



10.5281/zenodo.10591556

Vol. 07 Issue 01 Jan - 2024

Manuscript ID: #01202

Les sources socio-économiques de l'inégalité des chances en matière de santé et de nutrition des enfants en Tunisie

Noomen Bahri

Faculté des Sciences Humaines et Sociales de Tunis, université de Tunis 1, Tunisie

Corresponding author: bahrinomen@gmail.com

ABSTRACT

Cette étude vise à examiner les facteurs d'inégalité des chances en matière de santé chez les enfants de moins de 5 ans en Tunisie, à l'aide de l'enquête tunisienne à indicateurs multiples MICS 2018. Elle étudie la variation des inégalités entre les régions, en décomposant les inégalités en une partie due à l'inégalité des chances et une partie due à d'autres facteurs, tels que les variations aléatoires de la santé. Les résultats révèlent également que la part des circonstances dans l'inégalité des chances en matière de santé des enfants varie considérablement selon la région. Plus précisément, la situation géographique, l'éducation des parents et la richesse des parents s'avèrent être les principaux facteurs contribuant à l'inégalité des chances en matière de santé des enfants.

KEYWORDS:

santé des enfants, inégalité des chances, Tunisie.



This work is licensed under Creative Commons Attribution 4.0 License.

1. Introduction

La santé et la nutrition de l'enfant sont des facteurs cruciaux de son développement, qui ont tous deux la capacité de prédire la trajectoire des résultats de santé à l'âge adulte. Plus précisément, il a été démontré que la malnutrition, sous forme de retard de croissance et d'émaciation, retarde le développement cognitif, moteur et social, ce qui peut entraîner une multitude d'effets indésirables à l'âge adulte (Park et al, 2011 ; De et Chattopadhyay, 2019 ; Kar et al, 2008) À l'échelle mondiale, en 2015, environ 7,7 % des enfants souffraient d'émaciation, 24,5 % de retard de croissance et 15 % d'insuffisance pondérale. L'Afrique et l'Asie du Sud-Est ont enregistré la plus forte prévalence de la dénutrition, la région africaine représentant environ 39,4 % des retards de croissance, 24,9 % de l'insuffisance pondérale et 10,3 % de l'émaciation chez les enfants de moins de cinq ans (Organisation Mondiale de Commerce, 2010; Akombi et al, 2017). En Afrique, la pauvreté a été identifiée comme l'une des principales causes de la malnutrition (Bain et al, 2013 ; Vorster ,2010). Un récent rapport conjoint de l'UNICEF et de la Banque mondiale indique qu'environ 50 % des enfants d'Afrique subsaharienne vivent dans l'extrême pauvreté et qu'ils représentent plus de 51 % des enfants extrêmement pauvres de la planète (UNICEF, 2010). La malnutrition est donc plus susceptible de se produire dans des pays comme la République démocratique du Congo, la Guinée-Bissau et le Mali, qui sont considérés comme les trois premiers pays d'Afrique subsaharienne ayant l'indice de développement humain (IDH) le plus faible.

Les inégalités dans la répartition des intrants externes et les circonstances qui échappent au contrôle des enfants, y compris la richesse et la résidence du ménage, ainsi que la disponibilité et la qualité des services de santé infantile, de la nourriture, de l'eau potable et de l'assainissement, entraînent une inégalité des chances (IoP) pour les enfants défavorisés (UNESCO, 2007 ; Dabalen et al, 2014). L'IoP en matière de santé et de nutrition est un problème important dans les régions en développement telles que l'Afrique subsaharienne (Brunori, 2016 ; Jonah et al, 2018) où des déficits défavorables et des inégalités au début de la vie contribuent aux inégalités en matière de santé et de nutrition des enfants (Heaton et al, 2016 ; Akombi et al, 2019).

L'égalité des chances repose sur la distinction entre les efforts et les circonstances qui sont sous et hors du contrôle de l'individu (Curtale et al, 2003 ; Roemer, 2014). Ainsi, l'inégalité des chances résulte d'une grande différence de circonstances telles que : l'origine familiale, le sexe, le lieu de naissance... les manières de gérer de telles circonstances sont injustes et nécessitent une action rapide et efficace de la part des décideurs politiques. Les contraintes d'accès aux services et aux ressources de base contribuent à perpétuer le manque de capacités et d'opportunités dans une grande partie de la société (Roeme, 1998 ; Bourguignon et al, 2007). Les organisations mondiales de développement cherchent à réduire la proportion de personnes qui souffrent de la faim. Une réduction de la prévalence de la malnutrition peut contribuer à la réduction de la mortalité infantile. Cependant, les pays ont tendance à sous-investir dans ce stade de développement, en particulier dans les pays en développement. L'inégalité des chances dans la petite enfance est étudiée tout au long de la vie et est souvent quantifiée jusqu'à l'âge de cinq ans en termes de santé, de nutrition, de développement socio-émotionnel, d'apprentissage précoce et de travail précoce et expliquée par de nombreuses circonstances telles que l'accès aux services de santé. De même, une réduction des disparités régionales est un déterminant important de la croissance et du développement à long terme et contribue à garantir la stabilité politique et économique. En outre, la variation des environnements pathologiques pourrait contribuer à l'inégalité des résultats de santé liés au lieu de résidence. Malgré l'importance de la petite enfance, les recherches sur l'état du développement de la petite enfance et les inégalités en Tunisie sont limitées.

Cette question est souvent absente des agendas politiques, insuffisamment étudiée et mal financée. De nombreuses études ont examiné la relation entre les inégalités de circonstances et les disparités en matière de santé et de nutrition des enfants dans divers pays en développement (Sanoussi et al, 2020 ; Saidi et Hamdaoui, 2017). Dans cet article, nous examinons l'inégalité des chances à laquelle les enfants tunisiens sont confrontés dans la petite enfance en ce qui concerne l'accès à une variété de services de base et décomposons l'inégalité des chances afin d'identifier ses déterminants. Cette analyse contribue non seulement à l'amélioration des recherches limitées sur le développement de la petite enfance et les inégalités en Tunisie, mais fournit également des informations essentielles pour identifier les groupes vulnérables, les problèmes clés et les facteurs qui limitent le développement des enfants au début de la vie. Notre contribution consiste à prendre en considération les aspects multidimensionnels des inégalités afin de surmonter les lacunes liées à la méthodologie unidimensionnelle précédente.

De plus, la disparité dans l'accès aux services publics tels que les soins de santé, l'éducation et l'eau potable est un phénomène répandu au Tunisie (Saidi et Hamdaoui, 2017). Ces inégalités sont responsables d'un large éventail de disparités dans les résultats socio-économiques au sein de la population, en particulier en matière de santé des enfants. En fait, la santé des enfants est affectée par les apports des parents tels que la quantité et la qualité de la nourriture ainsi que par les services de santé publique tels que la disponibilité d'eau potable et d'assainissement. En conséquence, une répartition inégale des apports nutritionnels et sanitaires peut affecter directement la santé des enfants. En outre, au cours des dernières décennies, plusieurs régions ont souffert de d'une situation économique défavorisée, ce qui a affecté négativement la répartition des services publics et exposé une grande partie des enfants de moins de cinq ans à la dénutrition. Par conséquent, comprendre les tendances et les déterminants de l'inégalité des chances en matière de santé des enfants dans les régions aiderait à déterminer les facteurs qui sont sous le contrôle des décideurs politiques et contribuerait grandement à améliorer l'égalité des chances en matière de santé des enfants au sein et entre les régions.

Cet article examine les facteurs d'inégalité des chances en matière de santé des enfants au Tunisie à l'aide des données MICS de 2018. Plus spécifiquement, le document vise à mesurer l'inégalité totale en matière de santé des enfants ainsi que la part de l'inégalité des chances dans l'inégalité globale et identifier les contributions de différents ensembles de circonstances, telles que la situation géographique et l'éducation des parents et la richesse, vers l'inégalité mesurée des chances.

Le reste de ce papier est organisé comme suit. La section 2 présente le cadre conceptuel. La section 3 décrit la littérature sur l'inégalité des chances en matière de santé infantile. La section 4 présente les sources de données, la méthodologie et discute les enquêtes. La section 5 présente les résultats. Enfin, la section 6 conclut avec quelques implications politiques.

2. Cadre conceptuel

Sur la base des travaux philosophiques élaborés par Rawls (1971), Sen (1980), Dworkin (1989a, 1989b), Cohen (1989), Arenson (1989) et Roemer (1998, 1993) les auteurs ont été les premiers à introduire le concept d'égalité des chances dans la littérature économique. Ils ont fait la distinction entre l'effort et les circonstances pour expliquer les divergences de richesse et d'opportunités à l'âge adulte. Les circonstances sont définies comme des facteurs sur lesquels les individus n'ont aucun contrôle, tels que l'origine ethnique, le sexe, l'âge, l'éducation des parents, etc. Cette inégalité des chances est largement considérée comme injuste et mérite l'attention des décideurs politiques.

Pour comprendre le concept d'inégalité des chances, nous suivons le cadre de Roemer (1998, 2002), qui met l'accent sur la différence entre l'inégalité des résultats et l'inégalité des chances. Selon Roemer (1998, 2002), l'inégalité des résultats est principalement due à deux ensembles de facteurs, à savoir les efforts individuels et les circonstances telles que les antécédents familiaux et les régions géographiques. L'inégalité due aux différences dans les efforts individuels est moralement justifiable, tandis que l'inégalité due à des circonstances sur lesquelles l'individu n'a aucun contrôle est moralement injustifiable. Cette inégalité liée aux circonstances est appelée inégalité des chances (Roemer 1998). Cependant, le cadre de Roemer conduit à une compréhension irréaliste de l'inégalité des chances lorsqu'on considère les résultats en matière de santé des enfants. Autrement dit, lorsqu'il s'agit de jeunes enfants, aucune circonstance n'est sous le contrôle de l'enfant. En effet, aucune différence de taille ou de poids ne peut être raisonnablement attribuée à un « effort » insuffisant des enfants pour grandir (Assaad et al. 2012). Ainsi, selon le cadre de Roemer, toute inégalité de résultats pour les jeunes enfants est, par définition, une inégalité des chances. Cette définition donne lieu à un critère très irréaliste d'égalité des chances exigeant des tailles et des poids égaux pour tous les enfants. En d'autres termes, l'égalité de résultat impliquerait que tous les enfants du même âge et du même sexe aient la même taille, ce qui n'est clairement pas réaliste (Krafft 2015).

Comme d'autres études récentes (par exemple Assaad et al. 2012 ; Krafft 2015), cet article modifie le cadre de Roemer en considérant l'inégalité des chances comme étant uniquement l'inégalité due à des circonstances observables, telles que l'éducation des parents, la richesse des parents et le lieu de résidence. Les variations génétiques et la chance sont présumées moralement justifiables et donc incluses dans l'inégalité résiduelle, qui n'est pas imputable aux différences d'opportunités. Étant donné que toutes les circonstances ne sont pas observables ou observées dans les données d'enquête, l'inégalité des chances mesurée sur la base des circonstances observables est donc considérée comme une limite inférieure de la véritable inégalité des chances. Le reste de l'inégalité est considéré comme de la "chance". Diviser l'inégalité sur la base de ce qui est observé dans l'enquête serait considéré comme une grave lacune, en particulier lorsqu'il s'agit de déterminer les implications politiques (Kanbur et Wagstaff 2014). Cependant, ce document utilise l'approche de l'inégalité des chances comme méthode d'identification des facteurs qui influencent l'inégalité en matière de santé infantile, quantifiant ainsi la contribution de ces facteurs observables à l'inégalité globale.

3. Revue de la littérature

Malgré un grand nombre d'études théoriques et empiriques consacrées à la mesure et à l'explication de l'inégalité des chances en matière de santé (par exemple, Sen 2002 ; Rosa Dias et Jones 2007), la littérature empirique sur l'inégalité des chances en matière de santé infantile reste rare, en particulier dans les pays en développement. Toutefois, au cours des dernières décennies, quelques études empiriques sur l'inégalité des chances en matière de santé infantile ont vu le jour (par exemple, Zere et McIntyre 2003 ; Assaad et al. 2012 ; El-Kogali et al. 2016 ; May et Timaeus 2014 ; Krafft 2015).

Krafft (2015) a étudié les déterminants de l'inégalité des chances en matière de taille et de poids des enfants en utilisant les données de l'enquête démographique et sanitaire jordanienne de 2012. En se concentrant sur des facteurs tels que les antécédents parentaux, la quantité et la qualité de la nourriture, et l'environnement sanitaire, l'étude a indiqué que l'environnement sanitaire, en particulier l'eau courante et l'assainissement, ainsi que la richesse des parents contribuent de manière substantielle à l'inégalité des chances en matière de santé des enfants. Hussien et Ayele (2016) ont étudié l'inégalité des chances en matière de santé infantile en Éthiopie en utilisant les données de l'enquête Young Lives de 2002 et 2006. En mesurant les résultats de santé par la taille standardisée

pour l'âge et le poids pour la taille, et en décomposant l'inégalité par des approches paramétriques et non paramétriques, l'étude a révélé que la situation géographique, la religion de la mère, la richesse du ménage et l'accès à l'eau potable et à l'assainissement sont parmi les facteurs qui représentent la plus grande part d'inégalité dans les résultats de santé de l'enfant. Plus récemment, Amara et Jemmali (2017) ont analysé les modèles d'inégalité des chances en matière de santé et de nutrition chez les enfants de moins de cinq ans en Tunisie. En utilisant la décomposition de Shapley pour estimer les contributions relatives des circonstances, leur étude a révélé que l'éducation des parents, la richesse des parents et le lieu de résidence sont les principaux facteurs influençant l'inégalité des chances en matière de santé infantile.

Zere et McIntyre (2003) ont étudié la corrélation entre le statut socio-économique et la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans en Afrique du Sud. L'étude a révélé que les enfants mal nourris sont surtout concentrés dans les régions les plus pauvres du pays. Assaad et al. (2012) ont examiné les modèles d'inégalité des chances en matière de santé infantile dans certains pays arabes et en Turquie, en utilisant les données de l'enquête démographique et de santé (EDS), et ont mesuré les résultats en matière de santé en fonction de la taille par rapport à l'âge et du poids par rapport à la taille pour les enfants de moins de cinq ans. Cette étude a utilisé des méthodes de décomposition paramétriques et non paramétriques pour déterminer la part de l'inégalité des chances dans l'inégalité totale. Elle a révélé que l'inégalité globale et l'inégalité des chances présentent des niveaux et des tendances différents d'un pays à l'autre. L'inégalité des chances contribue de manière substantielle à l'inégalité des résultats en matière de santé infantile, mais sa part dans l'inégalité totale varie de manière significative, à la fois entre les pays et à l'intérieur de ceux-ci, au fil du temps. Ils ont également constaté que la situation géographique et les facteurs démographiques sont les principaux facteurs d'inégalité des résultats en matière de santé infantile.

4. Matériels et méthodes

Cette section décrit la méthodologie et les données utilisées pour mesurer l'inégalité des chances en matière de santé chez les enfants et l'influence des variables socio-économiques (circonstances) sur l'inégalité des chances.

4.1 Sources de données et variables

Cette recherche utilisera les données de l'enquête en grappes à indicateurs multiples (MICS) de 2018. Il s'agit d'une analyse quantitative de données transversales. L'enquête à indicateurs multiples (MICS) de la Tunisie a été menée en 2017 et 2018 par l'Institut national de la statistique en collaboration avec le ministère de l'Investissement du développement et de la Coopération internationale (MDICI) dans le cadre du programme mondial MICS. L'appui technique a été fourni par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). Le soutien financier a été fourni par l'UNICEF et l'Institut national de la statistique.

L'échantillon MICS 2018 de la Tunisie a été conçu pour fournir des estimations pour un grand nombre d'indicateurs sur la situation des enfants et des femmes au niveau national, pour les zones urbaines et rurales, et pour les 7 régions du pays : District de Tunis, Nord-Est, Nord-Ouest, Centre-Est, Centre-Ouest, Sud-Est et Sud-Ouest. Les MICS comprennent des informations anthropométriques (taille et poids) pour les enfants de moins de cinq ans et contiennent des informations détaillées sur la santé, la situation sociale et économique des femmes, des enfants et d'autres caractéristiques des membres du ménage qui sont nécessaires à cette étude. L'état nutritionnel des enfants est le reflet de leur état de santé général. Lorsque les enfants ont accès à une nourriture suffisante, ne sont pas exposés à des

maladies répétées et sont bien soignés, ils atteignent leur potentiel de croissance et sont considérés comme bien nourris. La malnutrition est associée à près de la moitié des décès d'enfants dans le monde.

4.2 Méthodologie de l'enquête

L'échantillon de l'enquête à indicateurs multiples de 2018 en Tunisie a été conçu pour fournir des estimations pour un grand nombre d'indicateurs sur la situation des enfants et des femmes au niveau national, pour les zones urbaines et rurales, et pour les 7 régions du pays : District de Tunis, Nord-Est, Nord-Ouest, Centre-Est, Centre-Ouest, Sud-Est et Sud-Ouest.

Six séries de questionnaires ont été utilisées pour l'enquête : 1) un questionnaire sur les ménages qui a recueilli des informations démographiques de base sur tous les membres du ménage (résidents habituels), le ménage et le logement ; 2) un questionnaire sur le test de qualité de l'eau administré dans 5 ménages dans chaque grappe d'échantillonnage ; 3) un questionnaire individuel pour les femmes administré dans chaque ménage à toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans ; 4) un questionnaire individuel pour les hommes administré dans chaque ménage à toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans ; 4) un questionnaire individuel pour les hommes, administré dans un ménage sur quatre à tous les hommes âgés de 15 à 49 ans ; 5) un questionnaire pour les enfants de moins de 5 ans, administré aux mères (ou tuteurs) de tous les enfants de moins de 5 ans vivant dans le ménage ; et 6) un questionnaire pour les enfants âgés de 5 à 17 ans, administré à la mère (ou au tuteur) d'un enfant choisi au hasard parmi les enfants âgés de 5 à 17 ans vivant dans le ménage.

Les enquêtes MICS utilisent la méthode CAPI (Computer-Assisted Personal Interviewing). L'application de collecte des données a été réalisée à l'aide du logiciel CSPro (Census and Survey Processing System), version 6.3, incluant une plateforme de gestion des données MICS dédiée. Les applications et programmes standards développés dans le cadre du programme mondial MICS ont été adaptés aux versions finales des questionnaires MICS Tunisie et utilisés pour la collecte des données. Les données ont été collectées par 32 équipes, chacune accompagnée d'un spécialiste de la Direction générale de l'hygiène pour l'analyse de la qualité de l'eau. Le travail de terrain a commencé en mars 2018 et s'est terminé en mai 2018.

5. Résultats

Pour mieux comprendre l'état nutritionnel des enfants en Tunisie, cette section analyse les trois indicateurs nutritionnels les plus importants, à savoir l'insuffisance pondérale, le retard de croissance et l'émaciation ; pour les enfants de moins de cinq ans, par région et par sexe. L'insuffisance pondérale (Underweight), le retard de croissance (Stunting) et l'émaciation (Wasting) sont définis comme ayant, respectivement, un rapport taille/âge, poids/âge et poids/taille.

Le tableau 1 présente les mesures anthropométriques des enfants par région et par lieu de résidence. Le chiffre indique qu'il existe une légère disparité régionale en matière de santé des enfants, car ceux qui résident dans les zones rurales ont un poids légèrement plus faible et un retard de croissance que ceux qui vivent dans les zones urbaines. La différence de prévalence du retard de croissance chez les enfants entre les zones rurales (9,5 pour cent) et urbaines (7,5 pour cent) n'est pas importante. En outre, la prévalence de l'insuffisance pondérale est de 1,6 pour cent en milieu rural et de 1,5 pour cent en milieu urbain. Il n'y a aucune disparité en termes d'émaciation entre les zones urbaines et rurales.

Tableau 1. État nutritionnel des enfants de moins de cinq ans selon le lieu de résidence et la région géographique

	Lieu de résidence		Région géographique						
	Urbaine	Rurale	Grand Tunis	Nord Est	Nord Ouest	Centre Est	Centre Ouest	Sud Est	Sud Ouest
Underweight	1.5	1.6	1.3	0.6	1.2	2.2	1.7	1.1	2.8
Stunting	7.5	9.5	7.6	6.9	5.6	9.2	9.4	6.2	15.9
Wasting	2.1	2.1	1.6	3.1	1.5	2.3	1.9	1.8	2.1

Source: calcul de l'auteur à partir de la base de données MICS (2018)

Comme toutes ces études, la nôtre fera référence au découpage en sept régions, avec trois régions à l'est (nord-est, centre-est et sud-est), le district de Tunis et trois régions à l'ouest (nord-ouest, centre-ouest et sud-ouest). Le graphique révèle que la région du Sud-Ouest enregistre les pourcentages les plus élevés de retard de croissance et d'insuffisance pondérale par rapport aux autres régions, dépassant le niveau national. La région Centre (Est et Ouest) est classée deuxième après la région du Sud-Ouest en termes de mauvais état nutritionnel. La figure montre que la région du Nord (Nord-Est et Nord-Ouest) présente des pourcentages de retard de croissance et d'insuffisance pondérale plus faibles. La région du Nord-Est enregistre les pourcentages d'émaciation les plus élevés (3,1 %) par rapport aux autres régions.

Le tableau 2 présente l'état nutritionnel de l'enfant par sexe, par niveau d'éducation et le bien-être économique. Il existe également des variations dans les indicateurs anthropométriques selon les caractéristiques sociodémographiques. Comme on pouvait s'y attendre, les garçons (8,7 %) semblent légèrement plus susceptibles que les filles (7,9 %) d'accuser l'insuffisance pondérale. En outre, il n'y a aucune différence dans la prévalence du retard de croissance et de l'émaciation chez les enfants entre les garçons et les filles.

Tableau 1. État nutritionnel des enfants de moins de cinq ans selon le sexe et le bien-être économique

	Sexe		Niveau d'éducation				Bien-être économique	
	Mâle	Femelle	analphabète	Primaire	secondaire	supérieur	les plus pauvres	Le plus riche Sud Ouest
Underweight	1.5	1.3	1.7	1.6	1.7	1.3	1.7	1.1
Stunting	7.9	8.7	13.7	8.7	7.4	7.8	9.4	6.2
Wasting	2.1	2.1	2.8	2	1.8	2.2	1.9	1.8

Source: calcul de l'auteur à partir de la base de données MICS4 (2018)

Les enfants dont les mères/tuteurs n'ont jamais été scolarisés sont plus susceptibles de souffrir d'insuffisance pondérale et de retard de croissance que les enfants dont les mères ont suivi un enseignement secondaire ou supérieur. Les enfants dont les mères/tuteurs n'ont jamais fréquenté l'école sont les plus susceptibles de souffrir d'insuffisance pondérale et d'un retard de croissance par rapport aux enfants dont les mères ont fait des études secondaires ou supérieures. Les enfants les plus pauvres sont légèrement plus susceptibles de souffrir d'insuffisance pondérale, de retard de croissance et d'émaciation que les enfants les plus riches. L'information et les conseils de santé à la mère pendant

la phase de grossesse sont considérés comme un levier pour le bon développement des bébés. Cependant, les femmes vivant dans ces zones ont un faible niveau d'éducation. Par conséquent, la prévalence des maladies causées par le manque de soins de santé a été observée chez les enfants des ménages les plus pauvres et chez les mères les moins éduquées et les plus âgées.

Deficits and inequality early in life tend to accumulate late and compound and lead to persistent shortfalls in human capital [32]. Based on a relatively few circumstances, which are entirely beyond of their control, this paper has shown that, Tunisian children face unequal opportunities to develop in terms of health, nutrition, cognitive, social, and emotional development. Likewise, we found that, parents' education, wealth, age of household head and geographic factors as key factors determining child development outcomes.

6. Conclusion et implications politiques

Les déficits et les inégalités au début de la vie ont tendance à s'accumuler tardivement et à s'aggraver, ce qui entraîne des déficits persistants en matière de capital humain. Sur la base d'un nombre relativement restreint de circonstances, qui échappent totalement à leur contrôle, cet article a montré que les enfants tunisiens sont confrontés à des opportunités inégales de développement en termes de santé, de nutrition, de développement cognitif, social et émotionnel. De même, nous avons constaté que l'éducation des parents, la richesse et les facteurs géographiques sont des facteurs clés qui déterminent les résultats du développement de l'enfant.

La fourniture inégale de services publics dans les différentes régions pourrait contribuer aux différences géographiques. Il a donc été recommandé, entre autres, que le gouvernement réalise des enquêtes périodiques sur l'état de santé, sur l'utilisation des soins de santé, pour des raisons financières, et pour réduire les contraintes financières qui pèsent sur l'accès aux soins, par un meilleur ciblage des pauvres qui devraient bénéficier d'une assistance médicale gratuite.

Il a également été recommandé que les décideurs politiques s'efforcent d'aider et d'encourager les médecins à s'installer, en particulier dans les régions défavorisées. Enfin, sur le plan institutionnel, les décideurs politiques devraient mettre en œuvre un nouveau plan visant à réduire les inégalités sociales et régionales dans l'accès aux services de santé, en particulier dans les zones rurales.

En conclusion, l'État tunisien doit restructurer les fonds de pension et fournir des services gratuits aux enfants dont les chefs de famille ne sont pas affiliés aux fonds sociaux. Cette politique peut contribuer à réduire les inégalités des chances à l'âge adulte et donc à réduire la criminalité et le terrorisme et à renforcer la croissance et le développement par l'augmentation de la productivité.

References

- Akombi BJ, Agho KE, Merom D, Renzaho AM, Hall JJ. (2017). Child malnutrition in sub-Saharan Africa: A meta-analysis of demographic and health surveys (2006–2016). *PloS one*.12(5).
- Akombi BJ, Agho KE, Renzaho AM, Hall JJ, Merom DR. (2019). Trends in socioeconomic inequalities in child undernutrition: Evidence from Nigeria Demographic and Health Survey (2003–2013). *PloS one*. 14:2.
- Amara, M., and H. Jemmali (2017). 'On the Decomposition and Dynamics of Inequality of Opportunities: A Special Focus on Early Childhood Health and Nutrition in Tunisia'. Economic Research Forum Working Paper 1093. Giza, Egypt: Economic Research Forum.
- Arneson R. (1989). Equality of opportunity for welfare. *Philos Stud*. 56(1):77–93.
- Assaad, R., C. Krafft, N. Belhaj Hassine, D. and Salehi-Isfahani (2012). 'Inequality of Opportunity in Child Health in the Arab World and Turkey. *Middle East Development Journal*, 4(02): 1250006.
- Bain LE, Awah PK, Geraldine N, Kindong NP, Siga Y, Bernard N, et al. (2013). Malnutrition in Sub-Saharan Africa: burden, causes and prospects. *Pan African Med J*.;15:1.
- Bourguignon F, Ferreira H, Marta M. (2007). Inequality of opportunity in Brazil. *Rev Income Wealth*. 53(4):585–618.
- Brunori P, Palmisano F, Peragine V. (2016). Inequality of opportunity in sub-Saharan Africa: the World Bank.
- Cohen G. (1989). On the currency of egalitarian justice. *Ethics*. 1989;99:906–44. 19. Arneson R. Equality of opportunity for welfare. *Philos Stud*. 56(1):77–93.
- Curtale F, Hassanein W, El Wakeel A, Barduagni P, Savioli L. (2003). The school health Programme in Behera: an integrated Helminth control Programme at governorate level in Egypt. *Acta Trop*. 86(2-3):295–307.
- Dabalen A, Narayan A, Saavedra-Chanduvi J, Hoyos SA. (2014). Do African children have an equal chance?: a human opportunity report for sub-Saharan Africa: the World Bank.
- De P, Chattopadhyay N. (2019). Effects of malnutrition on child development: evidence from a backward district of India. *Clinical Epidemiology and Global Health*. 2019;7(3):439–45.
- Dworkin R. (1981a). What is equality? Part 1: equality of welfare. *Philos Public Aff*. 185–246.
- Dworkin R. (1981b). What is equality? Part 2: equality of resources. *Philos Public Aff*. 10(4):283–345.
- El-Kogali, S., C. Krafft, T. Abdelkhalek, M. Benkassmi, M. Chavez, L. Bassett, and F. Ejjanoui (2016). 'Inequality of Opportunity in Early Childhood Development in Morocco Over Time'. Policy Research Working Paper 7670. Washington, DC: The World Bank.
- Heaton TB, Crookston B, Pierce H, Amoateng AY. (2016). Social inequality and children's health in Africa: a cross sectional study. *Int J Equity Health*. 15(1):92.
- Hussien, A., and G. Ayele (2016). 'Inequality of Opportunity in Child Health in Ethiopia'. MPRA 86592. Available at: https://mpra.ub.uni-muenchen.de/86592/1/MPRA_paper_86592.pdf (accessed November 2019).
- Jonah CMP, Sambu WC, May JD. (2018). A comparative analysis of socioeconomic inequities in stunting: a case of three middle-income African countries. *Arch Public Health*. 76(1):77.

- Kar BR, Rao SL, Chandramouli BA (2008). Cognitive development in children with chronic protein energy malnutrition. *Behav Brain Funct.* 2008;4(1):31
- Krafft, C. (2015). 'Determinants of Child Health Disparities in Jordan'. Economic Research Forum Working Paper 950. Giza, Egypt: Economic Research Forum
- May, J., and I.M. Timaeus (2014). 'Inequities in Under-Five Child Nutritional Status in South Africa: What Progress Has Been Made?'. *Development Southern Africa*, 31(6): 761–74.
- Park H, Bothe D, Holsinger E, Kirchner HL, Olness K, Mandalakas A. (2011). The impact of nutritional status and longitudinal recovery of motor and cognitive milestones in internationally adopted children. *Int J Environ Res Public Health.* 2011;8(1):105–16.
- Rawls. (1971). *A theory of justice*: Oxford University Press; 1971. 15.
- Roemer J. (1998) *Equality of opportunity*. Cambridge, MA. (1998). Harvard University Press.
- Roemer J. (1993). A pragmatic theory of responsibility for the egalitarian planner. *Philos Public Aff.* 22:146–66.
- Roemer, J.E. (2002). 'Equality of Opportunity: A Progress Report'. *Social Choice and Welfare*, 19: 455–71.
- Roemer J. (2014). Economic development as opportunity equalization. *World Bank Econ Rev.* 28(2):189–209.
- Rosa Dias, P., and A.M. Jones (2007). 'Giving Equality of Opportunity a Fair Innings'. *Health Economics*, 16: 109–12.
- Saidi A, Hamdaoui M. (2017). On measuring and decomposing inequality of opportunity in access to health services among Tunisian children: a new approach for public policy. *Health and Quality of Life Outcomes* (2017) 15:213 DOI 10.1186/s12955-017-0777-7.
- Sanouss S, Ahinkorah BO, Banke-Thomas A, Yaya S. (2020). Assessing and decomposing inequality of opportunity in access to child health and nutrition in sub-Saharan Africa: evidence from three countries with low human development index. *International Journal for Equity in Health* (2020) 19:143 <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01258-5>
- Sen 1980: Equality of what ?", in McMurrin S. (ed.), Tanner.
- Sen. A. (2002). 'Health: Perception vs Observation'. *British Medical Journal*, 13(324): 860–1.
- UNESCO (2007). *Strong Foundations: Early Childhood Care and Education*. Efa Global Monitoring Report. 2nd ed; 2006.
- UNICEF (2010), World Bank Group. *Ending extreme poverty: a focus on children*. 2016.
- Vorster HH, (2010). The link between poverty and malnutrition: A South African perspective. *Health SA Gesondheid.* 15:1
- WHO (2010). *World Health Statistics Report*.
- Zere, E., and D. McIntyre (2003). 'Inequities in Under-Five Child Malnutrition in South Africa'. *International Journal for Equity in Health*, 2(1): 7.