



29/03/2017

RAP/RCha/MDA/13(2017)

CHARTE SOCIALE EUROPEENNE

13^e rapport national sur la mise en oeuvre
de la Charte sociale européenne

soumis par

LE GOUVERNEMENT DE LA REPUBLIQUE DE MOLDOVA

- Article 3, 11, 12 et 13 pour la période 01/01/2012 - 31/12/2015
- Informations complémentaires sur les articles 7§3, 8§1 et 16 (Conclusions 2015)

Rapport enregistré par le Secrétariat le

29 mars 2017

CYCLE 2017

REPUBLIQUE DE MOLDOVA

RAPPORT

sur l'application des
articles 3 (p.1-3), 11 (p.1-3), 12, 13 (p.1-3) (Groupe 2) et
articles 7 (p.3 – motif 2), 8 (p.1), 16 (Groupe 4)
de la Charte Sociale Européenne révisée

2016

Ce rapport contient l'information disponible obtenue des autorités publiques centrales concernées supplémentaire à celle présentée dans les rapports précédents.

Groupe 2 – Santé, sécurité sociale et protection sociale

Article 3 – Droit à la sécurité et la Santé au travail

Paragraphe 1. Sécurité, Santé et milieu de travail

La politique d'Etat dans le domaine de la sécurité et la santé au travail est élaborée et revue en consultation avec les patronats et les syndicats, en tenant compte de l'évolution des réglementations internationales dans le domaine et du progrès technique.

La coordination de la sécurité et la santé au travail dans la République de Moldova est effectuée par le Ministère du Travail, de la Protection Sociale et de la Famille ayant des attributions suivantes:

a) organise l'élaboration des projets des actes normatifs sur la sécurité et la santé au travail et après avoir consulté les partenaires sociaux, le soumet devant le Gouvernement pour l'approbation;

b) assure le monitoring de l'application de la législation sur la sécurité et la santé au travail;

c) organise l'élaboration des instructions-cadre de sécurité et de Santé au travail pour certaines occupations ou pour le déroulement des travaux complexes;

d) donne des avis sur les projets des instructions-cadre de sécurité et de Santé au travail;

e) assure la publication annuelle de l'information sur les mesures prises dans la réalisation de la politique d'Etat dans le domaine de la sécurité et santé au travail, sur les accidents de travail et les maladies professionnelles;

f) assure l'entretien des liens avec le réseau d'information dans le domaine de sécurité et de Santé au travail;

g) représente l'Etat dans les relations internationales dans le domaine de sécurité et Santé au travail.

Le contrôle d'application des prévisions de la Loi **n 186 du 10.07.2008 sur la sécurité et la Santé au travail** est la responsabilité de l'Inspectorat d'Etat du Travail et a lieu avec le respect des dispositions de la Loi nr.140-XV du 10.05.2001 sur l'Inspectorat d'Etat du Travail.

En vertu de l'article 3 de la Loi n186 du 10.07.2008 sur la sécurité et la Santé au travail, les dispositions légales sont appliquées dans tous les domaines d'activités tant publiques que privées;

- a) aux employeurs;
- b) aux travailleurs;
- c) aux représentants des travailleurs;
- d) aux personnes demandeuses d'emploi, se trouvant dans l'entreprise avec le permis de l'employeur, pendant la période de vérification préalable des aptitudes professionnelles;
- e) aux personnes qui exercent un travail non-rémunéré en faveur de la communauté ou en régime de volontariat;
- f) aux personnes qui n'ont pas de contrat individuel de travail écrit et pour lesquelles la preuve des clauses contractuelles et des prestations effectuées est faite par tout un autre moyen de preuve;
- g) aux personnes qui pour la durée de satisfaction de la peine dans les lieux de détention, travaillent dans les ateliers des institutions pénitentiaires ou d'autres lieux de travail;
- h) aux chômeurs pendant la durée de leurs participation a une forme de formation professionnelle.

Cette loi n'est pas applicable si certaines caractéristiques inhérentes aux certaines activités spécifiques aux forces armées, a la police et aux services de protection civile sont inévitablement, en contradiction avec ses dispositions. Dans ce cas la sécurité et la santé des travailleurs seront assurées en tenant compte dans la mesure du possible, des dispositions de la présente loi.

Conformément aux prévisions de la Loi n186, l'employeur est responsable pour l'assurance de la sécurité et la Santé des travailleurs au travail. Comme suite les employeurs organisent leur activité de protection et de prévention en tenant compte de l'activité exercée et les capacités de l'entreprise.

Les indicateurs sur l'organisation et la prévention des risques professionnels pendant la période de référence est reflétée dans les tableaux a ce Rapport.

L'une des activités d'amélioration de la sécurité et de la Santé au travail est la formation des dirigeants, des spécialistes et des dirigeants des lieux de travail. Pendant la période de référence, en moyenne par an 5000 personnes sont instruites en matière de sécurité et Santé au travail.

Une autre action d'amélioration de sécurité et de santé au travail est la sensibilisation du grand public sur la situation en domaine et les réalisations obtenues. Au cours de la période de référence l'Inspectorat d'Etat de Travail a été présent avec les informations respectives dans les medias centrale et locales (Presse, TV, radio).

En 2012 25 interviews ont été accordés a la radio, 48 participations dans les émissions TV et 73 articles publiés , en 2013 11 interviews ont été accordes a la radio, 61 participations aux émissions TV et 90 articles ont été publiés, en 2014

14 interviews ont été accordés, 50 participations aux émissions TV et 90 articles ont été publiés, en 2015 26 interviews ont été accordés, 49 participations aux émissions TV et 70 articles ont été publiés, pendant les 6 mois de 2016 12 interviews ont été accordés, 29 participations aux émissions TV et 48 article ont été publiés.

En vue de consulter les organisations syndicales et patronales l'Inspectorat d'Etat du Travail tous les trimestres présente des informations à la Confédération Nationales des Employeurs et à la Confédération Nationale des Syndicats concernant la sécurité et la Santé au travail dans les unités soumises aux visites de contrôle. Dans le cadre des contrôles déroulés par l'Inspectorat les représentants du syndicat dans le cadre de l'unité contrôlée, dans certains cas (enquête des accidents de travail, l'examen des pétitions et des saisies) ainsi que les représentants des syndicats de secteur participent aussi.

Paragraphe 2 – Règlements de sécurité et Santé au travail

Dans le système national de sécurité et santé au travail, le rôle de contrôle du mode d'application de la législation du travail, de la sécurité et de la santé au travail est exercé par l'Inspectorat d'Etat de Travail.

L'Inspectorat d'Etat de Travail fonctionne à la base du cadre législatif de réglementation structure de manière suivante.

Actes internationaux:

Convention de l'OIT n81 sur l'inspection du travail dans l'industrie et commerce;

Convention de l'OIT n129 sur l'inspection du travail en agriculture;

Charte Sociale Européenne révisée.

Actes nationaux:

Code du Travail, approuve par la Loi n 154-XV du 28.03.2003;

Loi n140-XV du 10 mai 2001 sur l'Inspectorat d'Etat du Travail;

Loi n131 du 08.06.2012 sur le contrôle d'Etat de l'activité d'entrepreneur;

Décision du Gouvernement n353 du 05.05.2010 sur l'approbation des exigences minimales de sécurité et de santé au travail;

Décision du Gouvernement n603 du 11.08.2011 sur les exigences minimales de sécurité et de santé pour l'utilisation au travail de l'équipement de travail par les travailleurs;

Décision du Gouvernement n 80 du 09.02.2012 sur les exigences minimales de sécurité et de Santé au travail pour les chantiers temporaires ou mobiles;

Décision du Gouvernement n244 du 08.04.2013 sur l'approbation des Exigences minimales pour la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à l'amiante au travail;

Décision du Gouvernement n324 du 30.05.2013 sur l'approbation du Règlement sanitaire sur les exigences de sécurité et de Santé pour assurer la protection des travailleurs contre les risques liés à la présence des agents chimiques au travail;

Décision du Gouvernement n 918 du 18.11.2013 sur les Exigences minimales pour la signalisation de sécurité et santé au travail;

Décision du Gouvernement n 362 du 27.05.2014 sur l'approbation des Exigences minimales sur la protection des travailleurs contre les risques pour leur santé et sécurité générés ou qui peuvent être générés par l'exposition au bruit, notamment contre les risques pour l'audition ;

Règlement d'organisation et de fonctionnement de l'Inspectorat d'Etat du Travail, approuvé par la Décision du Gouvernement n 788 du 07 octobre 2013.

Cadre législatif de réglementation de l'activité de l'Inspectorat d'Etat du Travail.

Conformément à l'art.1 de la Loi n140-XV du 10 mai 2001, l'Inspectorat d'Etat du Travail est l'autorité administrative, subordonnée au Ministère du Travail, de la Protection Sociale et de la Famille.

L'Inspectorat d'Etat du Travail a :

des objectifs:

a) assurance de l'application des dispositions des actes législatifs et d'autres actes normatifs relatifs aux conditions de travail et la protection des salaires dans l'exercice de leurs attributions;

b) diffusion des informations sur les plus efficaces moyens de respect de la législation du travail;

c) information du Ministère du Travail, de la Protection Sociale et de la Famille sur les déficiences liées à l'application de la législation du travail.

des attributions:

- contrôle au nom de l'Etat du respect des actes législatifs et d'autres actes normatifs en matière de travail, sécurité et Santé au travail aux entreprises, institutions et organisations, de tout type de propriété et forme juridique d'organisation, chez les personnes physiques qui emploient des salariés, ainsi que dans les autorités de l'administration publiques centrales et locales;

- avis sur l'introduction en fabrication des prototypes des équipements techniques et des équipements individuels de protection et de travail, dans le mode et les conditions établies par la loi;

- enquête, dans le mode établi par le Gouvernement des accidents de travail;

- coordination de l'activité de préparation, d'instructions et d'information des salariés en matière des relations de travail, de sécurité et de Santé au travail.

- consultation et guidage en matière.

En vue de consolider la capacité institutionnelle l'effectif de l'Inspectorat a été supplémenté avec 12 unités.

Actuellement, l'Inspectorat d'Etat du Travail dispose d'un effectif de personnel de 109 unités, dont 22 unités sont distribuées dans le corps central, dont les femmes - 8, ingénieurs – 7, juristes - 6, économistes – 3 et d'autres spécialistes – 3. Les inspections territoriales disposent de 87 unités, dont 11 femmes, 33 ingénieurs, 37 juristes et 9 économistes.

Lors de réalisation de ses objectifs l'Inspectorat d'Etat du Travail entreprend des diverses actions destinées à l'assurance de l'application de la législation de sécurité et de Santé au travail, dont les visites de contrôle, l'enquête des accidents, des campagnes, des actions et des mesures de prévention, sanction, sensibilisation et de lutte.

Actions de contrôle

Pendant la période 2012- juin 2016 l'Inspectorat d'Etat du Travail et ses sous-divisions territoriales 28788 visites de contrôle ont effectuées dans les 20960 unités économiques avec un nombre de salariés d'environ 978,4 milles salariés, dont plus de 484 mille femmes et 339 mineurs. Du nombre total de contrôles 14001 ont eu comme objectif l'application du cadre juridique relatif à la sécurité et la Santé au travail.

20308 ont été des contrôles planifiés et 8986 – des contrôles spontanés du nombre total de contrôle réalisés pendant la période de référence.

Comme suite des contrôles effectués les déficiences de sécurité et de Santé au travail des ainsi que des cas de violation du cadre légal relatif à la sécurité et la Santé au travail ont été dépistés et consignés dans les procès verbaux des contrôles.

Les déficiences les plus fréquentes de sécurité et de Santé au travail et le non-respect des prévisions légales en matière sont les suivantes:

- manque de stratégies de protection et de prévention au niveau d'unité économique;
- non-évaluation des risques professionnels;
- admission au travail des personnes sans formation professionnelle et sans instruction en matière de sécurité et ante au travail;
- exercice du travail dans des conditions de risque prononcé sans appliquer des mesures de protection et de prévention;
- application des technologies dépassées et dangereuses;
- non –assurance avec équipement de protection individuelle et collective;
- installation des procès technologiques dans des locaux inadéquats;
- exploitation des équipements de travail improvisés sans dispositifs de protection;

Les procès verbaux disposent également les mesures nécessaires pour assurer le respect des normes de droit dans le domaine de sécurité et santé au travail.

Les activités de contrôles entreprises par l'Inspectorat d'Etat du Travail sont planifiées et déroulées en conformité avec la Loi n 131 sur le contrôle d'Etat de l'activité d'entrepreneur du 08 juin 2012.

En cas de non-conformité des employeurs et des personnes en fonction de responsabilité avec les prévisions de la législation du travail, de la sécurité et la santé au travail ou cours de la période de référence, les inspecteurs de travail ont rédigé et soumis devant les instances judiciaires 2614 procès verbaux sur les contreventions.

A la base de la Directive-cadre européenne sur la sécurité et la Santé au travail (Directive 89/391/CEE) des documents normatifs **NCM A.08.02:2014** „Sécurité et Santé au travail dans les constructions” et **CP A.08.05:2014** „Méthodologie d'élaboration des projets d'exécution des travaux de construction-montage” ont été élaborés, qui sont a la base d'élaboration et l'émission des règlements de sécurité et hygiène dans les entreprises.

Paragraphe 3. Application des règlements de sécurité et santé.

Enquête des accidents de travail et données statistiques

Conformément à l'art.222 du Code du Travail parmi les directions principales de la politique d'Etat en matière de sécurité et Santé au travail sont l'enquête et l'évidence des accidents de travail et des maladies professionnelles.

En vertu de l'art.13 lit. p) de la Loi de sécurité et Santé au travail n186-XVI du 10 juillet 2008, l'employeur est obligé a assurer la communication, l'enquêtes l'évidence et les comptes rendus corrects et dans les délais établis des accidents de travail et des maladies professionnelles produites dans l'unité économique, l'élaboration et la réalisation des mesures de leur prévention.

L'enquête des accidents de travail est effectuée en conformité avec le Règlement sur le mode d'enquête des accidents de travail, approuvée par la Décision du Gouvernement n1361 du 22 décembre 2005 et a comme objectif la classification, la détermination des circonstances, les causes et les violations des actes normatifs et d'autres réglementations qui ont généré les accidents des salariés, identification des personnes qui ont violé les prévisions des actes normatifs et des mesures correspondante pour prévenir des événements pareils.

Le Règlement en cause oblige l'employeur à notifier immédiatement l'Inspectorat d'Etat du Travail sur la production des accidents de travail et à assurer leur enquête. Ce Règlement établit que les accidents avec l'incapacité temporaire de travail peuvent être soumis à l'enquête de l'employeur, tandis que les accidents de travail graves et mortels sont recherchés par les inspecteurs de travail. En vertu de ce Règlement l'employeur est obligé à rapporter annuellement devant l'autorité statistique sur les accidents de travail produits dans l'unité économique.

A cause des déficiences de sécurité, en moyen tous les ans, conformément aux statistiques environ 500 accidentés provenant des accidents de travail ont été enregistrés.

Tous les ans les inspecteurs recherchent environ 150 accidents de travail.

La répartition des accidents de travail en fonction de type d'activité démontre que le poids le plus importants revient à l'administration publique et la défense suivie de l'industrie de transformation, Santé et assistance sociale.

Les dossiers de l'enquête des accidents de travail graves et mortels, rédigés par les inspecteurs de travail, ont été soumis devant les organes de police pour être examinés du point de vue pénal.

Conformément aux informations parvenues pendant la période de référence les organes de poursuite pénale ont initié des procédures pénales sur 32 dossiers qui ont été soumis pour être examen des instances judiciaires, dont 7 ont été classés.

La répartition des accidents de travail mortels produits les derniers quatre ans en fonction de type d'activité démontre que le poids le plus important revient aux activités dans l'industrie de transformation – 25 accidentés mortellement, suivis de l'agriculture avec 22 accidents mortels et les constructions avec 20 accidents mortels.

Les données statistiques démontrent que les plus fréquents accidents de travail se sont produits dans les circonstances liées a:

- la chute de l'hauteur et du même niveau;
- de prise, impact ou écrasement des machines, outils, transport, différents objets;
- de chute, effondrement ou projection des objets.

Les causes des accidents les plus souvent dépendent de:

- exécuteur – de 54% a 82% des cas d'accidentas;
- charge de travail – d 5% a 37% des cas d'accidents;
- moyens de production – de 3% à 7% des cas d'accidents;
- milieu de travail – de 3% a 8% des cas d'accidents.

En vue de sensibiliser les personnes intéressées de l'assurance des conditions de sécurité et de santé au travail, l'Inspectorat d'Etat du Travail informe par différents mass-médias sur les prévisions de la législation en matière, ainsi que les modalités de leur application et respect. Lors des procès d'information on fait appel à la presse centrale et locale, différents postes de radio et TV. Il faut également mentionner la participation des dirigeants de l'Inspectorat d'Etat du Travail aux émissions radiophoniques et télévisées donnant commentaires sur l'application de la législation sur la sécurité et la santé au travail.

Au cours de plusieurs années l'Inspectorat d'Etat du Travail organise, réalise et participe aux différentes réunions avec les représentants des autorités de

l'administration publique locale, avec les représentants du milieu d'affaires. Ces réunions discutent différentes situations relatives à l'application des prévisions légales sur la sécurité et la santé au travail, à l'assurance des conditions de travail sûres et à la prévention des accidents de travail.

En vue d'assurer le respect des exigences de sécurité et santé au travail l'Inspectorat d'Etat du Travail collabore avec la Confédération Nationale des Employeurs dans la République de Moldova, avec la Confédération Nationales des Syndicats de Moldova et d'autres institutions concernées.

Les efforts faits par les inspecteurs de travail lors des activités de contrôle et lors de monitoring de l'application de la législation en matière de sécurité et santé au travail contribuent à l'établissement d'une tendance facile à saisir de conformation des employeurs aux prévisions légales en matière, même si l'on constate une augmentation du nombre des personnes accidentés au travail.

Indicateurs de l'organisation et la prévention des risques professionnels.

Nr. d/o	Indicateurs		Période de référence				
			2012	2013	2014	2015	Juin-2016
1.	Nombre d'unités ou l'activité de protection et de prévention est réalisée par :	l'employeur conformément aux données statistiques	5289	5629	5374	5576	1605*
		la personne désignée conformément aux données statistiques	2444	2565	3001	2939	483*
		le service interne conformément aux données statistiques	40	92	95	71	16*
		le service externe conformément aux données statistiques	5	10	15	21	16*
2.	Nombre d'unités ou le comite pour la sécurité et la Santé au travail a été institué.		287	357	222	280	107*
3.	Nombre d'unités ou les risques professionnelles ont été évalués et les plans annuels de protection et de prévention ont été établis.		556	738	937	1285	348*

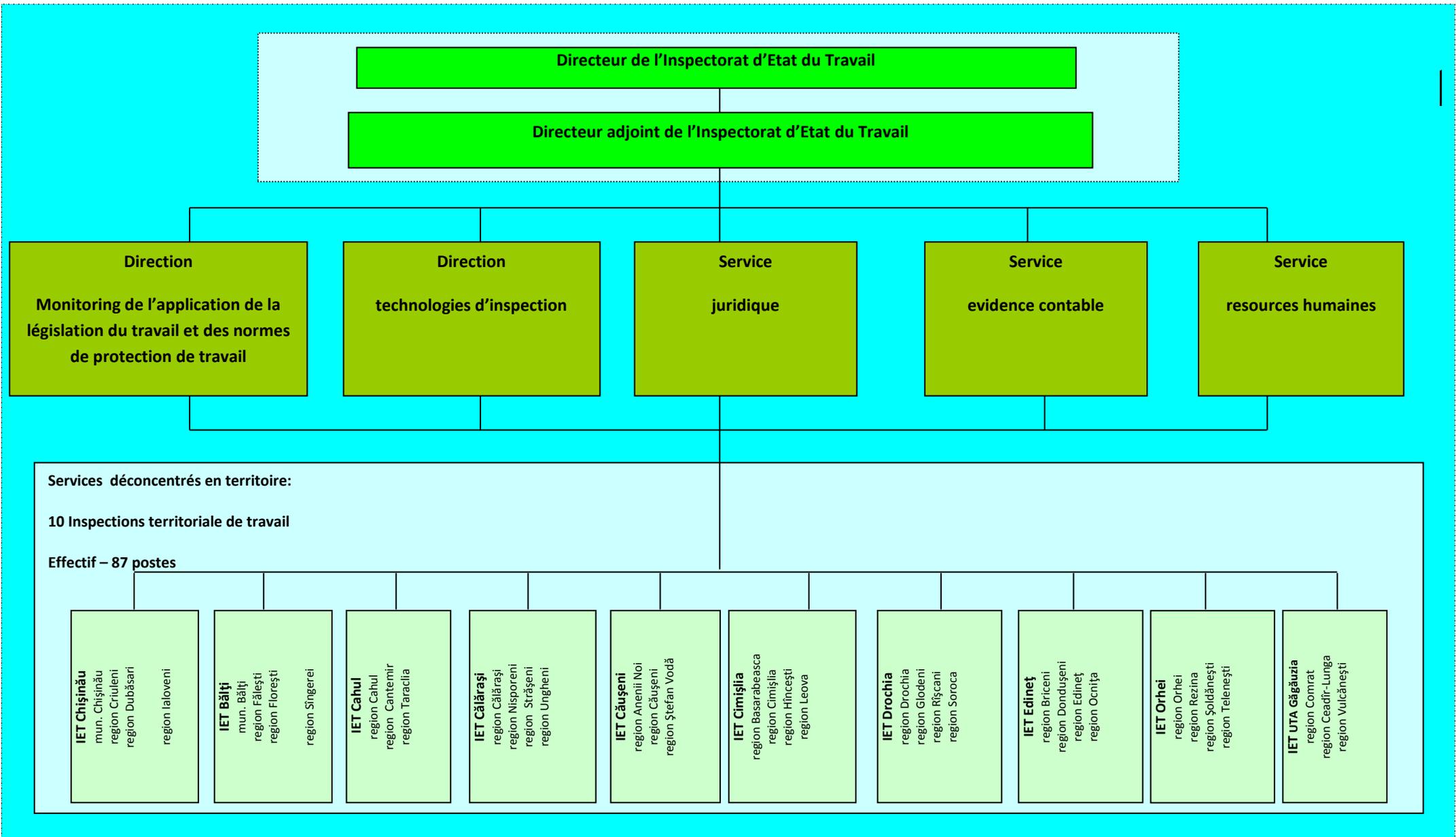
*Données opératives

Indicateurs des activités de contrôle de l'Inspectorat d'Etat du Travail

Pendant la période 2012-2015 et les six mois de 2016

Nr. d/o	indicateur		Périodes de référence				
			2012	2013	2014	2015	2016 6 mois
1.	Nombre d'unités contrôlées		5400	5200	5902	6182	2956
2.	Nombre total de contrôles effectués.		6510	6209	6686	6933	2450
	dont:	planifiées	4026	4003	4988	4883	2408
		inopinés	2484	2206	1698	2050	548
3.	Nombre de procès-verbaux sur la contravention rédigés et soumis devant l'instance judiciaire pour être examinés		891	514	434	657	118
4.	Nombre total de contrôles effectués en matière de sécurité et de Santé au travail		3419	3087	2971	3130	1394
5.	Nombre total de salariés contrôlés, mille		217	217	209,1	234,7	100,6
	dont:	femmes	107	105	98,5	112,4	61
		mineurs	116	25	142	40	16

Structure d'organisation de l'Inspectorat d'Etat du Travail



Dynamique des accidents de travail au cours des années 2012-2015 (données statistiques) et six mois de 2016

Activité économique	2012						2013						2014						2015						2016 six mois, données opératives					
	Nombre total des accidents (y compris mortels)	dont:		Nombre des accidents mortels	dont:		Nombre total des accidents (y compris mortels)	dont:		Nombre des accidents mortels	dont:		Nombre total des accidents (y compris mortels)	dont:		Nombre des accidents mortels	dont:		Nombre total des accidents (y compris mortels)	dont:		Nombre des accidents mortels	dont:							
		femmes	Adolescents sous 18 ans		femmes	Adolescents sous 18 ans		femmes	Adolescents sous 18 ans		femmes	Adolescents sous 18 ans		femmes	Adolescents sous 18 ans		femmes	Adolescents sous 18 ans		femmes	Adolescents sous 18 ans		femmes	Adolescents sous 18 ans						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Agriculture et sylviculture	23	4	-	4	-	-	30	4	1	8	-	1	26	2	-	5	-	-	20	3	-	5	-	-	2	-	-	1	-	-
Pêche	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Exploitation des carrières	8	-	-	1	-	-	7	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Industrie de transformation	123	62	-	3	1	-	123	47	-	10	1	-	85	24	1	6	-	-	71	24	-	6	1	-	2	-	-	2	-	-
Energie électrique, gazes et eau	23	6	-	1	-	-	30	5	-	1	-	-	27	2	-	2	-	-	12	3	-	4	1	-	2	1	-	1	-	-
Constructions	13	1	-	-	-	-	42	4	-	5	-	-	33	5	-	7	-	-	21	3	-	8	-	-	1	-	-	1	-	-
Commerce en gros et en détails	25	12	-	-	-	-	37	12	-	2	-	-	26	5	-	1	-	-	37	17	-	2	-	-	3	2	-	2	2	-
Hôtels et restaurants	2	1	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	3	3	1	-	-	-	2	1	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-
Transports, dépôts et communications	44	17	-	7	1	-	37	16	-	5	-	-	37	12	-	1	-	-	25	7	-	1	-	-	6	-	-	4	-	-
Activités financières	9	5	-	-	-	-	10	6	-	-	-	-	8	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Transactions immobilières	34	15	-	1	-	-	38	17	-	2	-	-	29	6	-	2	-	-	12	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Administration publique et défense	60	3	-	-	-	-	179	5	-	1	-	-	172	4	-	2	-	-	178	8	-	2	-	-	1	-	-	1	-	-
Enseignement	9	8	-	-	-	-	21	13	-	2	-	-	15	13	-	-	-	-	17	11	-	2	-	-	1	-	-	-	-	-
Santé et assistance sociale	46	30	-	2	2	-	35	15	-	-	-	-	39	17	-	1	-	-	29	15	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Autres activités de services communaux, sociaux et personnels	6	2	-	1	-	-	9	3	-	-	-	-	18	6	-	2	1	-	15	2	-	1	-	-	3	-	-	-	3	-
TOTAL	425	166	-	20	4	-	599	148	1	36	1	1	525	101	2	34	1	-	441	97	-	33	-	-	18	7	-	13	5	-

Accidents de travail recherchés par l'Inspectorat d'Etat de Travail

Pendant la période de 2012-2015 et six mois de 2016 (données opératives)

Type d'activité	2012		2013		2014		2015		2016 (6mois)	
	accidents	personnes accidentés	accidents	personnes accidentés	accidents	personnes accidentés	accidents	personnes accidentés	accidents	personnes accidentés
1. Accidents communiqués des le début de l'année	414	446	445	479	501	516	411	430	216	223
dont: - accidents produits les années précédentes	7	7	10	10	6	6	4	4	4	4
2. Accidents soumis à l'enquête par les inspecteurs de travail	163	184	191	219	154	161	130	137	54	58
dont: - accidents mortels	62	69	88	93	66	69	65	66	33	35
2. Accidents mortels qui ont été recherchés	61	66	88	93	66	69	65	66	24	26
Dont: - accidents de travail	32	32	38	40	39	42	32	33	11	13
- accidents hors de travail	21	21	48	51	18	18	26	26	12	12
- accidents qui sont hors le règlement	8	13	2	2	9	9	7	7	1	1
4. Les accidents graves ont été recherchés en commun avec ITT	96	110	103	126	87	91	65	71	10	12
dont:										
-accidents de travail	62	71	74	89	65	66	52	54	6	8
- accidents hors de travail	5	5	2	2	3	4	1	1	2	2
- accidents avec incapacité temporaire de travail	23	26	21	29	13	15	11	15	2	2
- accidents qui sont hors le règlement	6	8	6	6	6	6	11	15	1	1
5. Accidents en procès d'enquête	-	-	-	-	-	-	-	-	19	19
dont: - accidents mortels	-	-	-	-	-	-	-	-	9	9
6. Accidents recherchés dans les entreprises	251	262	254	260	347	355	281	293	162	165

**Pertes matérielles, indices de fréquence et indices de durée moyenne de l'incapacité temporaire de travail
(données statistiques)**

	2012	2013	2014	2015
Nombre total d'accidentés (y compris mortels)	425	599	525	441
Indices de fréquence des accidents de travail (nombre d'accidentés per mille d'engagés)	0,72	1,03	0,91	0,76
Nombre de jour-personne incapacité de travail des accidentés qui ont perdu la capacité de travail d'un jour et plus (y compris des décidées, dont l'incapacité temporaire de travail a expiré pendant l'année de référence.	13109	14369	13463	10854
Indices de durée moyenne de l'incapacité temporaire de travail pour les accidents de travail (nombre de jour-personne incapacité de travail per accident)	30,84	23,99	27,42	26,6
Pertes matérielles afférentes aux accidents de travail, lei	1850900	3153300	4800100	38300

Répartition des accidentés selon les circonstances et les causes

2012-2015 (donnes statistiques)

Circonstances et causes	2012	2013	2014	2015
1. Répartition selon les circonstances				
Chute de l' hauteur ou de même niveau	146	298	149	130
Chute, effondrement, projection des matériels et des objets	23	34	16	18
Prise, choc ou écrasement par les machines, outils, différents objets, etc.	97	148	110	95
Contact avec les objets et les substances chaudes et nocives, explosions, incendies.	19	26	19	7
Contact avec électricité	10	6	7	2
Attaque préméditée	16	17	26	21
Contact avec les animaux et les insectes	15	10	10	5
Autres circonstances	99	60	188	163
TOTAL	425	599	525	441
2. Répartition selon les causes				
Dépendant de l'exécuteur	335	496	302	240
Dépendant des moyens de production	15	43	30	13
Dépendant de la tâche de travail	42	32	176	164
Dépendant du milieu de travail	33	28	17	24
TOTAL	425	599	525	441

Article 11 - Droit à la protection de santé

Conformément aux informations reçues du Ministère de la Santé au cours des années 2011-2015 le IV Programme Nationale des Immunisations a été réalisé. Les données sur le poids des enfants de l'âge de 1 an complet immunisés contre les maladies contagieuses au cours des années 2009-2015 sont présentées dans le tableau ci-dessous:

Ans	Données sur la couverture vaccinale (%) des enfants de 1 an, République Moldova								
	BCG	HVB3	DTP3	DTP3+ DT	VPO3	ROR	Hib3	Rota- virus2	Pneumo- cocic3
2009	98,7	97,1	93,9	94,3	95,9	91,3	33,2	0,0	0,0
2010	97,9	96,5	92,2	92,8	95,0	91,1	77,3	0,0	0,0
2011	98,3	95,8	92,6	93,4	95,5	91,3	78,1	0,0	0,0
2012	98,0	94,4	92,4	92,9	94,1	90,8	89,7	22,2	0,0
2013	97,8	92,6	90,9	91,8	93,0	90,1	90,3	42,5	0,0
2014	98,5	91,7	90,3	91,0	91,9	89,8	89,0	71,5	29,0
2015	97,3	91,0	89,7	90,3	90,9	88,3	89,6	70,1	71,6

Abréviations:

BCG – contre tuberculose.

HVB – contre hépatite virale B.

DTP – contre toux convulsive.

DT – contre diphtérie et tétanos.

VPO – contre poliomyélite.

ROR – contre rougeole (rubéole et oreillons).

Hib – contre infection avec Haemophilus influenzae type b.

Rotavirus – contre infection avec rotavirusi (appliquée à partir 01.07.2012).

Pneumo – contre infection avec pneumococs (appliquée à partir 01.10.2013).

La statistique nationale ne prévoit pas la présentation des données désagrégées selon le sexe, milieu, groupes minoritaires, etc. dans le cadre d'étude MICS 4, réalisée dans la République de Moldova avec le support de l'UNICEF en 2012, les divergences essentielles dans la couverture vaccinale en fonction de sexe n'ont pas été constatées, tandis que la couverture vaccinale dans les zones rurales a été de 3-5% plu haute que dans les zones urbaines.

En 2015 Le Vème Programme National des Immunisations (PNI) pour les années 2016-2020 a été élaboré et soumis pour être approuvé qui a été approuvé par la Décision du Gouvernement du 06 octobre 2016 nr. 1113.

Le PNI pour les années 2016-2020 a comme but l'élimination ou la réduction de la morbidité, de l'invalidité et de la mortalité par l'assurance de la population avec les immunisations obligatoires, garanties par l'Etat, conformément au calendrier de vaccins pour les années 2016-2020, ainsi que par les immunisations comme suite aux indications épidémiques dans des situations de risque prononcé sur la morbidité et l'extension des infections.

Pour réaliser le but 3 objectifs spécifiques ont été établis dans le Programme:

- 1) La stimulation du degré de conscience de chaque personne et de la communauté sur l'importance de l'immunisation et de la promotion à tous les niveaux des vaccins comme un des droits et des obligations de la personne.
- 2) L'assurance de la couverture vaccinale d'au moins 95% de population pour les âges cible au niveau national, par l'accès équitable et universel aux services d'immunisation garantis par l'Etat pour toutes les personnes par l'utilisation des stratégies innovatrices adaptées aux conditions locales.
- 3) La fortification des services d'immunisation, la surveillance épidémiologique et le contrôle des maladies infectieuses prévisibles par les vaccins en tant que partie intégrante du système de Santé.

Le PNI pour les années 2016-2020 représente une vision pour 5 ans destinée au maintien et l'amélioration de la situation épidémiologique favorable par les maladies infectieuses prévisibles par les vaccins. L'accès universel aux vaccins gratuits, garantis par l'Etat, couvrant au moins 95% de population de l'âge cible au niveau national, la vaccination de toutes les personnes qui n'ont pas de contre-indications médicales et des contingents de risque, la réalisation des actions de soutien financier, matériel et opérationnel, prévus dans le Programme, assureront:

- 1) le maintien du statut de la République de Moldova en tant que pays libre de poliomyélite et la contribution du pays à l'éradication Globale de la poliomyélite;
- 2) l'élimination durable des cas indigènes de rougeole, rubéole, rubéole congénitale, diphtérie;
- 3) le maintien au niveau de l'unité des cas de tétanos en population générale et de tuberculose généralisée chez les enfants;
- 4) le maintien de l'incidence par l'hépatite virale B en population générale sous 1 cas per 100 mille de population, parmi les enfants – sous 0,5 cas per 100 mille;
- 5) la réduction de l'incidence par la toux convulsive et par les oreillons – sous 2 cas per 100 mille de population;

- 6) la réduction de la morbidité et de la mortalité par l'infection avec rotavirus, méningites septiques et pneumonies, causées par les infections avec *Haemophilus influenzae type b* et *Streptococcus pneumoniae* chez les enfants sous l'âge de 5 ans.

Pendant la période de référence, l'activité du Centre de promotion de la Santé et de la communication (CPSetC) a été orientée vers la réalisation des prévisions de la Décision du Gouvernement n 658 du 12.06.07 sur le Programme national de promotion du mode sain de vie pour les années 2007 – 2015. Les actions entreprises se sont axées sur l'information, l'éducation et la communication de la population sur les risques pour la Santé, la prophylaxie des maladies transmissibles, non transmissibles, la modification du comportement et coutumes pour les rendre favorables à la Santé. Dans ce but le Centre a développé des activités d'information et de communication, des instructions du personnel médical et non-médical en domaine (séminaire, ateliers de travail, sessions d'information) l'analyse de la situation sur les maladies non-transmissibles.

En ce qui concerne la mobilisation sociale de la population et l'implication de la communauté, annuellement les institutions subordonnées au Ministère de la Santé organisent et réalisent une série d'actions de communication, information, instruction, mobilisation sociale dans le domaine de la promotion de la Santé et de la prévention des maladies dans le cadre des Jours Mondiaux, des semaines et des mois de prophylaxie, dont – la Semaine Européenne de prévention du cancer de col utérin – 19-25 janvier; la Journée Mondiale de prévention et de lutte contre le cancer – 4 février; la Journée Mondiale d'Eau – 22 mars; la Journée Mondiale de la Tuberculose – 24 mars; la Journée Mondiale de la Santé – 7 avril; la Semaine Européenne des Immunisations – 20 – 25 avril; la Journée Mondiale sans tabac – 31 mai, la Semaine nationale "Anticancer" – 1-10 juin, la Semaine Mondiale de promotion de l'allaitement - 17 août, la Journée Mondiale du Cœur – 29 septembre, la Journée Nationale sans alcool – 2 octobre, la Journée Mondiale du Diabète – 14 novembre, la Journée Nationale sans fumée – 19 novembre, la Journée Mondiale de prophylaxie SIDA – 1 décembre, etc. Pendant la période référence on a organisé 30 événements de sensibilisation du public sur la promotion de la Santé et la prévention des maladies. Il faut mentionner que chaque événement a eu un sujet ou un slogan de communication recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé et d'autres organisations et associations médicales internationales.

Les activités principales réalisées dans le cadre de ces événements concernent: l'élaboration et la distribution des matériels informatifs pour les spécialistes et la population, l'organisation des ateliers de travail, des séminaires d'instruction, des sessions informatives, des tables rondes, des conférences, des émissions et des reportages sur les postes TV, radio, les articles de presse,

l'organisation des différentes actions dans la communauté: test gratuit du niveau de glucose en sang, de la tension artériole, concours, soirées thématiques, flash-mobs, etc.

Conformément au rapport statistique (formulaire 50-san) de promotion de la Santé et de l'éducation pour la Santé pendant la période de référence on a organisé et développé des activités de promotion de la Santé réalisées dans le domaine de la Santé.

Activités de promotion de la Santé réalisées dans le secteur de la Santé.

Ans	Activité de promotion								
	Matériels méthodiques et informationnels	Tirage	Emissions TV	Emissions radio	Publication en presse	Conférences	Conversations	Action en communauté	Bulletins sanitaires
2012	1672	54819	1187	758	2151	92753	1478672	2114	13097
2013	4992	1563878	1105	1423	740	98910	1410779	1719	14474
2014	4439	79673	920	1427	690	91020	1575206	1547	12479
2015	4592	348330	3077	1368	647	80409	1565966	977	11625

Les modalités de communication sont différentes, le public est informé en matière de la promotion de la Santé et de la prévention des malaras également par l'intermédiaire de la page WEB du Ministère de la Santé, les institutions du Service de surveillance d'Etat de la Santé publique, mass-médias, la communication interpersonnelle pour le changement du comportement. Tous les 2 mois la revue la „Chronique de la Santé publique” est éditée d'un tirage de 3 mille d'exemplaire, destinée à l'information du public sur la promotion de la Santé et la prophylaxie des maladies.

Pendant la période de référence on a également organisé la campagne de communication „Dis OUI pour TA SANTÉ!”, soutenue par la Compagnie Nationale des Assurances en Médecine. Les activités déroulées ont compris: les consultations médicales gratuits, les cours de cyclisme, les flash-mobs, les foires d'aliments sains avec le générique „BioFest”, les ateliers avec le générique „Préparons sains les

produits écologiques”, les jeux et les compétitions sportives, les programmes artistiques. Lors de la campagne on a organisé également des séminaires d’instruction des cadres didactique, des travailleurs médicaux et des élèves des différentes institutions du pays, etc.

Pendant la période référence on a continué les activités de communication et d’information dans le cadre de la Campagne de Communication “Une maison sans danger pour votre enfant” du projet Moldo-Suisse „Régionalisation des Services Pédiatriques d’Urgence et Thérapie Intensive dans la République de Moldova” (REPEMOL), ayant comme but l’information des familles avec des enfants âgés de -5 ans, des futurs parents et de la population générale sur les possibilité d’apparition des accidents à domicile, l’importance de la surveillance de l’enfant et les mesures de prévention des accidents à domicile impliquant les enfants. On a élaboré un spot social sur la prévention des traumatismes à domicile des enfants qui a été distribué pour être déroulé sur les écrans LED dans les institutions médicales, dans le transport publique et dans les mass-médias nationales et locales. Un matériel informatif a été édité et distribué – un Guide pour les parents d’un tirage total de 55000 exemplaires.

L’information et l’éducation des jeunes sur la promotion du mode de vie sain est réalisée dans le cadre des objets scolaire, y compris: la promotion du mode de vie sain est réalisée obligatoirement dans le curricula «Gestion de classe», dans les classes I-XII, une heure par semaine; dans le cadre de l’objet obligatoire «Education physique» on enseigne, en moyen, 30 heures annuellement, l’objet “Education civique” par le module “Vie et Santé – valeurs personnelles et sociales”, qui a un nombre différent d’heures de la classe V – XII – entre 4 et 6 heures. La formation des habitudes de promotion du mode sain de vie continue et dans le cadre de l’enseignement secondaire général par la mise en œuvre de la discipline optionnelle «Education pour la Santé» dans l’enseignement gymnasial et «Education pour la vie de famille» dans l’enseignement de niveau de lycée. Les conversations, les heures éducatives sont réalisées avec la participation des assistants médicaux de l’institution, des travailleurs médicaux, dans les institutions médicales, les Centres amicales aux jeunes, etc., et comprennent des sujets différents:

- Prévention des maladies transmissibles sexuellement et SIDA;
- Sexualité et adolescence;
- Procès d’évaluation de la Santé;
- Tabagisme et Santé;
- Risques de la consommation de l’alcool, etc.

III. En la République de Moldova il existe une incidence globale de croisement lent des maladies non-transmissibles pour lesquelles le tabagisme est un facteur de risque prédominant. Les derniers 10 ans l'incidence du cancer en la République de Moldova a augmenté de 1,4 fois. La prévalence des patients avec des maladies cardiovasculaires, obstructives chroniques, diabète, digestives, notamment des cirrhoses et du cancer hépatique, etc. sont également en croissance et le tabagisme est le facteur prédominant.

La consommation du tabac est l'une des causes fréquentes qui peuvent être prévenues, de perte prématurée de la santé et contribue essentiellement à la mortalité prématurée. La prévention du tabagisme et de la consommation du tabac qui ne peut pas être fumée, notamment parmi les jeunes, est vitale pour la lutte contre l'épidémie de la consommation du tabac. A présent la consommation du tabac est l'un des 4 facteurs de risque majeur (diète non-saine, consommation du tabac, la consommation nocive de l'alcool ainsi que le manque d'activité physique) des maladies non-transmissibles.

La Décision du Gouvernement n100 du 16 février 2012 a approuvé le Programme national sur le contrôle du tabac pour les années 2012-2016 avec les mesures de mise en œuvre de la Convention cadre sur le contrôle du tabac, étant institué le Conseil National Coordinateur dans le domaine du Contrôle du Tabac, en conformité avec l'art. 5,2 de la Convention, qui est présidé par le vice-premier sur les problèmes sociaux ou l'on discute les problèmes existants en matière.

En 2013 et 2014 on a organisé des Réunions pour „ Le Dialogue de politiques en le contrôle du tabac” en coopération avec l'Office de OMS Moldova avec la participation des représentants du Parlement, du Gouvernement, des autorités publiques centrales, de la société civile, etc., où l'on a abordé des problèmes existants dans le domaine du contrôle du tabac sur la nécessité d'adopter le projet d'une nouvelle loi sur le contrôle du tabac et les mesures d'amélioration de la situation.

Plusieurs débats publics ont été organisés, y compris au Parlement dans les 5 commissions parlementaires et la Loi a été approuvée en première lecture le 29 juillet 2014 et en lecture finale le 29 mai 2015, publiée le 17 juillet 2015, en vigueur du 17 septembre 2015.

En vue de réaliser les prévisions de la Loi n278/2007, de la Directive 2014/40/UE du Parlement Européen et du Conseil du 3 avril 2014 sur l'harmonisation des actes ayant force de loi et des actes administratives des Etats membres concernant la fabrication, la présentation et la vente des produits de tabac et des produits connexes et d'abrogation de la Directive 2001/37/CE, a été adoptée la Décision du Gouvernement 1065 du 19.09.2016 qui a approuvé 3 règlements sanitaires sur les ingrédients des produits de tabac et des produits

connexes (art.11), le rapport sur les produits de tabac et des produits connexes (art.13) et le commerce des produits de tabac et des produits connexes (art.24). Les règlements sanitaires mentionnés ont été approuvés par la Décision du Gouvernement n 1065 du 19 septembre 2016.

Les lettres d'informations sur la nécessité de mettre en application de l'interdiction de fumer dans toutes les espaces publiques ont été envoyés à l'adresse des autorités publiques centrales et locale, autre autorité et institutions de niveau national, à partir le 31 mai 2016, conformément aux prévisions de l'article 26 "Protection contre l'exposition à la fumée de tabac" de la Loi 278/2007. A partir le 31 mai 2016

(1) Il est interdit de fumer:

a) dans toutes les espaces publiques couverts et semi couverts, y compris dans les locaux de l'utilisation commune, sur les lieux de travail, indifféremment de type de propriété et du mode d'accès;

b) dans toutes les espaces publiques ouvertes administrées par les institutions medico-sanitaires, les institutions d'enseignement, les autorités publiques centrale et locales, y compris les territoires afférentes;

c) à la distance de 10m de l'entrée des espaces publiques couvertes, y compris dans les locaux d'utilisation commune et les lieux de travail, des fenêtres qui s'ouvrent et des lieux/installations de captation de l'air pour les espaces publics couverts et pour les lieux de travail;

d) dans les parcs de loisirs et sur les terrains de jeux pour les enfants;

e) sur les stades, arènes, dans les marches et d'autres espaces ouvertes pour la durée des événements publiques de loisir ou d'autre;

f) sous les toits des stations du transport public;

g) dans le transport public et privé où des mineurs sont présents.

(2) Les employeurs, les propriétaires ou les managers des espaces publiques, des lieux de travail, indifféremment de type de propriété et du mode d'accès, peuvent aménager les lieux spéciales pour fumer dans les espaces ouverts ou semi-ouverts, placées de manière de ne pas permettre la pénétration de la fumée dans les espaces publics couverts ou semi couverts et dans les lieux de travail.

IV. La Décision du Gouvernement de la République de Moldova n 1063 a été approuvée le 16.09.16 „Sur l'approbation du Programme National pour la mise en œuvre du Protocole sur l'Eau et la Santé dans la République de Moldova pour les années 2016-2025,, qui vise l'établissement et réalisation des indicateurs cible nationaux par l'application des mesures adéquates de prévention des maladies associées à l'eau, par l'assurance de la qualité de l'eau potable et du management

plus efficace et durable des ressources de l'eau, l'information et l'éducation sur l'application des mesures d'hygiène par la population.

On est en train d'élaborer la Loi sur la qualité de l'eau potable destinée à la surveillance et le monitoring de la qualité de l'eau potable ainsi que l'élaboration du projet de la Décision du Gouvernement sur l'approbation du Règlement sanitaire sur la qualité de l'air des locaux fermés.

La qualité de l'air atmosphérique conformément aux investigations de laboratoire indique une croissance de la majorité des polluants. Environ 14,4% du nombre total d'échantillons analysés au cours de l'an 2015 les dépassements en comparaison avec 2014 de 10,9%.

La qualité du sol est surveillée dans les locaux des différentes destinations, ou le risque du sol contamine persiste, directe ou indirecte, à conditionner les risques pour la santé de la population, notamment des enfants. Conformément aux données de laboratoire on a constaté que le sol est affecté dans la plupart des pollutions organiques. Du point de vue microbiologique la qualité du sol a diminué de plus en plus étant attestée une croissance majeure de la non-conformité de 9,3 à 21,0% pendant la période des années 2010 -2015.

L'état de surveillance de la qualité de l'eau potable dénote les hauts niveaux de non-conformité de sa qualité des sources souterraines et des systèmes de distribution. Le quota de non-conformité selon le contenu de fluor reste haute et moins haute selon le contenu des nitrates des sources centralisées souterraine d'alimentation avec l'eau.

L'insalubrité des localités (faute de systèmes efficaces d'élimination des déchets) et le non-respect des mesures élémentaires de protection des sources d'eau sont les causes principales de détérioration de la qualité de l'eau des puits, utilisée comme la seule source d'alimentation avec l'eau pour environ 75% de la population rurale. Le poids de non-conformité de l'eau des puits reste haut et constitue 82% des paramètres sanitaires chimique, dont nitrates – 66% et 40% les paramètres sanitaires microbiologiques du nombre de preuves investiguées en 2015.

Pendant la période de référence des mesures d'informations de la population et des agents économiques ont été informés sur les conséquences du tabagisme pour la Santé, sur le respect de la législation dans le domaine du contrôle du tabac par les experts dans la promotion de la Santé des Centres de Santé Publique et institutions médicales territoriale et républicaines, en coopération avec les inspectorats de police, les institutions d'éducation, les organisations non gouvernementales, les autorités locales, les mass-médias, les communautés axées sur différents groupes cible et le public général.

En 2015 209 séminaires d'instruction des cadres dans le domaine du contrôle de tabac ont été déroulées, 145 matériels méthodiques informatives ont été élaborées, 2 études sur l'expansion du tabagisme parmi la population ont été effectuées, 47 émissions TV et 30 émissions radiophoniques ont été organisées, 64 matériels de presse écrite ont été publiés, 20 informations dans les sources internet ont été placées, 3477 conférences et 80039 conversations individuelles et en groupe ont été tenues, 56 actions de mobilisation de la communauté ont été déroulées et 653 bulletins sanitaires ont été élaborées etc. dans le domaine de prévention et de la lutte contre le tabagisme.

On assure la surveillance du respect par les unités économiques au lieux de travail, y compris dans les entreprises d'alimentation publique, de commerce des articles de tabac de la législation en matière de contrôle du tabac, du respect des restrictions sur l'interdiction de fumer dans les institutions d'enseignement, medico-sanitaires et d'autres locaux publics, sur l'installation dans les lieux de réalisation des articles de tabac de l'information sur les dommages causées par la fumée, l'interdiction de la vente des articles de tabac aux mineurs sous l'âge de 18 ans et le montant de l'amende appliquée pour le non-respect des prévisions sur l'interdiction de la vente des articles de tabac aux personnes sous l'âge de 18 ans etc., du respect de l'interdiction du commerce de la production de tabac pour les mineurs.

Les dernières années on applique des mesures pour diminuer les surfaces occupées par le tabac. Conformément aux données du Bureau national des Statistiques, la forme nr. 29-agr. „Sur les superficies ensemencées et la récolte globale des cultures agricoles dans toutes les catégories de ménages”, les indices de production pour le tabac dans les dernières années diminuent considérablement.

Si en 2010 le tabac a été planté sur la superficie de 4,3 mille ha, en 2015 le tabac a occupé la superficie seulement de 900 ha, et la production globale a diminué de 7,6 à 1,4 mille tonnes, le tabac étant remplacé avec la production des cultures destinées à l'export sur les marchés externes: les semences et les fruits de cultures oléagineuses, les fruits et les noix, les légumes.

La République de Moldova effectue également la surveillance de l'importation des articles de tabac et du tabac brut par les systèmes informationnels du Service Douanier (à l'exception de la région Transnistrie).

Les tendances dynamiques de l'importation, de l'exportation et du transit des articles de tabac sont en permanente diminution à partir 2011.

En conformité avec les prévisions de l'article 21 de la Loi 278/2007 l'activité du Service d'Etat de la Santé Publique est orientée vers la surveillance de la mise en œuvre depuis 1 janvier 2016 de l'interdiction complète de toute forme, directe ou indirecte, de publicité en faveur des produits de tabac et des produits connexes, la

promotion des produits de tabac, y compris par la sponsorship ou autre soutien des actions ou des initiatives publiques ou commerciales.

Tenant compte du fait que le délais établi pour la signature du protocole sur l'éradication du commerce illicite avec les articles de tabac, le Ministère de l'Intérieur en 2016 a créé un groupe de travail intersectoriel qui a présent travaille sur l'élaboration d'un projet de loi sur l'adhésion au Protocole, ce qui va permettre la mise en œuvre de ses prévisions avec la diminution et l'élimination de toutes le formes de contrebande, de la production illégale et falsification, le développement et l'application d'une législation nationale en matière.

Vu le fait qu'en 2016 le terme de réalisation du Programme National sur le contrôle du tabac pour les années 2012-2016, approuvée par la Décision du Gouvernement n 100 du 16 février 2012, expire, le Ministère de la Santé a initié l'élaboration d'un nouveau, deuxième Programme National sur le contrôle du tabac pour les années 2017-2020 avec l'élaboration des mesures dans le contexte des prévisions de la Loi n278-XVI du 14 décembre 2007 sur le tabac et les articles de tabac, republiée sous le nom de "Sur le contrôle du tabac" avec les modifications prévues dans la Loi n124 du 29.05.2015.

II. Dans la République de Moldova on enregistre annuellement plus de 2500 accidents routiers qui menacent gravement la vie et la Santé des personnes par les décès, les traumatismes et lésions corporelles, environ 7 -9 % des accidents routiers se produisent suite à la consommation de l'alcool au volant. Cela est confirmé par les données statistiques des accidents routiers dans le pays.

Nombre des accidents routiers produits en République de Moldova en 2012-2015, y compris en état d'ébriété et ses conséquences

	NR. investigations médicales pour la détermination de l'état d'ébriété	Chauffeurs dépistés en état d'ébriété au volant	Accidents routiers	Etat d'ébriété avec les accidents routiers	Traumatisés (y compris les enfants)	Décédés (y compris les enfants)
2012	58868	4374	2972	185	3494/495	407/31
2013	54240	3975	2603	229	3378/471	395/30
2014	52206	3724	2564	177	3080/391	324/20
2015	50417	3689	2617	142	3034/335	307/19

Au cours de 2015 du nombre total d'accidents 141 se sont produits à cause de l'état d'ébriété au volant, soldés avec 24 décès et 187 personnes traumatisés.

Après l'approbation du Programme National sur le contrôle de l'alcool pour les années 2012-2020 par les actes normatifs on a réduit la concentration de l'alcool en sang aux chauffeurs pendant le chauffage jusqu' à 0,3 g/litre.

Le Ministère de la Santé a approuvé l'ordre n 269 du 31.03.2014 "Sur l'organisation et le déroulement du Contrôle de la sobriété", ce qui permet l'examen médical de la consommation de l'alcool des chauffeurs avant la route, on a également approuvé le Règlement sur le mode d'organisation et de déroulement du contrôle de la sobriété (HG 290 du 14.03.2016).

Les mesures d'information et de communication sur les dommages de la consommation de l'alcool sont réalisées par le Ministère de l'Education dans le cadre des institutions d'enseignement, par le Ministère de la Santé en commun avec le Ministère de l'Education et du Ministère de la Jeunesse et du Sport dans le cadre des Centres de Santé Amicales aux Jeunes. A tous les niveaux (central, régional et local) les mesures d'information et de communication anti-alcool (press—relases, bulletins informatif, brochures, etc.) sont réalisées par le Centre National de Santé Publique, les Centres municipales de Santé Publique et les Centres de Santé Publiques régionaux.

C'est pourquoi on a réalisé des séminaires zonales avec les spécialistes de Centres de Santé Publique territoriales „La Promotion de la Santé et la prévention des maladies transmissibles" ou l'on a également abordé les problèmes sur la surveillance de la consommation de l'alcool – en tant que facteur de risque majeur pour la santé, sur les mesures d'amélioration de la situation et de consultation et traitement.

Annuellement des mesures d'information sont réalisées dans le cadre de la Journée Mondiale et Nationale de Santé, y compris la Journée Nationale de lutte contre la consommation nocive de l'alcool (2 octobre).

Dans le cadre de la Campagne Nationale de communication et de sensibilisation pour cinquième an „Dis OUI pour TA SANTÉ" (déroulée en période de septembre-décembre 2015) dans 45 institutions d'enseignement scolaire on a organisé des instructions sur la culture, la prévention et la diminution de la consommation de l'alcool, ainsi que sur les effets nocifs de l'alcool sur la santé, ou 1047 personne ont participé.

Cette Campagne a eu comme but l'information, la motivation et l'éducation de la population sur l'adoption d'un mode sain de vie et a inclus plusieurs composants comme: l'éducation comportementale par la prévention et l'abandon de la consommation nocive du tabac et de l'alcool, les activités axées sur les adolescents, les femmes et les chauffeurs. Un accent spécial a été fait sur la prévention et la diminution de la consommation de l'alcool par la population.

En vue de dérouler les événements dans le cadre de la Campagne mentionnée

on a sélectionné 8 localités du pays: mun. Chişinău, mun. Bălţi, ville Ungheni, ville Soroca, ville Cimişlia, ville Rezina, village Costeşti de la région Ialoveni et le village Ciorescu du mun. Chişinău.

Pour la mobilisation sociale de la population des actions suivantes ont été déroulées:

1. le déroulement des activités pour les différentes catégories de population, la consolidation du potentiel d'information, éducation et communication (organisation des master-classes à plein air avec une équipe d'instructeurs de fitness, les compétitions sportives, les consultations médicales etc.);

2. l'élaboration, l'édition en tirage de masse et la distribution des matériels informatifs pour la population avec le générique „L'Abus de alcool te prive de contrôle";

3. l'inauguration des 14 émissions permanentes aux postes de Radio et TV avec les sujets de promotions d'un mode sain de vie;

4. le tournage et la diffusion sur les postes nationaux de TV du film court „Apprend à être sain ";

5. l'organisation et le déroulement des séminaires/instructions pour le personnel médical/non-médical et pour les enfants des classes primaires, gymnases et lycées sur l'alimentation correcte et la réduction de la consommation excessive de sel et des graisses, ainsi que sur la prévention de la consommation de l'alcool.

Lors de l'organisation des instructions/séminaires pour le personnel médical, le personnel didactique et les enfants des institutions d'enseignement scolaire, 1 400 brochures informatives „Stop Vices" ont été élaborées et publiées étant ensuite distribuées pendant les séminaires déroulés.

Le Ministère de la Santé dans le cadre du Dispensaire Narcologique Républicain a institué une Hot Line gratuite pour la population de conciliations et de renoncer au tabac.

Les patients avec dépendance de nicotine par les méthodes spécifiques ont bénéficié de la conciliation anti-tabac par les psychologues, les narcologues pour les faire renoncer au tabac en appliquant des techniques suivantes:

- interview motivationnel, explication des bénéfices du refus de fumer;
- traitement par les médicaments, traitement de substitution;
- thérapie cognitive – comportementale;
- méthodes complémentaires (acupuncture, hypnose);

II. Le dépistage précoce des personnes avec un risque prononcé de dépendance de l'alcool a un rôle important dans les cas d'initiation du traitement anti-alcool, la récupération psychosociale et le traitement de ce vice.

Selon les données statistiques au 31.12.2015 les institutions narcologiques surveillent 46513 malades d'alcoolisme chronique, 622 malades avec des psychoses alcooliques ainsi que 5627 étant à l'évidence préventive liée à l'abus de l'alcool. Le nombre de visites des personnes chez les médecins du Dispensaire Républicain Narcologique a augmentée de 6561 par rapport à 2014 – et constitue 43068.

Le service de médecine primaire a été responsabilisé pour la mise en œuvre des programmes d'identification précoce et conciliation et les interventions courtes. Le Protocole Clinique Standardisé pour les médecins de famille a été élaboré à la base du Protocole Clinique National. „Les troubles mentaux et de comportement liés à la consommation de l'alcool” (ordre du Ministère de la Santé n 294/2009).

Comme suite les programmes de consultation ont compris – 29,7 % personnes, étant identifiées de manière précoce en tant que population de risque prononcé de dépendance de l'alcool. Dans le cadre de la médecine primaire, les médecins de famille appliquent le screening au sujet de l'alcoolisme des personnes qui demandent l'assistance médicale, le cas échéant, accordent la conciliation psychologique pour les personnes consommant l'alcool, chaque troisième personne qui s'adresse au médecin de famille a besoin d'une assistance pareille et des interventions courtes, ce qui permet de dépister de manière précoce des personnes se voient administrées d'un traitement spécialisé par le médecin narcologue.

34% des personnes enregistrées souffrant de l'alcoolisme chronique ont bénéficié de traitement, ensuite des programmes de récupération psychosociale, étant en rémission stable. Dans ce sens 9809 personnes ont bénéficié de traitement ambulatoire dans des cabinets narcologiques.

Dans ce contexte, le Ministère de la Santé avec le support de l'OMS a organisé pendant la période de mai-juin 2016 deux ateliers de travail avec la participation des experts de l'Irlande et du Portugal pour les médecins de famille des 16 régions. On imagine par biais des formateurs nationaux déjà formés de partager ces connaissances et activités dans toute la république, ce permettra la conciliation psychologique des personnes consommateurs nocives de l'alcool de jusqu' à 30% à la fin de l'année 2016 – ce qui est stipulé dans le Programme.

On est en train d'élaborer la réglementation concernant l'institution du service de conciliation pour la population avec un risque de dépendance de l'alcool au niveau d'assistance médicale primaire, détermination de la couverture financière.

Article 12 – Droit a la sécurité sociale

Paragraphe 1 – Existence d'un système de sécurité sociale

Indemnités pour l'incapacité temporaire de travail:

En conformité avec les prévisions de l'art. 2 de la Loi n. 289-XV du 22 juillet 2004 sur les indemnités pour l'incapacité temporaire de travail et d'autres prestations des assurances sociales, les prestations des assurances sociales sont accordées aux personnes assurées ayant domicile ou résidence dans la République de Moldova et aux chômeurs ayant droit à l'aide de chômage.

La personne a le droit aux prestations des assurances sociales liées aux risques sociaux pour lesquels elle est assurée. Respectivement, en cas de risque assurée – l'incapacité temporaire de travail, la personne bénéficie de l'indemnité pour l'incapacité temporaire de travail établie et calculée conformément aux prévisions législatives.

Bénéficiaires des indemnités pour l'incapacité temporaire de travail

An	2012	2013	2014	2015
Bénéficiaires de indemnités/ personnes	283824	287916	267432	279330
Population active/ personnes	1214500	1235800	1232400	1265600
Poids des bénéficiaires de l'indemnité du nr. de lav population active / %	23,4	23,3	21,7	22,1

La base de calcul des indemnités des assurances sociales, en vertu des prévisions de l'art. 7 de la Loi susmentionnée – représente le revenu moyen mensuel assurée pour les derniers 12 mois calendrier avant le mois de la production du risque assurée depuis lequel on a perçu les contributions individuelles des assurances sociales.

Le montant mensuel de l'indemnité pour l'incapacité temporaire de travail est fixé de manière différenciée en fonction de la durée de l'ancienneté de cotisation:

- a) 60% de la base de calcul – en cas de cotisation de jusqu' à 5 ans;
- b) 70% de la base de calcul – en cas de cotisation entre 5 et 8 ans;
- c) 90% de la base de calcul – en cas de cotisation de plus 8 ans.

Le montant de l'indemnité pour l'incapacité temporaire de travail causée par la tuberculose, SIDA ou de cancer de tout type est de 100% de la base de calcul.

Le montant moyen de l'indemnité pour l'incapacité temporaire de travail en 2014 a constitué 1151,09 lei, et en 2015 – 1141,54 lei.

Concernant les pensions des assurances sociales:

Bénéficiaires des pensions des assurances sociales

An	2012	2013	2014	2015
Bénéficiaires des pensions / mille personnes	649909	659597	669864	679877
Population active/ mille personnes	1214,5	1235,8	1232,4	1265,6
Rapport entre la population active et les pensionnaires	1,9	1,9	1,9	1,9
Montant minimal de la pension:				
De vieillesse / lei	702,54	749,96	798,33	861,80
Pensions de vieillesse en agriculture / lei	625,44	667,66	710,72	767,22

En vertu de la Loi n 147 du 17 juillet 2014 sur la modification et l'amendement des actes législatifs, un support financier d'Etat mensuel est accordé en montant fixe à des bénéficiaires de pensions dont le montant ne dépasse pas 1500 lei:

- bénéficiaires de pensions intégrales de vieillesse – 180 lei;
- bénéficiaires de pensions incomplètes de vieillesse – 100 lei;

L'une des actions de base prévue dans le Programme d'Activité du Gouvernement de la République de Moldova 2016-2018, ainsi que dans le Concept de réforme du système de pensions dans la République de Moldova, approuvé par la Disposition n 116-d du 5 août 2016 est "L'Institution de la pension de base en tant qu'instrument d'amélioration de la protection sociale des pensionnaires".

La pension de base suppose l'octroi d'un montant fixe garanti par l'Etat qui remplacera le support financier d'Etat actuel accordé à des catégories de pensionnaires qui aura un caractère permanent, indifféremment du montant de la pension.

Paragraphe 4 -Conclusion des accords bilatéraux

Droit au traitement égal

1. L'Accord intergouvernemental de sécurité sociale approuvé par la Décision du Gouvernement n1170 du 29.10.2007 qui sert comme modèle pour les accords bilatéraux qui sont conclues par la République de Moldova comprend les prestations des assurances sociales que le comité mentionné dans son rapport, ainsi que ce qui suit: prestations en nature en cas de maladie et maternité, prestations en nature en cas d'accidents de travail.

A partir 2008, la République de Moldova a signé des accords bilatéraux dans le domaine de la sécurité sociale avec les états suivants: Bulgarie (2008), Portugal (2009), Roumanie (2010), Luxembourg (2010), Autriche (2011), Estonie (2011), République Tchèque (2011), Belgique (2012), Pologne (2013), Hongrie (2013) et Lituanie (2014). Tous ces accords sont en vigueur.

La République de Moldova est en procès de négociation avec l'Allemagne, la Lettonie, la Turquie et l'Israël.

2. La législation de la République de Moldova garantie le traitement égal aux citoyens étrangers assurée dans le système publique des assurances sociales qui ont domicile ou résidence dans la République de Moldova. Ceux-ci sont obligés de payer des contributions des assurances sociales en vue de bénéficier de droit pour la prévention, la limitation ou l'élimination des risques sociaux prévus dans la loi.

En plus, la Loi n274 d 27.12.2011 sur l'intégration des étrangers dans la République de Moldova garantie aux catégories ci-dessous l'accès au système de protection sociale – le système public des assurances sociales et le système national d'assistance sociale dans des conditions prévues par la loi pour la République de Moldova:

- a) étrangers titulaires du titre de séjour provisoire pour la réintégration de famille;
- b) étrangers titulaires du titre de séjour provisoire aux fins de travail;
- c) étrangers titulaires du titre de séjour provisoire pour les études;
- d) étrangers titulaires du titre de séjour provisoire pour les activités humanitaires ou religieuses;
- e) étrangers titulaires du titre de séjour permanent;
- f) personnes dont on a reconnu le statut d'apatrides dans la République de Moldova.

Conformément à la même législation l'accès au système public des assurances sociales et au système national de l'assistance sociale est accordé aux réfugiés et bénéficiaires de protection humanitaire dans des conditions prévues par la loi pour les citoyens de la République de Moldova.

3. La législation de la République de Moldova ne conditionne pas l'accès des personnes assurées aux prestations accordées dans le système public des assurances sociales de la circonscription de la personne assurée sur son territoire. Les personnes assurées ont le droit aux prestations des assurances sociales même ayant le titre de séjour provisoire dans la République de Moldova.

La Loi n 289-XV du 22.07.2004 sur les indemnités pour l'incapacité temporaire de travail et d'autres prestations des assurances sociales prévoit le droit des personnes

assurées ayant domicile ou résidence dans la République de Moldova aux prestations des assurances sociales, y compris les prestations familiales:

- a) indemnités de maternité;
- b) indemnités pour les soins de l'enfant jusqu' à l'âge de 3 ans;
- c) indemnités pour les soins de l'enfant malade.

Concernant la liste que le Comite fait référence, la République de Moldova est en procès de négociations avec la République Turque. Le domaine matériel d'application du projet de l'Accord moldo-turc contient également les indemnités de maternité.

En avenir la République de Moldova a l'intention de conclure un nouvel accord de sécurité sociale avec la Fédération Russe remplaçant l'Accord existant entre le Gouvernement de la République de Moldova et le Gouvernement de la Fédération Russe sur les garanties des droits des citoyens dans le domaine de l'assurance avec les pensions et qui on suppose aura un domaine matériel d'application plus étendu.

Actuellement, il n'y a pas de nécessité aigue de conclure des accords de sécurité sociale avec l'Albanie, l'Arménie, la Géorgie qui ne sont pas des états principaux de destination des citoyens de la République de Moldova. Une fois la République de Moldova atteindra des objectifs proposés dans les années suivant la conclusion des accords avec les états ou l'on atteste une présence majeure des travailleurs moldaves, notre Etat sera ouvert de développer les relations de coopération dans ce domaine avec d'autres Etats.

Il est important de mentionner la cause pour laquelle certains accords conclus par la République de Moldova ne contiennent pas de prestation familiales et ont un domaine d'application plus étroit. Cella se passe, tout d'abord grâce à la situation économique difficile et des possibilités financières limitées de l'Etat. Mais dans le cas ou la situation socio-économique sera améliorée en avenir, la République de Moldova exprime son ouverture pour examiner la possibilité de revoir les dispositions des accords en vigueur, pour élargir leur domaine d'application.

Droit au maintien des droits acquis.

La législation de la République de Moldova prévoit que l'assuré qui s'installe à l'étranger ne se voit pas accordé le droit à la pension. Faute d'un accord de sécurité sociale, conformément à la Loi n 156-XIV du 14.10.1998 sur les pensions des assurances sociales d'Etat, le bénéficiaire de pension qui s'installe à l'étranger, la pension établie est payée de manière anticipée pour 6 mois à partir le mois suivant la retraite de l'évidence de la localité de domicile.

L'entreprise des mesures unilatérales par l'amendement de la législation nationale pour maintenir ses droits dans le cas d'installation sur le territoire d'un

autre pays n'est pas possible à présent grâce à la situation économique et financière difficile. Néanmoins la République de Moldova exprime son ouverture de réviser les normes légales nationales en vigueur dans des conditions d'amélioration de la situation économique.

C'est l'un des motifs pour lesquels la République de Moldova conclue des accords de sécurité sociale avec les Etats de destination des travailleurs migrants moldaves. Comme suite la République de Moldova exprime son disponibilité de négocier des accords en matière avec les états avec une communauté grandes de moldaves, comme l'Italie, la Grèce, la France, l'Espagne, l'Irlande. Au cours des plusieurs années on a essayé d'initier un dialogue bilatéral, mais les pays comme: l'Italie, la Grèce, la France n'ont pas manifesté leur ouverture. La République de Moldova continuera à déposer ses efforts en vue de démarrer le dialogue avec les pays mentionnés.

Actuellement l'application du principe du maintien des droits obtenus par la République de Moldova est possible seulement par la conclusion des accords bilatéraux. La référence sur la Convention Européenne de Sécurité Sociale signé par la République de Moldova le 22 mai 2002, mais pas ratifiée, est justifiée par l'emprunt et l'application des valeurs et des principes de la Convention.

La législation en vigueur de la République de Moldova ne prévoit la totalisation des périodes de l'assurance ou de l'emploi dans les Etats membres pour l'attribution de la pension que si cela est prévu dans les accords bilatéraux ou les conventions multilatérales dont la République de Moldova fait partie.

La République de Moldova a l'intention de signer un accord bilatéral de sécurité sociale avec l'Allemagne, la Lettonie, la Turquie et l'Israël, ce sont les pays avec lesquels on est en train de négocier ainsi que de démarrer en proche avenir le dialogue avec l'Irlande, Belarus, la Fédération de Russie, l'Ukraine. Belarus et la Fédération de Russie ont élaboré un projet d'accord sur lesquels on va initier des négociations.

La République de Moldova manifeste l'intention et l'ouverture de conclure un accord bilatéral avec l'Italie, la Grèce, l'Espagne et la France les états de principales destinations de ses citoyens et continuera faire des efforts dans ce sens. La République de Moldova mentionne la nécessité et l'importance de signature d'un accord avec ces Etats, que chaque partie de l'accord respecte ses obligations par rapport aux citoyens étrangers qui apportent de la valeur ajoutée à l'Etat ou ils travaillent et payent des contributions des assurances sociales.

En même temps, la République de Moldova a l'intention d'élargir en avenir, la liste des Etats avec lesquels elle souhaiterait négocier un accord bilatéral de sécurité sociale tant pour protéger les droits de ses citoyens, en fonction de

nécessité et de disponibilité de ces états, que pour respecter les prévisions de la Charte Sociale Européenne révisée.

Article 13 Droit à l'assistance sociale et médicale

Assistance sociale

La politique de l'assistance sociale dans la République de Moldova est réalisée de manière conséquente et prioritairement en faveur des personnes et des familles en difficulté, ou susceptibles de devenir socio-dépendants et a comme but la prévention ou l'amélioration de la situation de difficulté et l'atténuation des ses conséquences, le maintien d'un niveau décent de vie de la personne ou de la famille, l'octroi d'un support supplémentaire, temporaire ou permanent, par l'intermédiaire **des prestations et de services sociaux.**

Conformément à la Loi de l'assistance sociale n 547-XV du 25.12.2003, les objectifs de l'assistance sociale sont de prévenir et dépasser les situations de difficulté des personnes ou des familles et assurer leur intégration sociale tout en respectant le principe d'autonomie.

Ayant comme but principal la réduction de la pauvreté en 2008 on a lancé le programme des transferts sociaux sous forme monétaire dénommée „Aide social”, qui vient soutenir les familles pauvres. Actuellement, celui a deux parties composantes de base – l'aide social et l'aide pour la période froide de l'année.

Le but de ce programme est d'assurer un revenu mensuel garanti aux familles défavorisées par l'octroi de l'aide social établi en conformité avec l'évaluation du revenu global moyen mensuel de la famille et la nécessité d'assistance sociale. Le titulaire de l'aide sociale ou le cas échéant, de l'aide pour la période froide de l'année, est le demandeur et le bénéficiaire de celui-ci – la famille.

Au sens de la Loi sur l'aide sociale, la famille suppose deux ou plusieurs personnes qui habitent dans le même logement et ont un budget commun. Toute personne adulte qui ne fait pas partie d'une famille bénéficie de droits de famille.

L'octroi de la prestation est basé sur l'établissement de l'éligibilité et du montant de la prestation monétaire en utilisant la lacune du revenu. Le montant de la prestation est égale à la différence entre le revenu mensuel minimal garantir et le revenu mensuel de la famille. La prestation est calibrée à la situation de la famille pour assurer que chaque famille bénéficie d'un niveau minimal de bien-être, tout en permettant une variation entre le montant et la composition de la famille. La sélection des bénéficiaires est basée sur la situation socio-économique de la famille en utilisant les critères de bien-être et des conditions d'éligibilité pour les personnes aptes de travail.

Les données sur l'allocation de l'aide social aux familles défavorisées au cours des derniers trois ans (2013-2015) dans la structure des types d'aide social et par catégorie de bénéficiaires sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Allocation de l'aide social

	2013		2014		2015	
	Aide social	APFA	Aide social	APFA	Aide social	APFA
Nombre de bénéficiaires uniques, ménages	57 342	116 682	58 821	140 268	85 776	182 263
<i>dont:</i>						
Nombre de familles avec enfants (sous 18 ans)	29 437	33 977	30 432	35 835	36 246	39 743
Nombre de familles avec des membres handicapés	27 198	44 743	29 293	44 226	41 838	58 641
Nombre de familles avec des membres âgés l'âge de retraite (57/62 ans)	9 188	57 057	8 725	62 604	35 586	134 365

Il faut mentionner le fait que pour maintenir les familles défavorisées et d'augmenter le taux de leur insertion dans le système, on fait régulièrement révisés le cadre légal dans ce domaine.

Dans ce sens on augmente le niveau du Revenu Mensuel Minimal Garantit (RMMG). A partir le 1 avril 2015 le niveau de RMMG a été augmenté jusqu'à 765 lei, et suite à la rectification de la Loi n 200 du 20.11.2015 – le niveau de RMMG a été augmenté jusqu'à 900 de lei, à partir le 1 octobre 2015. On a également augmenté le niveau de RMMG utilisé lors de l'évaluation du droit pour l'aide pour la période froide de l'année (900*1,6=1440 lei). En même temps, par la Décision du Gouvernement n 838 du 02.12.2015, qui est entrée en vigueur le 1 novembre 2015 a augmenté le montant de l'aide pour la période froide de l'année de 250 à 315 lei.

La Décision du Gouvernement n821 du 07.10.2014, pour le calcul du revenu global de la famille:

- a augmenté la non prise en compte de 120 lei à 200 lei;
- a établi la non prise en charge de l'indemnité pour les soins des enfants (enfants jusqu' à 1,5 ans pour les personnes non-assurées et 3 ans pour les personnes assurées);

- a exclu le support financier d'état;
- a modifié la liste des indicateurs sur l'évaluation du bien-être de la famille, en excluant de la liste des indicateurs de bien-être comme: téléviseur couleur, réfrigérateur/ congélateur, lave-linge au programme manuel, aspirateur et station musicale.

Suite aux modifications opérées on peut observer une croissance significative du nombre de familles défavorisées intégrées dans le système de l'aide sociale.

Au moins un paiement d'aide sociale a été octroyé:

- en 2015 – à plus de 85000 familles, et le montant moyen de la prestation a constitué environ 720 lei;
- en 2016 (5 mois) – plus de 66000 familles et le montant moyen de la prestation a constitué environ 900 lei.

Nombre de familles bénéficiaires de l'aide sociale

Nr. d/o	An	Nombre de familles	Prestation moyenne, lei	Montant calculée, mil. lei	RMMG, lei
1	2012	78063	730	383	640
2	2013	57342	730	cca 243	640 ≤ octobre 680 ≥ novembre
3	2014	58821	652	cca 227	680 ≤ octobre 720 ≥ novembre
4	2015	85776	720	cca 416	720 ≤ mars 765 ≥ avril 900 ≥ octobre
5	2016 (5 mois)	66000	900	-----	900

Du nombre total de familles bénéficiaires de l'aide sociale pendant la période de 2009 – 2015 plus de 50% ont eu au moins un enfant comme membre. Le montant de l'aide sociale est étroitement lié au nombre de membres de familles et les revenus déclarés de celle-ci.

En même temps du nombre total de demandes en 2015:

- plus de 55% ont au moins un membre de l'âge de retraite. Le taux de réussite de ces demandes est de - 78%;
- plus de 26% sont des personnes de l'âge dépassant l'âge de pension, Le taux de réussite de ces demandes est de - 85%;
- plus de 53% - sont des familles qui ont au moins un enfant;
- environ 84% de bénéficiaires - zones rurales;
- environ 43% de familles ont au moins un membre handicapé;

Le montant moyen de l'aide sociale a constitué environ 720 lei. En plus on vous informe sur le montant moyen de l'aide sociale en fonction de la structure de la famille:

- 256 lei – pour les personnes solitaires pensionnaires;
- 410 lei – familles ayant au moins un pensionnaire;
- 961 lei – familles avec 1 enfant;
- 1285 lei – familles avec 2 enfants;
- 1771 lei – familles avec 3 et plus d'enfants;
- 732 lei – familles avec des personnes handicapées.

Hors la prestation de l'aide sociale a partir 2011 on a introduit également la prestation de l'aide pour la période froide de l'année (ensuite – APfA) pour la période cinq mois (novembre – mars), qui est accordé en montant fixe aux familles demandeuses de l'aide sociale qui ont revenu global inférieur au niveau de RMMG augmente de 1,4 fois (avant le 01.01.2013) et augmente de 1,6 fois à partir le 01.01.2013.

Pour la période novembre 2011 – décembre 2012 le montant de l'APFA a été de 200 lei/mois; depuis janvier 2013 - 250 lei/ mois, et à partir le mois de novembre 2015 – 315 lei/mois.

Nombre de familles bénéficiaires de l'aide pour la période froide de l'année (APFA)

An	Nr. de familles bénéficiaires d'au moins un paiement	Prestation moyenne, lei	Somme calculée, mil. lei	RMMG, pu APFA, lei
2012	120.309	200 (novembre - décembre)	83,7	896(=640 *1,4)

2013	116.681	200 (ian. – mars) 250 (novembre)	73,1	1024 (=640* 1,6) ≤ octobre 1088 (=680 *1,6) ≥ novembre
2014	140.268	250	108,6	1088 ≤ octobre 1152 ≥ novembre
2015	182.263	250 (ian. – mars) 315 ≥ novembre	166,1	1152 ≤ mars 1224 ≥ avril 1440 ≥ octobre
2016 (5 mois)	160.457	315	-----	1440

Au moins un paiement de l'APFA en 2012 a été accordé à environ 120 000 familles (calculée 83,7 mil.lei); en 2013 – environ 116 000 famille (calcule 73,1 mil.lei), en 2014 – environ 140 000 familles (calculée 108,6 mil.lei), en 2015 – plus de 182 mille familles bénéficiaires d'APRA (calcule 166,1 mil.lei).

En analysant le profile de la pauvreté, les données démontrent que l'aide social est accordé dans la majorité de cas aux familles avec des enfants ainsi qu'aux familles avec des pensionnaires et des personnes handicapées, améliorant de cette façon la nourriture, l'accès aux services médicaux, à l'éducation de ces catégories de ménages.

Grace à la prestation de l'aide sociale, plusieurs familles sont sorties des situations de l'impasse antérieure, les enfants ont eu la possibilité de continuer leurs études, de rester en famille et d'être éduqués par leurs parents. Conformément au rapport sur la pauvreté dans la République de Moldova 2013 élaboré par le Ministère de l'Economie:

- un impact significatif sur la réduction du niveau de pauvreté revient aux prestations sociales pour lesquelles on applique des mécanismes de détermination de l'éligibilité du demandeur par le teste des revenus. Ces paiements ont réduit la pauvreté avec environ 2.3 pourcent;
- un impact significatif sur la diminution de la pauvreté dans les zones rurales revient à l'aide social. En 2013 environ 80% de bénéficiaires de l'aide social viennent de la zone rurale. Les paiements accordés par l'aide social ont réduit la pauvreté dans les zones rurales avec 5 pourcents. Sans ces bénéfices, le taux de pauvreté aurait constitué 23.8 %. En comparaison avec d'autres paiements

sociaux, l'aide social est relativement l'une des plus efficaces du point de vue de l'orientation des moyens vers les plus vulnérables catégories de population.

- L'aide social est la plus efficace prestation sociale pour la lutte contre la pauvreté. Environ 82% des moyens alloués sont arrivés chez les plus pauvres familles. Les paiements effectués par l'aide social ont réduit la pauvreté dans le pays environ avec 2 pourcent.

Système informationnel automatisé „Assistance Sociale”

Le 2 septembre 2013 on a mis en exploitation le Système Informationnel Automatisé „Assistance Sociale”, qui rend plus efficace le travail des assistants sociaux et en même temps permet la création de la base de données consolidée de tous les bénéficiaires de l'assistance sociale. A présent, SIAAS effectue l'échange de données nécessaire avec le SIA du Registre d'Etat de la population (REP), la Caisse Nationale des Assurances Sociales et l'Agence Nationale de l'Emploi. En avenir on se propose d'effectuer l'échange de données également avec: la Banca de Economii S.A., le Ministère de l'Education, l'Inspectorat Fiscal, l'Agence Relations Foncières et Cadastre, le Ministère de la Justice, le Ministère de la Santé/CNAM, le Conseil National de Détermination de l'Handicap et de la Capacité de Travail, le Ministère de la Défense, le Ministère de l'Intérieur, la Police de Frontière, le Centre Républicain Expérimental de Prothèses, Orthopédie et Réhabilitation, etc.

Système intégré de services sociaux

Le système intégré de services sociaux est une partie composante du système de protection sociale par lequel l'Etat, les autorités de l'administration publique locale et la société civile assure la prévention, la limitation et l'élimination des effets temporaires ou permanents des situations générées par la pauvreté et la vulnérabilité prononcée.

En vue d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées et assurer l'accès aux services de qualité par le développement de nouveaux services sociaux et leur adaptation aux nécessités de ceux-ci, des Décisions de Gouvernement „ Sur l'approbation du Règlement-cadre d'organisation et de fonctionnement du Centre de placement pour les personnes âgées et des standards minimales de qualité” n323 du 30 mai 2013 et „Sur l'approbation du Règlement-cadre d'organisation et de fonctionnement du Centre de jour pour les personnes âgées et les standards minimales de qualité” n 569 du 29 juillet 2013 ont été approuvés.

La Décision du Gouvernement n 1034 du 31.12.2014 a approuvé le Règlement-cadre du Service des soins sociaux à domicile et des standards minimaux de qualité.

Une fois le Règlement approuvé il est devenu nécessaire de consolider et de promouvoir ce Service pour tous les prestataires des services des soins sociaux à domicile, publics et privés. Le Ministère du Travail, de la Protection Sociale a émis l'Ordre n 20 du 18 février 2015 qui a approuvé le Plan stratégique de développement et de consolidation du Service des soins sociaux a domicile dans la République de Moldova pour les années 2015 – 2017. Celui-ci est mise en place en partenariat avec les structures territoriales de l'assistance sociale et le réseau des organisations non-gouvernementales dans le domaine des services des soins a domicile.

Pour augmenter la durabilité des capacités des structures territoriales de l'assistance sociale, mais également pour consolider et moderniser les compétences dans la mises en œuvres des politiques dans le domaine de l'assistance sociale, l'assurance de l'accès et de prestation des services qualitatives et efficaces a la population, l'établissement de la nouvelle méthodologie de travail et de prise de décision la Décision du Gouvernement n 828 du 20.11.2015 sur l'approbation du Règlement-cadre sur l'organisation et fonctionnement de l'organe local de spécialité dans le domaine de l'assistance sociale et de protection de la famille et de la structure-type de celui-ci a été approuvé.

L'Ordre du ministre du travail, de la protection sociale et de la famille n 208 du 22.12.2015, a approuvé les Standards de prestation des services pour les structures territoriales de l'assistance sociale, les Guides et la Méthodologie pour la mise en œuvre de ces standards de prestation des services par les structures territoriales de l'assistance sociale:

- "Guide des activités de communication",
- " La Méthodologie et les instruments d'évaluation des nécessités de la population",
- "Guide de la surveillance et l'évaluation de la performance",
- "Guide de planification pour les engagés de STAS",
- "Guide sur l'opérationnalisation du nouvel mécanisme de gestion des réclamations qui doit être mise en œuvre par les STAS",
- "Guide sur la mise en œuvre du mécanisme commun de planification et d'octroi du budget pour être mise en œuvre dans les STAS".

Le droit aux services sociaux est établi de manière individuelle, à la base de l'évaluation des nécessités de la personne/famille de ces services.

Les services sociaux sont destinées a la formation des mécanismes efficaces et durables de lutte contre les situations de difficulté dans lesquelles les personnes/les familles se trouvent et l'assurance d'une intégration sociale ainsi que de prévenir leur institutionnalisation.

Comme suite les services sociaux sont accordés alors quand le bien-être individuel ou la qualité de vie des citoyens est affecté ou se trouvent dans des situations de risque majeur. En même temps la diversification et la prestation des services sociaux sont orientées de manière prioritaire vers le maintien du bénéficiaire dans la famille et la communauté d'origine.

Le système des services sociaux représente un cadre institutionnel structuré ou les activités sont diversifiées dans la mesure de l'apparition de nouvelles sources ou problèmes, et la diversité de la problématique nécessite la création d'un management efficace du système.

Dans ce sens, conformément à la législation en vigueur, les services sociaux sont classifiés par les types suivants:

- Services sociaux primaires;
- Services sociaux spécialisés;
- Services sociaux de haute spécialisation.

Services sociaux primaires

Le Service de l'assistance sociale communautaire a été institué au début de 2007 étant subordonné à la structure territoriale de l'assistance sociale. Celui-ci a comme but l'octroi de l'assistance sociale au niveau de la communauté pour prévenir et dépasser les situations en difficulté, étant constitué de chef de service, l'assistant social et assistant social communautaire.

L'assistant social communautaire est un acteur important dans la communauté, spécialiste dans le domaine de l'assistance sociale, qui identifie les personnes en difficulté, évalue leurs nécessités, assure l'accès aux services sociaux primaires et spécialisés et contribue à la création des conditions pour une vie décente, active et participative.

L'assistant social mobilise la communauté, coopère avec l'administration publique locale, les institutions concernées, les ONG en vue de résoudre les problèmes des bénéficiaires, propose et prépare les cas pour être attribués aux services sociaux spécialisés et/ou aux services de haute spécialisation.

En 2012, conformément aux données parvenues des Directions/Sections de l'assistance sociale et protection de la famille il y avait 1118,5 postes d'assistants sociaux communautaires, tandis que le nombre de postes approuvés constituait 1158.

En 2003 il y avait 1105,25 postes des assistants sociaux communautaires, avec 1154,5 postes approuvés.

En 2014, il y avait 1118,5 postes des assistants sociaux communautaires, dont 1068,5 postes-femmes et 53 postes-hommes, avec 1166,5 postes approuvés. Par rapport à l'année précédente nous observons une désagrégation selon les sexes,

celui-ci étant un domaine de la statistique qui traverse horizontalement les domaines traditionnelles des statistiques pour identifier, produire, disséminer les statistiques qui reflètent la réalité de vie des femmes et des hommes et l'impacte des politiques qui traitent les problèmes de gender.

En 2015, conformément à l'information présentée par les structures territoriales de l'assistance sociale il y avait 1143 postes des assistants sociaux communautaires dans le pays, dont 1042 postes des assistantes sociaux employées par les femmes et 101 postes - par les hommes.

Postes des assistants sociaux communautaires

An	2012	2013	2014	2015
Postes occupés	1118,5	1105,25	1118,5	1143
Postes approuvés	1158	1154,5	1166,5	1177

Ayant généralisé l'information sur le Service de l'assistance sociale communautaire, on observe un équilibre du personnel engagé pour la période de 2012-2015.

Le Service des soins sociaux à domicile a comme but la prestation qualitative des services des soins sociaux à domicile pour améliorer la qualité de vie des bénéficiaires. Lors du service à domicile, les bénéficiaires se voient accordés différents services quotidiens nécessaires, de support moral, ménage et aide à l'hygiène personnelle à l'aide matériel et le service de transport.

Au cours de l'année 2012, les services des soins sociaux à domicile ont été accordés par 2468 travailleurs sociaux pour 25457 bénéficiaires, dont 4363 personnes handicapées. La qualité de ce service peut être appréciée également par le numéro de potentiels bénéficiaires qui indique le chiffre de 7108 personnes en queux d'attente, dont 1371 personnes handicapées, ce qui a obligé les autorités publiques locales à entreprendre des mesures importantes pour élargir ce service.

Conformément aux informations présentées par les structures territoriales de l'assistance sociale, au cours de 2013 environ 2438 postes des assistants sociaux ont été institués et ont octroyé des services des soins sociaux à domicile pour environ 24778 bénéficiaires, dont 4319 personnes handicapées. Le nombre de potentiels bénéficiaires pour cette année a constitué 8250 personnes, dont 1294 personnes handicapées.

Au cours de l'année 2014 il y avait environ 2409 travailleurs sociaux, dont 2299 – femmes et 110 travailleurs sociaux hommes, qui ont accorde des services des

soins a domicile pour environ 23166 bénéficiaires. Le nombre de bénéficiaires potentiels mis en évidence du service, en 2014, a constitué 5784, dont 957 sont des personnes handicapées.

En 2015 il y avait environ 2352 postes de travailleurs sociaux pour 22348 bénéficiaires et 4973 bénéficiaires potentiels.

Nombre de bénéficiaires du Service des soins sociaux à domicile.

An	2012	2013	2014	2015
Nr. bénéficiaires	25457	24778	23166	22348
Nr. bénéficiaires potentielles	7108	8250	2484	4973
Nr. Travailleurs sociaux	2468	2438	2409	2352

Les autorités de l'administration publique locales entreprennent des mesures pour le développement du service des soins à domicile pour couvrir un plus grand nombre de demandeurs et améliorer les services accordés.

Alimentation dans les cantines de l'aide social

En vertu de la Loi sur les cantines de l'aide social n 81-XV du 28.02.2003, les bénéficiaires des cantines de l'aide social sont les personnes qui ont atteint l'âge de retraite (sans domicile, sans revenu ou avec de bas revenus), les personnes handicapées et les enfants sous l'âge de 18 ans (venant des familles nombreuses, monoparentales et d'autres familles vulnérables). Les listes des personnes qui bénéficient des services des cantines de l'aide social sont rédigées par les structures territoriales d'assistance sociale, en commun avec les représentants des organisations de vétérans et d'autres organisations non-gouvernementales et sont approuvées par les mairies.

En 2012, il y a avait 109 cantines de l'aide social qui ont accueilli 5986 bénéficiaires par mois, y compris 1169 personnes handicapées. Le cout moyen d'un repas, conformément aux estimations effectuées, constitue 15,36 lei/personne/jour.

En 2013, le nombre de cantines de l'aide social a été de 111, qui ont accueilli 5975 bénéficiaires par mois, le cout moyen d'un repas étant maintenu le montant de l'année précédente.

En 2014 seulement 86 cantines de l'aide social sont ouvertes qui ont accueilli 4865 bénéficiaires par mois, y compris 1043 personnes handicapées. Du nombre total de 4535 bénéficiaires, 2745 personnes âgées ont bénéficié des repas chauds.

Conformément aux calculs effectués, le cout moyen d'un repas a constitué 15,54 lei/personnes/jour.

En 2015 les services gratuits d'alimentation de 79 cantines de l'aide social ont accordés à 4377 bénéficiaires par mois. Cette années le cout moyen d'un repas a constitué 23,00 lei/personne/jour, ayant augmente avec 7,46 lei par rapport à 2014.

Nombre de bénéficiaires des cantines de l'aide social

An	2012	2013	2014	2015
Nr. cantines de l'aide social	109	111	86	79
Nr. bénéficiaires	5986	5975	4865	4377
Cout moyen d'un repas (lei/personne/jour)	15,36	15,36	15,54	23,00

Au cours des années 2013 – 2015 on observe une diminution du nombre de cantines de l'aide. En dépit de la diminution du nombre de cantines de l'aide social, celles-ci restent très sollicitées par les personnes vulnérables.

Services sociaux spécialisés

Les services sociaux spécialisés pour maintenir les personnes ou les familles en difficulté dans un cadre organisationnel dans la proximité de la communauté, ayant comme objectif primordial la prévention de la marginalisation, l'exclusion sociale et la facilitation de la réintégration des bénéficiaires dans le milieu familial, dans la communauté.

Le procès d'octroi des services sociaux conditionne la participation d'une équipe d'experts: assistants sociaux, assistants médicaux, psychologues et travailleurs sociaux, ce qui contribue a l'amélioration considérable de la qualité des services sociaux.

En 2012, dans la république il y avait 117 institutions sociales, dont 28 centres de jour (3456 bénéficiaires par moi), 9 centres de placement temporaire (243 bénéficiaires par mois), 43 centres mixtes (2472 bénéficiaires par mois), 4 centres de réhabilitation socio-médicale (186 bénéficiaires par mois) et 33 centres de placement de longue durée (861 bénéficiaires par mois) qui ont accordé des services sociaux pour un total de 7218 bénéficiaires.

Si dans les années précédentes les centres sociaux ont été installés dans une grande mesure dans le milieu urbain, depuis 2012 on a observé une réorientation des services sociaux dans les communautés rurales pour maintenir les bénéficiaires dans la famille et la communauté. Il s'agit particulièrement des centres mixtes qui octroient des services de jour et des services de placement temporaire. Du total de 43 centres mixtes, 28 de centres ont été dans les zones rurales.

En ce qui concerne les asiles, 14 du total de 33 asiles ont été installés également dans les zones rurales. Pourtant, les centres de placement de longue durée peuvent accueillir également les bénéficiaires des autres localités de la région respective.

Les centres sociaux sont financés des diverses sources. Du total de 117 centres sociaux, 64 ont été financés par les autorités de l'administration publique locale, 40 – par les autorités de l'administration publique locale en partenariat avec les organisations donateurs et 13 - par les organisations donateurs nationales et internationales. Si les centres de jour ont été financés par les autorités locales en partenariat avec les organisations donateurs – 17 centres (de 28 centres de jour), les centres mixtes et les centres de placement de longue durée ont été soutenus financièrement dans la plupart des cas par les autorités locales – 30 centres (de 43 centres mixtes) et, respectivement, 21 centres de placement de longue durée (de 33). En même temps, des 33 centres de placement de longue durée, 8 ont été financées par les autorités locales en partenariat avec les organisations donateurs.

Conformément aux données fournies par les structures territoriales de l'assistance sociale, au cours de 2013, dans la république il y avait 108 institutions sociales, dont 20 centres de jour (1377 bénéficiaires par moi), 11 centres de placement temporaire (199 bénéficiaires par mois), 42 centres mixtes (1486 bénéficiaires par mois), 4 centres de réhabilitation socio-médicale (175 bénéficiaires par mois) et 31 centres de placement de longue durée (848 bénéficiaires par mois), qui en commun ont accordé des services sociaux pour 4085 bénéficiaires.

En ce qui concerne les bénéficiaires des services sociaux résidentiels octroyés dans les centres de placement de longue durée, nous concluons que la rotation des bénéficiaires, de même que dans les années précédentes et pour 2013 a été assez basse parce que les bénéficiaires ont été placés pour les périodes indéterminées.

On mentionne comme suite l'orientation des services sociaux dans les communautés rurales, à proximité du bénéficiaire pour le maintenir en famille et communauté. Il s'agit tout particulièrement des centres mixtes qui accordaient des services de jour et des services de placement temporaire. Du total de 42 centres mixtes, 30 centres sont dans les zones rurales.

En ce qui concerne la localisation des asiles il faut mentionner que malgré les 18 du total de 31 d'asiles sont localisés dans les zones rurales, ceux-ci ont accueilli

également des bénéficiaires des autres localités de la région respective. Du total de 108 centres, 75 institutions ont été financées par les autorités locales, 32 – par les organisations donateurs nationales et internationales. Dans le cas des centres de jour, un poids plus grand a eu l'assistance financière accordée par la société civile – 12 centres (du 20 centres de jour), tandis que les centres mixtes et les centres de placement de longue durée ont été en sa majorité soutenus financièrement par les autorités locales – 37 centres (du 43 centres mixtes) et respectivement 23 centres de placement de longue durée (de 31).

En conformité avec les données présentées pour 2014 par les structures territoriales de l'assistance sociale, dans la république il y avait 100 institutions sociales qui ont accordé des services sociaux pour 7551 personnes/familles adultes et handicapées, dont 15 centres de jour (2873 bénéficiaires par moi), 11 centres de placement temporaire (685 bénéficiaires par mois), 40 centres multifonctionnels (2439 bénéficiaires par moi), 5 centres de réhabilitation socio-médicale (790 bénéficiaires par mois) et 29 centres de placement de longue durée (2873 bénéficiaires par mois).

De 40 centres communautaires multifonctionnels, 28 se trouvait dans les zones rurales et 12 centres – dans le milieu urbain. En ce qui concerne la localisation des asiles/centres de placement de longue durée il faut mentionner que 17 du total de 29 asiles ont été localisés dans le milieu rural et 12 – dans la zone urbaine. Du total de 100 centres, 74 institutions ont été financées par les autorités de l'administration locale, 26 – par les organisations donateurs nationales et internationales. De même que pendant les années précédentes en cas des centres de jours, un poids plus important appartient au support financier offert par la société civile – 8 centres (de 15 centres de jour), tandis que les centres multifonctionnels et les centres de placement de longue durée sont soutenus financièrement par les autorités publiques locales – 36 centres multifonctionnels (de 40 centres) et respectivement 21 centres de placement de longue durée (de 29).

En 2015 dans la république il y avait 111 institutions sociales qui ont accordé des services sociaux pour 6866 bénéficiaires (personnes/familles adultes et personnes handicapées), dont 23 centres de jour (3084 bénéficiaires par mois), 12 centres de placement temporairement (983 bénéficiaires par mois), 38 centres multifonctionnels (1719 bénéficiaires par mois), 6 centres de réhabilitation socio-médicale (223 bénéficiaires par mois) et 32 centres de placement de longue durée (857 bénéficiaires par mois).

En 2015, dans la république il y avait 11 institutions sociales de plus en comparaison avec l'an précédent.

An	Institutions sociales									
	Centres de placement temporaire	Nr. de bénéficiaires par mois	Centres communautaires multifonctionnels/mixtes	Nr. de bénéficiaires par mois	Centres de jour	Nr. de bénéficiaires par mois	Centre de placement de longue durée	Nr. de bénéficiaires par mois	Centres de réhabilitation socio-médical	Nr. de bénéficiaires par mois
2012	9	243	43	2472	28	3456	33	861	4	186
2013	11	199	42	1486	20	1377	31	848	4	175
2014	11	685	40	2439	15	2873	29	764	5	790
2015	12	983	38	1719	23	3084	32	857	6	223

Chacun des services mentionnés accorde des services en fonction de son spécifique:

- *Les Centres communautaires multifonctionnels/mixtes* prêtent des services sociaux de jour, les services sociaux de placement de courte durée pour les bénéficiaires en difficulté ainsi que pendant la période froide de l'année.
- *Les Centres de placement de longue durée* accordent des services sociaux résidentiels en conformité avec les nécessités établies dans le plan individualisé d'assistance et la demande de la personne, pour les bénéficiaires placés pour les périodes non-déterminées.
- *Les Centres de jour* accordent des services spécialisés en vue d'assurer les activités des soins, de réhabilitation et de (ré) intégration sociale des personnes âgées, à la base de l'évaluation des nécessités, pendant la journée.
- *Les Centres de placement* accordent des services sociaux pour la période de placement des bénéficiaires avec une durée de jusqu'à six mois, à la base de l'évaluation des nécessités, des objectifs du plan individualisé d'assistance et de la demande personnelle.
- *Les Centres de réhabilitation socio-médicale* accordent des services d'assistance médicale et de récupération médicale par biais des thérapies spécifiques, des services de conciliation sociale, respectivement l'octroi des informations et du support nécessaire en vue d'obtenir des bénéfices et des services sociaux, ainsi que d'autres droits prévus dans la législation en vigueur.

La nécessité de créer et consolider les services sociaux est reflétée dans les problèmes sociaux complexes que la communauté se confronte et le degré d'implication de celle-ci dans le soutien des personnes et des familles en difficulté.

Comme suite le développement des dernières années des services sociaux mettent en évidence l'intérêt important des autorités publiques locales dans la prévention et le dépassement des problèmes sociaux, la réintégration sociale des personnes en difficulté, ainsi que le développement d'un système cohérent et unitaire de support accordé des personnes et des familles en difficulté.

Bureau Commun d'Informations et de Services

Le 30 août 2013, la Décision du Gouvernement n 661 a approuvé le Règlement-cadre sur l'organisation et le fonctionnement du Bureau Commun d'Information et de Services (plus loin BCIS).

Le Bureau est institué par la décision des autorités publiques locales de niveau deux et organise des activités d'octroi des services publics dans les limites de l'unité administrative territoriale respective. Le Bureau accorde des services à la population des localités urbaines et rurales, y compris aux femmes et aux groupes vulnérables qui pour certaines raisons ont accès réduit à ceux-ci.

L'octroi des services par l'intermédiaire du BCIS ne substitue pas l'activité proprement dite des autorités publiques locales prêteuses de services. Le demandeur peut bénéficier des services en cause aussi directement de la structure subordonnée à l'autorité publique respective et du prêteur privé/association non-gouvernementale.

L'activité du Bureau est assurée par le personnel existant des prêteurs de services (les services publics décentralisés des autorités publiques locales), des prêteurs privés et des associations non-gouvernementales.

Au cours de 2015 les services du BCIS ont été accordés à environ 12778 personnes, dont 7412 femmes et 5402 hommes. Du total de ceux-ci environ 9745 personnes sont venus du milieu rural. En comparaison avec 2014 on observe une augmentation du nombre de personnes qui ont bénéficié d'information et de consultance par l'intermédiaire du BCIS avec environ 2062 de personnes. Dans la structure de sexe on observe qu'en 2015 les demandes de la part des femmes ont augmenté par rapport avec les demandes de 2014, avec 1157 personnes.

Nombre de bénéficiaires du Bureau Commun d'Informations et de Services

An	Nr. bénéficiaires	
	Rural	Urbain

2013	8599	2740
2014	6632	2093
2015	9745	3015

Les prêteurs publics de services, les membres du BCIS, sont des structures territoriales d'assistance sociale, les directions agriculture, économie et investissements capitaux, office territorial de l'emploi les offices territoriale de l'inspection du travail, les services relations foncières et cadastre, les offices territoriales des assurances sociales, les offices territoriales de l'inspectorat fiscal, les services juridiques, les agences territoriales des assurances santé ou les centres des médecins de famille, les offices territoriale de l'état civil, les services territoriaux de protection civile et situations exceptionnelles, l'inspection écologique, la direction enseignement, jeunesse et sport.

La période de transitions socio-économique que la République de Moldova a passé pendant les dernières décennies a un impacte négatif sur certains groupes vulnérables de population.

Le Ministère du Travail, de la Protection Sociale et de la Famille a élaboré le projet de décision du Gouvernement sur l'approbation du Règlement-cadre sur l'organisation et le fonctionnement du Service Sociale intégré pour les personnes sans abri et des standards généraux contribuant à l'assurance du respect des droits de l'homme, à la non-discrimination, à l'octroi de services qualitatifs qui seront garantis par les standards de qualité ainsi qu' à l'harmonisation du cadre national aux standards internationaux.

Le but du projet est l'octroi de l'assistance nécessaire sous l'aspect de l'approche complexe des nécessités du bénéficiaire pour conditionner le dépassement de la situation de difficulté et la création des prémisses pour l'inclusion sociale.

Parmi les problèmes sociaux majeurs qui génèrent „le statut” de personne sans abri, il faut citer l'abandon des personnes âgées et handicapées par les membres de leurs familles - à des raisons suivantes – manque de sources financières, des emplois, des logements adaptés aux nécessités des familles respectives; l'irresponsabilité des enfants majeurs aptes de travail qui, en vertu de la législation, sont obligés à entretenir et soigner leurs parents inaptes de travail qui nécessitent soutien matériel et moral, en conditionnant de cette manière l'abandon social de ceux-ci; l'accessibilité réduite de la population au logement ont généré des problèmes liés à la violence par rapport aux personnes âgées en vue de les déposséder des biens immobiliers, en ramenant ces personnes dans la rue.

En même temps les potentielles personnes sans abri pourraient être les ex-détenus, les personnes qui sont devenues victimes des potentielles escroqueries immobilières, les personnes qui ont eu des problèmes familiales (divorce, chassés par les enfants/parents, les personnes qui ont évadés de leurs familles comme suite de l'abus de l'alcool ou substances psycho-actives) et n'ont pas réussi à dépasser les situations indépendamment.

En tant que réponse aux nécessités de ce groupe de personnes par les autorités de l'administration publique locale et les ONG, la République de Moldova a créé des services sociaux qui viennent résoudre partiellement ce problème. Actuellement dans la république il y a cinq centres: mun. Chişinău (deux), mun. Bălţi, ville Ceadr-Lunga et village. Sculeni, région Ungheni, et pendant la période de l'hiver plusieurs APL offrent des espaces d'abri pour ce groupe de personnes.

Les résultats des études sur les services destinés aux personnes sans abri ont mis en évidence le fait que 75% de personnes sans abri sont âgées entre 20-50 ans, dont plusieurs souhaitent revenir à un mode de vie normal. Comme suite la mission d'une société démocratique et d'un état de droit est de offrir des chances de revenir à un mode de vie normal tout en assurant leur inclusion non seulement dans le milieu familial mais également dans celui communautaire.

Groupe 4 – Enfants, Famille, Migrants

Article 8 – Droit des travailleuses à la protection de la maternité.

Paragraphe 1 – Congé de maternité

En vertu des prévisions de l'art. 16 de la Loi n 289-XV du 22 juillet 2004 sur les indemnités pour l'incapacité temporaire de travail et d'autres prestations des assurances sociales, les assurés, les épouses entretenues des époux salariés et les chômeuses qui ont été à l'évidence des institutions medico-sanitaires dans la République de Moldova, qui ont le droit au congé de maternité qui comprend le congé prénatal et le congé postnatal, bénéficient des indemnités de maternité.

Le montant mensuel de l'indemnité de maternité est de 100% de la base de calcul; établies en vertu de la loi.

La base de calcul des indemnités des assurances sociales, à la base des prévisions de l'art. 7 de la loi mentionnée, constitue le revenu moyen mensuel assuré pendant les derniers 12 mois de calendrier précédant le mois de production du risque assuré, le revenu à partir duquel les contributions individuelles des assurances sociales ont été calculées.

En conformité avec l'art. 6 al (6) de la Loi mentionnée, les femmes assurées (indifféremment du statut social – mariée/non-mariée) ont le droit à l'indemnité de maternité indifféremment de la durée de cotisation.

La Loi n 489-XIV du 8 juillet 1999 sur le système public des assurances sociales établit les périodes non-contributives assimilées au stage de cotisation dans le système public des assurances sociales. En conformité avec l'art. 37 lit. c), le stage de cotisation assimile les périodes où l'assuré a bénéficié des indemnités pour l'incapacité temporaire de travail (période de congé de maternité et du bénéfice de l'indemnité de maternité).

En même temps l'art. 3 de la Loi sur le système public des assurances sociales établit les principes d'organisation et de fonctionnement du système public des assurances sociales, dont le principe d'égalité, qui assure tous les participants au système public des assurances sociales – contribuables et bénéficiaires – un traitement non-discriminatoire pour ce qui est des droits et des obligations prévues par la loi.

Article 16 – Droit de la famille à la protection sociale, juridique et économique.

Protection de l'enfant

En vue de déterminer une politique durable de protection de l'enfant le Ministère du Travail, de la Protection Sociale et de la Famille a promu la Stratégie pour la protection de l'enfant pour les années 2014-2020, approuvée par la Décision du Gouvernement n 434 du 10.06.2014.

Le document stratégique est concentré sur une série d'objectifs généraux établis en conformité avec la situation actuelle des familles et des enfants, en se basant sur les meilleures pratiques internationales en matière. En même temps le document assure la synergie avec d'autres documents de politiques et les politiques en matière de la protection de l'enfant et de la famille, y compris il est raccordé aux prévisions des Stratégies du Conseil de l'Europe sur la protection de l'enfant 2012 – 2015 et 2016 – 2021.

La Stratégie reflète 3 objectifs généraux divisés en 8 objectifs spécifiques, dont chacun contient de 3 à 7 séries de mesures stratégiques pour atteindre l'objectif spécifique.

L'Objectif général 1. L'assurance des conditions nécessaires pour les soins et l'éducation des enfants dans le milieu familial.

- 1) Objectif spécifique 1-1. Prévention de la séparation de l'enfant de sa famille.
- 2) Objectif spécifique 1-2. Arrêt graduel de l'institutionnalisation des enfants âgés de 0 - 3 ans.

- 3) Objectif spécifique 1-3. Réduction continue du nombre des enfants dans les institutions résidentielles.
- 4) Objectif spécifique 1-4. Réduction des effets négatifs de la migration des parents sur les enfants restés en pays.

Objectif général 2. Prévention et lutte contre la violence, négligence et exploitation des enfants, promotion des pratiques non-violentes lors des soins et de l'éducation des enfants.

- 1) Objectif spécifique 2-1. Prévention de la violence, de la négligence et de l'exploitation des enfants.
- 2) Objectif spécifique 2-2. Lutte contre la violence, la négligence et l'exploitation des enfants.

Objectif général 3. Conciliation de la vie familiale avec l'activité professionnelle pour assurer les soins et le développement harmonique de l'enfant.

- 1) Objectif spécifique 3-1. Redimensionnement de la signification sociale de la maternité et de la paternité et du rôle des deux parents dans les soins et l'éducation de l'enfant.
- 2) Objectif spécifique 3-2. Promotion des services de soutien pour les parents engagés.

La Décision du Gouvernement n 835 du 04.07.2016 a approuvé le Plan d'actions pour les années 2016-2020 sur la mise en œuvre de la Stratégie de la protection de l'enfant 2014-2020, qui comprend plus de 120 actions concrètes pour atteindre les objectifs susmentionnés.

Le système national de protection sociale de la République de Moldova inclue deux parties composantes de base, et notamment les prestations sociales et les services sociaux.

Le Ministère du Travail, de la Protection Sociale et de la Famille a élaboré et promu le cadre normatif nécessaire pour la création et le fonctionnement d'un service spécialisé impérieux nécessaire pour le soutien des familles avec des enfants (Décision du Gouvernement n 889 du 11.11.2013 pour l'approbation du Règlement-cadre sur l'organisation et le fonctionnement du Service sociale de soutien des familles avec des enfants et la Décision du Gouvernement n 780 du 25.09.2014 ont approuvé les Standards minimales de qualité sur le service social mentionné).

Le soutien familial est orienté vers les familles avec des enfants pour prévenir et/ou dépasser les situations de risque en vue d'assurer les soins et l'éducation de l'enfant dans le milieu familial.

Le but du Service est de soutenir le développement des capacités familiales dans les soins et l'éducation de l'enfant, par la consolidation des facteurs protecteurs à l'intérieur de la famille et sa connexion aux ressources appropriées dans la communauté. Les objectifs du service:

- a) Consolidation des compétences parentales et sensibilisation de la communauté pour la prévention précoce des risques possibles;
- b) Soutien de la famille en vue de dépasser les situations de risque et prévenir la séparation de l'enfant de sa famille;
- c) Soutien de la famille en vue de réintégrer l'enfant dans la famille.

Le Service de soutien familial est prêté sous deux formes: le soutien familial primaire et le soutien familial secondaire. Sous forme de soutien familial secondaire – in accorde une aide pécuniaire.

Le soutien familial primaire inclue différentes activités flexibles orientées vers la consolidation du milieu familial et des facteurs protecteurs de l'intérieur de la famille: la formation de la capacité de dépasser les situations difficiles, la création du réseau social de la famille et de sa capacité d'offrir le support pendant les périodes difficiles, la formation des habilités des soins et de l'éducation de l'enfant, la formation des compétences sociales et émotionnelles de l'enfant, l'identification des facteurs qui peuvent conduire à l'apparition du risque de négligence et d'abus.

Celui est réalisé par l'intermédiaire des programmes de prévention primaire, en fonction des nécessités de la communauté et l'existence des services communautaires qui peuvent inclure: les activités d'information et de sensibilisation, l'école des parents, les groupes de support pour les parents et les enfants, les activités communautaires avec les enfants pour le soutien du développement émotionnel, social et de leur inclusion sociale.

Le soutien familial secondaire inclue un ensemble d'activités adressées aux familles avec des enfants en difficulté pour diminuer les facteurs affectant la Santé et le développement de l'enfant, de prévenir la séparation de l'enfant de sa famille ou préparer la réintégration dans la famille qui sont réalisées à la base de management de cas approuvé par le Ministère du Travail, de la Protection Sociale et de la Famille. Pour prévenir la séparation de l'enfant de sa famille ou le réintégrer dans la famille, le soutien familial secondaire est réalisé à la base de l'évaluation complexe.

L'aide pécuniaire est offert dans les situations où le soutien familial secondaire n'assure pas la diminution du problème/ la solution du cas sans assistance financière. Lors de l'attribution de l'aide pécuniaire on tient compte des nécessités de la famille, du nombre d'enfants dans la famille, les conditions de vie, les facteurs saisonniers, la gravité du problème etc., ainsi que du revenu de la famille obtenu à partir des salaires, paiements sociaux et d'autres sources de revenu, déclarées sous la responsabilité de la famille. La famille bénéficie de l'aide sociale, a le droit d'avoir accès à l'aide pécuniaire. Les bénéficiaires du soutien familial secondaire sont les familles avec des enfants en difficulté et/ou les familles dont les enfants sont en cours de réintégration.

A partir 2013, ce service a été développé dans plusieurs unités administratives territoriales dans la république.

An	Nr. UAT ou le service est développé.	Nr. Familles bénéficiaires de soutien familial
2013	13	927
2014	17	4917
2015	19	6687

Les prestations sociales prévues par la législation de la République de Moldova sont accordées aux familles sans distinction de race, nationalité, origine ethnique, langue, religion, sexe, opinion, appartenance politique, biens, et origine sociale, respectivement l'Etat assure l'octroi des prestations sociales des familles de roms.

Les indemnités adressées aux familles avec des enfants représentent le principal support économique de la part de l'Etat sous forme des paiements uniques ou périodiques accordées à la famille pour la naissance, les soins et l'entretien de l'enfant, en fonction de l'âge de celui-ci et du niveau de revenu de la famille.

En vertu de la Décision du Gouvernement sur les indemnités adressées aux familles avec des enfants n 1478 du 15.11.2002, les familles avec des enfants bénéficient des suivants types d'indemnités:

Indemnités unique à la naissance de l'enfant (à la naissance du premier enfant – 3100 lei et à la naissance de chaque enfant suivant – 3400 lei);

An	Indemnité unique à la naissance du premier enfant	Indemnité unique à la naissance de chaque enfant suivant
2012	2300	2600
2013	2600	2900
2014	3100	3400
2015 - 2016	3100	3400

Indemnité mensuelle pour les soins de l'enfant jusqu' à l'âge de 3 ans, aux personnes assurées (30% de la base de calcul établie conformément à l'article 7 de la Loi n 289-XV du 22 juillet 2004 sur les indemnités pour l'incapacité temporaire de travail et d'autres prestations des assurances sociales, mais au moins 540 lei);

c) indemnité mensuelle pour les soins de l'enfant jusqu' à l'âge de 1,5 ans, des personnes non-assurées (540 lei).

	Montant de l'indemnité	
	Pour les personnes assurées	Pour les personnes non-assurées
2009	25% de la base de calcul établie en vertu de l'article 7 de la Loi n 289-XV du 22 juillet 2004 sur les indemnités pour l'incapacité temporaire de travail et d'autres prestations des assurances sociales, mais au moins 250 lei	150 lei
2010	30% de la base de calcul établie en vertu de l'article 7 de la Loi n 289-XV du 22 juillet 2004 sur les indemnités pour l'incapacité temporaire de travail et d'autres prestations des assurances sociales, mais au moins 300 lei	250 lei
2011-2013	30% de la base de calcul établie en vertu de l'article 7 de la Loi n 289-XV du 22 juillet 2004 sur les indemnités pour l'incapacité temporaire de travail et d'autres prestations des assurances sociales, mais au moins 300 lei	300 lei
2014- septembre 2015	30% de la base de calcul établie en vertu de l'article 7 de la Loi n 289-XV du 22 juillet 2004 sur les indemnités pour l'incapacité temporaire de travail et d'autres prestations des assurances sociales, mais au moins 400 lei	400 lei
octobre 2015 juillet 2016	30 % de la base de calcul établie en vertu de l'article 7 de la Loi n 289-XV du 22 juillet 2004 sur les indemnités pour l'incapacité temporaire de travail et d'autres prestations des assurances sociales, mais au moins 440 lei	440 lei
août 2016 - 2017	30 % de la base de calcul établie en vertu de l'article 7 de la Loi n 289-XV du 22 juillet 2004 sur les indemnités pour l'incapacité temporaire de travail et d'autres prestations des assurances sociales, mais au moins 540 lei	540 lei

Nombre d'enfants, nombre de bénéficiaires et le montant moyen des indemnités adressées aux familles avec des enfants, 2012 – 2015

Catégories de bénéficiaires	2012			2013			2014			2015		
	Nombre de bénéficiaires (personnes)	Nombre d'enfants (personnes)	Montant moyen pour 1 enfant (lei)	Nombre de bénéficiaires (personnes)	Nombre d'enfants (personnes)	Montant moyen pour 1 enfant (lei)	Nombre de bénéficiaires (personnes)	Nombre d'enfants (personnes)	Montant moyen pour 1 enfant (lei)	Nombre de bénéficiaires (personnes)	Nombre d'enfants (personnes)	Montant moyen pour 1 enfant (lei)
Indemnités adressées aux familles avec des enfants												
a) pour les personnes assurées:												
Indemnité mensuelle pour les soins de l'enfant jusqu' à l'âge de 3 ans	35657	37318	868-52	37138	38847	997-86	39545	41454	1096-96	43896		1157.00
Dont:												

- indemnité unique à la naissance du premier enfant	6083	6168	2300-00	5892	5974	2600-00	5869	5957	3100-00	5599		3100-00
- indemnités unique à la naissance de chaque enfant suivant	6158	6214	2600-00	6322	6389	2900-00	6958	7030	3400-00	7479		3400-00
b) pour les personnes non-assurées :												
Indemnité mensuelle pour les soins de l'enfant jusqu' à l'âge de 1,5 ans	39007	39615	300-00	38401	39041	300-00	38431	39062	400-00	36500		440-00
<i>Dont:</i>												
- indemnité unique à la naissance du premier enfant	12221	12345	2300-00	11888	12009	2600-00	11839	11954	3100-00	10298		3100-00
- indemnités unique à la naissance de chaque enfant suivant	11824	11942	2600-00	12009	12138	2900-00	12309	12454	3400-00	11170		3400-00

Source: CNAS

Conformément aux données présentées par la Caisse Nationale des Assurances Sociales (CNAS), on constate que pendant la période des années 2012 - 2015, le montant moyen de l'indemnité mensuelle pour les soins de l'enfant dans le cas des personnes assurées a été augmenté avec 33,22 %.

Le montant de l'indemnité mensuelle pour les soins de l'enfant jusqu' à l'âge de 1,5 ans et le montant minimal de l'indemnité mensuelle pour les soins de l'enfant jusqu' à l'âge de 3 ans a été également augmenté. Comme suite le montant de l'indemnité a augmenté (pendant la période des années 2012 - 2015) de 300 à 440 lei, et actuellement, celles-ci constituent 540 lei.

En plus, en vue de soutenir les familles avec des enfants le Ministère du Travail, de la Protection Sociale et de la Famille a élaboré le projet de loi sur les prestations sociales pour les enfants. Ce projet établit les prestations sociales pour les enfants en vue d'assurer un support financier minimal de la part de l'Etat à la naissance de l'enfant, le support pour les soins des enfants jumeaux, les prestations sociales de support des enfants adoptés, de soutenir les enfants restés temporairement sans protection parentale et des enfants restés sans protection parentale, y compris en vue de continuer les études.

En même temps, le projet de loi prévoit que le montant de l'indemnité unique à la naissance de l'enfant sera attribué en montant égal avec la valeur monétaire du panier de biens nécessaires à la naissance de l'enfant, calculée pour l'an précédent.

Le projet de loi prévoit également l'augmentation de la période d'octroi de l'indemnité mensuelle pour l'entretien de l'enfant dans le cas des personnes non-assurées jusqu'à l'âge de l'enfant de 2 ans.

Le projet de loi propose un nouveau type de prestation – l'indemnité mensuelle de support pour les soins jusqu'à l'âge de 3 ans des jumeaux et de plusieurs enfants nés d'une seule grossesse.

Pour rendre plus efficace le système des prestations sociales et leur direction vers les plus pauvres, le 13 juin 2008, le Parlement a adopté la Loi sur l'aide social nr.133-XVI, qui a le but d'assurer un revenu mensuel minimal garanti aux familles défavorisées, en leur accordant l'aide social, établit en conformité avec l'évaluation du revenu global moyen mensuel de la famille et sa nécessité de l'assistance sociale. En même temps, en vertu de la même loi, à partir le 1 janvier 2011 une nouvelle prestation a été attribuée – l'aide pour la période froide de l'année, qui est accordée pour les mois de janvier-mars, novembre – décembre.

La Décision du Gouvernement n 1167 du 16 octobre 2008 a approuvé le Règlement sur le mode d'attribution et de paiement de l'aide social qui établit le mécanisme de mise en œuvre de la loi mentionnée.

Le droit à l'aide social et/ou l'aide pour la période froide de l'année est accordé aux familles défavorisées en cas où tous ses membres adultes sont éligibles pour au moins l'une des situations suivantes:

- a) Ont atteint l'âge nécessaire pour l'attribution de la pension en conformité avec la législation;
- b) Sont des personnes de différents degrés d'invalidité;
- c) Sont des chômeurs enregistrés dans l'agence territoriale de l'emploi et qui ne refusent pas un emploi ou la participation aux services de stimulation de l'emploi et aux travaux publics offerts par les agences;
- d) Sont pendant la période entre la 30-eme semaine de grossesse et la 12-eme semaine après l'accouchement en cas où l'enfant est né mort ou meurt pendant la période du congé postnatal, ou soignent un enfant de jusqu'à 3 ans;
- e) Soignent un membre/ des membres de famille de I catégorie d'invalidité qui nécessitent des soins en vertu des Conclusions d'expertise médicale de vitalité, soignent un enfant/des enfants handicapés de même famille ou une personne âgée de plus de 75 ans de même famille en conformité avec la Conclusion du Conseil médical Consultatif.
- f) Réalisent des revenus salariaux, à temps plein ou partiel, de l'activité d'entreprenariat ou des activités liées de l'utilisation des terrains agricoles de l'extravilain des localités.

Le montant mensuel de l'aide social est établi en tant que différence entre le revenu minimal garanti de la famille et son revenu global.

Le revenu mensuel minimal garanti de la famille représente la somme des montants des revenus mensuels minimaux garantis établis pour chaque membre de famille.

Le montant du revenu mensuel minimal pour chaque membre de famille est établi de manière suivante:

- 100% du revenu mensuel minimal garanti pour le demandeur;
- 70% du revenu mensuel minimal garanti pour chaque autre membre adulte de famille;
- 50% du revenu mensuel minimal garanti pour chaque enfant;
- plus 30% du revenu mensuel minimal garanti pour chaque adulte handicapé;
- plus 50% du revenu mensuel minimal garanti pour chaque enfant handicapé;
- plus 10% du revenu mensuel minimal garanti si la personne handicapée est l'unique adulte de la famille.

Lors de l'établissement du revenu global de la famille on prend en considération les revenus obtenus en espèces du travail rémunéré, de tous les types d'activité entrepreneuriale, les prestations des assurances et de l'assistance sociale, les revenus réalisés de l'utilisation des terrains agricoles, ainsi que les autres types de revenus, y compris ceux de propriété. Lors de l'évaluation du bien-être de la famille en vue d'attribuer l'aide social et/ou l'aide pour la période froide de l'année on prend en considération la composition de la famille et les biens mobiles et immobiliers que la famille a en propriété/utilisation, en utilisation une série de caractéristiques qui identifie le bien-être. Les biens immobiliers ainsi que certaines caractéristiques de la famille sont considérés comme indicateur du bien-être, exprimés en points. Si le pointage dépasse celui établi, la famille n'est pas éligible pour bénéficier de l'aide social et/ou de l'aide pour la période froide de l'année. Le mode d'évaluation du bien-être de la famille et la série de caractéristiques pour l'évaluation du bien-être de la famille, exprimée en points, est approuvé par le Gouvernement. Lors de calcul du revenu global de la famille on prend en considération les revenus courants réalisés par ses membres.

L'aide social et/ou de l'aide pour la période froide de l'année sont établis à la base de la demande d'octroi de l'aide social déposée par l'un des membres de familles avec la capacité complète d'exercice, désignée par celle-ci. L'aide social et/ou de l'aide pour la période froide de l'année sont établis par la direction/section de l'assistance sociale et de la protection de la famille. La direction/section organise, en commun avec les représentants des autorités de l'administration publique locale

et/ou de la société civile, sélectivement, la vérification à la résidence actuelle du demandeur, de l'authenticité de l'information présentée dans la demande d'octroi de l'aide sociale et est rédigée l'enquête sociale.

Violence domestique contre les femmes.

Dans le contexte de l'exécution de l'art. 10 p. 4 de la Loi n 45-XVI du 1 mars 2007 sur la prévention et la lutte contre la violence en famille, la Décision du Gouvernement n 72 du 07 février 2012 a approuvé le Règlement du Conseil coordinateur interministériel dans le domaine de prévention et de lutte contre la violence en famille. Le Conseil coordinateur a des suivants objectifs de base:

- a) promotion de l'approche complexe des aspects de prévention et de lutte contre la violence en famille dans les politiques et les plans nationaux et sectoriels;
- b) coordination des activités des autorités habilitées en matière de prévention et de luttés contre la violence en famille;
- c) examen/expertise du cadre normatif sur le développement de l'infrastructure des services adressés aux sujets de la violence en famille;
- d) examen des problèmes/lacunes législatives visant les mécanismes de mise en œuvre du cadre légal pertinent;
- e) identification des nécessités des études sur le phénomène de violence par rapport aux femmes, y compris la violence en famille;
- f) coordination méthodologique de l'organisation et du développement des Campagnes thématiques en matière de la prévention/information et formation de la culture non-violente de la population.

Les membres délégués de la part des autorités publiques centrales dans la composition du Conseil sont des représentants du Ministère de l'Intérieur, du Ministère de l'Éducation, du Ministère de la Santé, du Ministère de la Justice. Parmi les membres permanents il y a également les représentants de la Procuration Générale, du Conseil Supérieur de Magistrature. Les organisations internationales sont OSCE, IOM, UNFPA, UNICEF, UN Women. En même temps les délégués aux réunions du conseil sont des représentants de la société civile: Gender Centre, Centre de Droit des Femmes, Centre National de Prévention de l'Abus par rapport a l'Enfant, Centre International "La Strada", AO "Casa Mărioarei". En 2012 le Conseil a eu 6 réunions ou l'on a identifié les priorités et les lacunes dans le domaine.

A la base de la Loi n45-XVI du 01.03.2007 sur la prévention et la lutte contre la violence en famille, de la Loi n436-XVI du 28.12.2006 sur l'administration publique locale, en tant que support méthodologique l'ordre du Ministre du travail, de la protection sociale et de la famille n 205 du 2 aout 2012 a approuvé les Instructions sur le mode d'exercice des attributions liées du domaine de prévention et de lutte

contre la violence en famille. L'intervention de l'administration publique locale dans le procès de prévention et de lutte contre la violence en famille a comme but:

- lutte contre le phénomène de la violence en famille, tout en utilisant tous les outils légaux disponibles;

- assurance des garanties de protection et de sécurité des personnes, des enfants, des personnes âgées et handicapées, venant des familles avec un risque prononcé de violence.

Pour identifier, coordonner et trouver la solution interdisciplinaire des cas enregistrés ainsi que dans le contexte de prévention des cas de violence en famille l'ordre du Ministère du Travail, de la protection sociale et de la famille nr. 115 du 30 août 2012 a approuvé les Instruction sur l'intervention des sections de l'assistance sociale et de la protection de la famille dans les cas de violence en famille. Les autorités habilitées exerceront leurs attribution tant par rapport à la victime de la violence en famille, que par rapport à l'agresseur.

Pour établir les compétences des organes de l'intérieur au niveau de structure spécialisée de l'administration publique centrale et locale dans le domaine de prévention et d'identification des cas de violence en famille, de coordination et de solution multidisciplinaire des cas relevés ou enregistrés, d'assurance de la protection des victimes, de surveillance de l'exécution des mesures de protection des cas de violence en famille et de réhabilitation des agresseurs, l'ordre du Ministère de l'Intérieur n 275 du 14 août 2012 a approuvé l'Instruction méthodique sur l'intervention des organes de l'Intérieur dans la prévention et la lutte contre les cas de violence en famille. Les prévisions des instruction décrivent les interventions spécifiques des représentants des organes de l'intérieur dans les cas de violence en famille, les mesures de prévention des cas de violence en famille et les mesures de protection également pour les victimes de la violence en famille. En assurant également une approche multidisciplinaire des cas de violence en famille l'Ordre du Ministère de la Santé n 155 du 24 février 2012 a approuvé l'Instruction sur l'intervention dans les institutions médicales en cas de violence en famille, responsables pour l'identification des cas de violence en famille, les instructions sur le complètement de la documentation médicale y compris la consultation des victimes de violence en famille, définit les attributions du service de la médecine légale en cas de violence en famille. L'identification des victimes de la violence en famille est effectuée également par le personnel médical au niveau de l'assistance médicale d'urgence pré-hospitalière, de l'assistance médicale primaire, de l'assistance spécialisée en ambulatoire et l'assistance médicale hospitalière. En cas de violence en famille, la médecine légale doit confirmer les lésions corporelles supportées par la victime, d'apprécier la gravité de la lésion et contribuer à l'établissement des circonstances du fait par biais de ces conclusions.

Un pas important dans le développement de l'infrastructure des services sociaux adressés aux victimes de la violence en famille et des agresseurs est l'approbation par l'ordre du Ministre du Travail de la Protection Sociale et de la Famille n109 du 10 août 2012 du Concept des services de réhabilitation pour les agresseurs familiaux. Le Concept représente une source informationnelle pour l'élaboration du cadre normatif dans le domaine, ainsi que la création des services de réhabilitation des agresseurs. Il faut mentionner ici l'ouverture officielle le 1 décembre 2012 du Centre d'assistance et de conciliation pour les agresseurs familiaux de la villa Drochia. La Décision du Gouvernement n 496 du 30.06.2014 a approuvé le Règlement-cadre d'organisation et de fonctionnement du Centre d'Assistance et de Conciliation pour les agresseurs Familiaux et des standards minimaux de qualité.

En vue d'établir une réponse efficace et prompte aux cas de violence en famille on a élaboré le projet de Loi sur la modification et le complètement des actes législatifs en matière de prévention et de lutte contre la violence en famille qui vient mettre en œuvre les recommandations de 2013 du Comité pour l'élimination de la discrimination contre les femmes, des experts internationaux à la base des rapports nationaux et des études élaborées en la matière. Le projet également assure l'harmonisation du cadre légal national dans le domaine de prévention et de lutte contre la violence en famille aux standards européens et notamment: la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence domestique sous l'aspect de signature et ratification de ce traité international.

Le projet a été élaboré à la base du rapport de compatibilité de la législation nationale avec les prévisions de la Convention de l'Istanbul rédigée par le Centre de Droit des Femmes en 2013. Ce rapport a été rédigé à la demande du Ministère du Travail, de la Protection Sociale et de la Famille avec le support financier de l'UNWoman. Les représentants du Ministère de l'Intérieur et de la Procuration générale ont également participé à l'élaboration de ce projet de loi. Ce projet a été analysé et avisé positivement par les experts de l'ODIHR (Office pour les institutions démocratiques et les droits de l'homme de l'OSCE) ainsi que présenté à la réunion publique des membres du Conseil Coordinateur Interministériel dans le domaine de prévention et de lutte contre la violence en famille.

Le projet consolide suite aux propositions et objections parvenues lors de la procédure de consultation et consultations publiques comprend des modifications de 11 actes législatifs:

Parmi les plus innovants aspects du projet de loi:

- modification de certaines définitions dans la Loi n 45 comme: violence en famille, préjudice moral et agresseur, ainsi que l'inclusion des définitions nouvelles comme „situations de crise/situations critiques”, „ordre de restriction d'urgence”;

-amélioration du mécanisme de protection de la victime par l'intermédiaire d'une nouvelle institution „l'ordre de restriction d'urgence” qui est une mesure provisoire de protection de la victime de la violence en famille, appliquée par la police pour une période de 10 jours. Conformément à ce mécanisme l'agresseur sera éliminé immédiatement du logement de la famille et il lui sera appliquée l'interdiction en vue de prévenir la répétition/commission des actions de violence;

- inclusion d'une contravention „Acte de persécution”, qui concerne la persécution répétée d'une personne, qui a été soumise à un état d'anxiété, la peur pour la sécurité propre les parents proches, étant contrainte a modifier son mode de vie, accomplies par l'un des faits suivants: poursuite de la personne, le contact ou l'essai de contact par n'importe quelle modalité de ou par l'intermédiaire d'une autre personne;

- étendue du cercles des sujets dans le Code Pénal; (Membre de Famille) en incluant les personnes vivant en concubinage, les parents et les enfants, les parents et leur affins de ligne droite qui habitent ensemble ou séparément;

- élargissement du spectre de droits pour les victimes de la violence en famille par: établissement du droit a une compensation financière de la part de l'Etat pour le préjudice cause par les infractions dans des conditions de loi, le rapport des spécialistes en la matière des cas de violence seulement avec l'accord de la victime, a l'exception des cas ou les victimes de la violence sont mineurs, avec un degré important de vulnérabilité ou si des actes graves de violence ont été accomplies.

- libération de la taxe d'Etat pour le dépôt de la demande de libération de l'ordonnance de protection;

- institution du service de l'assistance téléphonique gratuite pour la conciliation des demandeurs en régime de 24/24 heures et la création du site WEB pour informer le public sur le phénomène et les services disponibles.

Suite aux débats dans le Parlement de la République de Moldova, le 28 juillet 2016 le projet en cause a été voté en lecture finale.

Logement des personnes socialement vulnérables

En 2013 le Ministère du Développement Régionale et des Constructions a lancé un projet de construction des logements pour les catégories socialement vulnérables, phase II, finance avec le support de la Banque de Développement du Conseil de l'Europe (BDCE) et les autorités publiques locales de niveau 2.

Le but du Projet est la construction dans plusieurs localités du pays, jusqu' à l'an 2018, environ 700 de logement pour environ 2500 personnes vulnérables.

Les logements sociaux sont accordés en location par les autorités de l'administration locale aux catégories socialement vulnérables qui ont besoin

d'améliorer leurs conditions locatives et qui correspondent aux critères de sélection (situation locative, revenu, etc.).

Jusqu' à présent on a réussi la finalisation des sites dans des régions: Călărași - bloc locatif avec 40 appartements, Briceni - bloc locatif avec 40 appartements, Sîngerei - bloc locatif avec 35 appartements, et Hîncești - 56 appartements en 15 localités de la région.

La construction du bloc locatif avec 72 appartements de la ville Soroca est en plein travail.

On a lancé les constructions de 2 sites importants à Nisporeni – un complexe locatif, dont 93 appartements sociaux, à Ialoveni – un complexe locatif, dont 94 appartements sont sociaux et Leova – 92 appartements.

En 2016 on a lancé de nouvelles sites : Rezina – 72 appartements, Fălești – 40 appartements et Glodeni – 30 appartements.

Le document normatif en construction **NCM C.01.08:2016** „Blocs locatifs” a été approuvé contenant les standards pour les logements sociaux.

Les documents normatifs mentionnés se retrouvent dans le Catalogue de documents normatifs en constructions en vigueur sur le territoire de la République de Moldova qui peut être accédée à l'adresse suivante <http://ednc.gov.md/>.

La Décision du Gouvernement n798 du 29.09.2014 sur la transmission des biens immobiliers, le Ministère du Développement Régional et des Constructions a accordé le droit de transmettre, à la base de contrat de don, à titre gratuit, de la propriété publique de l'Etat en propriété des jeunes spécialistes aux études supérieures et postuniversitaires de résidence, repartis et engagé dans les institutions publiques (budgétaires) des villages, 24 maisons se trouvant en gestion du ministère.

Les maisons accordées aux jeunes spécialistes ont été achetées par l'ancien Ministère de l'Administrations Publique Locales et ont été transmises en commodat aux jeunes spécialistes en vue de réaliser les prévisions de la Décision du Gouvernement n 1259 du 12.11.2008 sur l'assurance de logement gratuit pour les jeunes spécialistes aux études supérieures et postuniversitaires de résidence, repartis et engagés dans les institutions publiques (budgétaires) des villages.