

Remplir à l'aide d'un crayon ou d'un stylo à pointe dure en appuyant fortement

Programme Pour une maternité sans danger

Le programme *Pour une maternité sans dangers* s'adresse à toutes les travailleuses qui estiment que leurs conditions de travail comportent des dangers pour elles ou pour l'enfant qu'elles portent ou allaitent.

La protection dont bénéficient ces travailleuses est le droit d'être affectées à des tâches ne comportant pas de dangers et qu'elles sont raisonnablement en mesure d'accomplir. Si aucune affectation n'est proposée, elles ont le droit de cesser temporairement de travailler et de recevoir des indemnités. Il s'agit d'un programme de nature préventive visant le maintien en emploi sans danger et non d'un congé de maternité.

Au médecin responsable des services de santé de l'établissement ou au médecin traitant

Vous jouez un rôle de toute première importance dans l'exercice du droit au programme *Pour une maternité sans danger*, puisque c'est vous qui délivrez le *Certificat visant le retrait préventif et l'affectation de la travailleuse enceinte ou qui allaite*. Si c'est le médecin responsable des services de santé de l'établissement qui émet le certificat, aucune consultation n'est requise puisqu'il connaît bien l'établissement dans lequel travaille la travailleuse. Si c'est le médecin traitant qui émet le certificat, il doit nécessairement consulter le médecin responsable de l'établissement ou, à défaut, le directeur de la santé publique de la région dans laquelle se trouve l'établissement ou le médecin que ce dernier désigne afin de pouvoir se prononcer sur l'existence ou non de dangers pour l'issue d'une grossesse ou d'un allaitement. **Sans cette consultation, le certificat n'est pas valide.** Lorsque le médecin juge qu'il y a danger et que **la travailleuse est apte médicalement à un travail**, il doit remplir chacune des sections du certificat.

Section A – Identification de la travailleuse et objet de la consultation

Après avoir établi l'identité de la travailleuse, précisez la nature de la demande (grossesse ou allaitement) et inscrivez la date prévue de l'accouchement ou la date de naissance de l'enfant allaité. Ensuite, décrivez la nature des dangers appréhendés par la travailleuse; cette dernière information est très importante, car elle permet entre autres au médecin de la direction de la santé publique d'établir une priorité dans les demandes d'intervention. La travailleuse doit apposer sa signature à la fin de cette section.

Section B – Identification du lieu de travail et description de l'emploi de la travailleuse

Après avoir précisé le lieu de travail et l'emploi de la travailleuse, prenez soin d'inscrire le nom et la fonction de la personne avec qui vous, ou le médecin de la direction de la santé publique, pourrez communiquer afin d'obtenir des renseignements sur les conditions de travail de la travailleuse. Cette personne devrait de préférence être la responsable en santé et sécurité.

Section C – Consultation obligatoire en vertu de la loi (Le médecin responsable des services de santé de l'établissement n'a pas à remplir cette section s'il émet le certificat)

Avant d'émettre un certificat, vous devez obligatoirement consulter le médecin responsable des services de santé de l'établissement où travaille la travailleuse ou le médecin de la direction de la santé publique afin qu'il vous informe des dangers que peuvent comporter les conditions de travail de votre patiente pour l'issue d'une grossesse ou d'un allaitement. Cette consultation se fait de préférence par téléphone afin d'accélérer la démarche, car tout retard pourrait s'avérer préjudiciable à la santé de la travailleuse enceinte ou qui allaite. Par la suite, vous demandez au médecin de la direction de la santé publique de vous faire parvenir ses recommandations par écrit (*Rapport de consultation médico-environnemental*). Précisez également la date à laquelle vous avez reçu les recommandations verbales ou écrites du médecin consulté.

Section D – Rapport médical

Question 1 : Indiquez, **par ordre d'importance**, quelles sont les conditions de travail que vous estimez dangereuses pour l'issue d'une grossesse ou d'un allaitement ainsi que les principales conséquences associées à ces conditions de travail.

Question 2 : Indiquez, s'il y a lieu, les problèmes de santé pouvant être aggravés par ces conditions de travail. Il faut garder à l'esprit que des conditions de travail dangereuses, conjuguées à des problèmes de santé, n'empêchent pas une travailleuse de se prévaloir du droit à l'affectation et au retrait préventif.

Question 3 : Pour se prévaloir du droit au programme, la travailleuse doit être apte médicalement à faire un travail. Si à cause de problèmes de santé particuliers, toute forme de travail est contre-indiquée, elle n'a pas droit au programme; en effet, le programme *Pour une maternité sans danger* vise d'abord le maintien en emploi sans danger.

Section E – Attestation

Connaissant l'état de santé de la travailleuse, ses antécédents médicaux ainsi que ses conditions de travail, vous êtes ainsi en mesure d'attester si les conditions de travail comportent ou non des dangers pour elle-même ou pour l'enfant à naître ou allaité. Si vous jugez que oui, cochez la case appropriée. Après avoir précisé, pour les cas de grossesse seulement, le nombre de semaines de grossesse à la date du retrait préventif ou de l'affectation, indiquez la date du retrait préventif ou de l'affectation. Apposez ensuite votre signature et précisez la date à laquelle vous remettez le certificat à la travailleuse. Dans le cas d'un retrait immédiat, cette dernière date devrait correspondre à la date de l'affectation ou du retrait préventif.

Suggestion(s) à l'employeur pour faciliter l'affectation (conditions de travail et tâches à modifier)

Pour aider l'employeur à offrir une affectation sans danger à la travailleuse, vous pouvez faire quelques suggestions quant aux tâches à éviter ou aux conditions de travail à modifier. Lorsque la travailleuse lui remettra le certificat, il sera ainsi mieux à même de comprendre ce qui peut être dangereux pour la santé de la travailleuse. L'absence de suggestions à l'employeur n'invalide cependant pas le certificat.

Distribution des exemplaires

Après avoir rempli le certificat, prenez soin d'en signer les cinq exemplaires. Remettez-en deux à la travailleuse, le sien et celui destiné à son employeur, adressez-en un à la direction de la santé publique ou au médecin responsable des services de santé de l'établissement, un autre à la direction régionale de la CNESST du territoire où se trouve l'établissement où travaille votre patiente et conservez le dernier dans vos dossiers.

AU MÉDECIN TRAITANT

**SI VOUS NE SAVEZ PAS S'IL EXISTE UN MÉDECIN RESPONSABLE DES SERVICES DE SANTÉ
DANS L'ÉTABLISSEMENT OÙ TRAVAILLE VOTRE PATIENTE, ADRESSEZ-VOUS À LA
DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE QUI VOUS DONNERA CE RENSEIGNEMENT.**

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Région 01 – Bas-Saint-Laurent

Équipe de santé au travail - PMSD
Centre intégré de santé et de services sociaux
(CISSS) du Bas-Saint-Laurent

Bureau central
288, rue Pierre-Saindon
Rimouski (Québec) G5L 9A8
Téléphone : 418 724-5231, poste 200

Secteur de l'Est
CISSS du Bas-Saint-Laurent
180, rue des Gouverneurs, local 008
Rimouski (Québec) G5L 8G1
Téléphone : 418 725-4540
Télécopieur : 418 724-8662

Secteur de l'Ouest
22, rue St-Laurent
Rivière-du-Loup (Québec) G5R 4W4
Téléphone : 418-867-2913, poste 327-328
Télécopieur : 418-867-2619

Région 02 – Saguenay-Lac-Saint-Jean

Équipe de santé au travail - PMSD
Centre intégré de santé et de services sociaux
(CISSS) du Saguenay-Lac-Saint-Jean

CLSC d'Alma
100, Saint-Joseph Sud
Alma (Québec) G8B 7A6
Téléphone : 418 669-2000, poste 6805
Télécopieur : 418 668-3487

CLSC de Chicoutimi
411, rue Hôtel-Dieu
Chicoutimi (Québec) G7H 7Z5
Téléphone : 418 543-2221, poste 3859 ou 3860
Télécopieur : 418 690-3241

CLSC Les Jardins du Monastère
2000, boul. Sacré-Cœur
Dolbeau-Mistassini (Québec) G8L 2R5
Téléphone : 418 276-1234, poste 3196
Télécopieur : 418 276-8589

CLSC de St-Félicien
Édifice Hôtel de Ville, 5^e étage
1209, boul. Sacré-Cœur, C.P. 10
Saint-Félicien (Québec) G8K 2P8
Téléphone : 418 679-5270 ou
418 275-0110, poste 8400
Télécopieur : 418 275-7118

Région 03 – Capitale-Nationale

Équipe de santé au travail - PMSD
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale
5100-2400, avenue d'Estimauville,
Québec (Québec) G1E 7G9
Téléphone : 418 623-1010
Télécopieur : 418 623-7513

Région 04 – Mauricie-Centre-du-Québec

Équipe de santé au travail – PMSD
Centre intégré universitaire de santé et
de services sociaux (CIUSSS) de la Mauricie-
et-du-Centre-du-Québec
Centre de services de la santé au travail - Trois-Rivières
48, rue Toupin, 2^e étage
Trois-Rivières (Québec) G8T 3Y5
Téléphone : 819 370-2018, poste 3424
Sans frais : 1 844 834-2018
Télécopieur : 819 370-2255
Sans frais : 1 844 216-2255

Région 05 – Estrie

Équipe de santé au travail – PMSD (Granby)
Centre intégré universitaire de santé et de
services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie –
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)
90, rue Robinson, suite 101
Granby (Québec) J2G 7L4
Téléphone : 450 776-6116, poste 0
Télécopieur : 450 776-6115

Équipe de santé au travail – PMSD (Sherbrooke)
CIUSSS de l'Estrie et CHUS
840, rue Papineau
Sherbrooke (Québec) J1E 1Z2
Téléphone : 819 829-9772
Télécopieur : 819 562-6033

Région 06 – Montréal-centre

Équipe de santé au travail - PMSD
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
6600, chemin de la Côte-des-Neiges, bureau 620
Montréal (Québec) H3S 2A9
Téléphone : 514 858-2460
Télécopieur : 514 858-6568

Région 07 – Outaouais

Équipe de santé au travail - PMSD
Centre intégré de santé et de services sociaux
(CISSS) de l'Outaouais
104, rue Lois
Gatineau (Québec) J8Y 3R7
Téléphone : 819 776-7660, poste 7530
Télécopieur : 819 776-7617

Région 08 – Abitibi-Témiscamingue

Équipe de santé au travail – PMSD
Centre intégré de santé et de services sociaux
(CISSS) de l'Abitibi-Témiscamingue
1, 9^e rue, 4^e étage
Rouyn-Noranda, (Québec) J9X 2A9
Téléphone : 819 764-3264, poste 49423
Télécopieur : 819 764-3075

Région 09 – Côte-Nord

Équipe de santé au travail - PMSD
Centre intégré de santé et de services sociaux
(CISSS) de la Côte-Nord
53, boulevard Comeau
Baie-Comeau (Québec) G4Z 3A7
Téléphone : 418 589-9845, poste 2386 ou 2387
Télécopieur : 418 296-3103

Région 11 – Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

Équipe de santé au travail - PMSD
Centre intégré de santé et de services sociaux
(CISSS) de la Gaspésie
205, boulevard de York Ouest
Gaspé (Québec) G4X 2W5
Téléphone : 418 368-2572
Télécopieur : 418 368-0531

Région 12 – Chaudière-Appalaches

Équipe de santé au travail - PMSD
Centre intégré de santé et de services sociaux
(CISSS) de Chaudière-Appalaches

Point de service, secteur Montmagny-L'Islet
18, avenue Côté
Montmagny (Québec) G5V 1Z9
Téléphone : 418 234-1211
Télécopieur : 418 248-5079

Point de service, secteur Alphonse-Desjardins
848, avenue Taniata, local 214
Lévis (Québec) G6Z 2T6
Téléphone : 418 839-2070
Télécopieur : 418 839-9161

Point de service, secteur Thetford
1197, rue Notre-Dame Est, bureau 800
Thetford Mines (Québec) G6G 2V2
Téléphone : 418 755-0226
Télécopieur : 418 755-0247

Point de service, secteur Beauce
12523, 25^e Avenue, 2^e étage
Saint-Georges Est (Québec) G5Y 5N6
Téléphone : 418 228-6272
Télécopieur : 418 228-8963

Région 13 – Laval

Équipe de santé au travail - PMSD
Centre intégré de santé et de services sociaux
(CISSS) de Laval
800, boulevard Chomedey, tour B, bureau 200
Laval (Québec) H7V 3Y4
Téléphone : 450 687-6691, poste 82001
Télécopieur : 450 682-2475

Région 14 – Lanaudière

Équipe de santé au travail- PMSD
Centre intégré de santé et de services sociaux
(CISSS) de Lanaudière
245 rue du Curé-Majeau
Joliette (Québec) J6E 8S8
Téléphone : 450 759-1157, poste 4329
Télécopieur : 450 755-6248

Région 15 - Laurentides

Équipe de santé au travail – PMSD
Centre intégré de santé et de services sociaux
(CISSS) des Laurentides
1000, rue Labelle, bureau 210
Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5N6
Téléphone : 450 436-8622, poste 70542
Télécopieur : 450 436-6587

Région 16 – Montérégie

Équipe de santé au travail - PMSD
Centre intégré de santé et de services sociaux
(CISSS) de la Montérégie-Ouest
87-B Marie-Victorin, bureau 210
Candiac (Québec) J5R 1C3
Téléphone : 450 659-7664
Sans frais : 1 844 959-7664
Télécopieur : 450 444-4396
Sans frais : 1 844 244-4396

Région 17 – Nunavick

Équipe de santé au travail - PMSD
Centre intégré universitaire de santé
et de services sociaux (CIUSSS)
de la Capitale Nationale
5100-2400 D'Estimauville
Québec (Québec) G1E 7G9
Téléphone : 418 623-1010
Télécopieur : 418 623-7513

Région 18 - Terres-Cries-de-la-Baie-James

Équipe de santé au travail - PMSD
Centre intégré universitaire de santé
et de services sociaux (CIUSSS)
de la Capitale Nationale
5100-2400 D'Estimauville
Québec (Québec) G1E 7G9
Téléphone : 418 623-1010
Télécopieur : 418 623-7513

Remplir à l'aide d'un crayon ou d'un stylo à pointe dure en appuyant fortement

A - Identification de la travailleuse et objet de la consultation

Nom et prénom à la naissance		N° de dossier CNESST de la travailleuse	
Adresse		N° d'assurance maladie	
		N° d'assurance sociale	
N° de téléphone	Code postal		
Catégorie de la demande	☐ Grossesse	Date prévue de l'accouchement	
		☐ Allaitement	Date de naissance de l'enfant allaité
Nature des dangers appréhendés par la travailleuse Décrire :		Signature de la travailleuse	

B - Identification du lieu de travail et description de l'emploi de la travailleuse

Raison sociale de l'employeur	
Adresse du lieu de travail	Code postal
Poste de travail et service où la travailleuse exécute ses tâches	Titre de l'emploi
Nom et fonction de la personne avec qui l'on peut communiquer dans l'entreprise	N° de téléphone

C - Consultation obligatoire en vertu de la loi

(Le médecin responsable des services de santé de l'établissement n'a pas à remplir cette section s'il émet le certificat)

Nom du médecin consulté	En qualité de :	☐ médecin responsable de l'établissement	☐ directeur de la santé publique	☐ médecin désigné
Nom de la direction de la santé publique	N° de téléphone			
Réception du <i>Rapport de consultation</i>	☐ par téléphone	ou	☐ par écrit	Date

D - Rapport médical

Selon vous, quelles sont les **conditions de travail** comportant des **dangers physiques** pour l'enfant à naître ou allaité ou pour la travailleuse à cause de son état de grossesse ?

Indiquer, s'il y a lieu, les problèmes de santé pouvant être aggravés par ces conditions de travail.

Est-ce que la travailleuse est apte médicalement à faire un travail ? ☐ Oui ☐ Non

IMPORTANT Pour bénéficier d'un retrait préventif ou d'une affectation, la travailleuse doit être apte à un travail.

E - Attestation

☐ J'atteste que les conditions de travail de la travailleuse comportent des dangers physiques pour elle-même, à cause de son état de grossesse, ou pour l'enfant à naître ou allaité.	Pour les cas de grossesse seulement Indiquer le nombre de semaines de grossesse à la date du retrait préventif ou de l'affectation.	Date du retrait préventif ou de l'affectation
☐ Médecin traitant	☐ Médecin responsable de l'établissement	Nom du médecin (en lettres moulées)
	N° de corporation	N° de téléphone
Signature		Date de remise du certificat à la travailleuse

Suggestion(s) à l'employeur pour faciliter l'affectation (conditions de travail et tâches à modifier).

Programme *Pour une maternité sans danger*

Le programme *Pour une maternité sans dangers* s'adresse à toutes les travailleuses qui estiment que leurs conditions de travail comportent des dangers pour elles ou pour l'enfant qu'elles portent ou allaitent.

La protection dont bénéficient ces travailleuses est le droit d'être affectées à des tâches ne comportant pas de dangers et qu'elles sont raisonnablement en mesure d'accomplir. Si aucune affectation n'est proposée, elles ont le droit de cesser temporairement de travailler et de recevoir des indemnités. Il s'agit d'un programme de nature préventive visant le maintien en emploi sans danger et non d'un congé de maternité.

À la travailleuse

- Pour vous prévaloir de votre droit au programme *Pour une maternité sans danger*, vous devez d'abord consulter le médecin responsable des services de santé de votre établissement, ou tout autre médecin, afin de lui expliquer vos conditions de travail qui peuvent comporter des dangers pour votre maternité. Si le médecin juge qu'il y a danger, demandez-lui de remplir et de signer le *Certificat visant le retrait préventif et l'affectation de la travailleuse enceinte ou qui allaite*. Vous n'avez aucuns frais à payer pour la délivrance de ce certificat. N'oubliez pas d'apposer votre signature à la section A.
- Si c'est le médecin responsable des services de santé de l'établissement qui émet le certificat, celui-ci doit, à votre demande, en aviser le médecin de votre choix.
- Le médecin vous remettra deux exemplaires du certificat : un que vous conservez et l'autre que vous devez remettre à votre employeur, **ce qui constitue une demande d'affectation**. Toutefois, la remise de ce certificat ne donne pas droit automatiquement à des indemnités. En effet, c'est la CNESST qui établit l'admissibilité de votre demande.
- Votre employeur peut vous offrir à tout moment une affectation. Ces nouvelles tâches ne doivent pas présenter de dangers et vous devez être raisonnablement en mesure de les accomplir.
- Si votre employeur ne peut vous offrir d'affectation, vous pouvez cesser temporairement de travailler et être indemnisée par la CNESST. Dans ce cas, votre employeur est tenu de vous payer votre salaire pour les cinq premiers jours ouvrables de cessation de travail. Par la suite, l'indemnisation s'effectue selon les modalités prévues par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*.
- Pendant l'exercice du droit à l'affectation et au retrait préventif, vous conservez tous les avantages liés à l'emploi que vous occupiez avant votre affectation ou avant le début de votre cessation de travail.
- Si vous avez bénéficié du programme pour votre grossesse et que vous désirez vous prévaloir du programme pour l'allaitement de votre enfant, vous devez refaire toute la démarche. Toutefois, vous devez savoir que seuls des dangers pouvant nuire à la santé de l'enfant allaité seront alors pris en considération.
- Vous pouvez demander la révision de toutes les décisions relatives au droit au programme selon les dispositions prévues à la loi.

Pour joindre la CNESST, un seul numéro : 1 844 838-0808

Remplir à l'aide d'un crayon ou d'un stylo à pointe dure en appuyant fortement

A - Identification de la travailleuse et objet de la consultation

Nom et prénom à la naissance		N° de dossier CNESST de la travailleuse	
Adresse		N° d'assurance maladie	
		N° d'assurance sociale	
N° de téléphone	Code postal		
Catégorie de la demande	☐ Grossesse	Date prévue de l'accouchement	
		☐ Allaitement	Date de naissance de l'enfant allaité
Nature des dangers appréhendés par la travailleuse Décrire :		Signature de la travailleuse	

B - Identification du lieu de travail et description de l'emploi de la travailleuse

Raison sociale de l'employeur	
Adresse du lieu de travail	Code postal
Poste de travail et service où la travailleuse exécute ses tâches	Titre de l'emploi
Nom et fonction de la personne avec qui l'on peut communiquer dans l'entreprise	N° de téléphone

C - Consultation obligatoire en vertu de la loi

(Le médecin responsable des services de santé de l'établissement n'a pas à remplir cette section s'il émet le certificat)

Nom du médecin consulté	En qualité de :	☐ médecin responsable de l'établissement	☐ directeur de la santé publique	☐ médecin désigné
Nom de la direction de la santé publique	N° de téléphone			
Réception du <i>Rapport de consultation</i>	☐ par téléphone	ou	☐ par écrit	Date

D - Rapport médical

Selon vous, quelles sont les **conditions de travail** comportant des **dangers physiques** pour l'enfant à naître ou allaité ou pour la travailleuse à cause de son état de grossesse ?

Est-ce que la travailleuse est apte médicalement à faire un travail ?		☐ Oui ☐ Non	IMPORTANT	Pour bénéficier d'un retrait préventif ou d'une affectation, la travailleuse doit être apte à un travail.
---	--	---	------------------	---

E - Attestation

☐ J'atteste que les conditions de travail de la travailleuse comportent des dangers physiques pour elle-même, à cause de son état de grossesse, ou pour l'enfant à naître ou allaité.	Pour les cas de grossesse seulement Indiquer le nombre de semaines de grossesse à la date du retrait préventif ou de l'affectation.		Date du retrait préventif ou de l'affectation
☐ Médecin traitant ☐ Médecin responsable de l'établissement	Nom du médecin (en lettres moulées)	N° de corporation	N° de téléphone
Signature			Date de remise du certificat à la travailleuse

Suggestion(s) à l'employeur pour faciliter l'affectation (conditions de travail et tâches à modifier).

--



Programme *Pour une maternité sans danger*

Le programme *Pour une maternité sans danger* s'adresse à toutes les travailleuses qui estiment que leurs conditions de travail comportent des dangers pour elles ou pour l'enfant qu'elles portent ou allaitent.

La protection dont bénéficient ces travailleuses est le droit d'être affectées à des tâches ne comportant pas de dangers et qu'elles sont raisonnablement en mesure d'accomplir. Si aucune affectation n'est proposée, elles ont le droit de cesser temporairement de travailler et de recevoir des indemnités. Il s'agit d'un programme de nature préventive visant le maintien en emploi sans danger et non d'un congé de maternité.

À l'employeur

- Lorsqu'une travailleuse vous remet un *Certificat visant le retrait préventif et l'affectation de la travailleuse enceinte ou qui allaite* dûment rempli par un médecin, ceci **constitue une demande d'affectation à des tâches exemptes de dangers et qu'elle est raisonnablement en mesure d'accomplir**.
- Le programme *Pour une maternité sans danger* vise avant tout le maintien en emploi sans danger. Les moyens d'action de l'employeur qui reçoit une demande d'affectation devraient ainsi être les suivants :
 - Élimination à la source des dangers
 - Modification de la tâche de la travailleuse
 - Adaptation du poste de travail
 - Affectation à des tâches sans danger et que la travailleuse est raisonnablement en mesure d'accomplir.
- Dans le cas d'une affectation, vous devez verser à la travailleuse son salaire habituel, même si la rémunération attachée à son nouveau poste est inférieure. La CNESST peut vous rembourser sur demande la différence de salaire.
- Si vous n'êtes pas en mesure de lui proposer une affectation, la travailleuse a le droit de cesser de travailler. Vous devez alors lui verser son salaire habituel pour les cinq premiers jours ouvrables de cessation de travail. Cette rémunération n'est pas remboursable par la CNESST.
- Par la suite, vous devez verser à la travailleuse 90 % de son salaire net pour les 14 jours complets suivant les cinq premiers jours ouvrables. Vous pouvez réclamer ce montant à l'aide du formulaire *Demande de remboursement pour un retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite*. Après cette période, c'est la CNESST qui indemniserait directement la travailleuse.
- Vous pouvez à tout moment offrir à la travailleuse une affectation; les tâches proposées ne doivent pas présenter de dangers et la travailleuse doit être en mesure de les accomplir.
- Pendant l'exercice du droit à l'affectation et au retrait préventif, la travailleuse conserve tous les avantages liés à l'emploi qu'elle occupait avant son affectation ou avant le début de sa cessation de travail. À la fin de cette période, vous devez la réintégrer dans son emploi habituel.
- À titre d'information vous recevrez une partie du *Rapport de consultation médico-environnemental* émis par le directeur de la santé publique.
- Vous pouvez demander la révision de toutes les décisions relatives au droit au programme selon les dispositions prévues à la loi.

Pour joindre la CNESST, un seul numéro : 1 844 838-0808

Remplir à l'aide d'un crayon ou d'un stylo à pointe dure en appuyant fortement

A - Identification de la travailleuse et objet de la consultation

Nom et prénom à la naissance		N° de dossier CNESST de la travailleuse	
Adresse		N° d'assurance maladie	
		N° d'assurance sociale	
N° de téléphone	Code postal		
Catégorie de la demande	☐ Grossesse	Date prévue de l'accouchement	
		☐ Allaitement	Date de naissance de l'enfant allaité
Nature des dangers appréhendés par la travailleuse Décrire :		Signature de la travailleuse	

B - Identification du lieu de travail et description de l'emploi de la travailleuse

Raison sociale de l'employeur	
Adresse du lieu de travail	Code postal
Poste de travail et service où la travailleuse exécute ses tâches	Titre de l'emploi
Nom et fonction de la personne avec qui l'on peut communiquer dans l'entreprise	N° de téléphone

C - Consultation obligatoire en vertu de la loi

(Le médecin responsable des services de santé de l'établissement n'a pas à remplir cette section s'il émet le certificat)

Nom du médecin consulté	En qualité de :	☐ médecin responsable de l'établissement	☐ directeur de la santé publique	☐ médecin désigné
Nom de la direction de la santé publique	N° de téléphone			
Réception du <i>Rapport de consultation</i>	☐ par téléphone	ou	☐ par écrit	Date

D - Rapport médical

Selon vous, quelles sont les **conditions de travail** comportant des **dangers physiques** pour l'enfant à naître ou allaité ou pour la travailleuse à cause de son état de grossesse ?

Indiquer, s'il y a lieu, les problèmes de santé pouvant être aggravés par ces conditions de travail.

Est-ce que la travailleuse est apte médicalement à faire un travail ? ☐ Oui ☐ Non

IMPORTANT Pour bénéficier d'un retrait préventif ou d'une affectation, la travailleuse doit être apte à un travail.

E - Attestation

☐ J'atteste que les conditions de travail de la travailleuse comportent des dangers physiques pour elle-même, à cause de son état de grossesse, ou pour l'enfant à naître ou allaité.	Pour les cas de grossesse seulement Indiquer le nombre de semaines de grossesse à la date du retrait préventif ou de l'affectation.	Date du retrait préventif ou de l'affectation
☐ Médecin traitant	☐ Médecin responsable de l'établissement	Nom du médecin (en lettres moulées)
	N° de corporation	N° de téléphone
Signature		Date de remise du certificat à la travailleuse

Suggestion(s) à l'employeur pour faciliter l'affectation (conditions de travail et tâches à modifier).

Remplir à l'aide d'un crayon ou d'un stylo à pointe dure en appuyant fortement

A - Identification de la travailleuse et objet de la consultation

Nom et prénom à la naissance		N° de dossier CNESST de la travailleuse	
Adresse		N° d'assurance maladie	
		N° d'assurance sociale	
N° de téléphone	Code postal		
Catégorie de la demande	☐ Grossesse	Date prévue de l'accouchement	
		☐ Allaitement	Date de naissance de l'enfant allaité
Nature des dangers appréhendés par la travailleuse Décrire :		Signature de la travailleuse	

B - Identification du lieu de travail et description de l'emploi de la travailleuse

Raison sociale de l'employeur	
Adresse du lieu de travail	Code postal
Poste de travail et service où la travailleuse exécute ses tâches	Titre de l'emploi
Nom et fonction de la personne avec qui l'on peut communiquer dans l'entreprise	N° de téléphone

C - Consultation obligatoire en vertu de la loi

(Le médecin responsable des services de santé de l'établissement n'a pas à remplir cette section s'il émet le certificat)

Nom du médecin consulté	En qualité de :	☐ médecin responsable de l'établissement	☐ directeur de la santé publique	☐ médecin désigné
Nom de la direction de la santé publique	N° de téléphone			
Réception du <i>Rapport de consultation</i>	☐ par téléphone	ou	☐ par écrit	Date

D - Rapport médical

Selon vous, quelles sont les **conditions de travail** comportant des **dangers physiques** pour l'enfant à naître ou allaité ou pour la travailleuse à cause de son état de grossesse ?

Indiquer, s'il y a lieu, les problèmes de santé pouvant être aggravés par ces conditions de travail.

Est-ce que la travailleuse est apte médicalement à faire un travail ? ☐ Oui ☐ Non

IMPORTANT Pour bénéficier d'un retrait préventif ou d'une affectation, la travailleuse doit être apte à un travail.

E - Attestation

☐ J'atteste que les conditions de travail de la travailleuse comportent des dangers physiques pour elle-même, à cause de son état de grossesse, ou pour l'enfant à naître ou allaité.	Pour les cas de grossesse seulement Indiquer le nombre de semaines de grossesse à la date du retrait préventif ou de l'affectation.	Date du retrait préventif ou de l'affectation
☐ Médecin traitant	☐ Médecin responsable de l'établissement	Nom du médecin (en lettres moulées)
	N° de corporation	N° de téléphone
Signature		Date de remise du certificat à la travailleuse

Suggestion(s) à l'employeur pour faciliter l'affectation (conditions de travail et tâches à modifier).

Programme *Pour une maternité sans danger*

Le programme *Pour une maternité sans dangers* s'adresse à toutes les travailleuses qui estiment que leurs conditions de travail comportent des dangers pour elles ou pour l'enfant qu'elles portent ou allaitent.

La protection dont bénéficient ces travailleuses est le droit d'être affectées à des tâches ne comportant pas de dangers et qu'elles sont raisonnablement en mesure d'accomplir. Si aucune affectation n'est proposée, elles ont le droit de cesser temporairement de travailler et de recevoir des indemnités. Il s'agit d'un programme de nature préventive visant le maintien en emploi sans danger et non d'un congé de maternité.

Au médecin responsable des services de santé de l'établissement et au directeur de la santé publique

- Avant d'émettre le *Certificat visant le retrait préventif et l'affectation de la travailleuse enceinte ou qui allaite*, le médecin traitant doit obligatoirement consulter le médecin responsable des services de santé de l'établissement où travaille la travailleuse ou, s'il n'y en a pas, le directeur de la santé publique du territoire où se trouve cet établissement. Le directeur peut également désigner un médecin pour cette consultation. La consultation se fait le plus souvent par téléphone, car tout retard pourrait s'avérer préjudiciable à la santé de la travailleuse enceinte ou de l'enfant à naître ou allaité.
- Le directeur de la santé publique qui reçoit une demande de consultation doit nécessairement vérifier s'il existe un médecin responsable des services de santé dans l'établissement où travaille la travailleuse. Ce n'est qu'à défaut de l'existence de ce médecin que la direction de la santé publique effectue la consultation nécessaire.
- Votre rôle consiste donc à évaluer les dangers que peuvent comporter les conditions de travail d'une travailleuse et à faire part de votre opinion au médecin traitant. Vous devez tenir compte notamment de la nature des tâches accomplies, des conditions environnementales, du niveau d'exposition à un contaminant, de l'horaire de travail, etc. Cette évaluation doit se faire en collaboration avec l'employeur et la travailleuse.
- Dans tous les cas, un rapport écrit (*Rapport de consultation médico-environnemental*) de vos recommandations doit être acheminé au médecin traitant et à la CNESST. De plus, la partie sur les dangers à éviter et les recommandations sur l'affectation doit être transmise à l'employeur.

Remplir à l'aide d'un crayon ou d'un stylo à pointe dure en appuyant fortement

A - Identification de la travailleuse et objet de la consultation

Nom et prénom à la naissance		N° de dossier CNESST de la travailleuse	
Adresse		N° d'assurance maladie	
		N° d'assurance sociale	
N° de téléphone			Code postal
Catégorie de la demande	☐ Grossesse	Date prévue de l'accouchement	
		☐ Allaitement	Date de naissance de l'enfant allaité
Nature des dangers appréhendés par la travailleuse Décrire :		Signature de la travailleuse	

B - Identification du lieu de travail et description de l'emploi de la travailleuse

Raison sociale de l'employeur	
Adresse du lieu de travail	Code postal
Poste de travail et service où la travailleuse exécute ses tâches	Titre de l'emploi
Nom et fonction de la personne avec qui l'on peut communiquer dans l'entreprise	N° de téléphone

C - Consultation obligatoire en vertu de la loi

(Le médecin responsable des services de santé de l'établissement n'a pas à remplir cette section s'il émet le certificat)

Nom du médecin consulté	En qualité de :	☐ médecin responsable de l'établissement	☐ directeur de la santé publique	☐ médecin désigné
Nom de la direction de la santé publique	N° de téléphone			
Réception du <i>Rapport de consultation</i>	☐ par téléphone	ou	☐ par écrit	Date

D - Rapport médical

Selon vous, quelles sont les **conditions de travail** comportant des **dangers physiques** pour l'enfant à naître ou allaité ou pour la travailleuse à cause de son état de grossesse ?

Indiquer, s'il y a lieu, les problèmes de santé pouvant être aggravés par ces conditions de travail.

Est-ce que la travailleuse est apte médicalement à faire un travail ? ☐ Oui ☐ Non

IMPORTANT Pour bénéficier d'un retrait préventif ou d'une affectation, la travailleuse doit être apte à un travail.

E - Attestation

☐ J'atteste que les conditions de travail de la travailleuse comportent des dangers physiques pour elle-même, à cause de son état de grossesse, ou pour l'enfant à naître ou allaité.	Pour les cas de grossesse seulement Indiquer le nombre de semaines de grossesse à la date du retrait préventif ou de l'affectation.	Date du retrait préventif ou de l'affectation
☐ Médecin traitant	☐ Médecin responsable de l'établissement	Nom du médecin (en lettres moulées)
	N° de corporation	
Signature		Date de remise du certificat à la travailleuse

Suggestion(s) à l'employeur pour faciliter l'affectation (conditions de travail et tâches à modifier).

Directions régionales de la CNESST

Pour joindre la CNESST, un seul numéro :
1 844 838-0808

Abitibi-Témiscamingue

33, rue Gamble Ouest

Rouyn-Noranda

(Québec) J9X 2R3

Téléc. : 819 762-9325

2^e étage

1185, rue Germain

Val-d'Or

(Québec) J9P 6B1

Téléc. : 819 874-2522

Bas-Saint-Laurent

180, rue des Gouverneurs

Case postale 2180

Rimouski

(Québec) G5L 7P3

Téléc. : 418 725-6237

Capitale-Nationale

425, rue du Pont

Case postale 4900

Succursale Terminus

Québec

(Québec) G1K 7S6

Téléc. : 418 266-4015

Chaudière-Appalaches

835, rue de la Concorde

Lévis

(Québec) G6W 7P7

Téléc. : 418 839-2498

Côte-Nord

Bureau 236

700, boulevard Laure

Sept-Îles

(Québec) G4R 1Y1

Téléc. : 418 964-3959

235, boulevard La Salle

Baie-Comeau

(Québec) G4Z 2Z4

Téléc. : 418 294-7325

Estrie

Place-Jacques-Cartier

Bureau 204

1650, rue King Ouest

Sherbrooke

(Québec) J1J 2C3

Téléc. : 819 821-6116

Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

163, boulevard de Gaspé

Gaspé

(Québec) G4X 2V1

Téléc. : 418 368-7855

200, boulevard Perron Ouest

New Richmond

(Québec) G0C 2B0

Téléc. : 418 392-5406

Île-de-Montréal

1, complexe Desjardins

Tour Sud, 31^e étage

Case postale 3

Succursale Place-Desjardins

Montréal

(Québec) H5B 1H1

Téléc. : 514 906-3200

Lanaudière

432, rue De Lanaudière

Case postale 550

Joliette

(Québec) J6E 7N2

Téléc. : 450 756-6832

Laurentides

6^e étage

85, rue De Martigny Ouest

Saint-Jérôme

(Québec) J7Y 3R8

Téléc. : 450 432-1765

Laval

1700, boulevard Laval

Laval

(Québec) H7S 2G6

Téléc. : 450 668-1174

Longueuil

25, boulevard La Fayette

Longueuil

(Québec) J4K 5B7

Téléc. : 450 442-6373

Mauricie et Centre-du-Québec

Bureau 200

1055, boulevard des Forges

Trois-Rivières

(Québec) G8Z 4J9

Téléc. : 819 372-3286

Outaouais

15, rue Gamelin

Case postale 1454

Gatineau

(Québec) J8X 3Y3

Téléc. : 819 778-8699

Saguenay-Lac-Saint-Jean

Place-du-Fjord

901, boulevard Talbot

Case postale 5400

Saguenay

(Québec) G7H 6P8

Téléc. : 418 545-3543

Complexe du Parc

6^e étage

1209, boulevard du Sacré-Cœur

Case postale 47

Saint-Félicien

(Québec) G8K 2P8

Téléc. : 418 679-5931

Saint-Jean-sur-Richelieu

145, boulevard Saint-Joseph

Case postale 100

Saint-Jean-sur-Richelieu

(Québec) J3B 6Z1

Téléc. : 450 359-1307

Valleyfield

9, rue Nicholson

Salaberry-de-Valleyfield

(Québec) J6T 4M4

Téléc. : 450 377-8228

Yamaska

2710, rue Bachand

Saint-Hyacinthe

(Québec) J2S 8B6

Téléc. : 450 773-8126