

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 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.

## Au médecin responsable des services de santé de l'établissement ou au médecin traitant ou à l'infirmière praticienne spécialisée

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 ou l'infirmière praticienne spécialisée qui émet le certificat, il ou elle 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 ou l'infirmière praticienne spécialisée 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 ou l'infirmière praticienne spécialisée juge qu'il y a danger et que **la travailleuse est apte médicalement à un travail**, il ou elle 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 ou au médecin ou à l'infirmière praticienne spécialisée qu'il désigne 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 ou le médecin ou l'infirmière praticienne spécialisée qu'il désigne, 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 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 ou le médecin ou l'infirmière praticienne spécialisée qu'il désigne afin qu'il ou elle 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, demandez au médecin de la direction de la santé publique ou au médecin ou à l'infirmière praticienne spécialisée qu'il désigne 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 ou de l'infirmière consultée.

### 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.

### Suggestions 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 OU À L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE**  
**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 Saint-Laurent  
Rivière-du-Loup (Québec) G5R 4W4  
Téléphone : 418-867-2913, poste 327 ou 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, rue Saint-Joseph Sud  
Alma (Québec) G8B 7A6  
Téléphone : 418 669-2000, poste 6805  
Télécopieur : 418 668-3487

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

**CLSC Les Jardins du Monastère**  
2000, boulevard 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<sup>e</sup> étage  
1209, boulevard 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<sup>e</sup> 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 (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<sup>e</sup> Rue, 4<sup>e</sup> 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**  
Direction de la santé publique  
(CISSS) de la Gaspésie  
144, boul. de Gaspé  
Gaspé (Québec) G4X 1A9  
Téléphone : 418 368-6840  
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<sup>e</sup> Avenue, 2<sup>e</sup> 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 : 450 687-5691, 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 : 450 759-5016, 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  
450, boulevard Monseigneur-Dubois, suite 101  
Saint-Jérôme (Québec) J7Y 3L8  
Téléphone : 450 431-2420, poste 23556  
Télécopieur : 450 565-4997

**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, avenue 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, avenue 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	<input type="text"/>
Adresse		N° d'assurance maladie	<input type="text"/>
		N° d'assurance sociale	<input type="text"/>
N° de téléphone		Code postal	<input type="text"/>
Catégorie de la demande	<input type="checkbox"/> Grossesse	Date prévue de l'accouchement	<input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> Allaitement	Date de naissance de l'enfant allaité
Nature des dangers appréhendés par la travailleuse :		Signature de la travailleuse	
		<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	

## 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 <input type="text"/>
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 ou de l'infirmière consultée.	En qualité de : <input type="checkbox"/> médecin responsable de l'établissement <input type="checkbox"/> directeur de la santé publique <input type="checkbox"/> médecin ou infirmière praticienne spécialisée désigné(e)
Nom de la Direction de la santé publique	N° de téléphone
Réception du <i>Rapport de consultation</i>	Date
<input type="checkbox"/> par téléphone ou <input type="checkbox"/> par écrit	<input type="text"/>

## 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?

Indiquez, 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

<input type="checkbox"/> 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 Indiquez le nombre de semaines de grossesse à la date du retrait préventif ou de l'affectation.	Date du retrait préventif ou de l'affectation
<input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Médecin responsable de l'établissement <input type="checkbox"/> Infirmière praticienne spécialisée	Nom du médecin ou de l'infirmière praticienne spécialisée (en lettres moulées)	<input type="text"/>
	N° de permis	N° de téléphone
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Signature	<input type="text"/>	Date de remise du certificat à la travailleuse
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Suggestions à l'employeur pour faciliter l'affectation (conditions de travail et tâches à modifier) :**

La travailleuse doit remettre ce certificat dûment rempli à son employeur. Toutefois, l'absence de suggestions faites à l'employeur n'invalide pas le certificat.

## 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 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 ou infirmière praticienne spécialisée, afin de lui expliquer vos conditions de travail qui peuvent comporter des dangers pour votre maternité. Si le médecin ou l'infirmière praticienne spécialisée 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, aviser le médecin ou l'infirmière praticienne spécialisée de votre choix.
- Le médecin ou l'infirmière praticienne spécialisée 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	<input type="text"/>
Adresse		N° d'assurance maladie	<input type="text"/>
		N° d'assurance sociale	<input type="text"/>
N° de téléphone		Code postal	<input type="text"/>
Catégorie de la demande	<input type="checkbox"/> Grossesse	Date prévue de l'accouchement	<input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> Allaitement	Date de naissance de l'enfant allaité
Nature des dangers appréhendés par la travailleuse :		Signature de la travailleuse	
		<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	

## 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 <input type="text"/>
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 ou de l'infirmière consultée.	En qualité de : <input type="checkbox"/> médecin responsable de l'établissement <input type="checkbox"/> directeur de la santé publique <input type="checkbox"/> médecin ou infirmière praticienne spécialisée désigné(e)
Nom de la Direction de la santé publique	N° de téléphone
Réception du <i>Rapport de consultation</i>	Date
<input type="checkbox"/> par téléphone ou <input type="checkbox"/> par écrit	<input type="text"/>

## 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

<input type="checkbox"/> 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 Indiquez le nombre de semaines de grossesse à la date du retrait préventif ou de l'affectation.	Date du retrait préventif ou de l'affectation
<input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Médecin responsable de l'établissement <input type="checkbox"/> Infirmière praticienne spécialisée	Nom du médecin ou de l'infirmière praticienne spécialisée (en lettres moulées)	N° de permis
		N° de téléphone
Signature		Date de remise du certificat à la travailleuse
<input type="text"/>		<input type="text"/>

**Suggestions 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 le *Certificat visant le retrait préventif et l'affectation de la travailleuse enceinte ou qui allaite* dûment rempli par un médecin ou par une infirmière praticienne spécialisée, cela **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 5 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	<input type="text"/>
Adresse		N° d'assurance maladie	<input type="text"/>
		N° d'assurance sociale	<input type="text"/>
N° de téléphone		Code postal	<input type="text"/>
Catégorie de la demande	<input type="checkbox"/> Grossesse	Date prévue de l'accouchement	<input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> Allaitement	Date de naissance de l'enfant allaité
Nature des dangers appréhendés par la travailleuse :		Signature de la travailleuse	
		<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	

## 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 <input type="text"/>
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 ou de l'infirmière consultée.	En qualité de : <input type="checkbox"/> médecin responsable de l'établissement <input type="checkbox"/> directeur de la santé publique <input type="checkbox"/> médecin ou infirmière praticienne spécialisée désigné(e)
Nom de la Direction de la santé publique	N° de téléphone
Réception du <i>Rapport de consultation</i>	Date
<input type="checkbox"/> par téléphone ou <input type="checkbox"/> par écrit	<input type="text"/>

## 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?

Indiquez, 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

<input type="checkbox"/> 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 Indiquez le nombre de semaines de grossesse à la date du retrait préventif ou de l'affectation.	Date du retrait préventif ou de l'affectation
<input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Médecin responsable de l'établissement <input type="checkbox"/> Infirmière praticienne spécialisée	Nom du médecin ou de l'infirmière praticienne spécialisée (en lettres moulées)	<input type="text"/>
	N° de permis	N° de téléphone
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Signature	<input type="text"/>	Date de remise du certificat à la travailleuse
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Suggestions 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	<input type="text"/>
Adresse		N° d'assurance maladie	<input type="text"/>
		N° d'assurance sociale	<input type="text"/>
N° de téléphone		Code postal	<input type="text"/>
Catégorie de la demande	<input type="checkbox"/> Grossesse	Date prévue de l'accouchement	<input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> Allaitement	Date de naissance de l'enfant allaité
Nature des dangers appréhendés par la travailleuse :		Signature de la travailleuse	
		<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	

## 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 <input type="text"/>
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 ou de l'infirmière consultée.	En qualité de : <input type="checkbox"/> médecin responsable de l'établissement <input type="checkbox"/> directeur de la santé publique <input type="checkbox"/> médecin ou infirmière praticienne spécialisée désigné(e)
Nom de la Direction de la santé publique	N° de téléphone
Réception du <i>Rapport de consultation</i>	Date
<input type="checkbox"/> par téléphone ou <input type="checkbox"/> par écrit	<input type="text"/>

## 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?

Indiquez, 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

<input type="checkbox"/> 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 Indiquez le nombre de semaines de grossesse à la date du retrait préventif ou de l'affectation.	Date du retrait préventif ou de l'affectation
<input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Médecin responsable de l'établissement <input type="checkbox"/> Infirmière praticienne spécialisée	Nom du médecin ou de l'infirmière praticienne spécialisée (en lettres moulées)	N° de permis
Signature		N° de téléphone
<input type="text"/>		Date de remise du certificat à la travailleuse

**Suggestions à l'employeur pour faciliter l'affectation (conditions de travail et tâches à modifier) :**

La travailleuse doit remettre ce certificat dûment rempli à son employeur. Toutefois, l'absence de suggestions faites à l'employeur n'invalide pas le certificat.

## 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.

### 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 ou l'infirmière praticienne spécialisée doit 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 ou une infirmière praticienne spécialisée 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 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 ou à l'infirmière praticienne spécialisée. 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 ou à l'infirmière praticienne spécialisée 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	<input type="text"/>
Adresse		N° d'assurance maladie	<input type="text"/>
		N° d'assurance sociale	<input type="text"/>
N° de téléphone		Code postal	<input type="text"/>
Catégorie de la demande	<input type="checkbox"/> Grossesse	Date prévue de l'accouchement	<input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> Allaitement	Date de naissance de l'enfant allaité
Nature des dangers appréhendés par la travailleuse :		Signature de la travailleuse	
		<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	

## 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 <input type="text"/>
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 ou de l'infirmière consultée.	En qualité de : <input type="checkbox"/> médecin responsable de l'établissement <input type="checkbox"/> directeur de la santé publique <input type="checkbox"/> médecin ou infirmière praticienne spécialisée désigné(e)
Nom de la Direction de la santé publique	N° de téléphone
Réception du <i>Rapport de consultation</i>	Date
<input type="checkbox"/> par téléphone ou <input type="checkbox"/> par écrit	<input type="text"/>

## 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?

Indiquez, 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

<input type="checkbox"/> 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 Indiquez le nombre de semaines de grossesse à la date du retrait préventif ou de l'affectation.	Date du retrait préventif ou de l'affectation
<input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Médecin responsable de l'établissement <input type="checkbox"/> Infirmière praticienne spécialisée	Nom du médecin ou de l'infirmière praticienne spécialisée (en lettres moulées)	N° de permis
Signature		N° de téléphone
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Date de remise du certificat à la travailleuse		<input type="text"/>

**Suggestions à l'employeur pour faciliter l'affectation (conditions de travail et tâches à modifier) :**

La travailleuse doit remettre ce certificat dûment rempli à son employeur. Toutefois, l'absence de suggestions faites à l'employeur n'invalide pas le certificat.

## 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

Téloc. : 819 762-9325

2<sup>e</sup> étage

1185, rue Germain

#### **Val-d'Or**

(Québec) J9P 6B1

Téloc. : 819 874-2522

### **Bas-Saint-Laurent**

180, rue des Gouverneurs

Case postale 2180

#### **Rimouski**

(Québec) G5L 7P3

Téloc. : 418 725-6237

### **Capitale-Nationale**

425, rue du Pont

Case postale 4900

Succursale Terminus

#### **Québec**

(Québec) G1K 7S6

Téloc. : 418 266-4015

### **Chaudière-Appalaches**

835, rue de la Concorde

#### **Lévis**

(Québec) G6W 7P7

Téloc. : 418 839-2498

### **Côte-Nord**

Bureau 236

700, boulevard Laure

#### **Sept-Îles**

(Québec) G4R 1Y1

Téloc. : 418 964-3959

235, boulevard La Salle

#### **Baie-Comeau**

(Québec) G4Z 2Z4

Téloc. : 418 294-7325

### **Estrie**

Place-Jacques-Cartier

Bureau 204

1650, rue King Ouest

#### **Sherbrooke**

(Québec) J1J 2C3

Téloc. : 819 821-6116

### **Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine**

144, boul. de Gaspé

#### **Gaspé**

(Québec) G4X 1A9

Téloc. : 418 368-0531

200, boulevard Perron Ouest

#### **New Richmond**

(Québec) G0C 2B0

Téloc. : 418 392-5406

### **Île-de-Montréal**

1, complexe Desjardins

Tour Sud, 31<sup>e</sup> étage

Case postale 3

Succursale Place-Desjardins

#### **Montréal**

(Québec) H5B 1H1

Téloc. : 514 906-3200

### **Lanaudière**

432, rue De Lanaudière

Case postale 550

#### **Joliette**

(Québec) J6E 7N2

Téloc. : 450 756-6832

### **Laurentides**

3<sup>e</sup> étage

275, rue Latour

#### **Saint-Jérôme**

(Québec) J7Z 0J7

Téloc. : 450 432-1765

### **Laval**

1700, boulevard Laval

#### **Laval**

(Québec) H7S 2G6

Téloc. : 450 668-1174

### **Longueuil**

25, boulevard La Fayette

#### **Longueuil**

(Québec) J4K 5B7

Téloc. : 450 442-6373

### **Mauricie et Centre-du-Québec**

Bureau 200

1055, boulevard des Forges

#### **Trois-Rivières**

(Québec) G8Z 4J9

Téloc. : 819 372-3286

### **Outaouais**

15, rue Gamelin

Case postale 1454

#### **Gatineau**

(Québec) J8X 3Y3

Téloc. : 819 778-8699

### **Saguenay-Lac-Saint-Jean**

Place-du-Fjord

901, boulevard Talbot

Case postale 5400

#### **Saguenay**

(Québec) G7H 6P8

Téloc. : 418 545-3543

Complexe du Parc

6<sup>e</sup> étage

1209, boulevard du Sacré-Cœur

Case postale 47

#### **Saint-Félicien**

(Québec) G8K 2P8

Téloc. : 418 679-5931

### **Saint-Jean-sur-Richelieu**

3<sup>e</sup> étage

145, boulevard Saint-Joseph

#### **Saint-Jean-sur-Richelieu**

(Québec) J3B 1W5

Téloc. : 450 359-1307

### **Valleyfield**

9, rue Nicholson

#### **Salaberry-de-Valleyfield**

(Québec) J6T 4M4

Téloc. : 450 377-8228

### **Yamaska**

2710, rue Bachand

#### **Saint-Hyacinthe**

(Québec) J2S 8B6

Téloc. : 450 773-8126

Consultez le site de la CNESST

[cnesst.gouv.qc.ca](http://cnesst.gouv.qc.ca)