chaque année, le nombre de travailleuses enceintes dépasse 50 000.

Par ailleurs, selon M^{me} Alison D. McDonald⁵, le retrait préventif pourrait permettre d'éviter au moins 340 morts fœtales chaque année au Québec. Ces gains, explique-t-elle, seraient en très grande partie réalisés par l'élimination des contraintes ergonomiques, parce qu'elles sont de loin les plus fréquentes. Appliquée plus tardivement et de manière trop restrictive, cette mesure perdrait beaucoup de son efficacité pour prévenir les avortements spontanés.

Chaque année, s'il était appliqué suffisamment tôt pendant la grossesse, le retrait préventif pourrait prévenir jusqu'à :

- 655 IPAG ;
- 758 AAT ; et
- 340 avortements ou mortinaissances.

Qui est le vrai maître d'œuvre ?
Le médecin traitant ou le médecin désigné ?

Dans le contexte de la pratique clinique, il ne fait aucun doute que le médecin qui a demandé une consultation à un confrère sans lui transférer le dossier de sa patiente demeure responsable des gestes médicaux ultérieurs. Malgré tout, la CSST a inscrit dans ses directives qu'en cas de contradiction entre les deux médecins, l'opinion du médecin traitant sera favorisée lorsque la condition particulière de la travailleuse est en cause alors que celle du médecin désigné prévaudra lorsqu'il est question des dangers liés aux conditions de travail. Par contre, les médecins du réseau public de santé au travail sont unanimes à penser le contraire : en tout temps, c'est l'opinion du médecin qui émet le certificat qui doit être respectée. Deux exemples permettront d'illustrer la pertinence et l'importance de ce principe.

Dans le contexte actuel, le médecin traitant est celui sur qui repose la responsabilité professionnelle et légale ultime de prescrire cette mesure de prévention.

REPÈRE

Lorsque la travailleuse présente une condition personnelle particulière

Le travail de soir présente-t-il, en soi, un danger pendant la grossesse? Les études disponibles ne permettent pas, jusqu'à présent, de l'affirmer avec certitude. Plusieurs médecins désignés vont statuer que non alors que d'autres recommandent de réaffecter la travailleuse à un poste de jour, sauf si elle ne semble pas en mesure de changer son rythme de vie. Même si les effets du travail de soir ne sont pas suffisamment explicites pour être mis en évidence par des études de population ou si des études épidémiologiques n'ont pas permis jusqu'ici d'en faire la démonstration, il peut être nécessaire dans certaines circonstances de reconnaître les dangers inhé-

rents à la situation particulière de la travailleuse. Par exemple, une femme qui travaille le soir, qui arrive à la maison vers 1 h du matin et ne s'endort pas avant 3 h (car elle est trop fatiguée) et qui se fait réveiller par ses autres enfants à 6 h ou à 7 h pourrait souffrir d'épuisement. Il est alors raisonnable de penser que son horaire peut nuire au bon déroulement de sa grossesse. Même si le médecin désigné indique dans sa consultation que le travail de soir ne présente pas de danger, le médecin qui constate le contraire dans le cas de sa patiente peut et doit l'affirmer et recommander qu'elle soit affectée à un poste de jour. Son opinion doit prévaloir.

Lorsqu'un danger n'est pas encore reconnu par tous les médecins désignés : le cas du cytomégalovirus en garderie vers la fin des années 1980

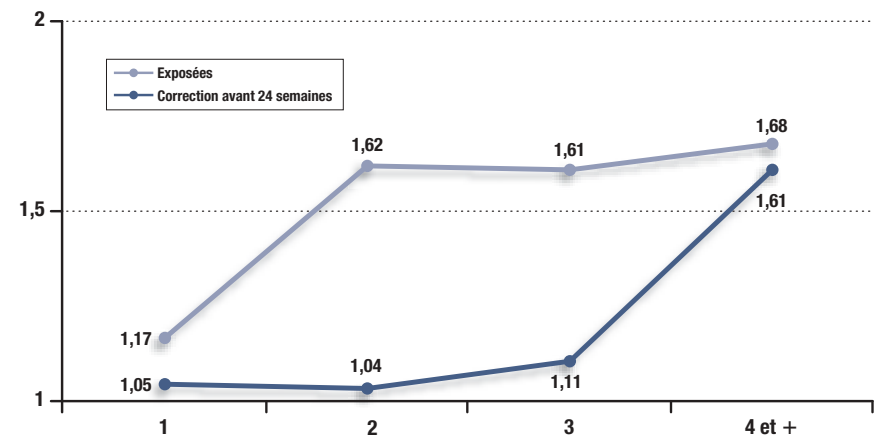
Tous les médecins désignés du Québec s'entendent aujourd'hui pour reconnaître que les éducatrices de garderie sont davantage exposées au cytomégalovirus (CMV) que toute autre travailleuse, car plus de la moitié des enfants dont elles s'occupent excrètent ce virus. Il y a quelques années, le danger n'était pas moins réel ni moins important, mais il n'était pas reconnu, le processus de reconnaissance

d'un nouveau danger étant toujours assez long et complexe. En consultant les études disponibles, certains médecins qui s'intéressaient à la question ont réalisé qu'il existait bel et bien un danger. Au fil des discussions et des réunions de comités, ils ont convaincu leurs collègues de la justesse de leur opinion et les pratiques se sont harmonisées. Ce type de processus peut être plus ou moins rapide. C'est pourquoi il peut arriver que certains médecins traitants doivent prendre les devants et trancher pour le bien de leurs patientes, comme l'illustre le cas réel suivant.

En 1988, seuls certains médecins désignés considéraient que le CMV présentait un danger pour les éducatrices de garderie qui étaient enceintes. Un médecin traitant de la Beauce qui avait pris connaissance des nouvelles données disponibles en était arrivé à la même conclusion. Devant le refus du médecin désigné de sa région d'invoquer ce danger parce qu'il ne partageait pas cet avis, il n'a eu d'autre choix que de contredire son collègue. Il considérait, à juste titre, que sa signature engageait sa responsabilité. Or, il était convaincu que le danger était bien réel pour sa patiente. Non seulement a-t-il attesté du danger, mais lorsque la travailleuse a dû défendre son droit devant le bureau de révision paritaire de la CSST, il a témoigné pour elle et a convaincu le tribunal administratif du bien-fondé de sa

FIGURE 3

Rapport de cotes* d'AAT† en fonction du nombre de facteurs de risque



* Le rapport de cotes estime le rapport du risque des personnes exposées divisé par le risque des personnes non exposées.

† Accouchement avant terme.

recommandation et de la prépondérance de son opinion sur celle du médecin désigné. Quelques années plus tard, les médecins désignés de toutes les régions avaient harmonisé leurs recommandations concernant le CMV.

Comment intervenir pour tirer pleinement profit de cette mesure de prévention ?

S'intéresser aux conditions de travail des travailleuses dès le début de la grossesse

Appliqué tardivement, le retrait préventif perd beaucoup de ses vertus. Pour prévenir les avortements, il est trois fois moins efficace à 16 semaines qu'à 10 semaines de grossesse⁵. Il est donc important que les travailleuses enceintes puissent consulter tôt au cours de leur grossesse. Par ailleurs, si l'on attend à 24 semaines, le retrait préventif n'a presque plus d'effet sur l'IPAG et l'AAT⁶.

Vérifier si les conditions de réaffectation sont respectées

Les travailleuses éprouvent souvent des difficultés à faire appliquer les recommandations formulées sur leur certificat. Plusieurs employeurs acceptent très difficilement d'admettre que les conditions de travail dans leur entreprise puissent présenter un danger pour les travailleuses enceintes et résistent de diverses façons : ils laissent la travailleuse gérer elle-même les aménagements, « oublient » de suivre les recommandations, tentent de culpabiliser les travailleuses ou de les intimider en espérant les décourager. Plusieurs travailleuses se sentent alors laissées à elles-mêmes et sont inquiètes⁷. Le médecin traitant est alors le mieux placé pour préciser ses recommandations.

Vérifier si les conditions de réaffectation sont toujours suffisantes

Par ailleurs, la grossesse progressant, certains aménagements qui étaient adéquats peuvent devenir insuffisants. Encore une fois, le médecin traitant est le mieux placé pour formuler des recommandations plus restrictives. La collaboration avec le médecin désigné est souvent très utile, voire indispensable dans ces circonstances, car l'émission

d'un second certificat est souvent justifié.

CERTAINS DISENT QUE les médecins ne devraient pas participer au débat sur les coûts, car ils ne sont pas des experts en la matière. Or, en tant que médecins, nous ne pouvons ignorer cette dimension puisqu'à peu près « tout le monde » affirme que le retrait préventif coûte trop cher et que les médecins sont responsables de cette situation ! Or, la majorité des coûts du programme administré par la CSST découlent plutôt directement des décisions prises par les employeurs. Ainsi, dans la région de Québec, nous avons constaté que la moitié des caissières et commis-vendeuses qui avaient fait une demande de retrait préventif avaient été mises en arrêt de travail, alors que les autres avaient été réaffectées, la plupart convenablement, et avaient travaillé jusqu'à leur congé de maternité. La répartition de ces réaffectations répondait à la loi du tout ou rien. Dans un autre exemple, les travailleuses d'une quincaillerie à grande surface de la même région avaient toutes été réaffectées tandis qu'aucune ne l'avait été dans un autre commerce semblable. De la même manière, certains propriétaires de salons de coiffure ont aménagé, à un coût raisonnable, des salles séparées et ventilées pour les techniques chimiques, les teintures et les permanentes, permettant ainsi aux coiffeuses de continuer à travailler jusqu'au troisième trimestre sans craindre la toxicité des produits utilisés dans le cadre de ces techniques, et dont la nocivité est de plus en plus reconnue. D'autres propriétaires, ne voulant pas admettre que ces produits puissent être dangereux, ne corrigent pas les postes de travail et renvoient à la maison toutes leurs travailleuses dès le début de leur grossesse⁸. Ces exemples montrent bien que les médecins traitants ne sont pas responsables des coûts engendrés par le programme. En outre, ils n'inventent pas les dangers et n'ont pas d'influence sur les décisions prises par les employeurs. Les médecins ont l'obligation de protéger la santé de leur patiente. Ils ne retirent aucune travailleuse enceinte

§ Dans plusieurs régions, les médecins désignés ne considèrent pas encore ces produits comme dangereux ou tentent de faire la distinction entre ceux qui seraient nocifs et ceux qui ne le seraient pas.

Toujours s'informer des conditions de travail dès le début de la grossesse, toujours vérifier si les mesures préventives sont bien appliquées et offrir un bon soutien à votre patiente, en collaboration avec le médecin de santé publique.

R E P È R E

du travail, mais demandent plutôt qu'on leur offre des conditions de travail exemptes de dangers et permettant une évolution optimale de la grossesse.

Le retrait préventif de la travailleuse enceinte est un outil très utile qui permet aux cliniciens d'intervenir au moment où ils souhaiteraient toujours être en mesure de le faire, soit avant l'apparition des problèmes et complications. Il est donc important de se souvenir que près de 75 % des femmes enceintes travaillent et que leurs conditions comportent deux fois sur trois des risques ergonomiques. Les collègues de santé publique sont là pour épauler et aider les médecins traitants à appliquer le plus efficacement possible le retrait préventif, car la santé au travail est avant tout un volet majeur de la santé publique. Au fil des ans, les connaissances progressent et les pratiques s'harmonisent. Plusieurs guides de pratique ont ainsi été mis au point par des médecins du réseau de santé publique. Ils sont disponibles, ainsi que les recensions des écrits sur lesquels ils s'appuient, dans le site Internet de l'Institut national de santé publique⁸. ❧

Date de réception : 5 juillet 2004

Date d'acceptation : 3 août 2004

Mots-clés : grossesse, travail, conditions de travail, danger, prévention, réaffectation, risques ergonomiques

Bibliographie

1. McDonald AD et coll. Prematurity and work in pregnancy. *Br J Ind Med* 1988 ; 45 : 56-62.
2. Fortier I, Marcoux S, Brisson J. Maternal work during pregnancy and

S U M M A R Y

Preventive withdrawal or reassignment of the pregnant worker: an update. Preventive withdrawal or reassignment of the pregnant worker is continuously questioned. The influence of working conditions on pregnancy is better known, but for the first time, there is now evidence that this preventive measure is a sound one. If it was applied earlier during pregnancy, it would reduce even more foetal deaths as well as premature and small for gestational age infants. Clinicians have a strong preventive tool at hand. They shouldn't be shy to use it.

Keywords: pregnancy, work, working conditions, danger, prevention, reassignment, ergonomic risks

the risks of delivering a small-for-gestational-age or preterm infant. *Scand J Work Environ Health* 1995 ; 21 : 412-8.

3. McDonald AD et coll. Fetal death and work in pregnancy. *Br J Ind Med* 1988 ; 45 : 148-57.
4. Croteau A. Le retrait préventif de la travailleuse enceinte, une mesure préventive efficace? *Bulletin de santé publique, publication de la Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale* 2004 ; 16 (2) : 1-2.
5. McDonald AD. The "retrait préventif": an evaluation. *Revue canadienne de santé publique* 1994 ; 85 (2) : 136-9.
6. Croteau A. *Effet des agresseurs ergonomiques et de leur élimination durant la grossesse sur les risques d'accouchement avant terme et d'insuffisance de poids pour l'âge gestationnel*. Thèse de doctorat présentée à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval ; 2002.
7. Malenfant R, De Koninck M, Côté N. Grossesse et travail : la construction sociale du risque. *Rapport de recherche* ; février 2004, ISBN 2-922823-08-3.
8. Site Internet : www.inspq.qc.ca/grgt/default.asp?D=5&D5=4 (page consultée le 1^{er} octobre 2004).

Les données dont vous avez besoin, quand vous en avez besoin



Renseignements : sales@info poems.com
(877) MED-POEM

www.InfoPOEMs.com

Formats disponibles : assistant personnel
et ordinateur de poche, Internet, intranet
et ordinateur de bureau

Tarifs individuels, de groupe et d'entreprise

InfoPOEMs

The Clinical Awareness System™

DailyPOEMs^{MC} : Patient-Oriented Evidence that Matters
(preuves pertinentes axées sur le patient)

Courriels quotidiens contenant de nouvelles données pertinentes et validées. Depuis 1996.

Nos éditeurs scientifiques revoient plus de 1250 études publiées chaque mois dans au-delà de 120 revues. Seules les meilleures preuves pertinentes axées sur le patient sont retenues, ce qui correspond à une étude sur 40. Le processus POEMs, dont la qualité est reconnue, repose sur des critères précis de validité et de pertinence clinique.

InfoRetriever^{MC}

Système de base de données qui fournit des renseignements choisis et concis, fondés sur les preuves.

InfoRetriever tire les données de divers documents et outils fondés sur l'expérience clinique : tous les résumés des POEMs et des études méthodiques Cochrane, auxquels s'ajoutent 180 règles de décision, 2000 calculs prédictifs facilitant le choix et l'interprétation des épreuves diagnostiques ainsi que l'interprétation de l'interrogatoire et de l'examen physique, ainsi que 800 sommaires de directives cliniques. Sans oublier une consultation clinique complète de 5 minutes, et plus encore.

Les InfoPOEMs sont publiés notamment dans le *British Medical Journal* et l'*American Family Physician* et sont communiqués exclusivement aux médecins par voie électronique, par l'entremise de divers sites, services, groupements caritatifs, organismes sans but lucratif et associations.