

SÉNAT

SECONDE SESSION ORDINAIRE DE 1977-1978

Annexe au procès-verbal de la séance du 6 juin 1978.

RAPPORT

FAIT

Au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi portant diverses mesures en faveur de la maternité.

(Urgence déclarée.)

Par M. Michel MOREIGNE,

Sénateur.

(1) *Cette commission est composée de : MM. Robert Schwint, président ; Jacques Henriot, Bernard Lemarié, Hector Viron, vice-présidents ; Hubert d'Andigné, Roland du Luart, Jean Mézard, André Rabineau, secrétaires ; Jean Amelin, Hamadou Barkat Gourat, Jean Béranger, Noël Berrier, André Bohl, Louis Boyer, Jean-Pierre Cantegrit, Jean Chérioux, Michel Crucis, Georges Dagonia, Michel Darras, Jean Desmarests, Pierre Gamboa, Marcel Gargar, Jean Gravier, Marceau Hamecher, Michel Labèguerie, Edouard Le Jeune, Roger Lise, Pierre Louvot, Serge Mathieu, Marcel Mathy, André Méric, Henri Moreau, Michel Moreigne, Jean Natali, Mme Rolande Perlican, MM. Jean-Jacques Perron, Guy Robert, Victor Robini, Pierre Sallenave, Albert Sirgue, Marcel Souquet, Bernard Talon, Henri Terré, René Touzet, Georges Treille, Jean Varlet, Jacques Verneuil.*

Voir le numéro :

Sénat : 383 (1977-1978).

Famille. — Adoption - Congé postnatal - Femmes - Protection maternelle et infantile - Travail des femmes - Sécurité sociale - Stérilité - Code du travail - Code de la sécurité sociale.

SOMMAIRE

	Pages
AVANT-PROPOS	
L'évolution de la démographie française reste préoccupante	4
1° l'accroissement démographique	4
2° la natalité	4
I. — LES AIDES A LA FAMILLE	5
Le maintien et la revalorisation	5
A. — les prestations familiales restent indispensables	5
B. — les dispositions « familiales » prénatales	5
<i>Travail féminin et maternité</i>	6
a) le taux d'activité professionnelle des femmes	6
b) la femme enceinte et le droit du travail	6
c) l'efficacité de ces dispositions protectrices	7
— l'absentéisme	8
— l'usage du congé prénatal	9
C. — la durée du congé de maternité à l'étranger	9
D. — l'allongement et l'aménagement du congé de maternité	10
1) les intentions du Gouvernement	10
2) le présent projet de loi	10
3) le coût de l'allongement du congé postnatal	11
4) les perspectives	11
E. — le problème des exploitantes agricoles et des professions indépendantes ..	11
1) les travailleuses non-salariées	11
2) les exploitantes agricoles	12
II. — L'AMÉLIORATION DE LA PRÉVENTION PÉRINATALE	13
A. — la situation française en matière de périnatalité	13
B. — la prévention périnatale : textes et insuffisances	14
1) la surveillance prénatale	14
2) la surveillance postnatale	14
C. — les objectifs d'une protection périnatale améliorée	15
1) le programme finalisé « périnatalité » du VI ^e Plan	15
2) l'application du programme d'action prioritaire n° 14 du VII ^e Plan.	15
a) les soins dispensés aux femmes enceintes pour motif lié à la grossesse	15
b) l'hospitalisation des nouveau-nés jusqu'à un mois	16
c) le problème de la prise en charge complète des soins donnés à domicile aux nouveau-nés	16
d) évaluation du coût de ces mesures	17

	Pages
III. — LE TRAITEMENT DE LA STÉRILITÉ	18
A. — le déficit des naissances résultant de la stérilité des couples	18
B. — la prise en charge du traitement de la stérilité	18
1) la définition du traitement	19
2) l'étendue du traitement : la prise en charge de l'insémination artificielle	19
a) <i>l'insémination artificielle considérée comme traitement de la stérilité</i>	19
b) <i>les diverses formules d'insémination artificielle</i>	20
c) <i>les progrès attendus de la prise en charge</i>	20
d) <i>le coût de la mesure</i>	21
 EXAMEN DES ARTICLES	 22
 TABLEAU COMPARATIF	 28
 TRAVAUX DE LA COMMISSION	 34
— Audition de Mme Simone Veil	34
— Examen du projet	39
 CONCLUSION	 42
 ANNEXES	 45

MESDAMES, MESSIEURS,

L'évolution de la démographie française reste préoccupante en dépit d'un retournement favorable de la tendance observé à la fin de 1975 dans notre pays. Sans qu'on puisse se prononcer sur les tendances « lourdes » à venir, il faut relever une situation inquiétante.

1. En matière d'*accroissement démographique*, la France devait compter, au début de l'année 1978, 53,2 millions d'habitants et on y a enregistré environ 745.000 naissances en 1977, soit 30.000 de plus qu'en 1976.

Néanmoins, le taux de croissance démographique annuelle est descendu à 3,1 pour 1.000 en 1976, alors qu'il se situait entre 7 et 9,6 pour 1.000 entre 1967 et 1973 ; ce chiffre est particulièrement significatif puisque, pour la première fois, le solde migratoire avec l'extérieur a été nul en 1976.

2. En ce qui concerne la *natalité*, si l'année 1977 est marquée par une nette reprise par rapport aux deux années précédentes, on y compte pourtant 132.400 naissances de moins qu'en 1972.

Le nombre moyen de naissances par femme en âge de procréer s'établissait à 1,7 en 1977, 1,83 en 1976, 1,92 en 1975 et 2,10 en 1974, c'est-à-dire que, depuis 1974, cet indice est descendu au-dessous du seuil de remplacement des générations, évalué à 2,10 enfants par femme dans les conditions actuelles de la mortalité.

Ainsi, avec la chute rapide de la fécondité observée depuis 1973, la France se trouve, un peu plus tard que ses voisins occidentaux, à un niveau de natalité particulièrement bas qui n'assure pas, à terme, le simple renouvellement de la population.

Si la fécondité des couples était demeurée sans changement depuis l'année 1964 où elle a commencé sa stabilisation, la France connaîtrait un million d'enfants de plus qui manquent déjà au marché intérieur et qui manqueront bientôt pour assurer le progrès social.

Enfin, il est impossible de ne pas être frappé par le parallélisme entre la progression démographique constante observée de 1945 à 1964, d'une part, et la croissance économique et le progrès social, d'autre part.

Ainsi, toutes les mesures en faveur de la famille devraient être prises pour redresser et conforter la tendance, encore timidement esquissée, de la courbe des naissances.

I. — LES AIDES A LA FAMILLE

Le dispositif d'*aides à la famille* mis en place depuis longtemps et perfectionné depuis dans notre pays, place la France en bon rang parmi les nations parvenues à un niveau de développement économique et social analogue.

A. — LES PRESTATIONS FAMILIALES

Le maintien et la revalorisation du système des *prestations familiales* reste indispensable.

En outre, le ministre de la Santé et de la Famille préconisait, le 23 mai 1978, à l'Assemblée nationale le développement des prestations familiales spécifiques telles que l'allocation de rentrée scolaire ou les prestations liées à la situation de la mère de famille.

B. — Cette action familiale générale est également déjà complétée par un *dispositif plus ponctuel* qui prend en considération les réalités économiques et sociales du moment et qui prend en compte la maternité de la femme située dans un milieu professionnel et social déterminé.

Le travail généralisé des femmes est, en effet, devenu une réalité et de nombreuses dispositions assurent déjà la protection de la femme enceinte dans le monde du travail et la compatibilité de son état avec une activité professionnelle.

En outre, la surveillance de la grossesse fait déjà l'objet d'une réglementation avancée.

Le présent projet de loi tend néanmoins à renforcer cette législation existante, afin de concilier l'activité professionnelle des femmes et le désir qu'elles ont d'avoir des enfants.

Travail féminin et maternité.

Depuis la fin du siècle dernier, on s'est aperçu du rôle nocif du travail des femmes sur la réussite de leur grossesse et en particulier sur la fréquence de la prématurité. Adolphe Pinard, en France, a été un précurseur en ce domaine et des enquêtes comme celle du professeur Robert Debré, en 1933, pour la Société des Nations, ont bien montré qu'il y avait d'autant plus de prématurés que les femmes enceintes sont citadines, qu'elles travaillent hors de chez elles et qu'elles sont mal surveillées.

Les études récentes menées, notamment par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (I.N.S.E.R.M.) et le Comité pour le travail féminin, ont également montré l'influence des conditions de travail sur le déroulement et l'issue de la grossesse, qu'il s'agisse de travaux manuels pénibles ou même « tertiaires », influence encore aggravée par les conditions de transport et de déplacement, notamment dans les agglomérations importantes.

a) *Le taux d'activité professionnelle des femmes.*

A l'issue d'une enquête sur l'emploi, en 1976, l'I.N.S.E.E. indiquait, pour les femmes, les taux d'activité suivants :

— moins de 18 ans	6,7 %
— 18 à 24 ans	60,4 %
— 25 à 39 ans	60,2 %
— 40 à 49 ans	55,3 %
— 50 à 59 ans	48,1 %
— 60 ans et plus	9,4 %

Pour l'année en cause, sur un peu plus de 12,5 millions de salariés du secteur privé, près de 4,6 millions étaient des femmes, qui ont donné naissance à environ 250.000 enfants. La maternité ne toucherait donc que 2,02 % de l'ensemble des salariés du secteur privé.

b) *La femme en état de grossesse et le droit du travail.*

— La femme enceinte, aux termes de l'article L. 122-26 du Code du travail, a le droit de suspendre son contrat de travail pendant une période qui commence six semaines avant la date présumée de l'accouchement et se termine huit semaines après celui-ci, période portée respectivement au maximum à huit semaines avant et douze semaines après si un état pathologique de grossesse est constaté.

— La femme en état de grossesse apparente peut résilier sans préavis son contrat de travail et cette résiliation ne donne pas lieu au paiement de l'indemnité de brusque rupture prévue à l'article L. 122-32 du Code du travail.

— L'employeur ne peut pas prendre en considération l'état de grossesse d'une femme pour résilier son contrat de travail au cours d'une période d'essai ou prononcer une mutation d'emploi (art. L. 122-25 du Code du travail).

— L'employeur ne peut résilier le contrat de travail d'une salariée en état de grossesse médicalement constaté pendant une période de douze semaines suivant l'accouchement (art. L. 122-25 du Code du travail) sauf faute grave non liée à son état.

— Aucun licenciement ne peut être signifié pendant le congé légal de maternité (art. L. 122-27 du Code du travail).

— Les salariées ne peuvent être employées pendant une période de huit semaines au total et moins de deux semaines avant l'accouchement.

— Les salariées touchent, pendant leur congé légal de maternité, des indemnités journalières représentant, en fait, 90 % de leur salaire.

— Pendant une année à compter du jour de la naissance, les mères allaitant leurs enfants disposent, à cet effet, d'une heure par jour pendant les heures de travail (art. L. 224-2 et 3 du Code du travail).

— A l'expiration du congé de maternité ou d'adoption, la salariée d'une entreprise de plus de deux cents salariés, a droit à un congé parental d'éducation de deux années pendant lequel le contrat de travail est suspendu (loi n° 77-766 du 12 juillet 1977).

— Enfin, de nombreuses dispositions réglementaires et accords résultant de conventions collectives prévoient des mesures spécifiques tendant à concilier l'état de grossesse et le travail des femmes : ainsi, les conventions collectives de certaines branches indemnisent les visites prénatales, prévoient un congé de maternité plus important que celui accordé par la loi, instituent des dispositions concernant l'aménagement des heures de début et de fin du travail, en réduisant sa durée et prévoyant des pauses pendant la durée de la grossesse.

c) L'efficacité de ces dispositions protectrices.

Aux termes de la réglementation décrite plus haut, à l'occasion d'une naissance, la salariée peut donc bénéficier d'un congé de maternité de quatorze semaines, qui peut être porté à vingt semaines si son état pathologique le nécessite.

Les quatorze semaines sont indemnisées à raison de 90 % du salaire et les six semaines « pathologiques » sont indemnisées comme la maladie à 50 %. En outre, beaucoup de conventions collectives prévoient que le chef d'entreprise verse une indemnité différentielle pour maintenir à l'assurée la totalité de son salaire.

Par ailleurs, la loi du 11 juillet 1975, en modifiant l'article L. 298 du Code de la sécurité sociale, permet d'attribuer sur prescription médicale, pendant deux semaines supplémentaires précédant l'accouchement, l'indemnité journalière de repos équivalant à 90 % du salaire.

En pratique, ces deux semaines supplémentaires accordées par certificat médical sont considérées fréquemment comme un droit, et portent ainsi, avant le texte examiné par le Sénat, le congé de maternité à seize semaines.

L'ABSENTÉISME

Il coûterait à la sécurité sociale, pour l'ensemble des entreprises et des salariés, environ 10 milliards de francs par an, dont 7,1 pour la maladie, 1,9 pour les accidents du travail et seulement 1,5 pour la maternité (1).

En outre, la maternité ne représenterait que 18 % de l'absentéisme féminin dans les entreprises.

Une enquête réalisée dans la région lyonnaise sur un échantillon de 600 femmes enceintes révèle que les arrêts de travail pour maladie des salariées en état de grossesse interviennent dans la proportion suivante :

— pas d'arrêt	46 %
— un arrêt	34 %
— deux arrêts	15 %
— trois arrêts	4 %

Ces arrêts sont surtout concentrés sur le troisième trimestre de la grossesse.

(1) Source : *Année économique et sociale du Monde*.

L'USAGE DU CONGÉ PRÉNATAL

D'après les résultats de l'enquête précitée, les femmes salariées prennent un congé prénatal :

- de moins de six semaines dans 22,3 % des cas et enregistrent dans ce groupe un taux de prématurité de 10 % ;
- de six semaines dans 30 % des cas ;
- de sept à douze semaines dans 31 % des cas ;
- de plus de douze semaines dans 15 % des cas.

Ainsi, 46 % des femmes prennent-elles plus de sept semaines de congé prénatal et 15 % doublent-elles leur congé. Cette enquête révèle donc que les congés de maladie constituent, en fait, la solution de facilité pour les employeurs et les salariées enceintes, et seulement 3,7 % des femmes sur lesquelles a porté l'étude bénéficient d'une mutation de poste de travail, souvent difficile à mettre en œuvre, sur la demande du médecin du travail, ce chiffre faible étant compensé par des diminutions du temps de travail intervenant dans 20 % des cas.

C. — LA DURÉE DU CONGÉ DE MATERNITÉ A L'ÉTRANGER

Les législations étrangères sont parfois plus généreuses que la loi française en ce qui concerne la durée du congé alloué et surtout les indemnités accordées durant cette période :

- Autriche 16 semaines.
- Italie 20 semaines.
- Norvège 18 semaines.
- Grande-Bretagne jusqu'à 40 semaines, mais les versements d'indemnités sont limités à 18 semaines.
- Suède chaque couple est autorisé à prendre un congé payé de neuf mois à la naissance d'un enfant et la mère peut prendre son congé au plus tôt huit semaines avant l'accouchement ; après celui-ci, le père et la mère se partagent le congé à leur gré.
- Espagne 14 semaines.
- U.R.S.S. 16 semaines.
- Tchécoslovaquie 26 semaines.

- R.D.A. 26 semaines.
- Hongrie 20 semaines + 4 semaines supplémentaires en cas d'accouchement anormal.
- Pologne 18 semaines.
- Roumanie 16 semaines.

Ces références étrangères (1) montrent bien que les congés pour maternité peuvent être étendus, spécialement en cas de grossesse pathologique.

Cependant, le coût de leur allongement, pour la collectivité, devrait aussi inciter les pouvoirs publics à rechercher des formules d'adaptation possible des tâches pour les femmes enceintes : horaires variables, emploi à temps partiel.

Par ailleurs, il ne faudrait pas que des aménagements discriminatoires imposés aux employeurs pour l'emploi des femmes ou des périodes de congé pour maternité peu en rapport avec les nécessités de la gestion industrielle, commerciale ou administrative à apprécier selon la taille des entreprises et la branche d'activité, aient pour effet de susciter un handicap à l'emploi des femmes.

D. — L'ALLONGEMENT ET L'AMÉNAGEMENT DU CONGÉ DE MATERNITÉ

1. Les intentions du Gouvernement.

Le Premier ministre a prévu, l'augmentation de la durée du congé de maternité de trois mois. Ce supplément pourra être obtenu sous diverses formes : congés continus ou fractionnés, réduction de la durée hebdomadaire du travail, crédits d'heures à utiliser au cours des quatre années qui suivent la maternité.

2. Le présent projet de loi.

Le projet de loi déposé sur le Bureau du Sénat constitue donc, sur ce plan, une étape. Il allonge la durée du congé intervenant après l'accouchement de deux semaines en le faisant passer de huit à dix semaines. La durée maximale du congé de maternité passerait donc de quatorze à seize semaines et à dix-huit semaines en cas de grossesse pathologique.

La durée du congé d'adoption serait portée à seize semaines pour des raisons évidentes, tendant à favoriser l'épanouissement des familles et faciliter l'insertion sociale de l'enfant adopté.

(1) *Statistiques communiquées par le Comité du travail féminin.*

Si cet allongement du congé postnatal de deux semaines peut être considéré comme une mesure satisfaisante prolongeant notamment la présence de la mère auprès de l'enfant et permettant le développement de l'allaitement maternel, il reste que les problèmes prénataux sus-dénoncés de la salariée enceinte ne sont pas, sur ce plan, réglés par le projet soumis à l'examen du Sénat.

3. Le coût de l'allongement du congé postnatal.

Cette mesure coûterait environ 490 millions de F au régime général, à l'Etat et aux collectivités locales qui devront pourvoir au remplacement des femmes en congé.

Cependant, les employeurs craignent que ces mesures ne viennent aggraver le déficit de l'assurance maladie, augmentant ainsi le taux de leurs cotisations, et demandent que les charges sociales des entreprises soient maintenues à leur taux atteint en 1977 pour les années à venir.

4. Les perspectives.

La situation de la salariée enceinte devra être revue par voie législative et sans doute dans le sens d'une différenciation par nature d'activité ; l'allongement de la durée du congé prénatal, s'il est souhaitable, devrait être modulé en fonction de la pénibilité des tâches accomplies, les conventions collectives pouvant encore affiner les aménagements souhaitables en fonction des particularités de chaque branche d'activité.

E. — LE PROBLÈME DES EXPLOITANTES AGRICOLES ET DES ÉPOUSES D'ARTISANS ET DE COMMERÇANTS

1) LES TRAVAILLEUSES NON-SALARIÉES.

D'après une enquête réalisée par l'Institut national d'études démographiques (I.N.E.D.) portant sur un échantillon de 2.000 femmes ayant eu un enfant dans l'année précédente, 10 % parmi celles-ci déclarent ne pas avoir arrêté leur activité avant l'accouchement en raison de leur activité de travailleuse indépendante, dans le secteur de l'artisanat, du commerce et de l'agriculture.

Il faut, en outre, dénoncer la faible protection dont bénéficient certaines catégories de femmes, comme certaines travailleuses à domicile qui peuvent se voir proposer des contrats de travail à durée déterminée renouvelés selon le bon vouloir de leur employeur.

Leur statut devrait instituer une amélioration de leurs droits et la condamnation de telles pratiques.

2) LES EXPLOITANTES AGRICOLES.

Répondant à la mesure n° 50 du programme « 101 mesures pour les femmes » élaboré par le secrétariat d'Etat à la Condition féminine en 1976, la loi de finances pour 1977 a institué, en faveur des **exploitantes agricoles**, une allocation de remplacement en cas de maternité.

Cependant, cette allocation qui concerne 75 % des frais de remplacement pour une durée maximale de quatorze jours avec un plafond de 200 F par jour est loin d'aligner la situation des exploitantes agricoles sur celle des salariées.

Le Gouvernement devrait donc prendre l'engagement de modifier par voie réglementaire le décret du 27 juin 1977 qui fixe la durée maximale de remplacement, actuellement de quatorze jours, et d'allonger cette période en tenant compte évidemment des réalités et des contraintes de l'exploitation agricole de nature familiale.

Les épouses de commerçants et d'artisans devraient faire l'objet de mesures analogues.



Si le projet de loi qui est soumis au Sénat pour examen ne comporte, dans son premier volet, que des mesures postnatales tendant à allonger la durée du congé suivant l'accouchement, son deuxième volet tend à améliorer l'état prénatal de la mère et à assurer une surveillance plus poussée du nouveau-né.

II. — L'AMÉLIORATION DE LA PRÉVENTION PÉRINATALE

Une véritable politique familiale ne doit pas seulement susciter les naissances et ensuite aider les familles. Elle doit aussi, avant et après la naissance, renforcer la surveillance médicale de la mère d'une part, du nouveau-né d'autre part, au moyen d'une politique de prévention peu coûteuse comparée à la prise en charge ultérieure par la collectivité de handicaps très graves tout au long de la vie.

Cette prévention périnatale est d'autant plus importante qu'elle devrait permettre de réduire certaines inégalités constatées sur ce plan entre catégories socio-professionnelles et entre régions.

A. — LA SITUATION FRANÇAISE EN MATIÈRE DE PÉRINATALITÉ

Jusqu'à une date récente, les accouchements compliqués ou les grossesses non menées à bien étaient considérés comme inévitables et inhérents à la nature des choses ; la notion de sélection naturelle était utilisée par l'homme pour expliquer ses échecs ; elle illustrait en même temps la position d'infériorité de la femme, sans respect pour sa dignité, sa souffrance et l'enfant qu'elle allait mettre au monde. On tenait pour normal les fausses couches, la perte d'enfants, la naissance de handicapés et la mort de la femme en couches.

Alors que la mortalité infantile a été considérablement réduite grâce à la généralisation des vaccinations et aux progrès enregistrés en matière d'hygiène, la mortalité périnatale n'a été que peu réduite jusqu'à ces dernières années. Celle-ci résulte soit de la mortinatalité lorsque la mère accouche d'un enfant mort « in utero » après le 180^e jour de gestation, soit de la mortalité néonatale qui survient dans les huit jours après la naissance.

Le domaine de la périnatalité est particulièrement propice aux accidents : sur environ 750.000 naissances annuelles, 120.000 femmes ont des grossesses à risques, sans parler de nombreuses fausses couches spontanées, et ces 120.000 femmes doivent être particu-

lièrement surveillées et bénéficiers de la sécurité à la naissance ; la vie de l'enfant, comme l'intégrité de son cerveau, doivent être assurées.

Sur 80.000 naissances prématurées en France, 15.000 enfants meurent, mais sur les 65.000 qui vivent, on compte plusieurs milliers de handicapés définitifs.

Cette mortalité périnatale est un bon indice représentatif des conditions socio-économiques et médicales d'un pays. Elle est de 11 ‰ en Suède, contre 19 à 23 ‰ en France, en Allemagne fédérale et aux Etats-Unis. Elle pourrait diminuer dans notre pays, par des examens très simples qui pourraient réduire de moitié les handicaps de naissance résultant d'une surveillance insuffisante : par exemple, une hypertension non contrôlée de la mère peut tuer un fœtus ou le rendre arriéré. La prématurité pourrait être réduite si les femmes exerçant une activité professionnelle étaient suivies régulièrement.

B. — LA PRÉVENTION PÉRINATALE PRÉVUE PAR LES TEXTES ET SES INSUFFISANCES

1. La surveillance prénatale.

Elle est déterminante pour réduire la venue au monde d'enfants prématurés. La loi fixe à quatre le nombre de consultations prénatales obligatoires qui seront prises en charge à 100 % par la Sécurité sociale, alors qu'en Suède le nombre de consultations pendant la période de grossesse dépasse la fréquence d'une par mois.

Pourtant, la multiplication de ces examens pourrait être l'occasion de moments privilégiés de participation et d'information pour la future mère puisque 15 % des femmes enceintes ne satisfont pas aux obligations légales d'examen. Ainsi, l'augmentation du nombre légal de consultations prénatales pourrait-elle être intégrée dans une politique d'ensemble de la périnatalité.

2. La surveillance postnatale : la loi du 15 juillet 1970.

La loi de 1970 sur la périnatalité concerne en particulier le dépistage des inadaptations de l'enfant par des examens approfondis à huit jours, neuf mois et vingt-quatre mois. Ces examens donnent lieu à l'établissement d'un certificat de santé obligatoire, permettant d'établir un fichier d'enfants « à risques » qui seront particulièrement surveillés et précocement rééduqués.

C. — LES OBJECTIFS D'UNE PROTECTION PÉRINATALE AMÉLIORÉE

L'objectif est de prévenir les décès ou handicaps et tend à supprimer les disparités constatées entre les catégories socio-professionnelles au moyen d'actions précises devant produire des effets polyvalents avec un coût modique.

Ainsi, la prévention périnatale doit-elle choisir et concentrer ses efforts sur des lieux et des endroits critiques, sur des familles cumulant les handicaps, viser les groupes fragiles et les familles à risques élevés qui devraient faire l'objet d'une prévention médico-sociale systématique et permettre à terme la diminution des dépenses de soins.

1. La mise en œuvre du programme finalisé « périnatalité » du VI^e Plan.

Le taux de mortalité périnatale de 23,4 ‰ enregistré en 1970 a été ramené à 19,1 ‰ en 1974 et un objectif de 18 ‰ avait été fixé pour 1980. Il paraît possible d'atteindre le taux de 14 ‰ en 1980, c'est-à-dire le niveau suédois observé en 1973.

Ce programme visait également à réduire les inégalités régionales en matière de prévention et à lutter contre la mortalité néonatale tardive, c'est-à-dire de huit jours à un mois.

Enfin, l'action périnatale devait être renforcée dans ses aspects néonatalogiques et élargie à des dimensions médico-sociales et psycho-sociales.

2. La mise en œuvre du programme d'action prioritaire n° 14 en faveur d'une nouvelle politique de la famille du VII^e Plan.

Ce programme, outre les actions en matière de personnels médicaux et paramédicaux, doit permettre la mise en place d'une surveillance de longue durée des nouveau-nés à haut risque et surtout organiser la prise en charge des soins liés à la grossesse et à la naissance qui est l'objet du présent projet de loi.

a) *Les soins dispensés aux femmes enceintes pour motif lié à la grossesse.*

Tous les soins donnés aux femmes enceintes pendant les quatre derniers mois de la grossesse seront, aux termes du projet de loi examiné, pris en charge intégralement par la Sécurité sociale.

Il était, en effet, extrêmement délicat de ne retenir la prise en charge que pour les grossesses dites « à risques », en raison des difficultés de définition médicale du risque, et des problèmes psychologiques liés à l'application de cette notion.

Cette période de quatre mois a été retenue comme période durant laquelle surviennent les hospitalisations les plus nombreuses et où les risques d'accouchement prématuré doivent être combattus. En outre, c'est la période qui donne lieu aux dépenses les plus lourdes liées à la grossesse.

Quant aux examens prénataux pratiqués avant le quatrième mois précédant l'accouchement, seuls les examens obligatoires sont pris en charge à 100 %. Compléter la liste actuelle de ces examens relèverait du domaine réglementaire.

b) L'hospitalisation des nouveau-nés jusqu'à un mois.

Cette disposition du projet de loi reprend également une proposition du programme d'action prioritaire n° 14.

La prise en charge à 100 % des soins donnés aux nouveau-nés hospitalisés était jusqu'ici réservée aux prématurés ; en étaient donc exclus près de 10.000 enfants présentant une pathologie néonatale aiguë hospitalisés dans un centre ou une unité spécialisée mais qui n'étaient pas prématurés.

Cette mesure permettrait donc de faire disparaître ces discriminations particulièrement lourdes pour les familles étant donné les prix de journée pratiqués dans les services sophistiqués de pédiatrie.

Enfin, les soins ultérieurs coûteux, qui seraient dispensés aux nouveau-nés, après une période dont la durée sera fixée par décret en Conseil d'Etat, entreraient dans les autres modalités d'application de l'article L. 286-1 du Code de la sécurité sociale (hospitalisation supérieure à un mois ou maladie et coûteuse).

c) Le problème de la prise en charge complète des soins donnés à domicile à l'occasion de la grossesse et de la naissance.

Il est certain que la gratuité des soins prodigués dans le cadre de l'hospitalisation pour la mère, d'une part, et le nouveau-né, d'autre part, devrait constituer une incitation puissante à l'hospitalisation, ce qui peut n'être que bénéfique en matière de pathologie néonatale grave.

Il est permis néanmoins de se demander si le remboursement des soins prodigués au nouveau-né, à domicile, ne devrait pas également être pris en charge à 100 %, parce qu'il pourrait constituer, notamment dans des milieux défavorisés ou dans certaines régions, une incitation, par cette médecine gratuite, à faire appel au médecin

de famille dans un domaine où la rapidité de diagnostic est essentielle et où la prévention est déterminante.

En outre, cette limitation à la seule hospitalisation ne correspond pas à l'opinion émise notamment par les pédiatres et les néonatalogistes, qui insistent actuellement sur l'inopportunité de l'hospitalisation, lorsque les soins peuvent être donnés dans le milieu familial.

Enfin, cette disposition restrictive pourrait inciter certains parents à faire hospitaliser leur nouveau-né pour éviter de supporter le ticket modérateur.

d) *L'évaluation du coût de ces mesures de prise en charge de l'hospitalisation de la mère et du nouveau-né.*

Les services de la Direction du budget ont évalué à 210 millions de francs la prise en charge complète des soins prodigués à la femme enceinte au cours des quatre mois précédant l'accouchement.

L'hospitalisation des nouveau-nés jusqu'à un mois pour des motifs de pathologie néonatale, autres que les prématurés, soit environ 10.000 nouveau-nés par an, coûterait environ 12 millions de francs à la Sécurité sociale.

*
**

Les deux séries de mesures relatives à l'allongement du congé postnatal et à la prise en charge des dépenses d'hospitalisation et de soins liées à la naissance apparaissent complémentaires du point de vue de la natalité et devraient inciter, d'une part, les femmes à désirer des enfants tout en conservant leur activité professionnelle, d'autre part à leur éviter, autant que faire se peut, les handicaps initiaux d'une grossesse difficile ou d'une naissance à terme délicate pour l'enfant.

Il serait, en outre, possible, en prenant en charge les dépenses de lutte contre la stérilité, de « gagner » un nombre de naissances utiles pour le pays mais aussi et surtout désirées par des couples stériles.

III. — LE TRAITEMENT DE LA STÉRILITÉ

A. — LE DÉFICIT DES NAISSANCES RÉSULTANT DE LA STÉRILITÉ DES COUPLES

Sur environ 400.000 mariages qui sont célébrés chaque année, 40.000 couples n'ont pas d'enfant, soit volontairement, soit, pour une plus grande proportion, du fait de la stérilité d'un des conjoints.

Dans un tiers des cas de stérilité conjugale, celle-ci est, de façon exclusive ou prédominante, d'origine féminine ; dans un autre tiers, ce sont des déficiences légères de la fécondité de l'homme et de la femme qui s'additionnent pour aboutir à la stérilité ; le dernier tiers est le fait d'anomalies de la spermatogenèse.

Enfin, le déficit des naissances imputable à la stérilité masculine se situerait entre 25.000 et 30.000 par an.

B. — LA PRISE EN CHARGE DES DÉPENSES DE TRAITEMENT DE LA STÉRILITÉ

Alors que le législateur a consacré, par une loi, pour la femme, la possibilité d'interrompre volontairement sa grossesse (1), il est apparu équitable, à l'inverse, de faire prendre en charge complètement les dépenses de traitement de la stérilité.

C'est l'objet du troisième volet du projet de loi qui est soumis à l'examen du Sénat.

Celui-ci devrait permettre de résoudre partiellement les problèmes qui ne peuvent être réglés par l'adoption : en effet, les 7.000 demandes d'adoption enregistrées chaque année ne peuvent être satisfaites faute d'enfants à adopter.

(1) L'application de la loi du 17 janvier 1975 a entraîné, pour l'ensemble de l'année 1976, 133.926 interruptions volontaires de grossesse qui correspondent à 12,5 avortements pour 1.000 femmes de 15 à 44 ans et à 18,7 avortements pour 100 naissances, taux comparables à ceux observés en 1974 en Angleterre (11,5 et 17,6), en Suède (19,2 et 28,5), au Danemark (24,3 et 34,4) (7^e rapport sur la situation démographique de la France - I.N.E.D. - février 1978).

1. La définition du traitement.

Il n'existe que très peu de possibilités de traitement médical d'anomalies de la spermatogenèse, alors que bon nombre de stérilités d'origine féminine relèvent de traitements médicamenteux.

Il reste que les examens et investigations relatifs au diagnostic de la stérilité sont souvent longs et coûteux pour la femme qui s'y soumet et que ceux-ci peuvent décourager nombre de femmes insuffisamment motivées et disposant de revenus modestes puisqu'elles doivent acquitter un ticket modérateur sur des dépenses importantes.

Il est donc essentiel que le projet de loi prenne en charge aussi bien les dépenses d'investigation permettant de constater un état de stérilité que le traitement lui-même.

L'exonération pourrait résulter de l'application de la procédure de l'article L. 293 qui prévoit les traitements de longue durée ; l'examen périodique prévu par le médecin traitant et le médecin conseil des assurances sociales permettrait de s'entourer des garanties nécessaires.

2. L'étendue du traitement : la prise en charge du traitement de la stérilité au moyen de l'insémination artificielle.

On enregistre chaque année environ 2.500 demandes d'insémination artificielle et, sur 1.500 qui sont effectivement réalisées, 500 connaissent une réussite.

Par ailleurs, le programme d'action prioritaire n° 14 prévoyait que le fonctionnement des Centres d'études et de conservation du sperme (C.E.C.O.S.) devrait être assuré par des moyens financiers appropriés.

Il y a donc, sur ce problème, une réalité sociale que les pouvoirs publics ne sauraient méconnaître.

a) *L'insémination artificielle envisagée comme traitement de la stérilité.*

Une conception restrictive pourrait conduire à écarter l'insémination artificielle comme moyen de traitement s'appliquant à une personne normale.

Cependant, la notion de stérilité conjugale doit plutôt être prise en compte et, ainsi, l'insémination artificielle devrait donc être considérée comme un traitement de la stérilité parmi d'autres.

Il y aurait lieu de modifier le Code de la santé publique afin de conférer aux C.E.C.O.S. l'exclusivité de la prise en charge du traitement de la stérilité conjugale par insémination artificielle.

b) Les diverses formules d'insémination artificielle.

Des progrès récents sont intervenus dans le domaine de l'*insémination artificielle intraconjugale* (I.A.C.), c'est-à-dire permettant à des couples jusque-là stériles d'avoir des enfants « issus de père et mère ».

Les limites à l'emploi de l'I.A.C. sont d'ordre médical d'une part, et psychologique d'autre part.

C'est seulement dans certains cas d'hypostérilité masculine que l'I.A.C. peut être utilisée, c'est-à-dire qu'environ 20 % des stérilités masculines peuvent relever de ce procédé.

Le C.E.C.O.S. de Bicêtre ne traite qu'une centaine de couples par an avec cette méthode et chacun des treize autres centres similaires qu'une dizaine de cas dans le même temps.

L'I.A.C. ne peut également s'adresser qu'à des couples très fortement motivés, en raison de la longueur et de la pénibilité des examens qui doivent préciser le diagnostic et affirmer la fécondabilité de la femme.

Les résultats en sont pourtant aléatoires puisque les chances de succès ne représentent globalement qu'environ 50 % des cas traités, avec des contraintes de traitement très lourdes et des problèmes psychologiques souvent mal supportés par les couples concernés.

En fait, bien des facteurs interviennent, et au premier chef l'âge de la femme. Le succès dépend aussi d'une certaine constance en cas d'échec dans les premiers cycles. Ainsi, le taux de succès peut-il atteindre près de 70 % si l'on considère le groupe des femmes âgées de moins de trente ans et ayant persisté plus de six cycles.

L'hétéro-insémination.

Cette méthode est celle qui présente les problèmes psychologiques les plus aigus, l'enfant n'étant alors, du point de vue génétique, que celui de la mère.

Elle représente, en outre, sur le plan du droit, une réalité ignorée par le législateur, notamment dans la loi du 3 janvier 1972 qui a modifié le droit de la filiation sans prendre en compte le phénomène nouveau de l'insémination artificielle.

c) Les progrès attendus de la prise en charge.

La prise en charge de l'insémination artificielle au même titre que celle des traitements de la stérilité, outre ses aspects incitatifs

et financiers, devrait tendre à réduire les résistances et les obstacles d'ordre psychologique dressés en face de ces méthodes.

La suppression du ticket modérateur en cette matière devrait permettre de « gagner » quelques milliers de naissances par an et de résoudre le problème d'un certain nombre de couples stériles qui ne peut être réglé par l'adoption.

d) *Le coût de la mesure.*

— *Données relatives au coût des examens et des traitements de la stérilité.*

— explorations de base	450 à 500 F.
— examens plus complexes	250 à 300 F.
— interventions chirurgicales	780 F.
— explorations radiologiques (pour l'homme)	260 F.
— traitement par I.A.C. (par séance)	117 F.
— intervention d'un donneur (quatre à cinq doses sont généralement administrées)	800 à 1.000 F.

Le coût de l'exonération du ticket modérateur pour le diagnostic et le traitement de la stérilité est estimé de 22 à 25 millions de francs, sans prise en charge du traitement au moyen de l'insémination artificielle.



EXAMEN DES ARTICLES

Article premier.

Le premier article modifie l'article L. 298 du Code de la sécurité sociale en portant de huit à dix semaines le congé postnatal auquel a droit l'assurée. Il porte ainsi la durée totale du congé de maternité de l'assurée de quatorze à seize semaines, dans tous les cas, même si l'accouchement a lieu avant la date présumée.

En cas de grossesse pathologique, la durée du congé de maternité sera ainsi portée de seize semaines à dix-huit semaines.

Enfin, l'article premier du projet aligne la durée du congé d'adoption, institué par l'article 9 de la loi n° 76-617 du 9 juillet 1976, sur celle du congé postnatal susvisé, afin de faciliter notamment l'insertion sociale et familiale de l'enfant adopté.

Ces dispositions constituent une étape vers la réalisation des mesures annoncées par le Premier ministre, qui tendraient à augmenter la durée du congé de maternité de trois mois sous des formes diverses, fractionnées et étalées.

Cet allongement du congé postnatal complète le deuxième alinéa de l'article L. 298 qui institue, lui, un allongement du congé prénatal en cas d'état pathologique de la future mère, sur prescription médicale.

Ces dispositions sont ainsi de nature à concilier de manière plus satisfaisante les impératifs du travail des femmes et de la maternité, en assurant notamment à la mère et à l'enfant une meilleure situation médicale et familiale.

Il apparaît pourtant que le congé postnatal pourrait être allongé plus encore dans deux cas afin de tenir compte de situations familiales particulièrement dignes d'intérêt : les naissances gémellaires et multiples, qui présentent pour la mère un surcroît de travail évident d'une part, les prématurés et les nouveau-nés qui ne rejoignent le domicile familial qu'après une période d'hospitalisation, d'autre part.

Il serait donc souhaitable que le congé postnatal de ces mères puisse courir, sinon dès la fin de l'hospitalisation du nouveau-né, du moins à l'expiration d'une période fixée par décret en Conseil d'Etat.

Ces deux articles font donc l'objet d'un amendement que la Commission a adopté et qui complète donc l'article premier.

Article 2.

Cet article étend les durées d'indemnisation fixées par l'article L. 298 du Code de la sécurité sociale, aux assurés relevant des régimes spéciaux visés à l'article L. 3 et au titre IV du Livre VI du Code de la sécurité sociale ou du régime des assurances sociales agricoles.

Ces régimes spéciaux ne se voient pas en effet appliquer automatiquement toutes les modifications intervenant dans le régime général. L'article 2 étend donc à ces régimes et à celui des militaires les durées d'indemnisation fixées dans le régime général.

La référence au titre VI du Livre VI du Code de la sécurité sociale, concernant les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, a été insérée dans cet article du fait d'une erreur contenue dans l'original du projet de loi déposé sur le Bureau du Sénat.

Article 3.

I. — Cet article modifie l'article L. 122-25-2 du Code du travail, en portant de douze à quatorze semaines la durée pendant laquelle l'employeur ne peut résilier le contrat de travail d'une salariée en état de grossesse médicalement constaté.

Cet article est la conséquence de l'article premier du projet de loi et il modifie les dispositions du droit du travail relatives à la résiliation du contrat de travail en tenant compte de l'allongement du congé postnatal.

Il vous est demandé d'adopter cet article amendé comme l'article premier, pour prendre en compte la situation des accouchements multiples ou des naissances d'enfants dont l'état nécessite une hospitalisation.

II. — Il vous est proposé par ailleurs, par un amendement au deuxième alinéa de l'article L. 122-25-2 du Code du travail, de lever une ambiguïté de rédaction audit article.

Ce texte a pour objet de protéger la femme enceinte contre un licenciement décidé par l'employeur dès qu'il a connaissance fortuitement de l'état de sa salariée.

Il donne un délai de huit jours à celle-ci pour produire le certificat médical de constatation de son état, annulant de plein droit le licenciement.

La rédaction du deuxième alinéa de l'article L. 122-25-2 est malheureusement incomplète, puisqu'elle n'envisage que le seul cas où la constatation de la grossesse est postérieure à la notification du licenciement. D'autres hypothèses peuvent se produire, par

exemple lorsque l'état de grossesse est constaté médicalement, que l'entrepreneur l'apprend fortuitement, et immédiatement procède au licenciement. Dans ce cas, le deuxième alinéa de l'article L. 122-25-2 ne pourrait s'appliquer puisque le certificat médical est antérieur au licenciement.

Ainsi, une interprétation restrictive de la disposition en cause pourrait conduire au rejet de la requête d'une salariée qui aura fait constater son état avant la notification qui lui serait faite de son licenciement ; cette interprétation ne correspond manifestement pas à la volonté du législateur. La solution proposée consiste à supprimer toute référence à la date de constatation de la grossesse.

La seule exigence maintenue consisterait à aviser officiellement l'employeur de l'état de grossesse dans les huit jours suivant la notification du licenciement.

Tel est l'amendement adopté par la Commission et qui modifie le second alinéa de l'article L. 122-25-2 du Code du travail.

Article 4.

Cet article, en application de l'allongement de deux semaines du congé postnatal fixé par l'article premier, porte de huit semaines à dix semaines après la date de l'accouchement la durée, pendant laquelle la femme a le droit de suspendre le contrat de travail qui la lie à son employeur, fixée à l'article L. 122-26 du Code du travail.

En cas d'état pathologique résultant de la grossesse ou des couches, la période de suspension supplémentaire du contrat de travail nécessitée par cet état pathologique reste au maximum fixée à huit semaines ayant la date présumée de l'accouchement, mais est portée de douze à quatorze semaines après la date de celui-ci.

Cet article modifie ensuite le second alinéa de l'article L. 122-26 du Code du travail et porte de quatorze à seize semaines la période de suspension du contrat de travail, même lorsque l'accouchement a lieu avant la date présumée.

Enfin, cet article porte de huit à dix semaines la période de suspension du contrat de travail, à l'arrivée d'un enfant adopté dans un foyer.

Cet article est représentatif du compromis actuellement réalisable entre les contraintes des entreprises et la nécessité de protéger la maternité de la femme au travail. On notera que l'allongement du congé postnatal fixé par le projet correspond à une pratique observée par les salariées qui ont plutôt tendance à compresser la durée de leur congé prénatal et à étendre la période post-

natale de celui-ci afin notamment de mieux se consacrer à leur enfant.

Il nous paraît difficile dans le même temps de proposer un allongement du congé prénatal pour la femme en état de grossesse, ce qui serait évidemment souhaitable sur le plan de la santé des mères et des nouveau-nés à naître, mais constituerait, dans l'état actuel du marché du travail, un handicap sérieux à l'emploi des femmes et ainsi se retournerait contre elles.

En outre, il n'est pas certain que l'allongement du congé de maternité, de manière continue, soit la formule la plus satisfaisante et la plus désirée par les salariées qui désirent avoir et élever un enfant : des formules plus souples (aménagement des temps de présence, et allongement du congé de maternité réparti sur plusieurs années) constitueraient sans doute des formules d'avenir, comme celles annoncées par le Premier ministre (allongement de trois mois réparti sur quatre années).

Nous vous proposons ainsi de prolonger de deux semaines le seul congé postnatal, entraînant toutes les conséquences sus-décrites dans le droit du travail, en notant bien qu'il ne s'agit là que d'une étape.

La Commission vous demande donc d'adopter l'article 4 du projet amendé par les deux dispositions relatives aux accouchements multiples et aux naissances d'enfants dont l'état nécessite une hospitalisation.

Article 5.

Cet article indique la date d'entrée en vigueur des quatre articles précités, qui ne demandent pas de mesures d'application complexes, et qui entreront donc en vigueur le 1^{er} octobre 1978.

La Commission a adopté cet article sans modification.

Article 6.

Cet article complète la liste des cas d'exonération du ticket modérateur fixés par l'article L. 286-1-I du Code de la sécurité sociale, qui limite ou supprime la participation de l'assuré dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

1° L'article 6 supprime ainsi un 10° à l'article L. 286-1-I la participation de l'assuré pour tous les *soins donnés aux femmes enceintes* pendant les quatre derniers mois de la grossesse.

La Commission ne peut qu'approuver la mesure qui tend à favoriser pour la femme salariée l'accès aux soins pendant la dernière

partie de la grossesse. En effet, pendant les quatre derniers mois, surviennent les hospitalisations les plus nombreuses et c'est à ce moment que les risques d'accouchement prématurés doivent être combattus. Comme il était médicalement impossible de définir la grossesse « à risque » et psychologiquement difficile de l'appliquer aux futures mères, tous les soins et les traitements prodigués aux femmes enceintes pendant les quatre derniers mois de la grossesse seront pris en charge à 100 %, que les soins aient été dispensés à domicile ou au cours de l'hospitalisation.

2° Il institue également par un 11° à l'article L. 286-1-I une prise en charge à 100 % des soins donnés aux nouveau-nés jusqu'à un âge qui sera fixé par décret en Conseil d'Etat.

La rédaction de l'article 6 du projet pour le 11° de l'article L. 286-1, I du Code de la sécurité sociale paraît insuffisante à la Commission car ne seraient prises en charge que les dépenses d'hospitalisation des nouveau-nés jusqu'à un âge qui sera fixé en Conseil d'Etat (vraisemblablement un mois).

Il serait souhaitable, afin notamment de détecter (le plus précocement possible) toutes les pathologies néonatales qui pourraient survenir, d'organiser une prise en charge intégrale des dépenses médicales de traitement des nouveau-nés, même si ce traitement a lieu à domicile, pendant la période de gratuité des soins d'hospitalisation.

Cette gratuité de la médecine à domicile pour le nouveau-né pendant une période limitée, bien loin de s'opposer à l'hospitalisation du nouveau-né lorsque celle-ci s'imposera, devrait améliorer encore la prévention néonatale en incitant les assurés à faire très rapidement appel à un praticien qui pourra décider de l'hospitalisation du nouveau-né dans les meilleurs délais, ce qui ne pourrait qu'améliorer encore la prévention périnatale.

Enfin, cette gratuité de la médecine néonatale à domicile, pendant une période limitée, devrait avoir un caractère particulièrement incitatif d'une part, auprès des familles défavorisées présentant de hauts risques en matière de périnatalité, et d'autre part, dans certaines régions défavorisées et relativement pauvres en équipements périnataux.

Sous le bénéfice de ces observations, la Commission a adopté le 10°, complétant l'article L. 286-1, I du Code de la sécurité sociale, ainsi qu'au 11°, l'amendement organisant la prise en charge de toutes les dépenses résultant des soins donnés aux nouveau-nés pendant une période qui sera fixée par décret en Conseil d'Etat, que ces soins aient été dispensés ou non à l'occasion de leur hospitalisation.

3° L'article 6 du projet de loi organise enfin dans un 12°, qui complète l'article L. 286-1, I du Code de la sécurité sociale, la prise en charge des investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et du traitement de celle-ci.

Cette disposition devrait permettre de résoudre partiellement le problème des couples actuellement stériles et qui ne trouvent pas avec l'adoption le remède à leur situation.

L'exonération du ticket modérateur pour des dépenses d'investigation et de traitement particulièrement longues et coûteuses, notamment pour des couples modestes, devrait développer le traitement de la stérilité en France, qu'elle soit d'origine masculine ou féminine.

Cette notion de stérilité et de traitement doit aussi être appréciée par rapport au couple et non par rapport à la femme ou à l'homme considérés isolément.

En outre, la difficulté de traitement des stérilités masculines, conduit à faire entrer l'insémination artificielle dans les modes de traitement.

Enfin, l'importance du facteur psychologique en ce domaine conduit à conférer l'exclusivité de la prise en charge complète de ces traitements aux Centres d'études et de conservation du sperme (C.E.C.O.S.) qui respectent des règles de fonctionnement supposant une certaine approche déontologique et morale de l'insémination artificielle.

Sans pouvoir, par ce projet de loi, assurer à ces centres un statut légal et des règles de fonctionnement qui devraient être fixés par un prochain texte soumis au Parlement, la Commission a adopté l'article 6, 12° du projet complété par un amendement qui précise que l'insémination artificielle fait partie des traitements de la stérilité et que celle-ci ne sera exonérée du ticket modérateur que dans les seuls C.E.C.O.S.

Article 7.

Cet article applique les cas de prise en charge examinés à l'article 6, aux régimes spéciaux visés à l'article L. 3 et aux titres IV (militaires) et VI (praticiens et personnels médicaux) du Livre VI du Code de la sécurité sociale.

Cette prise en charge sera en outre étendue par décret aux professions indépendantes non agricoles.

La Commission a adopté cet article sans modification.

TABLEAU COMPARATIF

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
Code de la sécurité sociale.	Article premier.	Article premier.
<p>Art. L. 298. — Six semaines avant la date présumée de l'accouchement et huit semaines après celui-ci, l'assurée reçoit une indemnité journalière de repos à condition de cesser tout travail salarié durant la période d'indemnisation et au moins pendant huit semaines.</p>	<p>Le premier alinéa de l'article L. 298 du Code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	<p>Alinéa sans modification. « Pendant...</p>
<p>L'indemnité journalière de repos peut également être attribuée sur prescription médicale pendant une période supplémentaire n'excédant pas deux semaines et dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>« Pendant une période qui débute six semaines avant la date présumée de l'accouchement et se termine dix semaines après l'accouchement, l'assurée reçoit une indemnité journalière de repos, à condition de cesser tout travail salarié durant la période d'indemnisation et au moins pendant huit semaines. Quand l'accouchement a lieu avant la date présumée, la période d'indemnisation de seize semaines n'est pas réduite. »</p>	<p>... réduite. Cette période est prolongée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat en cas d'accouchement multiple ou de naissance d'un enfant dont l'état nécessite une hospitalisation. »</p>
<p>L'indemnité journalière de repos est également accordée à la femme assurée à qui un service départemental d'aide sociale à l'enfance ou une œuvre d'adoption autorisée confie un enfant en vue de son adoption. Elle est due pendant huit semaines au plus à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer, à la condition que l'intéressée cesse tout travail salarié durant la période d'indemnisation.</p>	<p>Au troisième alinéa du même article, le mot « huit » est remplacé par le mot « dix ».</p>	Alinéa sans modification.
Loi n° 76-617 du 9 juillet 1976.	Art. 2.	Art. 2.
<p>Art. 10. — Toute femme salariée relevant d'un régime obligatoire d'assurance maternité autre que le régime général, à qui un service départemental d'aide sociale ou une œuvre d'adoption autorisée confie un enfant en vue de son adoption, a droit, pendant huit semaines au plus à compter de l'arrivée de l'enfant à son</p>	<p>Les durées d'indemnisation fixées par l'article L. 298 du Code de la sécurité sociale s'appliquent, sauf disposition plus favorable, aux assurées qui relèvent de l'un des régimes spéciaux visés à l'article L. 3 et aux titres IV et VI du Livre VI du Code de la sécurité sociale ou du régime des assurances sociales agricoles.</p>	Sans modification.

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

foyer et à condition de cesser tout travail salarié pendant la période d'indemnisation, à des prestations égales à celles qui, dans ce régime, sont accordées à la mère pendant la partie du congé de maternité postérieure à l'accouchement.

L'article 10 de la loi n° 76-617 du 9 juillet 1976 est modifié en conséquence.

Code du travail.

Art. 3.

Art. 3.

Le premier alinéa de l'article L. 122-25-2 du Code du travail est rédigé ainsi qu'il suit :

I. — Le premier...

... suit :

Art. L. 122-25-2. — Aucun employeur ne peut résilier le contrat de travail d'une salariée lorsqu'elle est en état de grossesse médicalement constatée et pendant une période de douze semaines suivant l'accouchement ou pendant la période du congé d'adoption prévu à l'article L. 122-26. Toutefois et sous réserve d'observer les dispositions de l'article L. 122-27, il peut résilier le contrat s'il justifie d'une faute grave de l'intéressée, non liée à l'état de grossesse, ou de l'impossibilité où il se trouve, pour un motif étranger à la grossesse, à l'accouchement ou à l'adoption, de maintenir ledit contrat.

« Aucun employeur ne peut résilier le contrat de travail d'une salariée lorsqu'elle est en état de grossesse médicalement constatée et pendant une période de quatorze semaines suivant l'accouchement ou pendant la période du congé d'adoption prévu à l'article L. 122-26. Toutefois, et sous réserve d'observer les dispositions de l'article L. 122-27, il peut résilier le contrat s'il justifie d'une faute grave de l'intéressée, non liée à l'état de grossesse, ou de l'impossibilité où il se trouve, pour un motif étranger à la grossesse, à l'accouchement ou à l'adoption, de maintenir ledit contrat. »

« Aucun employeur...

... à l'article L. 122-26, cette période étant prolongée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat en cas d'accouchement multiple ou de naissance d'un enfant dont l'état nécessite une hospitalisation. Toutefois...

... ledit contrat. »

Si un licenciement est notifié avant la constatation médicale de la grossesse ou dans les huit jours qui précèdent l'arrivée au foyer d'un enfant placé en vue de son adoption, la salariée peut, dans un délai de huit jours à compter de la notification du licenciement, justifier de son état ou de sa situation par l'envoi, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, d'un certificat médical ou d'une attestation délivrée par le service départemental d'aide sociale à l'enfance ou l'œuvre d'adoption autorisée qui a procédé au placement. Le licenciement se trouve de ce fait annulé sauf s'il est prononcé pour un des motifs justifiant, par application de l'alinéa précédent, la résiliation du contrat de travail.

Les dispositions des précédents alinéas ne font pas obstacle à l'échéance du contrat de travail à durée déterminée.

II. — Le second alinéa de l'article L. 122-25-2 du Code du travail est ainsi rédigé :

« Sauf s'il est prononcé pour un des motifs justifiant, par application de l'alinéa précédent, la résiliation du contrat de travail, le licenciement d'une salariée est annulé si, dans un délai de huit jours à compter de sa notification, l'intéressée envoie à son employeur par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, soit un certificat médical justifiant qu'elle est en état de grossesse, soit une attestation justifiant l'arrivée à son foyer, dans un délai de huit jours, d'un enfant placé en vue de son adoption ; cette attestation est délivrée par le service départemental d'aide sociale à l'enfance ou l'œuvre d'adoption autorisée qui procède au placement. »

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L. 122-26. — La femme a le droit de suspendre le contrat de travail pendant une période qui commence six semaines avant la date présumée de l'accouchement et se termine huit semaines après la date de celui-ci. Si un état pathologique, attesté par certificat médical comme résultant de la grossesse ou des couches, le rend nécessaire, la période de suspension est augmentée de la durée de cet état pathologique sans pouvoir excéder huit semaines avant la date présumée de l'accouchement et douze semaines après la date de celui-ci.

Quand l'accouchement a lieu avant la date présumée, la période de suspension du contrat de travail pourra être prolongée jusqu'à l'accomplissement des quatorze semaines de suspension du contrat auxquelles la salariée a droit.

La femme à qui un service départemental d'aide sociale à l'enfance ou une œuvre d'adoption autorisée confie un enfant en vue de son adoption a le droit de suspendre le contrat de travail pendant une période de huit semaines au plus à dater de l'arrivée de l'enfant à son foyer.

Dans le cas où pendant sa grossesse la femme a fait l'objet d'un changement d'affectation dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article L. 122-25-1, elle est réintégrée dans l'emploi occupé avant cette affectation lorsqu'elle reprend son travail à l'issue de la période de suspension définie au présent article.

Art. 4.

Les trois premiers alinéas de l'article L. 122-26 du Code du travail sont remplacés par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 122-26.* — La femme a le droit de suspendre le contrat de travail pendant une période qui commence six semaines avant la date présumée de l'accouchement et se termine dix semaines après la date de celui-ci. Si un état pathologique attesté par certificat médical comme résultant de la grossesse ou des couches le rend nécessaire, la période de suspension est augmentée de la durée de cet état pathologique sans pouvoir excéder huit semaines avant la date présumée de l'accouchement et quatorze semaines après la date de celui-ci.

« Quand l'accouchement a lieu avant la date présumée, la période de suspension du contrat de travail pourra être prolongée jusqu'à l'accomplissement des seize semaines de suspension du contrat auxquelles la salariée a droit.

« La femme à qui un service départemental d'aide sociale à l'enfance ou une œuvre d'adoption autorisée confie un enfant en vue de son adoption a le droit de suspendre le contrat de travail pendant une période de dix semaines au plus à dater de l'arrivée de l'enfant au foyer. »

Art. 5.

Les dispositions des articles premier à 4 ci-dessus entreront en vigueur à compter du 1^{er} octobre 1978.

Art. 4.

Alinéa sans modification.

Alinéa sans modification.

Alinéa sans modification.

« *La période de suspension est prolongée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat en cas d'accouchement multiple ou de naissance d'un enfant dont l'état nécessite une hospitalisation.*

Alinéa sans modification.

Art. 5.

Sans modification.

Texte en vigueur

Code de la sécurité sociale.

Texte du projet de loi

Art. 6.

L'article L. 286-1 (I) du Code de la sécurité sociale est complété ainsi qu'il suit :

Propositions de la Commission

Art. 6.

Alinéa sans modification.

Art. L. 286-1. (Ord. n° 67-707 du 21 août 1967.) I. — La participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, dans les cas suivants :

1° Lorsque, à l'occasion d'une hospitalisation ou au cours d'une période de temps déterminée, la dépense demeurant à la charge de l'intéressé dépasse un certain montant.

2° Lorsque l'état du bénéficiaire justifie la fourniture d'un appareil appartenant à une catégorie déterminée par le dit décret, pour les frais d'acquisition de l'appareil.

3° Lorsque le bénéficiaire a été reconnu atteint d'une des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste établie par décret après avis du haut comité médical. — *V. infra*, Ann. III (§ A), Décr. n° 74-362 du 2 mai 1974.

(L. n° 68-698 du 31 juillet 1968). — 4° Lorsque le bénéficiaire a été reconnu par le contrôle médical atteint d'une affection non inscrite sur la liste mentionnée ci-dessus, et comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. — *V. infra*, p. 369, Décr. n° 69-132 du 6 février 1969.

5° Lorsque l'assuré est titulaire de l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité au titre d'un avantage vieillesse. » — Les dispositions du § 1 sont applicables aux bénéficiaires des législations sociales agricoles (Décr. n° 67-922 du 19 octobre 1967, art. 1°).

6° Lorsque le bénéficiaire est un enfant ou adolescent handicapé pour les frais couverts au titre de l'article L. 283-a-1.

7° Lorsque l'assuré est hébergé dans un établissement visé à l'article 3 de la loi n° 75535 du 10 juin 1975.

8° Lorsque l'assuré est hébergé dans une unité ou un centre de long séjour

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

visé aux articles 52-1 ou 52-3 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970.

9° Lorsque l'assuré bénéficie de soins paramédicaux dispensés dans le cadre d'une action médico-sociale de maintien à domicile par les institutions mentionnées au 1° de l'article premier de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975.

« 10° lorsqu'une femme est en état de grossesse, pendant une période qui débute quatre mois avant la date présumée de l'accouchement et se termine à la date où l'accouchement a lieu ;

« 11° pour l'hospitalisation des nouveau-nés jusqu'à un âge qui sera fixé par décret en Conseil d'Etat ;

« 12° pour les investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et pour le traitement de la stérilité. »

Alinéa sans modification.

11° Lorsque le bénéficiaire est un nouveau-né, jusqu'à un âge fixé par décret en Conseil d'Etat, pour les frais couverts au titre de l'article L. 283 a du Code de la sécurité sociale.

« 12° pour les investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et pour le traitement de celle-ci, y compris au moyen de l'insémination artificielle pratiquée dans les centres d'études et de conservation du sperme (C.E.C.O.S.). »

II. — La participation des bénéficiaires des dispositions des articles L. 255 (§ 1), L. 317 et L. 353 du Code de la sécurité sociale peut, en ce qui concerne les frais engagés pour eux-mêmes, être limitée ou supprimée dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Une mesure analogue peut être prévue pour les ayants droit des bénéficiaires des dispositions de l'article L. 255 (§ 1) du Code de la sécurité sociale.

Art. 7.

Art. 7.

L'article 6 ci-dessus s'applique, sauf dispositions plus favorables, aux personnes qui relèvent de l'un des régimes spéciaux visés à l'article L. 3 et aux titres IV et VI du Livre VI du Code de la sécurité sociale.

Sans modification.

Le bénéfice de cet article sera étendu par décret en Conseil d'Etat aux personnes qui relèvent du régime de l'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés de professions non agricoles.

Art. L. 3. — Parmi celles jouissant déjà d'un régime spécial, le 6 octobre 1945, de-

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

meurent provisoirement soumises à une organisation spéciale de sécurité sociale, les branches d'activité ou entreprises énumérées par règlement d'administration publique. — V. *infra*. Décr. 8 juin 1946, art. 61.

Des décrets établissent pour chaque branche d'activité ou entreprises visées à l'alinéa précédent une organisation de sécurité sociale dotée de l'ensemble des attributions définies à l'article L. premier. Cette organisation peut comporter l'intervention de l'organisation générale de la Sécurité sociale pour une partie des prestations.

Les administrateurs des organismes de sécurité sociale relevant des régimes spéciaux sont désignés par voie d'élection à la représentation proportionnelle suivant les modalités définies pour chacun de ces régimes.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Au cours d'une première réunion qui s'est tenue le 6 juin 1978, la Commission a procédé à l'audition de Mme Veil, ministre de la Santé et de la Famille.

— Mme Veil a tout d'abord indiqué que ce projet de loi, portant diverses mesures en faveur de la maternité, rassemblait un ensemble de mesures étendant la protection sanitaire et sociale des familles pendant les périodes pré et postnatales. Il renforce la protection spécifique de la mère dans le cadre de l'assurance maternité, assure une meilleure couverture médicale de la grossesse et devrait, dans le cadre du programme « périnatalité » du VII^e Plan, favoriser un épanouissement normal du nouveau-né, en permettant à la mère de s'occuper plus longtemps de son enfant après la naissance.

Le projet enfin traite de la situation des couples sans enfants en organisant la prise en charge du traitement de la stérilité.

Cette action s'inscrit dans la ligne de l'allocution prononcée par le Président de la République lors des derniers « entretiens de Bichat ».

Mme Veil a ensuite exposé les quatre séries de mesures contenues dans le projet.

— Le congé postnatal sera porté à dix semaines, et à douze semaines en cas de grossesse pathologique. Dans le même temps, le congé d'adoption découlant de la loi de 1976 sera allongé de deux semaines. Le coût de cette mesure devrait atteindre 490 millions en 1979. Mme Veil a précisé que cet allongement se situait dans la ligne du programme de Blois prévoyant que le congé de maternité serait allongé de trois mois selon des formules d'aménagement diverses, afin, notamment, de ne pas susciter de réactions défavorables de la part des employeurs à l'égard de l'emploi féminin.

— Le Ministre a signalé ensuite que le projet organisait la prise en charge des soins liés à la grossesse dans les quatre mois qui précèdent l'accouchement. Ce dispositif répond à la nécessité de couvrir les cas de grossesses à risques. Néanmoins, devant la difficulté de les définir avec précision et les problèmes d'application psychologique aux futures mères, il a été décidé que toutes les dépenses médicales

seraient intégralement prises en charge pendant la période la plus importante de la grossesse.

— Puis, Mme Veil a exposé le troisième volet du projet relatif à la prise en charge des dépenses d'hospitalisation pour tous les nouveau-nés pendant une durée qui sera fixée par décret en Conseil d'Etat.

Elle a rappelé que la prise en charge existait déjà pour les prématurés et que, pour supprimer la discrimination entre les familles, toutes les pathologies néonatales allaient être prises en charge ; cela constitue une mesure particulièrement favorable pour les familles modestes, étant donné les tarifs élevés des services hospitaliers traitant les nouveau-nés.

— Mme Veil a enfin exposé que le quatrième volet du projet consistait en la prise en charge totale du diagnostic et du traitement de la stérilité. Elle a insisté sur la volonté du Gouvernement de donner à cette disposition la plus large application en raison notamment du coût élevé du diagnostic et du traitement de la stérilité. Elle a précisé qu'aucun bénéficiaire potentiel de cette disposition ne sera écarté et que le traitement par l'insémination artificielle serait inclus dans la prise en charge. Elle a conclu en souhaitant que ce projet puisse assurer une meilleure protection sanitaire et sociale des familles et qu'il corresponde aux vœux du Sénat.

Après l'exposé de Mme Veil, une discussion s'est instaurée à laquelle ont pris part plusieurs commissaires.

M. Moreigne, rapporteur du texte, a signalé que ce projet rencontrait l'assentiment des membres de la Commission. Il a remarqué que l'allongement du congé de maternité alignait, en ce domaine, la France sur des pays comme l'Autriche et l'U.R.S.S. S'agissant de la perspective officiellement annoncée d'allongement à trois mois de la durée dudit congé, il a estimé souhaitable d'en faire connaître sans retard l'échéancier de réalisation.

Sur le paragraphe 11° du texte proposé dans l'article 6 du projet de loi pour compléter l'article L. 286-1 du Code de la sécurité sociale, il a demandé au Ministre jusqu'à quel âge le nouveau-né hospitalisé pourrait être pris en charge et si les soins dispensés à domicile au nouveau-né pourraient également bénéficier de l'exonération du ticket modérateur. *Il a aussi demandé que soit augmentée la durée du congé de remplacement pour les épouses d'exploitants agricoles.* Il a enfin évoqué le problème juridique de l'insémination artificielle qui devrait être mis à l'étude afin d'éviter notamment les désaveux de paternité.

M. Mézard s'est déclaré satisfait des dispositions de ce texte et a rappelé qu'il avait été le rapporteur du projet de loi relatif à l'inter-

ruption volontaire de grossesse. Il a estimé que la prise en charge du traitement de la stérilité pouvait se révéler délicat du fait de la distinction difficile à établir entre les examens gynécologiques et ceux tendant à reconnaître une stérilité. Il a souligné, par contre, l'avantage psychologique qu'il y avait à lier les deux notions.

Il a ensuite abordé la question de la stérilité masculine et de l'insémination artificielle. Il a rappelé à cette occasion qu'un groupe de travail fonctionnait au Sénat sur ce sujet et a signalé, en cette matière, le vide juridique de la loi de 1972 sur la filiation. Il a rappelé qu'aux termes d'un arrêt de la Cour de Montpellier, rendu en 1976, les C.E.C.O.S. (Centres d'études et de conservation du sperme), les médecins y exerçant et les enfants nés à la suite d'une insémination artificielle, étaient dans une situation illégale.

Pour M. Mézard, l'encouragement au traitement de la stérilité par insémination artificielle serait de nature à régler le problème des couples désirant avoir des enfants et que le faible nombre d'enfants adoptés ne peut résoudre.

Il a indiqué que 1.500 à 2.000 naissances par insémination artificielle avaient eu lieu depuis quatre ans grâce au C.E.C.O.S. Il a également insisté pour que soient supprimés les centres clandestins d'insémination qui procèdent à une rétribution scandaleuse des donneurs ; il a estimé que le produit devrait être facturé à son prix de revient comprenant traitement et conservation, aux environs de 250 F

M. Boyer a signalé que le projet ne comportait aucune disposition visant la prise en charge des examens sur l'hérédité des familles à problèmes.

M. Gravier a demandé si les mesures de prise en charge prévues à l'article 6 du projet seraient étendues aux exploitants agricoles.

M. Chérioux s'est déclaré favorable aux dispositions du projet mais a exposé au Ministre le cas des accouchements qui ne sont pas pris en charge en raison du non-respect des consultations prénatales légales.

M. Henriet, tout en approuvant le projet, a estimé que le traitement de la stérilité ne permettrait d'obtenir des résultats positifs que dans 20 % des cas. Il serait plus utile selon lui d'organiser des consultations de génétique dans les centres de protection maternelle et infantile et dans les maternités. Pour M. Henriet, il ne faut pas oublier, parmi les causes majeures de stérilité, les maladies vénériennes ; elles sont en recrudescence et déterminent des stérilités d'autant plus durables que leur traitement est tardif. Il a par ailleurs rappelé qu'un congrès de sexologie, qui s'est tenu à Montréal en 1976, a dénoncé les méthodes contraceptives chimiques comme causes de stérilité définitive.

Il a enfin souhaité que la méthode d'accouchement dite « a-traumatique » soit recommandée dans les maternités par le ministère de la Santé et que le congé parental d'éducation fasse l'objet d'une indemnisation au même titre que le congé de maternité.

Mme Perlican a demandé comment serait financé l'allongement de trois mois du congé de maternité prévu par le programme de Blois, quelle serait la traduction de l'allongement du congé postnatal de deux semaines pour les épouses d'exploitants agricoles, si les soins prodigués au nouveau-nés à domicile seraient pris en charge et quelle serait la durée de l'hospitalisation gratuite en cas de pathologie néonatale. Elle s'est enfin interrogée sur la nature du financement des 490 millions de francs que coûtera l'allongement du congé postnatal.

MM. Dagonia et Lise se sont inquiétés des délais d'application de ce texte dans les départements d'outre-mer.

Mme Veil a répondu que le congé de maternité, même lorsqu'il aura été allongé, dans les perspectives du programme de Blois, sera indemnisé dans les conditions actuelles.

Elle a expliqué la durée limitée d'hospitalisation des nouveau-nés qui sera fixée par décret en Conseil d'Etat (vraisemblablement un mois) par le souci de prévenir l'arbitraire des caisses en ce domaine, et d'empêcher que des familles ne laissent leurs enfants trop longtemps hospitalisés.

En ce qui concerne la prise en charge des soins à domicile prodigués aux nouveau-nés, le Ministre a précisé que les soins lourds étaient d'ores et déjà dispensés du ticket modérateur.

Pour les exploitants agricoles, Mme Veil a indiqué que le ministère de l'Agriculture améliorera sans doute, par voie réglementaire, l'indemnisation et la durée du congé de remplacement accordé aux agricultures en cas de maternité afin de tenir compte de l'amélioration de la situation des femmes salariées.

Elle a expliqué que les dispositions du projet s'appliqueraient dans les D.O.M., en fonction du régime des diverses bénéficiaires.

Sur la question de l'insémination artificielle, Mme Veil a rappelé qu'un texte de loi était en cours d'élaboration avec la participation de plusieurs membre du Sénat, et que celui-ci devrait mentionner les aspects médicaux de l'insémination artificielle, donner un contenu légal aux C.E.C.O.S. et faire disparaître les trafics existants ; elle a estimé qu'il n'était pas souhaitable de faire de ces centres des organismes particuliers comme l'ont été les centres de transfusion sanguine.

Elle a indiqué que les « paillettes » ne seraient mises à la nomenclature que lorsque la réglementation juridique des centres serait établie. Elle note que l'adoption constituerait de moins en moins une

solution pour les couples sans enfants, en raison du nombre décroissant d'enfants adoptables (actuellement 3.000 par an).

Aux questions de MM. Boyer et Henriet relatives aux examens génétiques, Mme Veil a répondu qu'un grand nombre d'examens vitaux sont déjà pris en charge dans les quatre derniers mois de la grossesse et que beaucoup d'examens antérieurs sont déjà exonérés du ticket modérateur dans les centres hospitaliers et dans les centres de P.M.I. et que les textes sur le certificat prénuptial prévoient qu'un médecin devra jouer un rôle de conseil en matière génétique.

A la question de M. Chérioux, Mme Veil a répondu que les allocations pré et postnatales étaient désormais payées quelle que soit la date à laquelle les certificats médicaux sont envoyés, mais elle a attiré l'attention des médecins sur le respect des délais qui sont déterminants, dans leur propre intérêt pour la surveillance des futures mères.

A propos de la question de M. Henriet, le Ministre a admis que les maladies vénériennes étaient en recrudescence, notamment en raison de la sous-information : le comité français d'éducation pour la santé étudie actuellement une campagne d'information qui toucherait les jeunes soldats du contingent, les élèves et étudiants des établissements scolaires et universitaires, etc.

Elle a noté par ailleurs que les travaux des spécialistes étaient souvent contradictoires en ce qui concerne les risques de stérilité du fait de la contraception chimique : un colloque se tiendra en octobre à Paris, organisé par le Conseil supérieur d'information sexuelle, sur les conséquences médicales de la contraception.

Elle a enfin indiqué à M. Henriet qu'il n'appartenait pas aux ministres de la Santé de donner des consignes thérapeutiques aux médecins, que l'indemnisation du congé parental d'éducation constituait un problème financier insoluble pour l'instant et que le congé de maternité évoluerait sans doute vers des formules d'aménagement en même temps que d'allongement.

Elle a répondu à Mme Perlican que le financement de l'allongement du congé de maternité serait assuré par l'assurance maladie et a indiqué que le congé postnatal pourrait prendre effet à partir de la fin de l'hospitalisation pour les prématurés et que des formules de type « travailleuses familiales » pourraient être financées dans cette hypothèse.

Le Rapporteur, M. Moreigne, a noté que la durée d'hospitalisation d'un mois pour les pathologies néonatales lui paraissait trop faible et a rappelé ses suggestions en matière de prise en charge des nouveau-nés à domicile pour la même période.

Mme Veil lui a répondu qu'au-delà d'un mois ceux-ci étaient pris en charge à 100 % et que l'hospitalisation ne devait avoir lieu que lorsqu'elle se révélait nécessaire ; elle a ajouté qu'un pro-

longement du congé postnatal pourrait être envisagé pour les naissances multiples ou que des travailleuses familiales, rétribuées sur les fonds d'action sanitaire et sociale, pourraient être mises à la disposition de la mère.



Au cours d'une seconde réunion qui s'est tenue le 8 juin 1978, la Commission a procédé à l'examen du projet de loi portant diverses mesures en faveur de la famille.

M. Moreigne, rapporteur, a exposé à la Commission les grandes lignes de son rapport sur le projet de loi n° 383 (1977-1978), déclaré d'urgence, portant diverses mesures en faveur de la maternité.

Il a d'abord rappelé les dispositions du projet qui allongent de deux semaines la durée du congé de maternité et indiqué son coût.

Il a ensuite regretté que les femmes des professions indépendantes ne bénéficient pas de l'amélioration de la situation des femmes salariées, et notamment les *exploitantes agricoles*.

Le Rapporteur a ensuite évoqué la situation française en matière de périnatalité et ses insuffisances concernant la surveillance pré et postnatale.

Il a rappelé les objectifs d'une protection périnatale améliorée dont participe ce projet, qui institue la prise en charge par la Sécurité sociale des soins dispensés aux femmes en état de grossesse et aux nouveau-nés.

M. Moreigne a enfin exposé à la Commission les données essentielles du problème du traitement de la stérilité et la prise en charge de celui-ci, y compris au moyen de l'insémination artificielle.

Après cet exposé général, s'est engagé un débat au cours duquel MM. Mézard, Henriet, Talon, Bohl, Chérioux, Mme Pelican, MM. Lise, Gargar, Mathy ont pris la parole.

M. Mézard a souhaité que le Rapporteur reprenne quelques données chiffrées tirées du rapport du Centre d'études et de conservation du sperme (C.E.C.O.S.) de Bicêtre qui lui a été communiqué.

M. Henriet a spécialement apprécié la partie « périnatalogie » de l'intervention du Rapporteur et a estimé que ces mesures étaient beaucoup moins de nature « nataliste » que sanitaire.

M. Talon a insisté sur les échecs et les malformations qui interviennent à la naissance et qui pourraient être réduits par une obligation plus stricte faite aux mères de se soumettre aux examens.

M. Moreigne lui a répondu que le paiement des prestations de maternité était subordonné à des examens obligatoires, et que ces règles déjà sévères devraient être assouplies en cas de bonne foi de l'intéressée qui a satisfait avec retard à ces examens.

M. Bohl s'est demandé si une médecine gratuite permettrait d'enregistrer une fréquence d'examens plus importante.

M. Chérioux a noté le caractère paradoxal de notre législation actuelle qui permet à la fois à certains couples d'éviter des naissances prévisibles et à d'autres de remédier à la stérilité ; il a estimé que le projet proposé devra être complété par d'autres mesures d'encouragement aux familles qui sont d'ailleurs déjà annoncées.

Mme Perlican a demandé qu'un effort soit fait sur la durée des congés prénataux.

M. Henriet a déclaré qu'une véritable politique « nataliste » était nécessaire et a souhaité avoir l'appui de la Commission sur sa suggestion de demander la mise à l'étude de l'indemnisation du congé parental d'éducation.

M. Schwint, après avoir consulté la Commission, a indiqué que le Rapporteur fera, dans son intervention, référence à la proposition de M. Henriet.

M. Gargar a souhaité l'extension de ces mesures aux D.O.M.

M. Mathy a estimé que les femmes devraient bénéficier de mesures similaires, quelle que soit leur activité, notamment les exploitantes agricoles.

La Commission a procédé ensuite à l'examen et à l'adoption des articles du projet de loi.

— A l'article premier qui modifie l'article L. 298 du Code de la sécurité sociale en portant le congé postnatal indemnisé de quatorze à seize semaines, M. Moreigne a proposé un amendement qui prolongerait ce congé en cas d'accouchements multiples ou de naissance d'un enfant dont l'état nécessite une hospitalisation.

La Commission a adopté l'article premier ainsi modifié.

— Elle a adopté l'article 2 relatif à l'application de ces dispositions dans les régimes spéciaux dans le texte déposé par le Gouvernement.

— L'article 3 modifiant l'article L. 122-25-2 du Code du travail en fonction de l'allongement du congé postnatal a fait l'objet de deux propositions d'amendements de son Rapporteur : le premier prolongeant la durée de ce congé pour tenir compte des accouchements multiples et des naissances d'enfants dont l'état nécessite une hospi-

talisation ; le second modifiant le second alinéa de l'article L. 122-25-2 du Code du travail pour lever une ambiguïté de rédaction dudit alinéa. L'article 3 ainsi modifié a été adopté.

— L'article 4 modifiant l'article L. 122-26 du Code du travail a été ensuite adopté en tenant compte de l'amendement de son Rapporteur relatif aux accouchements multiples et aux enfants dont l'état nécessite une hospitalisation.

— L'article 5 a été adopté sans modification.

— A l'article 6 du projet, le 10° de l'article L. 286-I-1 du Code de la sécurité sociale concernant la prise en charge des soins dispensés aux femmes enceintes pendant les quatre derniers mois de la grossesse a été adopté.

— Le 11° relatif à la prise en charge de l'hospitalisation des nouveau-nés a été adopté, mais modifié par un amendement prévoyant la prise en charge des soins qui leur sont dispensés à domicile.

— Le 12° concernant la prise en charge des examens et du traitement de la stérilité a enfin été adopté, modifié par un amendement du Rapporteur qui précise que l'insémination artificielle pratiquée dans les centres d'études et de conservation du sperme (C.E.C.O.S.), sera également exonérée du ticket modérateur.

La Commission a adopté le projet ainsi modifié.

CONCLUSION

Les diverses mesures relatives à la maternité contenues dans ce projet de loi sont à la fois ponctuelles et complémentaires. Elles ont pour but de rendre plus aisée la conciliation d'un travail féminin et d'une maternité convenablement menée à son terme. Elles ont pour objet d'améliorer l'état médical des mères et des nouveau-nés qui devraient aborder la vie sans handicaps.

Elles tendent enfin à permettre quelques milliers de naissances souhaitées mais rendues difficiles du fait de la stérilité d'un trop grand nombre de couples.

Notre pays ne compte pas suffisamment de naissances pour qu'il puisse en « gaspiller » et il est souhaitable que ces quelques mesures puissent assurer un soutien à un courant démographique moins défavorable qui ne se manifeste encore que trop faiblement.

*
**

Sous le bénéfice des observations contenues dans le présent rapport, votre Commission vous demande de *modifier* le projet de loi portant diverses mesures en faveur de la maternité en adoptant les amendements suivants.

AMENDEMENTS PRÉSENTÉS PAR LA COMMISSION

Article premier.

Article L. 298 du Code de la sécurité sociale.

Amendement : Compléter le texte proposé pour le premier alinéa de l'article L. 298 du Code de la sécurité sociale par la phrase suivante :

« Cette période est prolongée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat en cas d'accouchement multiple ou de naissance d'un enfant dont l'état nécessite une hospitalisation. »

Art. 3.

Article L. 122-25-2 du Code du travail.

Amendement : Rédiger ainsi le texte proposé pour le premier alinéa de l'article L. 122-25-2 du Code du travail :

« Aucun employeur ne peut résilier le contrat de travail d'une salariée lorsqu'elle est en état de grossesse médicalement constatée et pendant une période de quatorze semaines suivant l'accouchement ou pendant la période du congé d'adoption prévu à l'article L. 122-26, cette période étant prolongée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat en cas d'accouchement multiple ou de naissance d'un enfant dont l'état nécessite une hospitalisation. Toutefois et sous réserve d'observer les dispositions de l'article L. 122-27, il peut résilier le contrat s'il justifie d'une faute grave de l'intéressée, non liée à l'état de grossesse, ou de l'impossibilité où il se trouve, pour un motif étranger à la grossesse, à l'accouchement ou à l'adoption, de maintenir ledit contrat. »

Amendement : A. — Compléter cet article par les dispositions suivantes :

II. — Le second alinéa de l'article L. 122-25-2 du Code du travail est ainsi rédigé :

« Sauf s'il est prononcé pour un des motifs justifiant, par application de l'alinéa précédent, la résiliation du contrat de travail, le licenciement d'une salariée est annulé si, dans un délai de huit jours à compter de sa notification, l'intéressée envoie à son employeur par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, soit un certificat médical justifiant qu'elle est en état de grossesse, soit une attestation justifiant l'arrivée à son foyer, dans un délai de huit jours, d'un enfant placé en vue de son adoption ; cette attestation est délivrée par le service départemental d'aide social à l'enfance ou l'œuvre d'adoption autorisée qui procède au placement. »

B. — En conséquence, faire précéder le premier alinéa de l'article 3 par la mention I.

Art. 4.

Article L. 122-26 du Code du travail.

Amendement : Après le deuxième alinéa du texte proposé pour l'article L. 122-26 du Code du travail, insérer l'alinéa suivant :

« La période de suspension est prolongée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat en cas d'accouchement multiple ou de naissance d'un enfant dont l'état nécessite une hospitalisation. »

Art. 6.

Article L. 286-1 (I) du Code de la sécurité sociale.

Amendement : Rédiger comme suit le texte proposé pour le 11° de l'article L. 286-1 (I) du Code de la sécurité sociale :

« 11° Lorsque le bénéficiaire est un nouveau-né, jusqu'à un âge fixé par décret en Conseil d'Etat, pour les frais couverts au titre de l'article L. 283 a du Code de la sécurité sociale. »

Amendement : Rédiger comme suit le texte proposé pour le 12° de l'article L. 286-1 (I) du Code de la sécurité sociale :

« 12° Pour les investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et pour le traitement de celle-ci, y compris au moyen de l'insémination artificielle pratiquée dans les centres d'études et de conservation du sperme (C.E.C.O.S.). »

ANNEXES

ANNEXE N° 1

TAUX DE NATALITÉ POUR 1.000 HABITANTS : EUROPE DE L'OUEST

	1964	1966	1968	1970	1971	1972	1975
Danemark	17,7	18,4	15,3	14,4	15,2	15,2	14,1*
Norvège	17,7	17,9	17,6	16,6	16,8	16,3	14,0
Suède	16,0	15,8	14,3	13,7	14,1	13,8	12,6
R.F.A.	18,3	17,6	16,1	13,4	12,7	11,4	9,7
Belgique	17,2	15,9	14,8	14,6	14,4	13,9	12,7*
France	18,1	17,5	16,7	16,7	17,1	16,8	14,0
Pays-Bas	20,7	19,2	18,6	18,3	17,2	16,1	13,0
Italie	19,9	18,9	17,3	16,5	16,8	16,3	15,7*
Luxembourg	16,0	15,5	14,0	13,2	13,2	11,8	11,2
R.U.-G.B.	18,8	17,9	17,1	16,2	16,3	14,9	12,4
Suisse	19,5	18,5	17,3	16,0	15,5	14,3	12,4
Espagne	22,2	20,9	20,4	19,7	19,5	19,3	18,2
Portugal	23,8	22,2	20,6	20,0	21,9	20,1	19,6*
Autriche	18,5	17,6	17,2	15,2	14,6	13,9	12,3

(*) 1974.

TAUX DE NATALITÉ POUR 1.000 HABITANTS : EUROPE DE L'EST

	1955	1964	1966	1968	1970	1971	1975
Bulgarie	18,7	16,1	14,9	16,9	16,3	15,9	16,6
Tchécoslovaquie	18,5	17,2	15,6	14,9	15,9	16,5	19,5
R.D.A.	16,3	17,2	15,7	14,3	13,9	13,8	10,4*
Hongrie	17,8	13,1	13,6	15,1	14,7	14,5	18,4
Pologne	27,1	18,1	16,7	16,2	16,8	17,1	18,4
Roumanie	22,9	15,2	14,3	26,3	21,1	19,5	20,3*
Yougoslavie	24,8	20,8	20,3	18,9	17,8	18,3	18,1
U.R.S.S.	25,3	19,6	18,2	17,2	17,4	17,8	18,2

(*) 1974.

ANNEXE N° 2

LA MORTALITÉ INFANTILE

DÉCÈS DE MOINS D'UN AN POUR 1.000 NAISSANCES

	1952	1966	1971	1975
Suède	20,0	12,6	11,1	9,2
Pays-Bas	22,5	14,7	12,1	10,3
Norvège	23,7	16,8	12,7	10,5*
Danemark	29,0	16,9	13,5	10,7*
Suisse	29,1	17,1	15,1	12,5*
France	45,2	21,7	17,1	13,6
R.F.A.	48,2	23,5	23,1	19,6
Italie	63,4	34,7	28,3	20,7
Belgique	44,8	34,7	28,3	14,6
R.U.-G.B.	28,1	19,6	18,0	16,2
Espagne	60,8	36,0	18,9	13,8*
Yougoslavie	105,1	62,1	55,2	40,0*
Hongrie	69,9	38,4	35,0	32,6
Pologne	83,0	38,9	29,7	25,0
Roumanie	96,0	46,6	49,4	35,0*
Bulgarie	101,0	32,7	27,3	23,5*
U.R.S.S.	81,0	26,1	23,0	27,8*
R.D.A.	59,2	23,2	18,0	15,9*
Tchécoslovaquie	56,0	23,8	21,7	20,4*

(*) 1974.

(Source : annuaire démographique de l'O.N.U.)

MATER

	Danemark	Irlande	Royaume-Uni	Pays-Bas
Prestations : Prestations en nature.	Soins gratuits en maternité ou à l'hôpital.	Les services de maternité et les soins hospitaliers pour les bébés de moins de six semaines sont accessibles gratuitement aux personnes ayant droit à la protection complète ou partielle.	Gratuité des soins fournis par le Service national de santé.	(Voir tableau III - « Soins de santé ».) Sage-femme, en cas de complications : médecin. Maternité ou prise en charge des soins à domicile pendant 10 jours (jusqu'à un montant maximum).
Prestations en espèces : Catégorie et durée.	Versements hebdomadaires pendant quatorze semaines dont huit semaines au plus avant la date présumée de la naissance (six semaines en cas d'adoption).	1. Allocation de maternité et supplément proportionnel (payable uniquement au titre de l'assurance de la femme), six semaines avant l'accouchement et six semaines après (si l'accouchement se produit plus tôt ou plus tard que prévu, la période du paiement peut être ajustée). 2. Prime de maternité : a) Services de santé : montant forfaitaire ; b) Assurances sociales : montant forfaitaire (si les deux conjoints sont assurés, deux primes sont dues) (1).	1. Allocation de maternité : (versée chaque semaine, payable uniquement au titre de l'assurance de la femme) : dix-huit semaines débutant onze semaines avant la date présumée de l'accouchement. Extension possible si l'accouchement survient plus tard que prévu. 2. Supplément proportionnel aux gains : idem. 3. Prime de maternité : forfaitaire, due au titre de l'assurance du mari ou de la femme (mais non des deux).	Indemnités d'accouchement (2) : douze semaines.

(1) En supplément, primes de maternité en cas de naissances multiples.

(2) Allocation d'accouchement uniquement en cas de suppression du salaire.

N° 3

NITE

Allemagne	Belgique	France	Italie	Luxembourg
<p>(Voir tableau III : « Maladie - Soins de santé »).</p> <ul style="list-style-type: none"> — Sage-femme, médecin (y compris examens), maternité. — Médicaments, etc. 	<p>(Voir tableau III : « Maladie - Soins de santé »).</p>	<p>(Voir tableau III « Maladie - Soins de santé »).</p> <ul style="list-style-type: none"> — Sage-femme ou médecin; — maternité (gratis pendant 12 jours); — clinique privée (indemnité forfaitaire couvrant un séjour de 12 jours); — produits pharmaceutiques gratis dans un hôpital public; forfait si l'accouchement a lieu à domicile ou en clinique privée. 	<p>(Voir tableau III « Maladie - Soins de santé »).</p> <ul style="list-style-type: none"> — Sage-femme (en cas de complications : médecin); — séjour gratuit en maternité ou clinique conventionnée, à charge du régime d'hospitalisation; — produits pharmaceutiques gratuits. 	<p>(Voir tableau III « Maladie - Soins de santé »).</p> <ul style="list-style-type: none"> — Sage-femme et assistance médicale; — séjour dans maternité, fournitures pharmaceutiques et produits diététiques pour nourrissons (1).
<ol style="list-style-type: none"> 1. Indemnité de maternité : 14-18 semaines (2). 2. Allocation unique à la naissance pour les frais d'accouchement. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Indemnité d'accouchement (2) : 14 semaines (dont 8 après). 2. Allocation de naissance (voir « prestations familiales »). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Indemnité journalière (2) : 14 semaines (dont 6 avant) - (8 semaines en cas d'adoption). 2. Primes (pour accouchement, voir « prestations familiales ») : <ul style="list-style-type: none"> — prime d'allaitement : 5 mois; — bons de lait : 4 mois; — primes pour surveillance médicale de l'enfant jusqu'à six ans. 3. Divers : par exemple, participation aux frais d'aide familiale, etc. 	<p>Indemnité de maternité (2) : 2 mois avant la date présumée de l'accouchement et 3 mois après (facultativement, 6 mois de congé supplémentaires).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Indemnité de maternité (2) : 16 semaines. 2. Allocations de naissance (voir « prestations familiales »).

(1) Ces prestations sont couvertes moyennant un forfait.

(2) Allocation d'accouchement uniquement en cas de suppression du salaire.

	Danemark	Irlande	Royaume-Uni	Pays-Bas
Montant.	Voir « Maladie - Indemnités pécuniaires ». (90 % du gain moyen hebdomadaire, maximum : Dkr. 1.104 par semaine).	<p>1. £ 1.090 par semaine. Supplément proportionnel : voir tableaux « Maladie - Indemnités pécuniaires »</p> <p>2. a) Services de santé : £ 8 par enfant ; b) Assurances sociales : £ 4 par accouchement.</p>	<p>1. £ 11,10 par semaine. Majorations pour adulte à charge : £ 6,90 ; un enfant : £ 3,50 ; enfants suivants : £ 2,00 par semaine.</p> <p>2. Voir tableau IV : « Maladie - Indemnités pécuniaires ».</p> <p>3. £ 25.</p>	100 % du salaire.

(Source : O.C.S.E.)

Allemagne	Belgique	France	Italie	Luxembourg
<p>1. <i>Assurés</i> : maintien du salaire net (minimum : 3,50 DM par jour) ou de l'indemnité de maladie ou bien le montant forfaitaire (selon des conditions déterminées) de 150 DM ;</p> <p><i>co-bénéficiaires</i> : montant forfaitaire de 35 à 150 DM.</p> <p>2. Montant forfaitaire de 50 à 100 DM.</p>	<p>100 % du salaire net pendant 14 semaines au maximum ; ensuite 60 %.</p>	<p>1. 90 % du salaire.</p> <p>2. Prime d'allaitement : 40 FF par mois pendant 4 mois ; 10 FF pour le 5^e mois ; bons de lait : 5 FF par mois pendant 4 mois.</p>	<p>80 % du salaire pour la période obligatoire et 30 % pour la période facultative.</p>	<p>1. Même montant que l'indemnité pécuniaire de maladie.</p>