

**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 qui 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-environnementale*). 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<sup>e</sup> 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<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 (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<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**  
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<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-Majean  
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, boul. 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 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	<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 Décrire :		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 <input type="text"/>

## 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 :	<input type="checkbox"/> médecin responsable de l'établissement	<input type="checkbox"/> directeur de la santé publique	<input type="checkbox"/> médecin désigné
Nom de la direction de la santé publique	N° de téléphone	<input type="text"/>		
Réception du <i>Rapport de consultation</i>	<input type="checkbox"/> par téléphone	ou	<input type="checkbox"/> par écrit	Date <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 ?

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

<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.	<b>Pour les cas de grossesse seulement</b> Indiquer le nombre de semaines de grossesse à la date du retrait préventif ou de l'affectation.	<b>Date du retrait préventif ou de l'affectation</b> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Médecin responsable de l'établissement	Nom du médecin (en lettres moulées) <input type="text"/>	N° de corporation <input type="text"/> N° de téléphone <input type="text"/>
Signature	<input type="text"/>	<b>Date de remise du certificat à la travailleuse</b> <input type="text"/>

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