

ECA - CEA  
Economic Commission for Africa  
Commission économique pour l'Afrique



## **La Sixième Conférence Régionale sur les Femmes Revue à Mi-Parcours de la Mise en Oeuvre des Plateformes d'Action de Dakar et de Beijing**

**Sommaire du rapport d'évaluation préliminaire  
E/ECA/ACW/RC.VI/99/7B**

**L'amélioration de la santé des femmes,  
y compris la planification familiale, et des  
programmes en faveur des populations**

**Novembre, 1999**

**Sixième conférence régionale africaine sur les femmes**  
**Revue à mi-parcours de la mise en œuvre des**  
**plateformes d'action de Dakar et de Beijing**  
22 – 26 novembre 1999, Addis-Abeba (Ethiopie)

**Sommaire du rapport d'évaluation préliminaire**

**Domaine critique : L'Amélioration de la santé des femmes , y compris  
la planification familiale , et des programmes en faveur  
des populations**

**I Introduction**

Les programmes qui ont trait aux soins de santé et à la population devraient être axés sur les besoins des femmes et des hommes de tout âge et doivent prévoir la participation des femmes, au même titre que les hommes aux postes de direction, à la planification, à la prise de décision, à la gestion, à la mise en œuvre, à l'organisation et à l'évaluation des services fournis. Les gouvernements, les ONG, les organismes des Nations Unies et autres organisations devraient prendre des mesures concrètes pour démarginaliser les femmes à tous les niveaux de la population et des systèmes de soins de santé, mais devraient surtout intégrer les questions de population et les activités liées aux soins de santé dans les politiques et les stratégies globales de développement humain dans le cadre d'une démarche soucieuse d'équité entre les sexes.

Conformément aux principes adoptés en 1994 à la Conférence internationale sur la population et le développement, tout individu a le droit de jouir du meilleur état possible de santé physique et mentale. Par conséquent, des mesures appropriées doivent être prises pour assurer l'accès universel aux services de santé, y compris à la santé en matière de procréation, qui englobe la planification familiale et l'hygiène sexuelle tant des hommes que des femmes.

Les politiques et les programmes de population doivent promouvoir l'égalité et l'équité entre les sexes et améliorer la qualité de vie des femmes en leur permettant d'exercer leurs droits de planification et de contrôle de leur propre fécondité et de participer pleinement à tous les niveaux de la mise en œuvre des programmes de population et de développement.

Les objectifs touchant aux soins de santé, à la santé en matière de procréation, y compris la planification familiale, et à la population doivent totalement intégrer les politiques de population et les préoccupations de parité entre les sexes dans :

- a. les stratégies, la planification, la prise de décision et l'allocation des ressources, en matière de développement, à tous les niveaux, afin de satisfaire les besoins et améliorer la qualité de vie des générations actuelles et futures ;
- b. tous les aspects de la planification du développement, afin de promouvoir la justice sociale et d'éradiquer la pauvreté grâce à une croissance économique soutenue dans un cadre de développement durable ;
- c. un autre objectif consiste à améliorer la qualité de la vie de tous au moyen de politiques et de programmes appropriés en matière de population et de développement, visant

éliminer la pauvreté et à valoriser les ressources humaines . Les femmes étant souvent les plus pauvres parmi les pauvres en même temps que des protagonistes essentielles dans le processus de développement , il est essentiel d' éliminer toutes les formes de déséquilibre entre les sexes et de discrimination à l'égard des femmes comme condition préalable à l'éradication de la pauvreté et à la promotion d'un développement humain durable ;

- d. encourager la recherche sur la médecine et les pratiques médicales traditionnelles ;
- e. affecter à la santé des femmes et aux questions relatives aux femmes , des ressources budgétaires en rapport avec le caractère important et central de la santé des femmes;
- f. assurer une représentation équitable des femmes aux postes d'encadrement et de gestion dans le secteur de la santé ;
- g. réduire la mortalité maternelle et infantile de 50% d'ici à 2015;
- h. améliorer les services de consultations post natales;
- i. améliorer l'état nutritionnel des adolescentes , des femmes en grossesse et des mères allaitantes .

Les objectifs relatifs au VIH/SIDA sont de :

- a. maîtriser le fléau du VIH/SIDA en exhortant les chefs d'Etat et de gouvernement africains à mettre en œuvre la Déclaration sur le VIH/SIDA qu'ils ont adoptée en juillet 1992 et dans laquelle ils ont décidé de :
- b. sensibiliser 95% de la population adulte et jeune , d'ici à 1995, au VIH/SIDA , à son mode de transmission , à la manière de s'en protéger et d'en protéger les autres et de veiller à ce que chaque ministère de la santé élabore un plan de lutte contre la maladie ;
- c. élaborer un plan de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique
- d. sensibiliser les femmes au fait qu'elles peuvent refuser toute relation sexuelle avec un partenaire qui ne prend pas les précautions nécessaires ;
- e. encourager , au sein de la famille et entre les partenaires , l'esprit de dialogue qui permet la protection mutuelle contre le VIH/SIDA et apporter le soutien nécessaire lorsqu'un membre de la famille contracte la maladie .

## **II Engagements pris par les gouvernements et les principales organisations**

### **II.I les gouvernements**

Dans la Plateforme africaine d'action les gouvernements africains se sont engagés à :

- a. élargir l'accès des femmes tout au long de leur vie à des soins de santé , à l'information et à des services connexes adaptés , abordables et de bonne qualité.
- b. renforcer les programmes de prévention propres à améliorer la santé des femmes;
- c. lancer des initiatives tenant compte des besoins des femmes face aux maladies sexuellement transmissibles , au VIH/SIDA et aux autres problèmes de santé se rapportant à la sexualité et à la procréation ;
- d. promouvoir la recherche et diffuser des informations sur la santé des femmes ;
- e. augmenter les ressources consacrées à la santé des femmes et suivre et évaluer la situation dans ce domaine .

Les plateformes de Dakar et de Beijing ont également abordé des thèmes plus spécifiques tels que la santé mentale , le cancer , la santé au travail , la santé des femmes handicapées , les maladies tropicales.

## II.II les organisations internationales

Les Nations Unies à travers ses agences spécialisées telles que l'OMS, le FNUAP, l'UNICEF, le HCR, etc. ont pris l'engagement de consacrer une part appréciable de leurs ressources à des programmes et projets pour la santé des femmes.

Une équipe spéciale a été constituée au sein du Comité Administratif de Coordination (CAC). Elle regroupe toutes les institutions qui s'occupent des services sociaux de base. Ce sont : FNUAP, OMS, FAO, UNESCO, UNICEF, PNUE, PNUD, PAM, ONUDI, FMI, BM., UNDCP, HCR, UNRWA, Habitat, Commissions régionales, DPCSD/ONU, DESIPA/ONU, DHA/ONU. Cette équipe doit soutenir au niveau des pays les activités de suivi des accords conclus aux conférences de l'ONU, en particulier les plans d'action du Caire, de Copenhague, et de Beijing. Elle a créé des groupes de travail notamment sur les soins de santé primaire, les soins de santé génésique et le renforcement des capacités nationales de suivi de la mortalité maternelle et infantile. Ces groupes de travail ont établi des directives sur ces thèmes particuliers. Ils ont aussi suggéré plusieurs actions essentielles pour permettre au réseau de coordonnateurs résidents d'améliorer la santé génésique. Le groupe sur la santé de la reproduction a approuvé quinze indicateurs mondiaux pour la santé génésique. L'OMS a également publié une liste d'indicateurs à utiliser à l'échelon local.

Le FNUAP a choisi un ensemble complet et détaillé d'indicateurs pour les programmes de population, destinés à être utilisés au premier chef par les responsables des programmes de pays.

### III Ressources allouées à la mise en œuvre des plateformes

Selon le Rapport sur la santé dans le monde, édition 1998 par l'OMS, "on a pratiquement cessé d'investir dans la santé en Afrique. Les secteurs sociaux y compris celui de la santé, ont été particulièrement touchés par l'aggravation des déficits budgétaires. La part du PNB allouée à la santé, loin de s'accroître, a même diminué.

Le même document signale aussi qu'il n'y a pas de données "fiables et validées" sur le financement des soins de santé dans les pays en développement en général et qu'il est difficile d'obtenir les informations sur les dépenses du secteur privé. C'est pourquoi des ressources complémentaires pour la promotion de la santé, sont fournies par des organisations non gouvernementales et des donateurs bilatéraux et internationaux. Le secteur public connaissant une diminution de ses ressources, (récession économique et coupe dans les programmes d'aide au développement), certaines activités de lutte contre la maladie et pour des services essentiels de promotion sanitaire, tels que les campagnes en faveur de la santé maternelle et infantile et les campagnes de vaccination, dépendent des sources de financement extérieurs. En Afrique la coordination de cette aide continue de poser un problème et rares sont les pays qui sont satisfaits de la répartition des ressources financières entre les services de promotion et les services de soins.

Quant au problème lié aux ressources humaines, les piètres résultats des établissements sanitaires et le manque d'efficacité du personnel de santé demeurent préoccupants. L'exode des cerveaux se poursuit, de sorte que le secteur public est moins en mesure de répondre aux

besoins . Le chômage des jeunes diplômés se fait particulièrement sentir dans le secteur de la santé . La quasi totalité des pays sont conscients de la nécessité de remédier à cette situation de toute En effet une décentralisation réussie des services de santé , suppose une capacité administrative et gestionnaire suffisante sur le plan local et des mécanismes permettant de garantir la transparence et la participation du public . Or il est possible que les agents de santé ne soient pas attirés par les soins de santé primaires parce qu'il s'agit de postes situés dans des endroits isolés et que les incitations font défaut .

D'autre part plusieurs pays africains placent le développement de l'infrastructure au centre de leur politique sanitaire .Les hôpitaux continuent à absorber la plus large part du budget de la santé , parfois aux dépens des centres de santé .L'entretien des installations et du matériel est insuffisant , en raison notamment de difficultés financières , mais aussi pour des raisons culturelles .

Dans bien des cas , les acquis ne pourraient être maintenus sans la coopération internationale . Pour pallier à cette situation , on s'efforce de garantir une meilleure qualité des soins , en cherchant à définir et à appliquer de façon constructive les bonnes pratiques et à faire un usage optimal des ressources existantes .

La participation communautaire est devenue nécessaire pour relancer la stratégie de la santé pour tous . Elle est encouragée pour l'achat de matériel médical , la prise en charge de certains coûts récurrents (entretien des bâtiments ) et la répartition des coûts ( pour rendre les médicaments plus accessibles et moins chers ) .

#### **IV Résultats des recommandations des réunions post Beijing**

Depuis la tenue de la IVème Conférence mondiale sur les femmes en septembre 1995 à Beijing , les rencontres suivantes ont confirmé les objectifs spécifiques et stratégies contenues dans les plateformes de Dakar et de Beijing. Ce sont :

- a. les réunions de la Commission sur la Condition de la Femme chaque année à New York ( la session de mars 1998 était spécialement consacrée aux problèmes de santé et aux violences faites aux femmes )
- b. les réunions du Comité sur la CEDAW
- c. les assemblées annuelles de l'OMS
- d. la réunion du groupe d'experts sur l'intégration de l'approche dans le secteur de la santé (28 septembre au 2 octobre 1998 à Tunis )
- e. la conférence internationale sur le thème " les femmes africaines et le développement économique : investir dans l'avenir ." à l'occasion du 40ème anniversaire de la CEA du 28Avril au 1er Mai 1998 à Addis Abéba .
- f. les réunions sous-régionales de suivi de la mise en œuvre des plateformes de Dakar et de Beijing .

De façon générale, les recommandations des différentes rencontres notamment celles des réunions techniques des agences évoluant dans le domaine de la santé (OMS, Banque Mondiale , Unicef, Pnud , Fnuap ,FAO, HCR, ONUSIDA, et PAM ) ainsi que celles que certains donateurs ont organisées (Allemagne , Pays nordiques , la BAD et la BID ) qui ont suivi Beijing , ont servi aux organisateurs d'une part à rappeler les objectifs stratégiques identifiés dans la plateforme et d'autre part à instruire une démarche systématique de suivi et de coordination dans la mise en œuvre des plateformes de Dakar et de Beijing.

On peut classer les recommandations en trois rubriques :

#### **A- sur le plan institutionnel**

On a rappelé avec insistance les rôles qui doivent être joués par chaque groupe d'acteurs et à chaque stade afin d'optimiser les efforts pour la réalisation des activités dans les pays .

Ainsi si les gouvernements ont eu la tâche de prendre la tête des efforts (en donnant l'exemple d'engagement et de volonté politique ) notamment par une législation adéquate (Cameroun, Nigeria , Botswana, Zambie ,)la fixation des règles du jeu démocratique (Sénégal, Rwanda , Ouganda ) , la coordination , l'impulsion et l'animation au niveau national , la place et le rôle de la société civile ont été stigmatisés dans le cadre d'un partenariat efficace et durable .

Il a été demandé aux institutions internationales , les organisations régionales et sous-régionales de faciliter et d'appuyer les initiatives en vue de l'atteinte rapide des objectifs prescrits dans les plateformes africaine et mondiale .

La coopération à tous les niveaux a été vivement souhaitée pour éviter les gaspillages d'énergie de ressources.

#### **B- sur le plan opérationnel**

En s'engageant dans la tenue d'une série de réunions sous-régionales de suivi de la Conférence de Beijing , La Commission Economique pour L'Afrique (CEA) à travers le Centre Africain pour la Femme a eu deux objectifs :

- a. indiquer aux pays comment élaborer un prototype de plan d'action avec des objectifs mesurables des cibles , des délais , des acteurs/institutions identifiés et des ressources nécessaires.
- b. harmoniser les canevas de présentation des plans d'action et des méthodes d'évaluation en vue de faciliter le processus de suivi-évaluation à l'échelle continentale .

Ces rencontres , en plus de ces actions pratiques , ont recommandé l'indication de calendrier précis pour la réalisation des objectifs stratégiques tout en insistant sur la nécessaire collaboration entre gouvernements et ONG d'une part et entre ONG et organismes d'aide d'autre part .

Pour cela , la CEA a décidé d'organiser la sixième Conférence africaine en novembre 1999 en faisant siéger tous les participants de manière conjointe et simultanée. L'implication des ministères dits techniques dans la mise en œuvre des plateformes a été réclamée , du moins dans les volets où ils ont la responsabilité nationale en vue d'y intégrer l'approche genre pour tenir compte des besoins et des préoccupations des femmes . Cette implication été jugée d'autant plus nécessaire , que des ressources importantes sont parfois destinées à ces secteurs où les facteurs discriminatoires continuent d'affecter la vie des femmes .

Ainsi un aide mémoire pour l'évaluation des plans d'action a été rédigé et communiqué à tous les pays africains .

## **C-Sur le plan stratégique**

Deux leçons importantes ont été tirées des différentes réunions nationales, sous-régionales et régionales sur le continent après la Conférence de Beijing :

- a. la question de la promotion de la femme est devenue une question de développement et comme telle, elle nécessite la mobilisation des hommes et des femmes et pendant une période longue pour espérer aboutir à des résultats durables.
- b. il est indispensable de conscientiser les femmes sur leur situation, leurs droits et devoirs en vue de susciter un vaste mouvement de responsabilisation, seul garant d'un changement de mentalité et de comportement.

Afin de rendre ces recommandations plus explicites dans le domaine de la santé, ces for a post Beijing ont suggéré :

- d'associer les directrices de programmes et projets engagées dans des domaines autres que la promotion des femmes ou la protection sociale à tous les niveaux, afin qu'elles puissent participer à la définition des stratégies et actions qui les concernent.
- d'élaborer des programmes d'IEC en vue de sensibiliser les communautés locales aux questions d'hygiène publique et familiale, de nutrition, de santé reproductive et de santé environnementale
- d'organiser régulièrement des rencontres entre les différents secteurs du développement social
- d'organiser des rencontres nationales à travers lesquelles, il faut populariser certaines notions de santé
- d'intensifier le dialogue entre gouvernements, ONG et autres partenaires
- d'instaurer un dialogue permanent entre toutes les couches de la société sur les questions ayant trait aux disparités entre les hommes et les femmes.

## **V Les mécanismes de suivi**

### **a-au niveau national**

Les plateformes de Dakar et de Beijing énoncent que le suivi de l'accès de la femme à des rôles de responsabilité est assuré par des institutions créées à cet effet. La nature de ces dernières variant d'un pays à l'autre (départements ministériels, directions nationales ou ONG faisant office de bureau technique avec avis consultatif), il a été proposé que les comités préparatoires des Conférences de Dakar et Beijing, assurent le suivi au niveau national. Cependant plusieurs pays ont opté pour des commissions interministérielles pour discuter et décider de la manière dont les plans nationaux devraient être exécutés ainsi que les stratégies de mobilisation de ressources.

Bien n'ayant pas beaucoup d'exemples de fonctionnement régulier de ces commissions en dehors des pays de la SADEC et de quelques autres pays (Sénégal, Cameroun, Nigeria notamment), la période après Beijing a créé une réelle prise de conscience (la rédaction des rapports nationaux et le nombre de rencontres organisées dans les pays, en font foi) de la nécessité d'éliminer toutes les formes de discrimination à l'égard de la femme et de mieux

prendre en compte ses besoins et ses aspirations dans tous les programmes et projets de développement .

#### **b- au niveau sous-régional et régional**

La plateforme africaine indique que la coordination , le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de la plateforme d'action africaine devraient être confiés au Comité Femmes et Développement , en étroite collaboration avec les organisations intergouvernementales telles que la ZEP, la SADEC, la CEDEAO , etc... ainsi que le Secrétariat conjoint OUA/BAD/CEA les organismes compétents des Nations Unies tels que l'Unifem et en consultation avec ceux-ci , tel que stipulé dans les cadres institutionnels existants , qui collaboreraient avec eux.

#### **c- au niveau du Système des Nations Unies**

Le mécanisme des Nations Unies comprend ,la Commission de la Condition de la Femme , le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes , le Fonds de développement des Nations Unies pour la Femme (UNIFEM), l'Institut international de recherche et de formation pour la promotion de la femme (INSTRAW) et la Division pour la promotion de la femme .

Une équipe spéciale inter-organisations a été constituée au sein du Comité Administratif de Coordination (CAC) et comprenant :FNUAP<.OMS<UNICEF<OIT<UNESCO<ONUDI <PNUD<FMI,BM,PAM,PNUE,FEM,UNDCP,UNRWA,HABITAT, Commissions régionales, DPCSD/ONU, DESIPA/ONU, DHA/ONU.

L'équipe spéciale soutient au niveau des pays , les activités de suivi des accords conclus aux conférences de l'ONU, en particulier les plans d'action du Caire , de Copenhague et de Beijing. Le groupe de travail sur la santé de la reproduction de l'équipe spéciale du CAC sur les services sociaux de base pour tous , a approuvé quinze indicateurs mondiaux pour la santé génésique et l'OMS a également publié une liste d'indicateurs à utiliser à l'échelon local.

## **VI Progrès réalisés**

34/53 pays africains ont identifié la santé comme priorité nationale. Les objectifs spécifiques vont de la lutte contre la mortalité maternelle et infantile (Nigeria , Algérie , Cameroun) aux mutilations génitales féminines (Ethiopie , Guinée , Nigeria , Mali, Sénégal ) en passant par la vaccination (Nigeria , Gambie , Ouganda, Madagascar, etc....)l'allaitement Maternel (Burkina Faso , Côte d'Ivoire , Niger , Nigeria )l'amélioration des prestations des services de santé (Ghana, Botswana, Rwanda, Mali, Cameroun, Tunisie ), la lutte contre le sida et les maladies sexuellement transmissibles (Botswana, Ouganda, Côte d'Ivoire , Zambie, Ethiopie, Egypte< Ghana ) le planning familial Ghana, l'Egypte, le Lesotho, la Côte d'Ivoire , le Sénégal ) à la sécurité sociale (Algérie ).

### **Etudes de cas**

**En Afrique du Nord , l'Algérie** attire l'attention par le fait que c'est l'un des rares pays en Afrique à posséder un système de sécurité sociale , notamment d'assurance maladie , qui couvre près de 80% de la population totale .Elle fait partie aussi des cinq pays africains qui ont atteint



les trois cibles de "la santé pour tous en l'an 2000." Avec l'Afrique du sud, le Cap Vert, l'Île Maurice

**En Afrique Centrale, le Cameroun** a pris des mesures dont la loi n°096/03 du 4 janvier 1996 relative à la protection des femmes et des enfants. (voir résultats dans le rapport initial)

**En Afrique australe, Le Botswana** est reconnu comme une des zones d'endémie sidéenne. En 1994, le Botswana était le pays avec le taux de prévalence le plus élevé au monde. L'espérance de vie est passée de 67 ans en 1996 à 52 ans en 1998. (la perspective est de 33 ans en 2010 si la tendance n'est pas inversée). Cependant le pays a fait des efforts méritoires pour améliorer la situation notamment en promulguant des règlements qui ont pour objectif de renforcer les activités de contrôle et de suivi médical ainsi qu'une prévention rapide

## VII Conclusion

L'examen des résultats des *différents pays ne montrent pas une amélioration significative de l'accès des femmes à des services de santé et de planification familiale de qualité. C'est pourquoi la conception de programmes uniquement centrés sur les femmes est en train de faire place à une politique d'introduction de l'approche genre pour éviter surmonter les inégalités qui empêchent les femmes mais aussi les hommes d'utiliser tout leur potentiel.*

Ce changement vers l'approche genre est une étape importante, même s'il n'a pas encore produit les résultats espérés et cela pour deux raisons :

- a- il y a beaucoup de confusion dans les termes qui sont utilisés (genre, sexe, approche genre)
- b- il y a insuffisance de maîtrise des techniques d'intégration de l'approche genre dans les processus d'élaboration des politiques et programmes par ceux qui sont en charge de ces processus.

Au regard de ce qui précède, le continent africain pour assurer une meilleure mise en œuvre de ses plans nationaux doit prendre en compte les remarques suivantes :

-la diminution et /ou la rareté des ressources matérielles et financières à tous les niveaux plaident en faveur d'une clarification des concepts pour bien identifier les véritables problèmes qui se posent en matière de santé.

- la lutte contre les préjugés dans la pratique sanitaire n'est pas envisagée dans la recherche médicale qui continue de se faire dans la tradition biomédicale. L'essentiel des ressources dans ce domaine continuent d'être affectées dans la recherche en biomédecine. Cela ne concerne pas seulement la recherche clinique et la recherche épidémiologique mais aussi la collecte routinière des statistiques sur la mortalité et la morbidité qui sont intégrées dans les standards médicaux. Il y a un manque de recherche qualitative ce qui ne permet pas de voir la nature des résultats selon le genre, car la recherche médicale continue de supposer que femmes et hommes sont similaires à part les aspects liés à leurs systèmes reproductifs (exemples des maladies coronariennes et du VIH/SIDA).
- l'intégration du genre dans la recherche en santé doit affronter le manque d'informations spécifiques sur la santé des femmes. L'absence des données désagrégées par sexe rend difficile la planification d'actions efficaces pour faire face à des besoins spécifiques des

femmes et des hommes . Un autre problème réside dans la présence insignifiante des femmes dans la recherche médicale.

- La recherche en santé pourrait être élargie à d'autres sciences sociales pour comprendre les différentes influences sur la santé humaine . La recherche multidisciplinaire devrait être encouragée .
- L'intégration du genre dans les prestations de services en santé constitue un défi vital dans la formulation, la planification , la mise en œuvre , l'encadrement et le suivi et enfin l'évaluation des politiques et programmes . La volonté politique au plus haut niveau des Etats alliée à un recensement exhaustif des besoins selon le genre , la prise en compte des besoins des femmes dans le processus de planification , la création d'un cadre légal favorable à la mise en valeur des potentialités selon le genre , l'appui institutionnel pour une meilleure maîtrise de l'approche genre et sa systématisation dans les activités et enfin la détermination des responsabilités , le suivi et l'évaluation , sont des éléments essentiels dans un processus global en vue d'un changement durable .
- La collaboration intersectorielle est importante car elle peut régler les inégalités de genre dans les prises de décision à l'intérieur et entre les secteurs en termes d'allocation de ressources . Mais la bonne gouvernance peut être essentielle dans la mesure où elle peut s'assurer de la participation des femmes dans la prise de décision dans la santé

La santé étant un droit humain , la parité démocratique doit inclure la participation politique, la responsabilité et la transparence .

La collaboration intersectorielle devrait se baser sur les accords contenus dans la plateforme de Beijing , la Cedaw et d'autres instruments internationaux pour être traduits systématiquement dans les textes et des actions et de manière transversale , dans tous les secteurs .

Les soins de santé sont un aspect de la santé. Pour lutter efficacement contre les inégalités , les politiques dans les domaines de l'éducation , la loi et la sécurité, l'agriculture , l'industrie , le transport et la sécurité sociale doivent être reconsidérées .