

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 CSST du territoire où se trouve l'établissement où travaille votre patiente et conservez le dernier dans vos dossiers.

## AU MÉDECIN TRAITANT

**S'IL 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

Agence de la santé et des services sociaux  
du Bas-Saint-Laurent

Direction de la santé publique  
288, rue Pierre-Saindon, 2<sup>e</sup> étage  
Rimouski (Québec) G5L 9A8  
Téléphone : 418 724-5231  
Télécopieur : 418 723-3103

#### Région 06 - Montréal-centre

Agence de la santé et des services sociaux  
de Montréal

Direction de la santé publique  
1301, rue Sherbrooke Est  
Montréal (Québec) H2L 1M3  
Téléphone : 514 528-2400  
Télécopieur : 514 528-2453

#### Région 12 - Chaudière-Appalaches

Agence de la santé et des services sociaux  
de Chaudière-Appalaches

Direction de la santé publique  
363, route Cameron  
Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2  
Téléphone : 418 386-3546  
Télécopieur : 418 386-3362

#### Région 02 - Saguenay-Lac-Saint-Jean

Agence de la santé et des services sociaux  
du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Direction de la santé publique  
930, rue Jacques-Cartier Est  
Chicoutimi (Québec) G7H 7K9  
Téléphone : 418 545-4980  
Télécopieur : 418 549-9710

#### Région 07 - Outaouais

Agence de la santé et des services sociaux  
de l'Outaouais

Direction de la santé publique  
104, rue Lois  
Gatineau (Québec) J8Y 3R7  
Téléphone : 819 777-3871  
Télécopieur : 819 777-0271

#### Région 13 - Laval

Agence de la santé et des services sociaux  
de Laval

Direction de la santé publique  
800, boul. Chomedey, Tour A, 3<sup>e</sup> étage  
Laval (Québec) H7V 3Y4  
Téléphone : 450 978-2121  
Télécopieur : 450 978-2100

#### Région 03 - Capitale-Nationale

Agence de la santé et des services sociaux  
de la Capitale Nationale

Direction de la santé publique  
2400, Avenue D'Estimauville  
Beauport (Québec) G1E 7G9  
Téléphone : 418 666-7000  
Télécopieur : 418 666-2776

#### Région 08 - Abitibi-Témiscamingue

Agence de la santé et des services sociaux  
de l'Abitibi-Témiscamingue

Direction de la santé publique  
Pavillon Laramée  
1, 9<sup>e</sup> Rue  
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9  
Téléphone : 819 764-3264  
Télécopieur : 819 797-1947

#### Région 14 - Lanaudière

Agence de la santé et des services sociaux  
de Lanaudière

Direction de la santé publique  
245, rue Curé-Majeau  
Joliette (Québec) J6E 8S8  
Téléphone : 450 759-1157  
Télécopieur : 450 759-5149

#### Région 04 - Mauricie- Centre-du-Québec

Agence de la santé et des services sociaux  
de la Mauricie-Centre-du-Québec

Direction de la santé publique  
550, rue Bonaventure, 3<sup>e</sup> étage  
Trois-Rivières (Québec) G9A 2B5  
Téléphone : 819 693-3636  
Télécopieur : 819 373-1627

#### Région 09 - Côte-Nord

Agence de la santé et des services sociaux  
de la Côte-Nord

Direction de la santé publique  
691, rue Jalbert  
Baie-Comeau (Québec) G5C 2A1  
Téléphone : 418 589-9845  
Télécopieur : 418 589-8574

#### Région 15 - Laurentides

Agence de la santé et des services sociaux  
des Laurentides

Direction de la santé publique  
1000, rue Labelle, bureau 210  
Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5N6  
Téléphone : 450 436-8622  
Télécopieur : 450 436-1761

#### Région 05 - Estrie

Agence de la santé et des services sociaux  
de l'Estrie

Direction de la santé publique  
300, rue King Est, bureau 300  
Sherbrooke (Québec) J1G 1B1  
Téléphone : 819 829-3400  
Télécopieur : 819 569-8894

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

Agence de la santé et des services sociaux  
de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine

Direction de la santé publique  
205-1, boulevard de York Ouest  
Gaspé (Québec) G4X 2W5  
Téléphone : 418 368-2443  
Télécopieur : 418 368-1317

#### Région 16 - Montérégie

Agence de la santé et des services sociaux  
de la Montérégie

Direction de la santé publique  
1255, rue Beauregard  
Longueuil (Québec) J4K 2M3  
Téléphone : 450 928-6777  
Télécopieur : 450 928-3078

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 CSST 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

## 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			
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)	N° de corporation <input type="text"/>
Signature		N° de téléphone <input type="text"/>
		Date de remise du certificat à la travailleuse <input type="text"/>

**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 CSST 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 CSST. 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 grossesse et que vous désirez vous prévaloir du programme pour allaitement, 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 CSST, un seul numéro : 1-866-302-CSST (2778)

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 CSST 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 ?

Est-ce que la travailleuse est apte médicalement à faire un travail ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>IMPORTANT</b>	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 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
<input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Médecin responsable de l'établissement	Nom du médecin (en lettres moulées)	N° de corporation <input type="text"/>
Signature		N° de téléphone <input type="text"/>
<input type="text"/>		Date de remise du certificat à la travailleuse <input type="text"/>

**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 CSST 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 CSST.
- 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 CSST 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 CSST, un seul numéro : 1-866-302-CSST (2778)

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 CSST 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)	N° de corporation <input type="text"/>
Signature		N° de téléphone <input type="text"/>
<input type="text"/>		Date de remise du certificat à la travailleuse <input type="text"/>

**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 CSST de la travailleuse	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td> </tr> </table>									
Adresse	N° d'assurance maladie	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td> </tr> </table>									
N° de téléphone	N° d'assurance sociale	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td> </tr> </table>									
N° de téléphone	Code postal	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td> </tr> </table>									
Catégorie de la demande	<input type="checkbox"/> Grossesse	Date prévue de l'accouchement	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">A</td><td style="width: 25%;">A</td><td style="width: 25%;">M</td><td style="width: 25%;">J</td> </tr> </table>	A	A	M	J				
A	A	M	J								
	<input type="checkbox"/> Allaitement	Date de naissance de l'enfant allaité	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">A</td><td style="width: 25%;">A</td><td style="width: 25%;">M</td><td style="width: 25%;">J</td> </tr> </table>	A	A	M	J				
A	A	M	J								
Nature des dangers appréhendés par la travailleuse Décrire :		Signature de la travailleuse									
		<table border="1" style="width: 100%; height: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%;"> </td> </tr> </table>									
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 : <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										
Réception du <i>Rapport de consultation</i>	<input type="checkbox"/> par téléphone	ou	<input type="checkbox"/> par écrit								
	Date										
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">A</td><td style="width: 25%;">A</td><td style="width: 25%;">M</td><td style="width: 25%;">J</td> </tr> </table>	A	A	M	J						
A	A	M	J								
D - Rapport médical											
Selon vous, quelles sont les <b>conditions de travail</b> comportant des <b>dangers physiques</b> 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 ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>IMPORTANT</b>								
		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 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								
<input type="checkbox"/> Médecin traitant	<input type="checkbox"/> Médecin responsable de l'établissement	Nom du médecin (en lettres moulées)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td> </tr> </table>								
		N° de corporation	N° de téléphone								
Signature		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">A</td><td style="width: 25%;">A</td><td style="width: 25%;">M</td><td style="width: 25%;">J</td> </tr> </table>	A	A	M	J	Date de remise du certificat à la travailleuse				
A	A	M	J								
		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">A</td><td style="width: 25%;">A</td><td style="width: 25%;">M</td><td style="width: 25%;">J</td> </tr> </table>	A	A	M	J	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td> </tr> </table>				
A	A	M	J								
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 CSST. 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 CSST de la travailleuse	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Adresse	N° d'assurance maladie	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	N° d'assurance sociale	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
N° de téléphone	Code postal	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Catégorie de la demande <input type="checkbox"/> Grossesse	Date prévue de l'accouchement <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Allaitement	Date de naissance de l'enfant allaité <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
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 style="width: 40px;" 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 style="width: 60px;" 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 style="width: 100%;" type="text"/>		
Réception du <i>Rapport de consultation</i> <input type="checkbox"/> par téléphone ou <input type="checkbox"/> par écrit		Date <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
D - Rapport médical			
Selon vous, quelles sont les <b>conditions de travail</b> comportant des <b>dangers physiques</b> 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 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<b>IMPORTANT</b>	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.	
		Date du retrait préventif ou de l'affectation <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Médecin traitant	<input type="checkbox"/> Médecin responsable de l'établissement	Nom du médecin (en lettres moulées)	N° de corporation <input style="width: 40px;" type="text"/>
		N° de téléphone <input style="width: 60px;" type="text"/>	
Signature		Date de remise du certificat à la travailleuse	
		<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
Suggestion(s) à l'employeur pour faciliter l'affectation (conditions de travail et tâches à modifier).			

## Directions régionales de la Commission de la santé et de la sécurité du travail

Pour joindre la CSST, un seul numéro :  
1 866 302-CSST (2778)

### **Abitibi-Témiscamingue**

33, rue Gamble Ouest  
**Rouyn-Noranda**  
(Québec) J9X 2R3  
Télec. : 819 762-9325

2<sup>e</sup> étage  
1185, rue Germain

**Val-d'Or**  
(Québec) J9P 6B1  
Télec. : 819 874-2522

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

180, rue des Gouverneurs  
Case postale 2180

**Rimouski**  
(Québec) G5L 7P3  
Télec. : 418 725-6237

### **Capitale-Nationale**

425, rue du Pont  
Case postale 4900  
Succursale Terminus

**Québec**  
(Québec) G1K 7S6  
Télec. : 418 266-4015

### **Chaudière-Appalaches**

835, rue de la Concorde  
**Saint-Romuald**  
(Québec) G6W 7P7  
Télec. : 418 839-2498

### **Côte-Nord**

Bureau 236  
700, boulevard Laure  
**Sept-Îles**  
(Québec) G4R 1Y1  
Télec. : 418 964-3959

235, boulevard La Salle

**Baie-Comeau**  
(Québec) G4Z 2Z4  
Télec. : 418 294-7325

### **Estrie**

Place-Jacques-Cartier  
Bureau 204  
1650, rue King Ouest  
**Sherbrooke**  
(Québec) J1J 2C3  
Télec. : 819 821-6116

### **Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine**

163, boulevard de Gaspé  
**Gaspé**  
(Québec) G4X 2V1  
Télec. : 418 368-7855

200, boulevard Perron Ouest

**New Richmond**  
(Québec) G0C 2B0  
Télec. : 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  
Télec. : 514 906-3200

### **Lanaudière**

432, rue De Lanaudière  
Case postale 550

**Joliette**  
(Québec) J6E 7N2  
Télec. : 450 756-6832

### **Laurentides**

6<sup>e</sup> étage  
85, rue De Martigny Ouest  
**Saint-Jérôme**  
(Québec) J7Y 3R8  
Télec. : 450 432-1765

### **Laval**

1700, boulevard Laval  
**Laval**  
(Québec) H7S 2G6  
Télec. : 450 668-1174

### **Longueuil**

25, boulevard La Fayette  
**Longueuil**  
(Québec) J4K 5B7  
Télec. : 450 442-6373

### **Mauricie et Centre-du-Québec**

Bureau 200  
1055, boulevard des Forges  
**Trois-Rivières**  
(Québec) G8Z 4J9  
Télec. : 819 372-3286

### **Outaouais**

15, rue Gamelin  
Case postale 1454  
**Gatineau**  
(Québec) J8X 3Y3  
Télec. : 819 778-8699

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

Place-du-Fjord  
901, boulevard Talbot  
Case postale 5400  
**Chicoutimi**  
(Québec) G7H 6P8  
Télec. : 418 545-3543

Complexe du Parc  
6<sup>e</sup> étage  
1209, boulevard du Sacré-Cœur  
Case postale 47

**Saint-Félicien**  
(Québec) G8K 2P8  
Télec. : 418 679-5931

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

145, boulevard Saint-Joseph  
Case postale 100  
**Saint-Jean-sur-Richelieu**  
(Québec) J3B 6Z1  
Télec. : 450 359-1307

### **Valleyfield**

9, rue Nicholson  
**Salaberry-de-Valleyfield**  
(Québec) J6T 4M4  
Télec. : 450 377-8228

### **Yamaska**

2710, rue Bachand  
**Saint-Hyacinthe**  
(Québec) J2S 8B6  
Télec. : 450 773-8126

Bureau 102  
26, place Charles-De Montmagny  
**Sorel-Tracy**  
(Québec) J3P 7E3  
Télec. : 450 746-1036