Assurer le bien-être des enfants

OCDE

Assurer le bien-être des enfants

OCDE

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

L'OCDE est un forum unique en son genre où les gouvernements de 30 démocraties œuvrent ensemble pour relever les défis économiques, sociaux et environnementaux que pose la mondialisation. L'OCDE est aussi à l'avant-garde des efforts entrepris pour comprendre les évolutions du monde actuel et les préoccupations qu'elles font naître. Elle aide les gouvernements à faire face à des situations nouvelles en examinant des thèmes tels que le gouvernement d'entreprise, l'économie de l'information et les défis posés par le vieillissement de la population. L'Organisation offre aux gouvernements un cadre leur permettant de comparer leurs expériences en matière de politiques, de chercher des réponses à des problèmes communs, d'identifier les bonnes pratiques et de travailler à la coordination des politiques nationales et internationales.

Les pays membres de l'OCDE sont : l'Allemagne, l'Australie, l'Autriche, la Belgique, le Canada, la Corée, le Danemark, l'Espagne, les États-Unis, la Finlande, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Islande, l'Italie, le Japon, le Luxembourg, le Mexique, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la République slovaque, la République tchèque, le Royaume-Uni, la Suède, la Suisse et la Turquie. La Commission des Communautés européennes participe aux travaux de l'OCDE.

Les Éditions OCDE assurent une large diffusion aux travaux de l'Organisation. Ces derniers comprennent les résultats de l'activité de collecte de statistiques, les travaux de recherche menés sur des questions économiques, sociales et environnementales, ainsi que les conventions, les principes directeurs et les modèles développés par les pays membres.

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les interprétations exprimées ne reflètent pas nécessairement les vues de l'OCDE ou des gouvernements de ses pays membres.

ISBN 978-92-64-05935-1 (imprimé)
ISBN 978-92-64-05936-8 (PDF)

Publié en anglais : *Doing Better for Children*

Crédits photo : Couverture © Joanne Liu/Flickr/Getty Images.

Les corrigenda des publications de l'OCDE sont disponibles sur : *www.oecd.org/editions/corrigenda*.

© OCDE 2009

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à *rights@oecd.org*. Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) *info@copyright.com* ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) *contact@cfcopies.com*.

Avant-propos

Assurer le bien-être des enfants *examine l'éventail des politiques publiques destinées à améliorer le bien-être des enfants dans les pays de l'OCDE, et toute une panoplie de résultats associés en termes de bien-être des enfants. Étant donné l'intérêt considérable que suscitent les politiques à destination des enfants, cette publication nous paraît particulièrement opportune. Elle s'appuie sur de précédents travaux de l'OCDE sur les familles. Elle comporte six grands chapitres qui décrivent le bien-être des enfants dans la zone OCDE, présentent des profils âge-dépenses des pays sur l'ensemble du cycle de vie des enfants (c'est la première fois qu'un tel exercice comparatif est entrepris pour l'ensemble de la zone OCDE) et examinent les politiques à l'égard du jeune enfant (moins de 3 ans). Les chapitres analysent également l'impact de la monoparentalité sur le bien-être des enfants, discutent des implications de la mobilité intergénérationnelle pour le bien-être des enfants, et font un certain nombre de recommandations générales pour améliorer le bien-être des enfants.*

Cette publication a été rédigée par Simon Chapple et Dominic Richardson. Nous tenons à remercier ici Willem Adema, Anna-Cristina D'Addio, Mark Pearson et Monika Queisser pour leurs commentaires et leurs apports aux différents stades de cette publication, Annette Panzera et Maria del Carmen Huerta pour leur aide via *la* Base de données de l'OCDE sur la famille, *et Maxime Ladaique pour son aide* via *la* Base de données de l'OCDE sur les dépenses sociales. *Nous tenons également à remercier vivement Dominique Paturot pour sa contribution sur l'aspect impôts-prestations.*

Table des matières

Note de synthèse 11

Chapitre 1. **Résumé des principaux constats** 15

Introduction 16
Structure et résumé du rapport 16
Comment investir pour améliorer le bien-être des enfants ? 18
Que faire sur le cycle de vie d'un enfant ? 20
Réduire certaines dépenses et surveiller certains domaines 21

Chapitre 2. **Comparaison du bien-être des enfants dans les pays de l'OCDE** 23

Introduction 24
Vue d'ensemble du bien-être des enfants dans les pays membres de l'OCDE 24
Qu'est-ce que le bien-être des enfants ? 26
Un examen plus approfondi du bien-être des enfants 27
Choix des dimensions et des indicateurs du bien-être des enfants 31
Rationalisation et comparaison des indicateurs du bien-être des enfants de l'OCDE 36
Résumé 64
Références 64
Annexe 2.A1. Relations entre les indicateurs du bien-être des enfants élaborés par l'OCDE 66

Chapitre 3. **Les dépenses sociales aux différents stades de l'enfance** 69

Introduction 70
Pourquoi examiner les dépenses sociales au titre des enfants par âge ? 70
Méthode d'établissement des profils et sources de données 74
Limites 75
Discussion des profils de dépenses par âge des enfants 79
Aspects redistributifs des politiques en matière d'impôts et de prestations sur le cycle de vie de l'enfant 88
Méthode 89
Pays étudiés 90
Comparaison pour huit pays du revenu net et des transferts nets par niveau de revenu familial du travail 91
Résumé 99
Notes 102
Références 102

Chapitre 4. **De la conception au jardin d'enfants** 105

Introduction 106
Période prénatale 107
Naissance 113
Période postnatale 115
Résumé 127

Notes 128

Références 128

Chapitre 5. **Le bien-être des enfants et la monoparentalité** 135

Introduction 136
Structures familiales dans la zone OCDE 138
Pourquoi la monoparentalité pourrait être un élément important pour l'amélioration du bien-être des enfants 139
Quels sont les effets pour les enfants de l'appartenance à une famille monoparentale ? Méta-analyse portant sur l'ensemble des pays de l'OCDE 140
La recherche de la causalité 143
Implications en termes de politiques publiques 149
Résumé 153

Notes 153

Références 153

Chapitre 6. **Enfance et mobilité intergénérationnelle** 159

Introduction 160
Quel est le problème de l'inégalité intergénérationnelle ? 160
Quel est le degré d'inégalité intergénérationnelle et comment a-t-il évolué dans le temps ? 161
Causes de l'inégalité intergénérationnelle 166
Le degré d'inégalité intergénérationnelle est-il trop élevé, trop faible ou juste comme il faut ? 170
Résumé 172

Notes 172

Références 173

Chapitre 7. **Améliorer le bien-être des enfants : quelques pistes** 177

Introduction 178
L'éventail de choix des politiques pour influer sur le bien-être des enfants. 178
Mesures du bien-être des enfants et politiques de l'enfance dans la zone OCDE . . 194
Recommandations de politiques pour améliorer le bien-être des enfants 195

Notes 203

Références 204

Encadrés

2.1. Le bien-être des enfants par âge : quels seraient les indicateurs souhaitables ? 33
2.2. Le bien-être des enfants nés à l'étranger 48
3.1. Profils de dépenses selon l'âge et modèle d'investissement d'Heckman 72

3.2. Profil de dépenses par âge pour un enfant suédois 77
4.1. Les soins prénataux améliorent-ils le bien-être des enfants? 111
4.2. Le congé parental améliore-t-il le bien-être des enfants ? 119
4.3. L'accueil et l'éducation du jeune enfant améliorent-ils son bien-être ? 123
5.1. Qu'est-ce qu'une méta-analyse ? 137
5.2. Le timing de l'exposition à la structure familiale est-il important pour le bien-être de l'enfant ? 144
6.1. L'investissement en temps des parents : un facteur qui contribue aux inégalités intergénérationnelles 168

Tableaux

2.1. Comparaison des mesures du bien-être des enfants centrées sur l'action des pouvoirs publics dans 30 pays de l'OCDE 25
2.2. L'UNICEF montre que le niveau général de bien-être des enfants est élevé aux Pays-Bas et en Suède mais faible aux États-Unis et au Royaume-Uni 30
2.3. Sélection d'indicateurs du bien-être des enfants : synthèse 35
2.4. Ventilation des indicateurs du bien-être des enfants par sexe, par âge et par statut migratoire 36
2.A1.1. Corrélations entre les indicateurs du bien-être des enfants 67
2.A1.2. Corrélations entre les indicateurs du bien-être des enfants (hors Turquie) 68
3.1. Inégalités des dépenses par âge, 2003 80
4.1. Champ des interventions précoces des pouvoirs publics pour améliorer le bien-être des enfants, de la conception au jardin d'enfants, dans la zone OCDE 107
4.2. Âge de l'enfant et taux de l'allocation (ou de l'abattement) pour enfant 121
4.3. Dimensions des interventions ciblées sur la petite enfance 126
5.1. Structures familiales dans 25 pays de l'OCDE pour les jeunes âgés de 11, 13 et 15 ans (%) 138
5.2. Tailles d'effets de l'impact de la monoparentalité sur le bien-être des enfants par pays 142
5.3. Tailles d'effets de la monoparentalité par domaine du bien-être des enfants : comparaison avec l'étude d'Amato (2000) 142
6.1. Mobilité intergénérationnelle à travers l'échelle des gains 163
7.1. Les schémas de dépenses par âge et par type présentent des associations variées avec les différentes mesures du bien-être des enfants 195

Graphiques

2.1. Le revenu moyen des enfants au Luxembourg est sept fois plus élevé qu'en Turquie 38
2.2. La pauvreté des enfants est neuf fois plus élevée en Turquie qu'au Danemark 39
2.3. La plupart des enfants de 15 ans disposent des ressources éducatives de base 40
2.4. Dans les pays de l'OCDE, en moyenne un enfant sur trois vit dans un logement surpeuplé 42

2.5. Un quart des enfants des pays de l'OCDE vit dans un environnement local médiocre 44
2.6. Niveau éducatif moyen des jeunes de 15 ans dans la zone OCDE 46
2.7. Inégalité de niveau éducatif pour des jeunes de 15 ans dans la zone OCDE 46
2.8. Le pourcentage des jeunes qui ne sont ni en emploi, ni scolarisés, ni en formation (NEET) varie considérablement dans la zone OCDE 47
2.9. Il y a une grande différence entre les taux de mortalité infantile enregistrés en Turquie et au Mexique et ceux observés dans le reste des pays de l'OCDE 52
2.10. Les enfants nés dans les pays nordiques sont moins exposés au risque d'insuffisance pondérale 52
2.11. Dans la zone OCDE, la majorité des jeunes enfants sont nourris au sein à un moment donné 53
2.12. Les pays d'Europe orientale membres de l'OCDE ont les taux de vaccination les plus élevés 54
2.13. Dans l'ensemble de la zone OCDE, un adolescent sur cinq seulement a le niveau requis d'activité physique 55
2.14. Variations modérées de la mortalité infantile dans la zone OCDE 56
2.15. Dans tous les pays de l'OCDE, le taux de suicide des jeunes est plus élevé pour les garçons 57
2.16. Aucun pays n'est toujours bien ou mal classé pour les indicateurs de prise de risque 59
2.17. La variation du taux de fécondité des adolescentes est considérable dans la zone OCDE 60
2.18. Dans certains pays, un grand nombre d'enfants font l'objet de brimades 62
2.19. La plupart des enfants de l'OCDE n'aiment pas l'école 63
3.1. Dépenses sociales publiques par tête, par période de l'enfance, 2003 80
3.2. Les prestations en espèces représentent l'essentiel des dépenses sociales au titre du jeune enfant (moins de 2 ans), 2003 81
3.3. Dans la petite enfance, la garde des enfants est un élément important des dépenses sociales par tête au titre des enfants, 2003 82
3.4. Les dépenses d'éducation dominent durant la période intermédiaire de l'enfance, 2003 83
3.5. Les dépenses d'éducation dominent durant la grande enfance, 2003 83
3.6. Dépenses sociales moyennes par âge de l'enfant et par intervention en proportion du revenu médian des ménages d'âge actif, 2003 86
3.7. Le soutien financier des familles avec enfants varie avec le niveau de revenu 92
3.8. Revenu familial net sur le cycle de vie de l'enfant pour différents niveaux de revenu familial, pour des familles biparentales de deux enfants, 2003 94
3.9. Ratio revenu net familles biparentales/revenu net familles monoparentales sur le cycle de vie de l'enfant, 2003 97
3.10. Ratio revenu net familles de quatre enfants/revenu net familles de deux enfants, 2003 100
4.1. Médicalisation du système de soins prénataux (autour de 2005) 109
4.2. Programme recommandé de soins prénataux (nombre de visites durant la grossesse) 110

4.3. Congé prénatal rémunéré, maximum et minimum (pour les pays dans lesquels existe un congé de maternité rémunéré) 113
4.4. Nombre de jours d'hospitalisation après une naissance normale à l'hôpital . . . 114
4.5. Médicalisation du système postnatal (nombre de naissances par pédiatre) 116
4.6. Taux d'inscription dans les structures d'accueil des enfants/l'enseignement préscolaire, autour de 2005 122
6.1. Estimations de l'élasticité intergénérationnelle des gains pour une sélection de pays de l'OCDE. 163
6.2. Élasticité intergénérationnelle des revenus, inégalité des revenus entre pays et rendement de l'investissement éducatif 165
6.3. L'inégalité intergénérationnelle du nombre d'années d'études 166

Ce livre contient des...

StatLinks

Accédez aux fichiers Excel®
à partir des livres imprimés !

En bas à droite des tableaux ou graphiques de cet ouvrage, vous trouverez des *StatLinks*.
Pour télécharger le fichier Excel® correspondant, il vous suffit de retranscrire dans votre navigateur Internet le lien commençant par : ***http://dx.doi.org***.
Si vous lisez la version PDF de l'ouvrage, et que votre ordinateur est connecté à Internet, il vous suffit de cliquer sur le lien.
Les *StatLinks* sont de plus en plus répandus dans les publications de l'OCDE.

© OCDE 2009

Note de synthèse

Cette publication traite de l'amélioration du bien-être des enfants. Elle examine les résultats en termes de bien-être des enfants, compare les dépenses et les politiques publiques en direction des enfants, et étudie l'environnement social dans lequel grandissent les enfants dans la zone OCDE. Elle en tire des recommandations générales quant aux politiques à mettre en œuvre pour améliorer ce bien-être.

Comparaison du bien-être des enfants dans les pays de l'OCDE. Le chapitre 2 compare les actions des pouvoirs publics orientées vers le bien-être des enfants dans les pays de l'OCDE à travers six dimensions : le bien-être matériel, le logement et l'environnement, l'éducation, la santé et la sécurité, les comportements à risque et la qualité de la vie scolaire.

- Aucun pays n'est performant pour l'ensemble des six dimensions. La Turquie et le Mexique sont mal classés pour toutes les dimensions pour lesquelles une comparaison est possible.
- On observe de grandes disparités de résultats entre les pays de l'OCDE pour tous les indicateurs. C'est pour la dimension « santé et sécurité » que ces disparités sont les plus grandes et pour la dimension « comportements à risque » qu'elles sont le plus faibles.
- Lorsqu'on peut comparer les indicateurs par sexe et statut migratoire, les résultats sont généralement moins bons pour les garçons que pour les filles et pour les enfants non autochtones que pour les enfants autochtones.
- Les résultats présentés par âge sont mitigés. Le tabagisme et l'alcoolisme augmentent avec l'âge et l'activité physique diminue mais, en revanche, les brimades baissent.

Comparaison des stratégies d'intervention des pouvoirs publics visant à améliorer le bien-être des enfants dans les pays de l'OCDE. Le chapitre 3 analyse la répartition des dépenses sociales et des transferts publics sur le cycle de vie des enfants dans 28 des 30 pays de l'OCDE. Il examine également la composition des dépenses et des transferts publics.

- On dépense généralement davantage au titre des adolescents que des jeunes enfants. En moyenne dans la zone OCDE, le montant cumulé dépensé en 2003 au titre des enfants de 0 à 18 ans s'est élevé à 126 000 USD par enfant, se ventilant comme suit : 30 000 USD (soit 24 %) dépensés durant le premier tiers de l'enfance (0-5 ans), 45 000 USD (36 %) durant le deuxième tiers (6-11 ans) et 51 000 USD (41 %) durant le dernier tiers (12 à 17 ans inclus).
- C'est durant la petite enfance que l'on observe la plus grande disparité de dépenses entre les pays. Cette disparité reflète des approches sensiblement différentes en matière de congé parental et d'éducation du jeune enfant.
- L'analyse impôts-prestations par âge des enfants montre également de grandes disparités dans le traitement fiscal et social des familles selon le revenu, la structure et la taille de la famille pour huit pays de l'OCDE.

Différentes politiques mises en œuvre par les pays de l'OCDE pour améliorer le bien-être des enfants durant les toutes premières années de leur cycle de vie. Le chapitre 4 explore plus en détail les stratégies d'intervention des pouvoirs publics en direction des enfants, donnant un aperçu des interventions en faveur des mères et des enfants avant, pendant et après la naissance. Il examine les politiques en matière de santé publique et de nutrition, de garde et d'éducation des enfants, mais aussi d'impôts et de prestations.

- De nombreux pays de l'OCDE dépensent des sommes excessives au titre des soins prénataux universels alors que tout semble indiquer qu'il serait plus pertinent de se concentrer sur les grossesses à risque.
- Pour les naissances normales, il n'est guère prouvé que les dépenses considérables liées aux séjours postnataux (quatre jours en moyenne d'hospitalisation dans plus d'un tiers des pays de l'OCDE) soient bénéfiques pour les enfants. Il serait probablement préférable d'utiliser cet argent autrement.
- L'investissement dans les soins postnataux universels est probablement excessif. Mieux vaudrait cibler davantage ces ressources sur les enfants les plus à risque à ce stade de leur cycle de vie.
- En matière de vaccinations et autres interventions en faveur de la petite enfance, il y a tout lieu de penser que les transferts sociaux soumis à conditions ont un rôle important à jouer dans une appropriation accrue des services universels par les sujets à risque.

Le fait de grandir dans une famille monoparentale nuit-il au bien-être des enfants ? L'environnement familial est déterminant pour le bien-être des enfants. Sur la dernière génération, les familles monoparentales se sont multipliées dans tous les pays de l'OCDE, quoiqu'à des degrés divers. Le chapitre 5 cherche à évaluer si la monoparentalité affecte le bien-être des enfants et si oui, comment. Afin d'identifier la taille potentielle de cet impact, une méta-analyse d'un grand nombre d'études a été entreprise pour analyser les différentes dimensions du bien-être des enfants dans différents pays. Les résultats sont comparés aux recherches récentes menées aux États-Unis.

- La méta-analyse effectuée pour l'ensemble de la zone OCDE donne à penser que le fait de grandir dans une famille monoparentale n'a qu'un impact maximum limité sur le bien-être des enfants.
- C'est dans les pays nordiques que les effets négatifs maximums sont les plus grands ; ils sont comparables à ceux mis en évidence dans de précédents travaux de recherche menés aux États-Unis. Dans la plupart des autres pays de l'OCDE, l'impact de la monoparentalité est en moyenne légèrement plus faible qu'aux États-Unis.
- Un examen des techniques complexes utilisées pour établir si les effets minimes observés sur le bien-être des enfants sont en fait la conséquence de la monoparentalité brosse un tableau mitigé. Les méthodes les plus sophistiquées donnent habituellement un impact plus faible voire nul en termes de résultats pour l'enfant du fait d'être élevé par un seul parent.

Les résultats des parents et les résultats des enfants arrivés à l'âge adulte sont-ils liés ? L'enfance est l'époque de la vie où les investissements de la famille et des pouvoirs publics influencent le plus la manière dont les enfants arrivés à l'âge adulte reproduiront les trajectoires de gains de leurs parents, autrement dit l'inégalité intergénérationnelle. Le chapitre 6 évalue cette inégalité intergénérationnelle en termes de revenus et de niveau d'études.

- Les différents pays de l'OCDE présentent des degrés divers d'inégalité intergénérationnelle. L'inégalité intergénérationnelle des revenus est faible dans les pays nordiques, en Australie et au Canada. En revanche, elle est forte en Italie, aux États-Unis et au Royaume-Uni où chaque nouvelle génération est plus susceptible de se trouver dans la même situation que ses parents sur l'échelle des revenus.
- Au sein des pays, si les parents se trouvent tout en haut ou tout en bas de l'échelle des revenus, la mobilité de leurs enfants à l'âge adulte est moindre que si les parents se situent à un niveau intermédiaire.
- Pour les responsables politiques, peu d'éléments indiquent que le niveau de l'inégalité intergénérationnelle ait changé ces dernières années ; autrement dit, si problème il y a, il ne semble pas qu'il s'aggrave.

Quelles sont les politiques appropriées à mettre en œuvre pour améliorer le bien-être des enfants ? Le dernier chapitre (chapitre 7) s'efforce de répondre à cette question en formulant toute une série de recommandations.

- Il est essentiel d'investir dans les enfants à un stade précoce. Il faut accentuer l'effort d'investissement durant la petite enfance (« années Dora l'exploratrice ») par rapport à la grande enfance (« années Facebook »).
- Dans un souci d'équité et d'efficacité, cet investissement doit également se concentrer sur l'amélioration du sort des enfants vulnérables. Il ne faut pas laisser s'étioler les succès obtenus grâce à des politiques précoces à destination de ces enfants mais au contraire les renforcer aux phases ultérieures de l'enfance.
- En concentrant l'investissement sur la petite enfance et sur les enfants vulnérables, on a également une probabilité plus forte de casser le lien de dépendance entre les résultats des parents et ceux des enfants, autrement dit de rompre le cercle de l'inégalité intergénérationnelle, qui est un grand sujet de préoccupation pour de nombreux pays.
- Les stratégies d'intervention en faveur des enfants doivent être conçues de manière à renforcer un développement positif tout au long du cycle de vie de l'enfant et pour toute une série de résultats en termes de bien-être. Des politiques publiques cohérentes doivent soutenir le bien-être présent et futur des enfants pour toute une série de dimensions du bien-être.
- Des objectifs de résultats en termes de bien-être des enfants doivent être établis pour inciter positivement politiciens et décisionnaires à réaliser leurs objectifs déclarés. Ces objectifs doivent être clairs, réalisables *via* un changement de politique et atteignables dans le délai spécifié. Les objectifs de bien-être doivent être bien alignés sur les informations à collecter pour le suivi du bien-être des enfants.

- Les enfants sont trop souvent invisibles dans les statistiques. Les pays doivent collecter régulièrement davantage d'informations de qualité sur le bien-être des enfants qui soient comparables au niveau national et international. Il est urgent de disposer de telles informations pour assurer un suivi régulier et indépendant du bien-être des enfants à tous les stades de leur cycle de vie.
- Les États doivent expérimenter en continu les politiques et programmes en direction des enfants, les évaluer de façon rigoureuse pour voir s'ils améliorent ou non leur bien-être, et réorienter l'argent des programmes qui ne sont pas performants vers ceux qui le sont. Cette approche devrait permettre de faire en sorte que les ressources allouées aux enfants améliorent progressivement leur bien-être.

© OCDE 2009

Chapitre 1

Résumé des principaux constats

Le bien-être des enfants est un grand sujet d'intérêt public dans de nombreux pays de l'OCDE. Si, dans chaque pays, le débat sur les politiques de l'enfance a sa propre spécificité nationale, tous les pays ont en commun un certain nombre de préoccupations. Dans ce contexte, un examen du bien-être des enfants et des politiques à mettre en œuvre pour l'améliorer est tout à fait d'actualité. Quels sont les résultats obtenus grâce aux dépenses et aux programmes publics et que peut-on faire pour améliorer le bien-être des enfants ? L'objectif du présent rapport est de répondre à ces deux questions. Ce chapitre présente la structure du rapport et résume ses principales recommandations. Il explique pourquoi les États doivent investir dans l'amélioration du bien-être des enfants et donne un aperçu des domaines dans lesquels ils devraient moins investir et de ceux qu'il convient de surveiller.

Introduction

Nous avons tous été un jour des enfants. Et, aujourd'hui, la plupart d'entre nous ont déjà des enfants, font le projet d'en avoir ou sont en contact régulier avec des enfants dans leur cadre familial ou leur cercle d'amis. Avoir de l'empathie pour les enfants et se soucier de leur bien-être va de soi. Bien souvent, c'est des enfants les moins favorisés que l'on se soucie le plus. On a facilement de l'empathie pour ceux qui sont dans une situation difficile sans l'avoir choisie. Nous nous intéressons également aux enfants parce que leur bien-être peut affecter le nôtre. Si tout va bien, les enfants d'aujourd'hui créent un environnement qui facilitera la vie présente et future des adultes d'aujourd'hui. Mais si tout ne va pas bien pour les enfants, c'est aujourd'hui et demain qu'il faudra supporter le coût des mesures à prendre pour y remédier.

Les pays doivent se soucier davantage des conditions de vie de leurs enfants pour le bien de leurs économies et de leurs citoyens. Le bien-être des enfants est un grand sujet d'intérêt public dans de nombreux pays de l'OCDE, un sujet qui a suscité bien des débats. Si dans chaque pays, le débat sur les politiques de l'enfance a sa propre spécificité nationale, il a une dimension internationale qui fait d'un examen général du bien-être des enfants et des politiques à mettre en œuvre pour l'améliorer dans la zone OCDE, un sujet d'actualité.

Les enfants ont un droit au bien-être en tant qu'enfants. Pour eux comme pour les autres citoyens, la qualité de vie actuelle est une fin en soi importante. Mais, dans le cas des enfants qui en sont au début de leur cycle de vie, les politiques en vue d'améliorer leur bien-être doivent aussi être fortement centrées sur l'avenir.

Les pouvoirs publics adoptent des stratégies d'intervention importantes, notamment ils dépensent des sommes considérables, directement ou indirectement, pour le compte des enfants. Mais quels sont les résultats obtenus grâce à ces dépenses et quelles sont les politiques publiques appropriées à mettre en œuvre pour améliorer le bien-être des enfants ? L'objectif du présent rapport est de répondre à ces questions.

Structure et résumé du rapport

Cette section présente la structure du rapport et résume les travaux sur lesquels se fondent les recommandations.

Le chapitre 2 étudie, au regard de six dimensions de résultats, différents indicateurs du bien-être des enfants dans les pays de l'OCDE choisis en partie pour leur relative sensibilité aux choix des pouvoirs publics. Il énonce la théorie, la méthodologie et les sources de données qui sous-tendent les mesures et présente les indicateurs pour chaque pays membre de manière comparable.

Le chapitre 3 examine les schémas de répartition par âge des dépenses sociales et d'éducation au titre des enfants. Des travaux théoriques et empiriques récents révèlent l'importance des répartitions par âge dans les stratégies d'intervention pour le bien-être

des enfants. Si les différences de dépenses par tête au titre des enfants entre pays de l'OCDE ont été explorées, on sait peu de choses en revanche de leur répartition effective par âge. En procédant à la première analyse des schémas de dépenses par âge des enfants, et en montrant que ces dépenses sont habituellement plus importantes dans le dernier tiers de l'enfance que dans le premier, ce chapitre comble un vide important de la littérature sur les politiques en faveur de l'enfance.

Globalement, le montant moyen dépensé au titre des enfants de 0 à 18 ans dans la zone OCDE s'élevait, en 2003, à 126 000 USD se ventilant comme suit : 30 000 USD (soit 24 %) dépensés durant la petite enfance (0-5 ans), 45 000 USD (36 %) pendant la phase intermédiaire de l'enfance (6-11 ans) et 51 000 USD (41 %) durant la grande enfance (12-17 ans). Lorsqu'on analyse les schémas année par année, on obtient pour la plupart des pays une courbe en U inversé. Les dépenses sociales au titre des enfants sont relativement faibles durant la petite enfance ; elles augmentent ensuite pour atteindre un pic entre 10 et 15 ans et décroître ensuite. Ce schéma est particulièrement prononcé dans les pays anglophones. Dans un petit nombre de pays, comme la Finlande, l'Islande et la Hongrie, le déclin avec l'âge est plus monotone, avec un poids plus fort sur les premières années. Ce dernier schéma est imputable à un montant plus important de dépenses au titre du congé parental et des politiques de garde des enfants. On observe également un faible niveau de dépenses prénatales au titre des enfants dans tous les pays. À l'autre extrémité de l'enfance, les dépenses décroissent plus rapidement dans certains pays que dans d'autres. Certains paiements liés aux « enfants » persistent bien au-delà de la vingtième année dans divers pays (Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, France, Grèce, Hongrie, Japon, Luxembourg, Portugal, République slovaque et République tchèque).

La répartition des transferts de revenus aux familles sur le cycle de vie des enfants est extrêmement intéressante. Le chapitre 3 examine également les politiques en matière d impôts-prestations sur le cycle de vie des enfants pour huit pays de l'OCDE (Allemagne, Danemark, États-Unis, France, Hongrie, Italie, Japon et Royaume-Uni) et la disparité des réponses selon les facteurs de risque des familles. Trois dimensions de risque sont examinées : le revenu du travail familial (haut, moyen, faible), la structure de la famille (monoparentale/biparentale) et la taille de la famille (deux enfants/quatre enfants). L'analyse révèle une grande disparité dans la manière dont ces huit pays répondent à ces dimensions de risque sur le cycle de vie des enfants.

Le chapitre 4 s'interroge sur ce que font les pays en faveur des enfants de moins de 3 ans pour lesquels le chapitre 3 met en évidence des niveaux de dépenses relativement faibles. Les politiques en faveur des tout-petits sont insuffisamment analysées dans le contexte international. Le chapitre 4 montre que les États mettent en œuvre tout un arsenal de stratégies d'intervention à destination de ce groupe d'âge. Il s'agit généralement de programmes globaux de santé et de développement prénataux et postnataux pour les femmes enceintes et les jeunes enfants. Dans certains cas, ces stratégies englobent également des services plus intensifs pour les situations de risque plus grand. Un large éventail de transferts sociaux, incluant des prestations maternelles prénatales et postnatales et des dotations versées à la naissance (*baby bonus*), a été mis en place pour cette période. L'un des points qui ressort du chapitre 4 est la nécessité de considérer les interventions à un stade précoce du cycle de vie comme un paquet de mesures coordonnées et intégrées à d'autres services.

Sur la dernière génération, pratiquement tous les pays de l'OCDE ont enregistré une augmentation du nombre d'enfants élevés dans des familles monoparentales. Certains se sont inquiétés des implications de cette évolution pour le bien-être des enfants, tant dans la période immédiate de l'enfance qu'une fois les enfants arrivés à l'âge adulte. Ces inquiétudes sont d'autant plus grandes dans les pays où la monoparentalité est plus fréquente. Comment le fait d'être élevé dans une famille monoparentale pourrait-il influer sur le bien-être des enfants ? Le chapitre 5 examine la taille de l'effet de causalité de la structure de la famille monoparentale sur le bien-être des enfants. Globalement, si le fait d'être élevé dans une famille monoparentale a assurément des effets négatifs, ceux-ci sont faibles. Chose étonnante, ces effets semblent en moyenne un peu plus importants dans les pays nordiques que dans les pays anglophones (États-Unis excepté). Ces constats ne prouvent pas que la monoparentalité n'ait pas d'effet négatif sur le bien-être des enfants. Mais ils n'étayent pas vraiment la proposition selon laquelle le bien-être des enfants sera définitivement amélioré par des politiques encourageant des parents qui autrement se seraient séparés, à rester ensemble pour le bien des enfants.

Actuellement, on s'intéresse beaucoup à la force de la relation qui existe entre le bien-être des parents et celui de leurs enfants lorsqu'ils arrivent à l'âge adulte. Le chapitre 6 se focalise sur la littérature de plus en plus importante traitant de la force de la relation qui existe entre les revenus des parents et ceux des enfants (arrivés à l'âge adulte), autrement dit sur l'inégalité intergénérationnelle, du point de vue de l'action des pouvoirs publics. L'inégalité intergénérationnelle a essentiellement pour origine le milieu familial et la première partie de l'enfance. Cette littérature s'attache davantage à décrire l'ampleur de l'inégalité qu'à examiner les processus qui en sont la cause ou qu'à indiquer si elle est trop importante, trop faible ou à peu près normale, ce qui limite l'applicabilité des politiques. Elle a néanmoins produit un certain nombre de conclusions inattendues qui s'écartent des idées reçues antérieures. L'une de ces conclusions est qu'aux États-Unis l'inégalité intergénérationnelle est relativement plus importante que dans d'autres pays de l'OCDE. Une autre conclusion est que la relation existant entre les revenus des parents et ceux de leurs enfants, ne semble pas se renforcer avec le temps dans la zone OCDE.

Le dernier chapitre (chapitre 7) fait la synthèse des résultats des chapitres précédents mais aussi d'une série d'autres travaux universitaires et de l'OCDE, et en tire des recommandations d'action pour les pouvoirs publics. Il fait toute une série de recommandations fondées sur des données probantes pour améliorer le bien-être des enfants ; il recommande notamment d'investir à un stade précoce et pour les enfants à risque, et de renforcer cet investissement tout au long de l'enfance. Le rapport souligne qu'il est important d'expérimenter les différentes stratégies d'intervention des pouvoirs publics, d'évaluer si elles fonctionnent pour les enfants et d'essayer autre chose si elles ne fonctionnent pas.

Comment investir pour améliorer le bien-être des enfants ?

Il est primordial d'investir à un stade précoce pour faire en sorte d'améliorer les conditions de vie des enfants. Il faut investir davantage au stade de la petite enfance (« années Dora l'exploratrice ») qu'à celui de la grande enfance (« années Facebook »). Durant les premières années de vie, l'investissement doit s'attacher à améliorer le sort des enfants plus vulnérables. Il doit ensuite être renforcé au cours des phases ultérieures de l'enfance, y compris la « phase Facebook ».

Concentrer les dépenses sur les premières années de vie des enfants. Les pays doivent investir à un stade précoce de l'enfance où les résultats sont plus malléables et où se créent les bases des succès futurs. Sous réserve d'être bien conçues, des stratégies d'intervention universelles concentrées sur les premières années de l'enfance peuvent accroître à la fois l'efficience et l'équité sociales. Tous les enfants peuvent être aidés mais les prestations peuvent être plus importantes et plus orientées vers les plus défavorisés. En concentrant l'investissement sur les premières années de l'enfance, on accroît également la probabilité de casser le lien de dépendance entre les revenus des parents et les revenus des enfants (inégalité intergénérationnelle) qui est un sujet de préoccupation pour de nombreux pays.

Dépenser en fonction des risques en consacrant une part plus que proportionnelle des dépenses aux enfants vulnérables à tous les stades de leur cycle de vie. Les enfants issus de milieux défavorisés qui sont confrontés à des risques plus grands sur l'ensemble de leur cycle de vie peuvent profiter davantage d'un montant plus élevé de dépenses. Les politiques publiques peuvent faire en sorte que les investissements ultérieurs sur les enfants à haut risque complètent des investissements risqués sur ces mêmes enfants à un stade plus précoce. Les succès précoces obtenus pour ces enfants ne doivent pas être des succès sans lendemain.

Structurer les stratégies d'intervention à destination des enfants pour renforcer un développement positif sur toute la période de l'enfance et pour tout un éventail de résultats en termes de bien-être. Les politiques publiques doivent se focaliser sur les résultats pour l'enfant pris individuellement dans le temps. Elles ne doivent pas être compartimentées en composantes de santé, d'éducation et de protection sociale, non coordonnées entre elles. Il faut adopter une approche cohérente du cycle de vie de l'enfant et des risques sociaux auxquels les enfants sont confrontés. Ce système doit favoriser le bien-être présent et futur des enfants pour toute une gamme de dimensions du bien-être. Les enfants constituant le groupe de population dont l'espérance de vie est la plus longue, les politiques en direction des enfants doivent être plus fortement axées sur l'avenir que celles à destination d'autres groupes de population.

Fixer des objectifs de résultats en termes de bien-être des enfants. Les objectifs de bien-être des enfants, par exemple réduire la pauvreté des enfants ou la mortalité infantile, sont précieux pour concentrer l'attention sur un problème et assurer une forte focalisation sur les résultats pour les enfants. Les objectifs constituent pour les politiciens et les décisionnaires des incitations positives à réaliser leurs objectifs déclarés. Ces objectifs doivent être clairs, réalisables *via* un changement de politique et atteignables dans les délais spécifiés. Les pays doivent fixer des objectifs de bien-être des enfants sauf à démontrer que ceux-ci ont de puissants effets pervers (par exemple qu'ils se bornent à faire passer les enfants d'un peu en dessous à un peu au-dessus du seuil de pauvreté). Les objectifs de bien-être doivent être bien alignés sur les informations à collecter pour le suivi du bien-être des enfants.

Collecter régulièrement davantage d'informations de qualité sur le bien-être des enfants qui soient comparables au niveau national et international. Les enfants sont souvent invisibles dans les statistiques. Par rapport à d'autres groupes de population (comme les personnes d'âge actif ou les personnes âgées), on observe souvent un manque d'informations de qualité sur les résultats pour les enfants dans de nombreux pays de l'OCDE, en particulier pour la petite enfance et la période intermédiaire de l'enfance. Il est urgent de disposer de telles informations pour assurer un suivi régulier et indépendant du bien-être des enfants à tous

les stades de leur cycle de vie et identifier les améliorations nécessaires et les domaines auxquels les politiques publiques doivent s'intéresser. Les informations collectées doivent être internationalement comparables.

Expérimenter en continu les politiques et les programmes en direction des enfants. Les évaluer de façon rigoureuse pour voir s'ils améliorent ou non leur bien-être et réorienter l'argent des programmes qui ne sont pas efficaces vers ceux qui le sont. Il est courant de comparer les dépenses au titre des enfants à des investissements. La métaphore de l'investissement reflète le fait que les politiques de l'enfance sont fortement axées sur le futur. Différentes formes de dépenses au titre des enfants peuvent être considérées comme s'inscrivant dans un portefeuille d'investissements dans l'enfance. Une approche systémique soumettrait le portefeuille à un processus itératif continu et bien informé d'expérimentation, d'évaluation, de réaffectation et d'évaluation ultérieure. Cette approche devrait permettre de faire en sorte que les stratégies d'intervention des pouvoirs publics améliorent effectivement le bien-être des enfants. Une forte action de suivi, de recherche et en particulier d'évaluation des résultats en termes de bien-être des enfants dans l'ensemble de l'OCDE est nécessaire pour que les portefeuilles nationaux d'investissement dans les enfants deviennent plus efficaces et que le bien-être des enfants s'améliore progressivement.

Que faire sur le cycle de vie d'un enfant ?

Le rapport identifie un certain nombre de stratégies d'intervention des pouvoirs publics à destination des enfants qui méritent une plus grande attention et éventuellement un poids plus grand dans les politiques nationales de l'enfance. Nous exposons ci-dessous les types de politiques à des moments spécifiques du cycle de vie des enfants qui méritent d'être expérimentées, évaluées et étendues si elles sont efficaces. Ces politiques sont alignées sur le cycle de vie des enfants.

Améliorer la qualité de l'environnement intra-utérin, par exemple en réduisant le tabagisme des parents et en améliorant le régime alimentaire de la mère. De plus en plus d'éléments prouvent que l'environnement intra-utérin est important pour le bien-être à plus long terme des enfants. Les soins prénataux peuvent influer sur cet environnement.

Cibler davantage les soins prénataux et postnataux sur les mères et les enfants les plus exposés au risque de résultats médiocres dans le cadre global d'un système universel. Un système universel peut offrir en sus d'un service universel minimum un dépistage systématique pour identifier les besoins plus importants de ressources. Lorsqu'un besoin de ressources plus importantes est identifié, un service intensifié peut être offert. L'utilisation d'un tel système permet de réduire le nombre des visites universelles pour soins prénataux et postnataux non nécessaires. Les ressources ainsi libérées peuvent être utilisées pour une intensification des services en cas de premiers résultats médiocres ou de facteurs de risque pour la mère et l'enfant.

Modifier les politiques pour encourager le choix de l'allaitement maternel exclusif du jeune enfant. Des études bien documentées tendent à prouver que l'allaitement a des effets bénéfiques à long terme sur les capacités cognitives. Des politiques visant à permettre aux femmes d'opter pour un allaitement maternel exclusif de six mois, conformément aux recommandations de l'Organisation mondiale pour la Santé (OMS), peuvent inclure la mise en place d'une législation d'aide à l'allaitement sur le lieu de travail, une modification des services de maternité dans les hôpitaux et des aménagements de la durée du congé parental.

Offrir un enseignement préscolaire ciblé, intensif et de qualité et des programmes de visite à domicile pour les enfants vulnérables. Il peut être nécessaire d'axer fortement les programmes éducatifs sur les résultats cognitifs car ceux-ci seront probablement plus malléables à un stade précoce de l'enfance. Des programmes ciblés évalués avec succès, comme le Projet Perry aux États-Unis, ont été axés sur le développement cognitif, et les compétences cognitives sont importantes pour le développement à long terme, y compris à l'âge adulte.

Réorienter les ressources existantes dans le cadre de la scolarité obligatoire vers les enfants défavorisés. Dans tous les pays de l'OCDE, l'essentiel des dépenses va aux enfants ayant l'âge de la scolarité obligatoire. Or, seuls quelques enfants, généralement issus de milieux favorisés, ont des bases suffisamment solides pour bénéficier pleinement de cette dépense universelle. Les pouvoirs publics doivent donc renforcer leurs stratégies d'intervention précoce pour les enfants à risque lorsque ces enfants entrent dans la scolarité obligatoire. Cela peut nécessiter de réorienter les ressources scolaires existantes des enfants favorisés vers les enfants défavorisés. On pourrait, par exemple, étudier le moyen d'allouer les meilleurs enseignants aux enfants les moins favorisés. Il pourrait être également nécessaire de faire en sorte que les États complètent leurs investissements précoces dans les enfants à haut risque par des interventions de type programmes parascolaires et mentorat.

Réduire certaines dépenses et surveiller certains domaines

Dépenser moins au titre des programmes universels hautement médicalisés autour de la naissance. Les séjours prolongés à l'hôpital des mères après une naissance normale sont un bon exemple de dépense inutile. Les soins en milieu hospitalier coûtent cher et à l'évidence les journées supplémentaires d'hospitalisation n'améliorent en rien le bien-être des enfants. L'argent ainsi dépensé pourrait être mieux utilisé. De même, pour une bonne partie des soins prénataux et postnataux, le recours à des professionnels de la médecine surqualifiés ne se justifie pas. En France, par exemple, ce sont des pédiatres ayant fait de longues années d'études qui vaccinent, mesurent et pèsent les jeunes enfants alors que des infirmières pourraient parfaitement le faire. De nombreux pays de l'OCDE imposent un nombre de visites prénatales et postnatales pour les femmes et les enfants supérieur à celui jugé nécessaire par les recherches en la matière et recommandé par l'OMS. L'argent que l'on économiserait en réduisant le nombre des traitements universels pourrait être utilisé pour intensifier l'offre de services aux mères et aux enfants qui apparaissent les plus vulnérables.

Dépenser moins au titre d'interventions que s'approprient les enfants favorisés à un stade avancé de l'enfance. Un bon exemple est celui des prestations pour enfants versées au-delà de l'âge de la scolarité obligatoire en Autriche, Australie, Belgique, République tchèque, France, Allemagne, Grèce, Hongrie, Japon, Luxembourg, Portugal et République slovaque, et bien souvent conditionnées à une inscription dans l'enseignement supérieur. En versant ces prestations pour des enfants qui suivent un enseignement postobligatoire, on renforce probablement l'inégalité intergénérationnelle. De même, en récompensant les enfants ayant réussi jusque-là, une grande partie des subventions considérables que la quasi-totalité des États consacrent à l'enseignement tertiaire encouragent activement l'inégalité intergénérationnelle.

Réévaluer les prestations parents isolés de longue durée. Certains pays, comme l'Australie, l'Irlande, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni, dépensent des sommes considérables au titre des allocations de parent isolé jusqu'au dixième anniversaire de l'enfant pensant qu'elles favorisent le bien-être des enfants. Or, on a peu, sinon pas, d'éléments indiquant

que ces prestations aient un effet positif sur le bien-être des enfants, alors qu'elles dissuadent les parents isolés de prendre un emploi. Ces allocations pourraient être progressivement supprimées lorsque les enfants atteignent l'âge de la scolarité obligatoire et les ressources ainsi dégagées pourraient être réorientées vers l'amélioration du revenu familial ou de l'enseignement préobligatoire pour les familles monoparentales.

Suivre les résultats des évaluations des programmes visant à maintenir la cohésion des familles avec enfants et leur impact sur le bien-être des enfants. On s'intéresse beaucoup à l'impact sur le bien-être des enfants des structures de type famille monoparentale du fait en partie de leur développement dans la zone OCDE. On n'a pas la preuve incontestable que les structures de type famille monoparentale diminuent le bien-être des enfants par rapport à des structures dans lesquelles les parents restent ensemble. Mais c'est une éventualité qu'on ne peut pas non plus exclure. Si le fait d'être élevé dans une famille monoparentale a un impact sur le bien-être des enfants, cet impact est faible. Les évaluations en cours aux États-Unis apporteront un éclairage précieux sur le point de savoir si les programmes visant à maintenir la cohésion des familles peuvent effectivement accroître le bien-être des enfants.

© OCDE 2009

Chapitre 2

Comparaison du bien-être des enfants dans les pays de l'OCDE

Ce chapitre donne une vue d'ensemble du bien-être des enfants dans les pays de l'OCDE. Il compare les mesures, centrées sur l'action publique, du bien-être des enfants dans six dimensions choisies pour couvrir les principaux aspects de la vie des enfants : le bien-être matériel, le logement et l'environnement, l'éducation, la santé et la sécurité, les comportements à risque, et la qualité de la vie scolaire. Chacune de ces dimensions combine plusieurs indicateurs qui, à leur tour, ont été choisis en partie pour leur relative sensibilité aux choix des pouvoirs publics. Ce chapitre présente la théorie, la méthodologie et les sources de données qui sous-tendent les mesures ainsi que les indicateurs pour chaque pays membre de manière comparable. C'est au niveau individuel que les indicateurs peuvent le mieux informer les politiques et que les comparaisons sont les plus faciles à faire. Les données sont présentées par pays et, lorsque cela est possible, par sexe, par âge et par statut migratoire. Tous les indicateurs présentés dans le cadre sont déjà disponibles pour le public. Nous n'avons pas tenté de collecter de nouvelles données. On notera qu'aucun score agrégé ou classement global des pays pour le bien-être des enfants n'est présenté. Il est clair néanmoins qu'aucun pays de l'OCDE n'est performant sur tous les fronts.

Introduction

Quel est le bien-être des enfants dans les différents pays de l'OCDE ? Ce chapitre présente un cadre d'étude du bien-être des enfants et compare les indicateurs de résultats pour les enfants des pays de l'OCDE pour six dimensions : le bien-être matériel, le logement et l'environnement, l'éducation, la santé et la sécurité, les comportements à risque, et la qualité de la vie scolaire.

La première section de ce chapitre présente un cadre multidimensionnel du bien-être des enfants pour les pays de l'OCDE ; la deuxième section procède ensuite à un examen de la littérature théorique et empirique sur le bien-être des enfants sous l'angle des politiques publiques. La troisième section explique les dimensions et les critères de choix des indicateurs retenus dans le cadre OCDE du bien-être des enfants. La quatrième et dernière section présente et discute chacun des indicateurs du bien-être des enfants. C'est à ce niveau que les indicateurs peuvent le mieux informer les politiques et que l'on peut le plus facilement comparer les pays. Lorsque les données sont disponibles, les indicateurs des pays sont également désagrégés afin d'analyser les disparités par âge, par sexe et par statut migratoire.

Aucun pays n'est performant pour tous les indicateurs ou toutes les dimensions du bien-être des enfants. Lorsqu'on peut faire des comparaisons au regard de l'âge, du sexe et du statut migratoire, les résultats sont souvent moins bons pour les garçons que pour les filles et pour les enfants non autochtones que pour les enfants autochtones. Cependant, en matière de santé, les comportements des filles sont parfois moins bons car elles font moins d'activité physique et fument davantage que les garçons. Les résultats présentés par âge sont mitigés : la consommation de tabac et d'alcool augmente avec l'âge et l'activité physique diminue mais les brimades diminuent.

Vue d'ensemble du bien-être des enfants dans les pays membres de l'OCDE

Le tableau 2.1 présente une synthèse des mesures du bien-être des enfants centrées sur l'action des pouvoirs publics. Ce tableau fournit une comparaison internationale des aspects du bien-être des enfants tels que le bien-être matériel, le logement et l'environnement, l'éducation, la santé et la sécurité, les comportements à risque, et la qualité de la vie scolaire. Chacune des six dimensions combine plusieurs indicateurs clés. Pour chacune de ces dimensions, les pays ont été classés et affectés d'une couleur correspondant à leur performance relative : un fond bleu signale une performance bien supérieure à la moyenne de la zone OCDE tandis qu'un fond gris foncé indique que les résultats obtenus sont très en deçà de la moyenne. Enfin, un fond blanc correspond à une position proche de la moyenne de l'OCDE. Plus le blanc apparaît dans une dimension, plus les résultats des pays de l'OCDE sont groupés pour cette dimension. Des classements sont également attribués pour établir un ordre des pays, les chiffres les plus faibles reflétant une performance supérieure en termes de bien-être des enfants pour chacune des six dimensions. Bien que des algorithmes statistiquement plus complexes soient possibles, rassembler les pays en trois groupes à l'aide de cette approche simple constitue une alternative robuste.

Tableau 2.1. **Comparaison des mesures du bien-être des enfants centrées sur l'action des pouvoirs publics dans 30 pays de l'OCDE**

La note 1 est attribuée au pays le plus performant

	Bien-être matériel	Logement et environnement	Bien-être éducationnel	Santé et sécurité	Comportements à risques	Qualité de la vie scolaire
Australie	15	2	6	14	17	n.d.
Autriche	5	9	18	27	27	11
Belgique	11	11	20	25	13	19
Canada	14	n.d.	3	23	10	16
République tchèque	18	24	19	6	23	17
Danemark	2	6	7	4	21	8
Finlande	4	7	1	7	26	18
France	10	10	23	20	12	22
Allemagne	16	18	15	9	18	9
Grèce	26	19	27	22	7	24
Hongrie	20	21	12	11	25	7
Islande	8	4	14	1	8	1
Irlande	17	5	5	24	19	10
Italie	19	23	28	16	11	20
Japon	22	16	11	13	2	n.d.
Corée	13	n.d.	2	10	2	n.d.
Luxembourg	3	8	17	5	14	23
Mexique	29	26	29	28	30	n.d.
Pays-Bas	9	17	4	8	9	3
Nouvelle-Zélande	21	14	13	29	24	n.d.
Norvège	1	1	16	17	4	2
Pologne	28	22	8	15	20	15
Portugal	25	20	26	18	6	21
République slovaque	27	25	24	2	22	25
Espagne	24	13	21	12	16	6
Suède	6	3	9	3	1	5
Suisse	7	n.d.	10	19	5	13
Turquie	30	n.d.	30	30	29	12
Royaume-Uni	12	15	22	21	28	4
États-Unis	23	12	25	26	15	14

Note : Pour réaliser ce tableau, chaque indicateur a été ramené à une distribution normalisée. Puis une moyenne a été calculée pour chaque paramètre. Cette moyenne normalisée a été ensuite utilisée pour classer les pays au regard de chaque dimension. À l'aide de chiffres normalisés, cette dimension est présentée sur fond bleu pour chaque pays se situant un demi écart-type au-dessus de la moyenne de l'OCDE tandis qu'elle est présentée sur fond gris foncé pour les pays se situant au moins un demi écart-type en dessous de la moyenne de l'OCDE.
n.d. : Pas de données disponibles pour le pays.
Source : OCDE, sur la base de l'analyse effectuée dans ce chapitre.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/710786841304

Les indicateurs du bien-être sont présentés dans un indice comprenant plusieurs dimensions, mais ils ne sont pas agrégés en un indice global et unique du bien-être des enfants. Aucun indice global n'est présenté, en partie du fait de la couverture limitée des données disponibles. En outre, la théorie ne donne guère d'indications sur la méthode d'agrégation à utiliser. En raison de l'absence d'une bonne théorie et du manque de données, nous avons considéré que la création d'un indice global aurait pour effet de détourner l'attention des questions pratiques importantes concernant l'amélioration du bien-être des enfants pour la porter sur un débat relatif à la méthode d'agrégation.

Vingt-quatre pays de l'OCDE obtiennent la couleur bleue pour au moins une dimension. Les États-Unis, l'Italie, le Mexique, la Nouvelle-Zélande, la Pologne et la Turquie

ne l'obtiennent pour aucune. Douze pays l'obtiennent pour deux dimensions et plus. En revanche, 20 pays obtiennent la couleur gris foncé pour au moins une dimension. Onze pays l'obtiennent pour deux dimensions et plus. Aucun pays n'est performant pour toutes les dimensions. L'Islande et la Suède sont les deux pays les plus performants, avec chacun cinq bleus et un blanc. Avec cinq gris foncés, la Grèce et le Mexique sont les deux les moins performants.

On a essentiellement deux raisons d'identifier les différences de performance des pays pour ces différentes dimensions du bien-être des enfants. La première est que le tableau 2.1 montre les dimensions du bien-être des enfants pour lesquelles les pays ont relativement réussi ou échoué. En conséquence, il met en lumière les domaines dans lesquels des améliorations importantes du bien-être des enfants peuvent être possibles et, ce faisant, donne aux pays des informations qui peuvent les aider à établir les priorités de leurs politiques de l'enfance. La deuxième est que ce tableau permet d'identifier les leaders et ceux qui sont à la traîne. On peut alors commencer à s'interroger sur ce qui fait que certains sont leaders et d'autres sont à la traîne et en tirer des exemples de meilleures pratiques pour modifier les politiques futures.

Qu'est-ce que le bien-être des enfants ?

Le bien-être des enfants mesure la qualité de vie des enfants. Cependant, aussi simple que le concept puisse paraître, il ne ressort pas de la littérature spécialisée une manière unique et universellement admise de mesurer effectivement ce bien-être.

Deux grandes approches peuvent être utilisées pour définir puis évaluer le bien-être des enfants. La première consiste à considérer le bien-être comme un concept multidimensionnel. Les chercheurs décident des dimensions qui sont importantes pour la qualité de vie et les représentent par des indicateurs. La deuxième consiste à demander directement aux enfants comment ils voient leur bien-être.

Un examen récent de la littérature sur le sujet définit le bien-être des enfants comme « un concept multidimensionnel intégrant des dimensions mentales/psychologiques, physiques et sociales » (Colombo, cité dans Pollard et Lee 2003, p. 65). Cette définition omet toutefois un aspect matériel qui est important dans un grand nombre d'autres études qui prennent en considération la pauvreté et le dénuement matériel des enfants. Plus récemment, Ben-Arieh et Frones (2007a, p. 1) ont proposé la définition suivante qui se fonde également sur des indicateurs : « Le bien-être des enfants englobe la qualité de la vie au sens large. Il renvoie à la situation économique de l'enfant, à ses relations avec ses pairs, à ses droits politiques et aux possibilités d'épanouissement qui s'offrent à lui. La plupart des études se concentrent sur certains aspects du bien-être des enfants soulignant souvent les variations d'ordre social ou culturel. Par conséquent, si l'on veut saisir le bien-être dans sa globalité, il faut utiliser des indicateurs couvrant divers aspects de celui-ci. »

Mais le bien-être des enfants peut également être exprimé en termes de bien-être subjectif, rapporté par les intéressés. Cette approche ne permet pas seulement aux enfants de donner leur avis sur leur bien-être, elle évite aussi de prendre des décisions sur les aspects de la vie à couvrir, les indicateurs à prendre en compte et, s'il y a agrégation, la pondération à donner à chaque dimension. Certaines approches multidimensionnelles ont utilisé des mesures subjectives déterminantes comme composantes des indicateurs plutôt que comme éléments d'une approche conceptuellement différente. Une limite de l'approche subjective tient au fait que les jeunes enfants ne peuvent répondre à ces

questions. Dans une perspective politique, une deuxième limite tient au fait que l'on ne sait guère si les mesures du bien-être subjectif des enfants sont sensibles à l'action des pouvoirs publics.

Pour les besoins du présent rapport, le bien-être des enfants est évalué à l'aide de mesures multiples, sensibles à l'action des pouvoirs publics. En pratique, pour des raisons en partie pragmatiques, le bien-être des enfants est habituellement considéré comme étant un concept multidimensionnel. Ce pragmatisme est dicté par une théorie et des données limitées et par un scepticisme bien compréhensible quant à la capacité des jeunes enfants à répondre à des questions concernant leur bien-être subjectif global. Les dimensions sont identifiées par consensus et les justifications tirées de la littérature spécialisée sur les enfants et la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant.

Des comparaisons transnationales du bien-être des enfants imposent de décider de la nature et du nombre de dimensions à prendre en compte, du nombre d'indicateurs pour chaque dimension et de quels indicateurs mettre en place dans quelles dimensions. Il faut également prendre des décisions d'agrégation. Diverses méthodes peuvent être utilisées pour additionner les indicateurs à l'intérieur des dimensions et ensuite additionner les dimensions pour obtenir des mesures agrégées du bien-être des enfants au niveau national. L'un des problèmes que posent les approches par agrégation est qu'elles infèrent des priorités communes pour tous les pays et pour toutes les dimensions en attribuant une seule et même évaluation aux résultats des pays.

Un examen plus approfondi du bien-être des enfants

La présente section situe les travaux de l'OCDE en examinant de plus près quelques questions essentielles qui sous-tendent les évaluations multidimensionnelles existantes du bien-être des enfants. Elle s'ouvre sur un examen des positions prises dans la littérature académique avant de passer à la recherche empirique entreprise aux fins de comparaisons entre les pays.

Examen de la littérature consacrée au bien-être des enfants

On observe deux grandes lignes de partage dans la littérature traitant du bien-être des enfants. La première oppose « l'approche développementaliste » et « l'approche fondée sur les droits de l'enfant ». La deuxième oppose les auteurs qui considèrent le bien-être du point de vue du coût social et individuel (autrement dit, des indicateurs qui mesurent les facteurs indésirables comme la pauvreté, l'ignorance et la maladie) et ceux qui souhaitent s'inscrire dans une perspective plus positive. L'approche développementaliste est plus susceptible de se focaliser sur les aspects négatifs du bien-être des enfants tandis que l'approche fondée sur les droits de l'enfant s'intéresse généralement plus au côté positif du bien-être des enfants.

Le bien-être des enfants aujourd'hui et demain

L'approche développementaliste met l'accent essentiellement sur l'accumulation de capital humain et de compétences sociales pour demain. Cette vision à long terme du bien-être de l'enfant a été décrite comme centrée sur le « bien-devenir ». L'approche fondée sur les droits de l'enfant, en revanche, fait une large place à l'idée que les enfants sont des êtres humains qui jouissent d'un certain bien-être ici et maintenant. Les enfants sont associés à la définition de ce que pourrait être leur bien-être et de la façon de le mesurer (Casas, 1997 ; Ben-Arieh 2007a).

Il arrive parfois que les différences entre les deux approches soient plus apparentes que réelles puisque ce qui est à l'évidence bon pour le bien-être actuel de l'enfant peut aussi être important pour son bien-être futur. Par exemple, la maltraitance nuit au bien-être des enfants ici et maintenant mais aussi, à plus long terme à leur bien-être en tant qu'adultes (Hood, 2007 ; Currie et Tekin, 2006). Dans d'autres situations, pourtant, il peut également y avoir une relation inverse évidente. Un enfant peut, du point de vue de son bien-être présent, préférer jouer avec ses amis (ce que l'on pourrait encourager dans une perspective fondée sur les droits de l'enfant) plutôt que d'aller à l'école acquérir des savoirs en vue d'améliorer ses perspectives d'avenir (ce que l'on pourrait encourager dans une perspective développementaliste).

Les indicateurs retenus dans ce rapport mettent l'accent sur le bien-être futur des enfants. Il est raisonnable d'axer sur l'avenir des politiques en direction des enfants étant donné que, de tous les groupes d'âge, c'est celui qui a le plus long avenir devant lui. Mais il ne faut pas pour autant négliger leur bien-être présent. L'enfance est une longue période de la vie. Si l'on retient la définition de l'enfant donnée par les Nations Unies, à savoir une personne de moins de 18 ans, au cours d'un cycle de vie type un citoyen d'un pays de l'OCDE passe environ un quart de sa vie dans l'enfance et l'adolescence.

Évaluation positive et évaluation négative du bien-être des enfants

La deuxième ligne de partage dans la littérature consacrée au bien-être des enfants, se situe entre ceux qui mettent l'accent sur les aspects négatifs du bien-être des enfants et ceux pour qui ce bien-être est une variable positive continue. Ces auteurs qualifient parfois la première approche « d'approche fondée sur les déficits » et décrivent leur propre approche comme étant « fondée sur les atouts » (Ben-Arieh et George, 2001 ; Pollard et Lee, 2003, Fattore *et al.*, 2007).

Dans le passé pour mesurer le bien-être des enfants, on s'intéressait essentiellement aux enfants présentant des problèmes de comportement, des troubles et des handicaps au lieu d'essayer de mesurer le bien-être comme un continuum pour tous les enfants. L'accent mis sur les déficits est souvent critiqué dans la littérature académique. L'expression « adopter une approche fondée sur les déficits » est utilisée de façon péjorative. Pourtant, les décideurs ont de très bonnes raisons de choisir de centrer leur attention sur le bien-être des enfants en termes d'évaluation des déficits. Ces raisons englobent des considérations d'efficience et d'équité.

Du point de vue de l'efficience, il peut être justifié que les décideurs centrent leur attention sur les déficits car ceux-ci engendrent souvent des coûts élevés pour le reste de la société au rang desquels on peut citer les coûts monétaires et non monétaires de la délinquance et des comportements antisociaux. Ces coûts peuvent être importants, par exemple dans des pays comme les États-Unis où le taux de criminalité est élevé par rapport à la moyenne de l'OCDE. Prévenir les coûts multiples de la délinquance est l'une des idées forces qui sous-tendent l'intervention précoce dans la vie des enfants socialement défavorisés. De même, les déficits en termes de formation du capital humain ou de santé peuvent avoir d'autres coûts en augmentant les demandes faites à l'État-providence, ce qui nécessite une augmentation des taux d'imposition moyens (Currie et Stabile, 2007).

La place privilégiée accordée aux déficits peut aussi se justifier par des considérations d'équité concernant les groupes les plus défavorisés de la société. Par exemple, il peut être important, du point de vue de l'équité, d'inclure dans la mesure du bien-être des

indicateurs comme la maltraitance ou la mortalité infantile, même si ces problèmes ne touchent pas une grande majorité d'enfants. Considérer le bien-être des enfants comme une variable positive continue détourne systématiquement l'attention des décideurs des enfants défavorisés qui sont pris en compte dans les évaluations des déficits de bien-être.

Il n'en demeure pas moins vrai qu'en se fondant uniquement sur la mesure des déficits de bien-être, on ne cerne pas les atouts et les aptitudes que les enfants ont et sur lesquels la société doit s'appuyer pour améliorer leur bien-être.

La participation des enfants à la mesure du bien-être

Les études théoriques et les travaux de mesure consacrés aux indicateurs du bien-être des enfants ont évolué et l'on considère désormais les enfants comme des sujets actifs de leur propre avenir. D'aucuns estiment que « pour mesurer correctement le bien-être des enfants, il faut associer ces derniers à toutes les étapes des activités de recherche visant à assurer la mesure et le suivi de leur bien-être » (Fattore *et al.*, 2007, p. 5). Reposant sur de bonnes intentions, cette approche soulève néanmoins un certain nombre de questions. Premièrement, elle considère l'enfance comme un bloc, comme si un enfant de huit mois était pareil à un enfant de 8 ans, et elle la vide de toute focalisation sur le développement. Deuxièmement, elle ne dit pas comment associer aux travaux un nouveau-né ou un très jeune enfant.

En outre, la participation ne prend en compte que l'enfant et le chercheur. Ce qui revient à ne pas reconnaître que les enfants ont généralement des parents qui sont responsables d'eux juridiquement et donc chargés de leur sécurité ainsi que de leur bien-être matériel, social et affectif. Les parents connaissent leurs enfants depuis la naissance, dans des environnements multiples. Pourtant, cette approche leur fait une place très réduite.

Comparaisons internationales du bien-être des enfants

Ces dernières années, l'évaluation du bien-être des enfants sous la forme de comparaisons internationales globales et d'études nationales a connu un développement rapide (Ben-Arieh et Goerge, 2001). En outre, des auteurs ont examiné le bien-être des enfants au niveau national et infranational (voir Hanifin *et al.,* 2007 pour l'Irlande ; Land, 2007a pour les États-Unis ; et au niveau de la ville, voir Hood, 2007 pour Londres). Un petit nombre de travaux combinent des résultats multiples, fondés sur les dimensions en un agrégat global du bien-être au niveau d'un pays et fournissent des tableaux internationaux de classement des résultats obtenus en termes de bien-être des enfants (UNICEF, 2007, Heshmati *et al.*, 2007, Bradshaw *et al.*, 2007, Richardson *et al.*, 2008). L'exemple le plus connu est le récent rapport de l'UNICEF sur le bien-être des enfants. L'UNICEF a adopté une approche fondée sur des indicateurs multidimensionnels répartis en différentes rubriques. Ensuite, les auteurs ont utilisé un algorithme simple pour établir un classement d'un échantillon de pays membres de l'OCDE au regard du bien-être des enfants.

Les données tirées du rapport de l'UNICEF sont reprises dans le tableau 2.2 qui fait apparaître un classement des pays dans chacune des six dimensions, et le résultat global est une simple moyenne des classements. Vingt et un pays membres de l'OCDE sur 30 ont été pris en compte. En raison de l'insuffisance de données, neuf pays (Australie, Corée, Islande, Japon, Luxembourg, Mexique, Nouvelle-Zélande, République slovaque et Turquie) sont exclus du tableau.

Tableau 2.2. **L'UNICEF montre que le niveau général de bien-être des enfants est élevé aux Pays-Bas et en Suède mais faible aux États-Unis et au Royaume-Uni**

La note 1 est attribuée au pays le plus performant

	Numéro correspondant à chaque dimension	1	2	3	4	5	6
	Classement moyen (pour les six dimensions)	Bien-être matériel	Santé et sécurité	Bien-être éducationnel	Relations avec la famille et les pairs	Comportements et risques	Bien-être subjectif
Pays-Bas	4.2	10	2	6	3	3	1
Suède	5.0	1	1	5	15	1	7
Finlande	7.3	3	3	4	17	6	11
Espagne	8.0	12	5	16	8	5	2
Suisse	8.0	5	9	14	4	10	6
Danemark	8.2	4	4	8	9	12	12
Norvège	8.3	2	8	9	10	13	8
Belgique	10.0	7	12	1	5	19	16
Italie	10.0	14	6	20	1	9	10
Irlande	10.2	19	19	7	7	4	5
Allemagne	11.2	13	11	10	13	11	9
Grèce	11.8	15	18	17	11	7	3
Canada	12.0	6	14	2	18	17	15
France	12.5	9	7	15	12	14	18
Pologne	12.5	21	16	3	14	2	19
République tchèque	12.7	11	10	11	19	8	17
Autriche	13.7	8	20	19	16	15	4
Portugal	14.0	16	15	21	2	16	14
Hongrie	14.5	20	17	13	6	18	13
États-Unis	18.0	17	21	12	20	20	
Royaume-Uni	18.5	18	13	18	21	21	20

Source : UNICEF (2007), « La pauvreté des enfants en perspective : vue d'ensemble du bien-être des enfants dans les pays riches », Bilan Innocenti 7, Florence.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/710804640275

Les Pays-Bas et la Suède arrivent en tête du classement pour le bien-être général des enfants tandis que les États-Unis et le Royaume-Uni arrivent en queue. Malgré leur bonne performance, les Pays-Bas et la Suède obtiennent des résultats qui sont au mieux juste corrects pour une dimension du bien-être des enfants (bien-être matériel pour les Pays-Bas, relations avec la famille pour la Suède). Les États-Unis et le Royaume-Uni obtiennent de plus mauvais résultats que le pays médian dans toutes les dimensions.

Les données de l'UNICEF ont été réanalysées par Heshmati et col. (2007) à l'aide de plusieurs algorithmes d'agrégation plus complexes afin d'arriver à un indice global du bien-être des enfants et à un classement des pays riches. Le classement s'en trouve un peu modifié mais pas beaucoup. Une autre caractéristique de l'approche de Heshmati *et al.*, c'est que davantage de pays sont pris en compte du fait d'un assouplissement de certains critères relatifs aux données. Les quatre autres pays de l'OCDE pris en considération sont l'Australie, l'Islande, le Japon et la Nouvelle-Zélande. Sur ces pays, l'Islande obtient un bon classement, l'Australie et le Japon un classement moyen et la Nouvelle-Zélande un classement médiocre.

Dijkstra (2009) a également refait le classement produit par l'UNICEF en utilisant une nouvelle pondération et une nouvelle agrégation des moyennes harmoniques. Selon Dijkstra, les méthodes appliquées par l'UNICEF pour regrouper les pays (et assigner un rang au niveau supérieur et au niveau inférieur) sont suffisamment robustes.

Globalement, si ces études ont considérablement enrichi la somme de connaissances sur le bien-être des enfants dans les pays riches, elles ont en commun certains inconvénients :

- Il y a peu d'arguments analytiques concernant les indicateurs et le nombre d'indicateurs appropriés pour chaque dimension. En fait, plutôt qu'une théorie globale du bien-être, c'est la disponibilité des données qui a été le principal moteur dans ces rapports.
- La plupart des approches s'appuient sur des enquêtes qui ne sont pas destinées à suivre globalement le bien-être des enfants mais se focalisent sur des dimensions spécifiques du bien-être comme la santé, les revenus et l'éducation. Elles ne couvrent généralement pas non plus l'ensemble des pays de l'OCDE.
- En l'absence d'une bonne théorie qui nous montre la voie, le poids accordé par les méthodes d'agrégation aux indicateurs et dimensions repose sur des considérations statistiques ou *ad hoc*.
- Les données utilisées sont parfois dépassées et les dates peuvent varier selon les pays et les dimensions.
- Les données sont essentiellement centrées sur les adolescents. En outre, il est souvent impossible de les ventiler, à l'intérieur des pays, par groupe social (par exemple par sexe, groupe ethnique, situation socioéconomique, etc.).
- Enfin, ces indices ne permettent pas de ventiler aisément le bien-être des enfants aux différents stades du cycle de vie de l'enfant, ce qui témoigne là aussi du manque de données collectées dans le but de mesurer le bien-être des enfants.

Tant que l'on n'aura pas réuni de nouvelles données conçues aux fins du suivi du bien-être des enfants entre les différents pays, on ne pourra résoudre les problèmes identifiés dans les travaux antérieurs. Cependant, pour les besoins de l'analyse entreprise ici, quelques améliorations peuvent être apportées.

Choix des dimensions et des indicateurs du bien-être des enfants

Cette section porte sur les raisons qui sous-tendent le choix des dimensions du bien-être des enfants et des indicateurs à prendre en compte dans les choix des politiques en direction des enfants. Comme on l'a vu ci-dessus, étant donné l'absence de raison évidente de procéder à une agrégation globale des données des différentes dimensions du bien-être, et le nombre limité de données, ce rapport ne donne pas une note totale unique ou un classement global des pays au regard du bien-être des enfants.

Les six dimensions

Six dimensions du bien-être des enfants ont été identifiées ici pour couvrir les principaux aspects de la vie des enfants : le bien-être matériel, le logement et l'environnement, l'éducation, la santé, les comportements à risque et la qualité de la vie scolaire.

Chaque dimension repose sur les normes internationales énoncées dans la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (UNCRC, voir United Nations, 1989). Toutes les recherches internationales antérieures se fondent sur cette convention pour déterminer le cadre dans lequel évaluer le bien-être des enfants (UNICEF, 2007 ;

Bradshaw *et al.*, 2007). Les travaux présentés ici ne font pas exception à la règle. Les dimensions couvertes dans le cadre de l'OCDE sont, dans une large mesure, conformes aux travaux de l'UNICEF (2007) et de Bradswhaw *et al.* (2007) qui font autorité.

L'avantage de l'utilisation de l'UNCRC pour l'analyse internationale du bien-être des enfants, et plus particulièrement pour la sélection de dimensions à l'intérieur d'un cadre multidimensionnel, est de réduire les désaccords sur les aspects de la vie des enfants qui nécessitent un soutien des pouvoirs publics. En tant que signataire de l'UNCRC, chaque pays membre de l'OCDE accepte en principe de se conformer aux normes fixées par la Convention. Si celle-ci n'existait pas, il serait plus difficile de trouver un consensus sur un ensemble international de normes applicables aux enfants, chaque pays et chaque culture donnant éventuellement la priorité à certains facteurs nationaux par rapport à d'autres.

On a retenu dans le présent document le même nombre de dimensions que dans le rapport de l'UNICEF. Quatre des six dimensions sont effectivement les mêmes. Si les relations avec la famille et les pairs et le bien-être subjectif n'ont pas été retenus, ce n'est pas parce qu'ils ne sont pas importants pour le bien-être des enfants mais parce qu'il a été décidé que la présente étude serait axée sur l'action des pouvoirs publics et que l'on ne voit pas bien comment des gouvernements soucieux des relations avec la famille et les pairs et du bien-être subjectif pourraient concevoir des politiques en vue d'améliorer les résultats dans ces dimensions. En revanche, les nouvelles dimensions prises en compte, à savoir le logement et l'environnement et la qualité de la vie scolaire sont beaucoup plus influencées par l'action des pouvoirs publics. En général, ceux-ci interviennent beaucoup sur le marché du logement, en particulier pour les familles avec enfants ; par ailleurs, ils financent, mettent en place et réglementent le système scolaire, ce qui a des conséquences directes pour le bien-être des enfants (encadré 2.1).

Le choix des indicateurs

Chacune de ces six dimensions du bien-être de l'enfant doit être représentée par des indicateurs. Pour chacune d'elles, 21 indicateurs ont été sélectionnés. Plusieurs critères de sélection idéale ont été présents à l'esprit lors du choix de ces indicateurs.

- *C'est l'enfant, plutôt que la famille, qui est pris comme unité d'analyse souhaitable.* Les études consacrées à la pauvreté et au bien-être des enfants adoptent désormais une approche centrée sur l'enfant.
- *Les indicateurs doivent être aussi à jour que possible.* La comparaison ne peut se fonder sur des indicateurs que si ceux-ci permettent de dresser un tableau du bien-être des enfants raisonnablement proche de la situation présente.
- *Les indicateurs doivent être tirés de collectes de données normalisées qui rassemblent des données comparables à l'échelon international.* Si les données ne sont pas suffisamment comparables, elles ne rempliront pas l'une des conditions les plus essentielles pour une étude internationale fondée sur les données.
- *Les indicateurs doivent couvrir tous les enfants de la naissance à l'âge de 17 ans inclus.* On a retenu ici la définition de l'enfant adoptée par les Nations Unies, soit une personne de moins de 18 ans. Étant donné ce que l'on sait sur l'importance de l'environnement intra-utérin pour la santé et le développement futurs de l'enfant et compte tenu du fait que dans la plupart des pays un fœtus devient légalement un enfant in utero, il peut être également souhaitable d'étendre la définition de l'enfance à la période précédant la naissance.

Encadré 2.1. **Le bien-être des enfants par âge : quels seraient les indicateurs souhaitables ?**

L'OCDE a étudié avec soin la structuration des indicateurs du bien-être des enfants présentée ici, qui s'articule autour de trois phases : la petite enfance, la période intermédiaire de l'enfance et la grande enfance. L'intérêt d'une telle structure s'explique par toute une série de raisons, qui sont notamment l'importance d'une approche développementale de l'enfance et le fait que le bien-être peut être mesuré de façons différentes aux différents âges de l'enfant. Ce type d'approche a déjà été adopté, par exemple, par le *Australian Institute of Health and Welfare* dans son rapport *Making Progress. The Health, Development and Wellbeing of Australia's Children and Young People* (2008).

La structure fondée sur l'âge des enfants n'a pas été retenue en raison de l'insuffisance de données. Si la période de la grande enfance peut être bien représentée par un large éventail d'indicateurs, en revanche, on ne dispose pratiquement pas de données fiables sur les résultats des enfants durant la petite enfance et la période intermédiaire de l'enfance pour un nombre suffisant de pays de l'OCDE. Au-delà des données sur le poids de naissance et sur l'allaitement maternel au début de la petite enfance et des statistiques sur les taux de vaccination à l'âge de 2 ans, seuls les chiffres de la mortalité satisfont aux exigences de comparabilité et de couverture nationale jusqu'à la fin de la période intermédiaire de l'enfance.

Certains des indicateurs utilisés dans ce chapitre sont spécifiques à l'âge de l'enfant. Lorsque cela a été possible, les indicateurs ont été ventilés entre les trois périodes de l'enfance. Enfin, un certain nombre d'indicateurs spécifiques à l'âge sont inclus comme le poids de naissance, l'allaitement au sein et la vaccination (qui tous concernent la petite enfance) et les indicateurs de la dimension comportements à risque (grande enfance).

Dans un monde idéal, un examen du bien-être aurait pu être organisé autour des phases de l'enfance sous réserve de disposer de davantage de données. Quelles données seraient donc souhaitables ? On a besoin d'indicateurs comparables du développement cognitif et comportemental de l'enfant couvrant les points d'entrée dans l'enseignement préscolaire et dans la scolarité obligatoire. Il serait également précieux d'avoir des indicateurs cognitifs et comportementaux plusieurs années après l'entrée dans la scolarité obligatoire (entre huit et dix ans). Il serait intéressant d'avoir des données sur la nutrition des enfants, leur taille, leur poids et leur hygiène bucco-dentaire au même âge. Des données cohérentes et comparables sur la durée de l'allaitement maternel après la naissance constitueraient un complément d'informations sur la nutrition. Ventiler les taux de pauvreté des enfants par période de l'enfance serait instructif et pourrait se faire assez facilement. Des données autoévaluées sur la satisfaction existentielle pourraient être collectées autour de l'âge de 8 ans. Des données sur les maladies chroniques telles que l'asthme pourraient être collectées. Des informations comparables sur l'investissement en temps des parents seraient précieuses, de même que des informations sur la part des ressources monétaires de la famille consacrée aux enfants.

On observe également un déficit important de données concernant la période prénatale. Il serait précieux pour les responsables de l'élaboration des politiques publiques de disposer de données comparables sur l'environnement intra-utérin, notamment sur le congé de maternité prénatal ainsi que sur le stress de la mère, sa consommation de tabac, d'alcool et de drogues et son régime alimentaire pendant la grossesse.

- *Les indicateurs doivent être centrés sur l'action des pouvoirs publics*. Comme les mesures du bien-être des enfants dans ce chapitre sont centrées sur l'action des pouvoirs publics, on a favorisé les indicateurs pour lesquels la chaîne causale entre l'action publique et l'amélioration du bien-être est relativement courte plutôt que ceux pour lesquels le lien de cause à effet est plus hypothétique et la chaîne causale plus longue.
- Les indicateurs doivent couvrir le plus grand nombre possible de pays membres de l'OCDE.

À l'intérieur de chacune des six dimensions du bien-être des enfants, on a privilégié la notion de complémentarité lors du choix des indicateurs. Cette complémentarité prend différentes formes.

- *Âge des enfants*. Si un indicateur est centré sur des enfants d'un certain âge, d'autres indicateurs de la dimension doivent fournir des informations sur des enfants d'autres âges.
- *Considérations d'efficience et d'équité*. Les indicateurs doivent permettre d'évaluer dans une certaine mesure la répartition des résultats à l'intérieur d'un pays, ce qui donne une indication d'équité, mais aussi fournir des résultats moyens au niveau du pays, ce qui donne une indication complémentaire d'efficience.
- *Le bien-être des enfants aujourd'hui et leur développement pour demain*. Les indicateurs doivent prendre en considération à la fois le bien-être actuel des enfants et leurs perspectives de développement futur, pour évaluer le niveau de vie aujourd'hui et la façon dont une société prépare l'avenir de ses enfants.
- *Couverture des résultats à l'intérieur d'une même dimension*. Il est souhaitable de couvrir plusieurs sous-dimensions importantes à l'intérieur de chaque dimension considérée, comme la santé physique et mentale à l'intérieur de la dimension santé. Disposer de plusieurs très bons indicateurs pour pratiquement le même résultat ne présente que peu d'intérêt.

Limites pratiques

Le tableau 2.3 présente une synthèse des indicateurs et une évaluation qualitative de leur performance par rapport aux critères de sélection retenus. Il n'a pas été possible de couvrir l'ensemble des pays de l'OCDE pour une majorité d'indicateurs comme nous le souhaitions : cela n'a été possible que pour huit indicateurs sur 21. Il n'a pas non plus été possible, dans bon nombre de cas, de trouver des indicateurs couvrant de manière satisfaisante la totalité de l'enfance : 6 sur 21 seulement couvrent la période allant de la naissance à l'âge de 17 ans. En outre, nous ne disposions pas d'indicateur du bien-être pour la période prénatale quelle que soit la dimension considérée ; ceux-ci sont peu nombreux pour la petite enfance (de la naissance à l'âge de 5 ans) et encore moins nombreux pour la période intermédiaire de l'enfance (6 à 11 ans). Les collectes de données issues d'enquêtes disponibles à l'échelon international tendent, pour de bonnes raisons, à porter sur la fin de l'enfance, et mettent fortement l'accent sur l'éducation et la santé. De ce fait malheureusement, il a été très difficile de prendre en compte correctement tous les âges de l'enfance pour un grand nombre de dimensions du bien-être.

Une autre limite pratique a trait à la complémentarité de couverture à l'intérieur de certaines dimensions, par exemple la santé. En dépit d'une couverture acceptable des indicateurs de la santé physique, nous ne disposions pas d'indicateurs complémentaires de la santé mentale pour les enfants.

Tableau 2.3. **Sélection d'indicateurs du bien-être des enfants : synthèse**

	Caractéristiques de l'indicateur						Complémentarité dans la dimension				
	Centré sur l'enfant	Année	Collecte type	Couverture selon l'âge (années)	Pertinence pour l'action des pouvoirs publics[1]	Couverture pays	Couverture selon l'âge (années)	Mesures d'efficience	Mesures d'équité	Aujourd'hui et demain	Couverture du concept
Bien-être matériel							0 à 17	✓	✓	✓	✓
Revenu disponible moyen	✗	2005	✗	0 à 17	Élevée	30					
Enfants de foyers pauvres	✗	2005	✗	0 à 17	Élevée	30					
Dénuement éducatif	✓	2006	✓	15	Moyenne	30					
Logement et environnement							0 à 17	✓	✓	✗	✓
Entassement	✓	2006	✗	0 à 17	Élevée	26					
Environnement médiocre	✓	2006	✗	0 à 17	Moyenne	24					
Éducation							15 à 19	✓	✓	✓	✓
Score moyen en littératie	✓	2006	✓	15	Moyenne	30					
Inégalité en littératie	✓	2006	✓	15	Moyenne	30					
Pourcentage de jeunes NEET	✓	2006	✗	15 à 19	Élevée	28					
Santé et sécurité							0 à 19	✓	✓	✓	✗
Mortalité infantile	✓	2003-05	✗	0-1	Moyenne	30					
Insuffisance pondérale à la naissance	✓	2005	✗	0	Moyenne	30					
Taux d'allaitement maternel	✓	1998-06[3]	✗	0	Élevée	29					
Taux de vaccination (coqueluche)	✓	2003-05	✗	2	Élevée	29					
Taux de vaccination (rougeole)	✓	2003-05	✗	2	Élevée	29					
Activité physique	✓	2005-06	✓	11 à 15	Élevée	26					
Taux de mortalité	✓	2001-06[2]	✓	0 à 19	Moyenne	28					
Taux de suicide	✓	2001-06[2]	✓	0 à 19	Moyenne	28					
Comportements à risque							13 à 19	✓	✓	✓	✓
Tabagisme	✓	2005-06	✓	15	Élevée	24					
Alcoolisme	✓	2005-06	✓	13 à 15	Moyenne	24					
Fécondité des adolescentes	✓	2005	✓	15 à 19	Moyenne	30					
Qualité de la vie scolaire							11 à 15	✓	✓	✗	✗
Brimades	✓	2005-06	✓	11 à 15	Moyenne	24					
Enfants aimant l'école	✓	2005-06	✓	11 à 15	Moyenne	25					

1. *Pertinence pour l'action des pouvoirs publics : Élevée* – les pouvoirs publics peuvent intervenir directement auprès de la famille ou de l'individu par le biais de politiques établies ou de multiples stratégies d'intervention secondaires. *Moyenne* – les pouvoirs publics s'appuient sur des tiers (professionnels, acteurs de la communauté [en dehors de la famille]). *Faible* – il n'y a pas de moyen en place pour permettre aux pouvoirs publics d'intervenir. En fait, aucun indicateur de « faible » pertinence pour l'action des pouvoirs publics (par exemple les relations avec les pairs) n'a été retenu.
2. Les données concernant la Belgique correspondent à l'année 1997.
3. Les données concernant la Suisse correspondent à l'année 1994.

Le signe « ✓ »indique que les critères de sélection de l'indicateur ou de la dimension sont remplis.
Le signe « ✗ » indique que les critères de sélection de l'indicateur ou de la dimension ne sont pas bien remplis.

La capacité de décomposer les indicateurs nationaux en sous-catégories n'a pas été un critère explicite de sélection des indicateurs au tableau 2.4. Néanmoins, de telles ventilations peuvent être intéressantes. Il est évidemment impossible de trouver des sous-catégories communes pour comparer, mettons, les différences entre pays par origine ethnique des enfants. Les ventilations par âge et par sexe des enfants ont été plus faciles. Le tableau 2.4 présente les indicateurs pouvant être ventilés par âge, par sexe et par statut migratoire des enfants. Les ventilations par âge pour les dimensions « comportements à risque » et « qualité de la vie scolaire » ne sont pas disponibles pour l'ensemble du cycle de vie des enfants mais uniquement pour des parties de la période intermédiaire de l'enfance et la grande enfance (11, 13 et 15 ans).

Tableau 2.4. **Ventilation des indicateurs du bien-être des enfants par sexe, par âge et par statut migratoire**

	Par sexe	Par âge	Par statut migratoire
Bien-être matériel			
Revenu disponible moyen	Non	Non	Non
Enfants de foyers pauvres	Non	Non	Non
Dénuement éducatif	Oui	Non	Oui
Logement et environnement			
Entassement	Non	Oui	Non
Environnement médiocre	Non	Oui	Non
Éducation			
Score moyen en littératie	Oui	Non	Oui
Inégalité en littératie	Oui	Non	Oui
Pourcentage de jeunes NEET	Oui	Non	Non
Santé et sécurité			
Insuffisance pondérale à la naissance	Non	…	Non
Mortalité infantile	Non	…	Non
Taux d'allaitement maternel	Non	Non	Non
Taux de vaccination (coqueluche)	Non	Non	Non
Taux de vaccination (rougeole)	Non	Non	Non
Activité physique	Oui	Oui	Non
Taux de mortalité	Oui	Oui	Non
Taux de suicide	Oui	Non	Non
Comportements à risque			
Tabagisme	Oui	Non	Non
Alcoolisme	Oui	Oui	Non
Fécondité des adolescentes	…	Non	Non
Qualité de la vie scolaire			
Brimades	Oui	Oui	Non
Enfants aimant l'école	Oui	Oui	Non

« … » indique que la ventilation n'est pas applicable à cet indicateur.

Rationalisation et comparaison des indicateurs du bien-être des enfants de l'OCDE

L'analyse qui suit compare les indicateurs du bien-être des enfants des différents pays membres de l'OCDE par dimension du bien-être. Chaque dimension est présentée et rationalisée à la lumière des engagements pris par les signataires de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (UNCRC). On examine ensuite dans quelle mesure les indicateurs retenus satisfont aux critères de sélection exposés ci-dessus. Enfin, on dresse un tableau international de la situation, indicateur par indicateur.

Bien-être matériel

Les droits énoncés dans l'UNCRC engagent les gouvernements à veiller à ce que les enfants aient un niveau de vie suffisant pour favoriser leur développement physique, mental, spirituel, moral et social. Pour ce faire, les gouvernements s'engagent non seulement à soutenir le revenu de la famille mais à fournir « en cas de besoin » une assistance matérielle (UNCRC, article 27). D'autres articles de la Convention définissent le droit des enfants à avoir accès à divers matériels propices à leur développement, par exemple les biens éducatifs comme les livres pour enfants (article 17).

Trois indicateurs ont été retenus pour mesurer le bien-être matériel des enfants. Le premier est le revenu disponible moyen des familles ayant des enfants de moins de 18 ans (il

eut été préférable de prendre le revenu médian plutôt que le revenu moyen des familles, mais celui-ci n'était pas disponible) ; le deuxième est le taux de pauvreté relative des enfants de moins de 18 ans, et le troisième la proportion d'enfants de 15 ans privés des produits de première nécessité en matière d'éducation qui sont importants pour la réussite scolaire.

Ces trois indicateurs sont centrés sur l'enfant étant donné que l'enfant est l'unité d'analyse. Cependant, dans le cas de la mesure du revenu disponible et de la pauvreté, c'est le revenu de la famille qui est attribué à l'enfant. Idéalement, ce sont les conditions de vie matérielles de l'enfant et non celles de sa famille qui présentent de l'intérêt. Dans le cas des ressources éducatives, il est en fait directement demandé à l'enfant quelle est sa situation matérielle dans ce domaine. Cet indicateur est donc davantage centré sur l'enfant que les mesures du revenu et de la pauvreté.

Les indicateurs du bien-être matériel sont relativement à jour. Les données sur le revenu et la pauvreté sont issues d'enquêtes nationales auprès des ménages réalisées vers 2005. Bien que mesurant globalement les mêmes concepts, ces enquêtes ne sont pas parfaitement normalisées d'un pays à l'autre. En revanche, les données sur les ressources éducatives sont issues d'une enquête internationale menée en 2006 et sont donc normalisées.

Les deux premiers indicateurs couvrent les enfants de tous les groupes d'âge, tandis que les données sur les ressources éducatives ne concernent que les jeunes de 15 ans, ce qui est un compromis inévitable.

Tous les pays de l'OCDE ont adopté des politiques de transferts sociaux en faveur des familles avec enfants, établissant une chaîne causale courte pour la réduction de la pauvreté monétaire des familles avec enfants. En outre, la conception du système d'impôts et de prestations et des incitations liées au travail, l'offre de services de garde des enfants et les politiques actives du marché du travail fournissent aux gouvernements d'autres moyens directs de peser sur l'emploi des parents, lequel a un lien direct avec la pauvreté des enfants. Quant aux ressources éducatives, elles peuvent dans bien des cas être fournies dans les écoles ou dans l'environnement scolaire, établissant là encore un lien de cause à effet direct avec l'intervention des pouvoirs publics.

Pour le bien-être matériel, la couverture des pays est excellente puisque tous les pays sont pris en compte pour chaque indicateur.

En ce qui concerne les indicateurs complémentaires d'équité et d'efficience, il convient de noter que le revenu familial moyen permet de mesurer l'efficience tandis que le taux de pauvreté des enfants permet de mesurer l'équité. Le premier permet d'identifier la manière dont les pays parviennent à assurer un revenu correct aux familles ayant des enfants tandis que le second identifie les enfants vivant dans des familles qui se situent à l'extrémité inférieure de l'échelle des revenus.

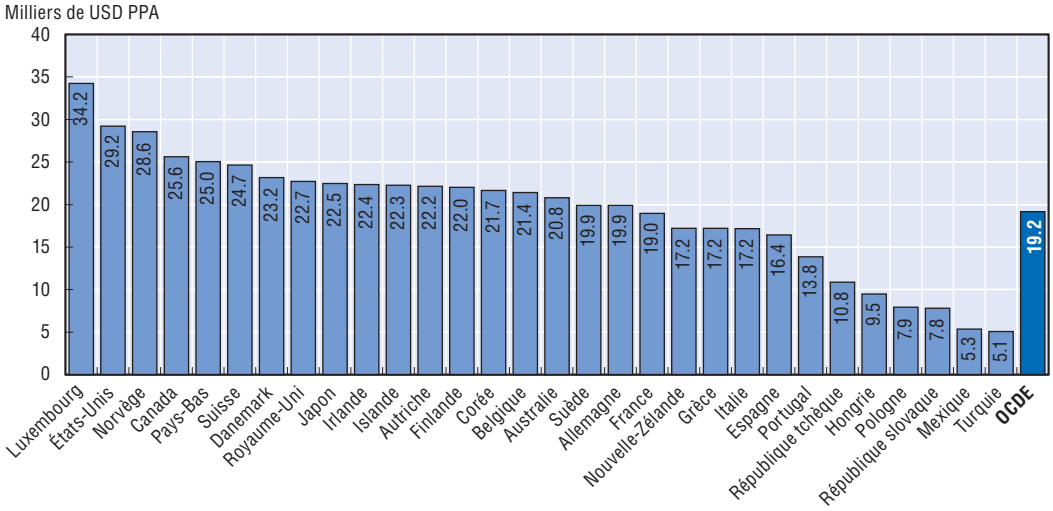
À l'intérieur d'une dimension, les indicateurs sont également complémentaires en termes d'approche fondée sur les droits des enfants et d'approche développementaliste. Les revenus et la pauvreté sont pertinents pour le bien-être actuel des enfants mais ils affectent aussi le montant des ressources dont les parents disposent pour investir dans l'avenir de leurs enfants, en particulier leur avenir éducatif. Les indicateurs relatifs aux ressources éducatives peuvent refléter le bien-être des enfants en termes d'intégration sociale à l'école et de relations avec les pairs, mais surtout ils donnent une indication des perspectives d'avenir des enfants sur le plan éducatif et du degré du soutien parental pour les résultats à plus long terme de l'enfant.

Revenu moyen des familles

Le revenu familial moyen des enfants varie considérablement entre les pays de l'OCDE (graphique 2.1). Ces disparités reflètent, pour une large part, des différences de produit intérieur brut (PIB) par habitant (la corrélation entre le revenu familial et le PIB par habitant est de 0.92). La Turquie et le Mexique se trouvent à l'extrémité inférieure du classement, tandis qu'au Luxembourg et au Royaume-Uni les enfants jouissent d'un revenu familial moyen six à sept fois supérieur.

Graphique 2.1. **Le revenu moyen des enfants au Luxembourg est sept fois plus élevé qu'en Turquie**

Revenu disponible moyen équivalent des ménages (enfants de 0 à 17 ans), en milliers de USD PPA, vers 2005



Note : Les données sur le revenu correspondent au revenu familial moyen pour des enfants âgés de 0 à 17 ans. Les données correspondent à différentes années entre 2003 et 2005. Elles sont tirées d'enquêtes nationales par panel sur les ménages, réalisées dans tous les pays de l'OCDE. Les données ont été converties en dollars US à l'aide de la parité de pouvoir d'achat, et ajustées à l'aide de la racine carrée de la taille de la famille.

Source : Base de données de l'OCDE sur la distribution des revenus, élaborée pour OCDE (2008b), *Croissance et inégalités : Distribution des revenus et pauvreté dans les pays de l'OCDE.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/710807057147

Pauvreté monétaire des enfants

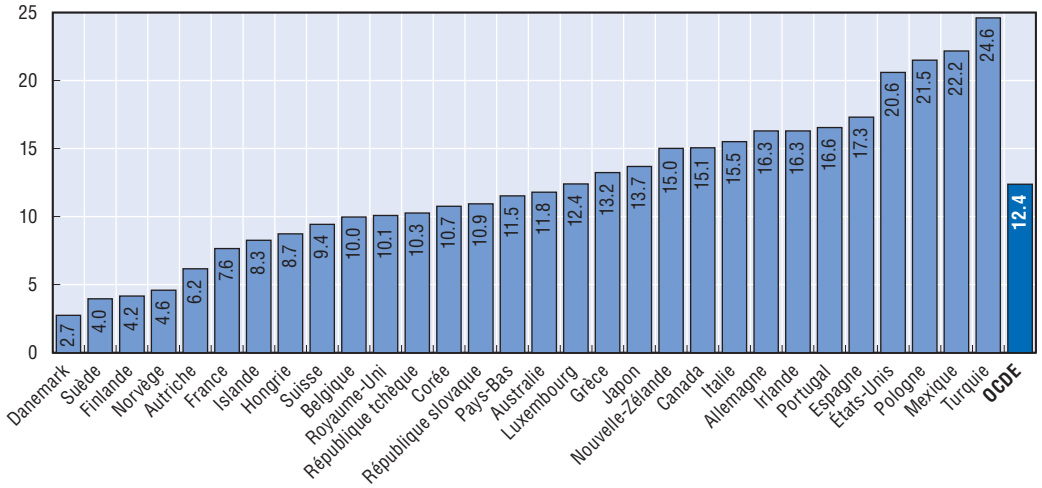
La pauvreté des enfants est mesurée ici par la proportion de familles avec enfants disposant d'un revenu équivalent inférieur de 50 % au revenu familial médian national. Le taux de pauvreté des enfants varie considérablement entre les pays de l'OCDE. C'est au Danemark que l'on trouve la plus faible proportion d'enfants vivant dans une famille pauvre (environ un sur 40). Les autres pays nordiques (Finlande, Norvège et Suède) obtiennent également de très bons résultats dans ce domaine. En revanche, pas moins d'un enfant sur cinq vit dans une famille pauvre aux États-Unis, au Mexique, en Pologne et en Turquie. Les États-Unis sont l'un des pays où les enfants sont les plus riches (graphique 2.1) mais aussi l'un de ceux où le taux de pauvreté des enfants est le plus élevé (graphique 2.2). L'annexe à ce chapitre montre qu'un revenu élevé est plus généralement associé à une pauvreté faible au niveau national.

Dénuement éducatif

L'indicateur de dénuement éducatif sert à évaluer les ressources permettant aux enfants d'étudier. Des enfants de 15 ans sont considérés en état de dénuement éducatif lorsqu'ils disposent de moins de quatre éléments de base sur huit, à savoir un bureau pour étudier, un endroit tranquille pour travailler, un ordinateur pour les devoirs de classe, un logiciel

Graphique 2.2. **La pauvreté des enfants est neuf fois plus élevée en Turquie qu'au Danemark**

Pourcentage de ménages avec enfants vivant dans en situation de pauvreté (revenu inférieur de 50 % au revenu médian équivalent), vers 2005



Note : La mesure de la pauvreté des enfants utilisée ici est la proportion de ménages avec enfants vivant avec un revenu équivalent inférieur de 50 % au revenu médian national au cours de l'année 2005. Les enfants sont définis comme étant des personnes âgées de 0 à 17 ans. Tous les pays de l'OCDE sont pris en compte.

Source : Base de données de l'OCDE sur la distribution des revenus, élaborée pour OCDE (2008b), *Croissance et inégalités: Distribution des revenus et pauvreté dans les pays de l'OCDE.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/710813160324

didactique, une connexion Internet, une calculatrice, un dictionnaire et des manuels scolaires. Tout comme pour le taux de pauvreté des enfants, on observe de grandes disparités entre les pays en ce qui concerne le dénuement éducatif. En Islande et en Allemagne, seul prêt de un enfant sur 200 est en état de dénuement éducatif. Mais, au Mexique et en Turquie, plus d'un enfant sur dix dispose de moins de quatre ressources éducatives de base sur les huit énumérées ci-dessus. Le taux de dénuement éducatif au Mexique est 34 fois plus élevé qu'en Islande ; il est bien supérieur à l'intervalle de différences du revenu familial ou du taux de pauvreté dans la zone OCDE. Il est également intéressant de noter que dans plusieurs pays où le revenu des familles est élevé, comme aux États-Unis et au Japon, le niveau de dénuement éducatif est relativement fort. Dans ces pays, les hauts niveaux de revenu observés ne se traduisent pas automatiquement par davantage de ressources éducatives pour les enfants, du moins de ressources du type mesuré dans la présente étude. Au niveau des pays, la corrélation entre le revenu familial moyen et le dénuement éducatif des enfants est négative, comme l'on pouvait s'y attendre, mais cette relation n'est pas particulièrement forte ($r = -0.52$, voir l'annexe du chapitre 2).

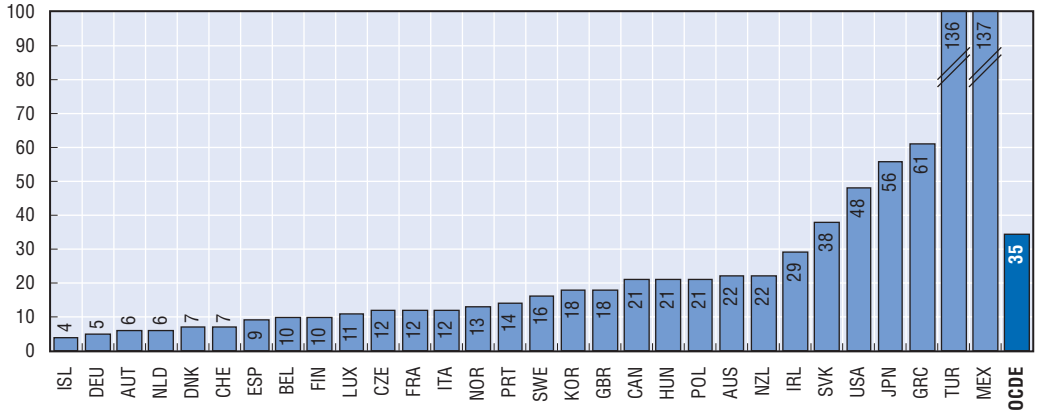
Enfin, il est intéressant d'observer une tendance faible mais persistante à un dénuement éducatif plus grand chez les garçons que chez les filles, dans la grande majorité des pays à l'exception du Danemark, de l'Islande et de la Suède. Globalement dans la zone OCDE, 3.6 % des garçons sont en état de dénuement éducatif contre 3.3 % des filles. La raison de cette tendance n'est pas claire (graphique 2.3).

Logement et environnement

En reconnaissant le droit de tout enfant à un niveau de vie suffisant pour permettre son développement physique, mental, spirituel, moral et social, l'UNCRC confie aux États le rôle spécifique de veiller aux conditions dans lesquelles les enfants vivent en ce qui concerne le logement (art. 27.3).

Graphique 2.3. **La plupart des enfants de 15 ans disposent des ressources éducatives de base**

Enfants de 15 ans déclarant disposer de moins de quatre ressources éducatives de base (sur 1 000 enfants de 15 ans dans la population scolaire), 2006



Selon le sexe

	Ensemble	Filles	Garçons
Australie	22	20	24
Autriche	6	4	9
Belgique	10	9	11
Canada	21	16	26
République tchèque	12	11	14
Danemark	7	7	8
Finlande	10	8	13
France	12	8	16
Allemagne	5	4	7
Grèce	61	57	65
Hongrie	21	20	23
Islande	4	5	4
Irlande	29	28	29
Italie	12	10	14
Japon	56	44	68
Corée	18	17	19
Luxembourg	11	6	16
Mexique	137	139	135
Pays-Bas	6	5	7
Nouvelle-Zélande	22	19	25
Norvège	13	9	17
Pologne	21	19	22
Portugal	14	11	17
République slovaque	38	30	46
Espagne	9	7	12
Suède	16	16	16
Suisse	7	5	9
Turquie	136	106	163
Royaume-Uni	18	16	21
États-Unis	48	48	49
Moyenne OCDE	**35**	**33**	**36**

Note : Les données sur le dénuement éducatif sont tirées de l'enquête PISA 2006 (OCDE, 2008). L'enquête PISA comporte des questions sur la possession de huit éléments, à savoir un bureau pour étudier, un endroit tranquille pour travailler, un ordinateur pour les devoirs de classe, un logiciel didactique, une connexion Internet, une calculatrice, un dictionnaire et des manuels scolaires. On a retenu la proportion d'enfants déclarant disposer de moins de quatre de ces ressources éducatives (chiffre avec lequel on obtient les résultats les plus représentatifs par rapport à une barre mise à trois, quatre, cinq ou six éléments). Le processus de collecte des données pour PISA utilise des questionnaires et des procédures de traduction et de suivi normalisés afin de garantir un haut niveau de comparabilité.

Source : Base de données 2006 du Programme international pour le suivi des acquis des élèves (OCDE, 2008).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/710820460066

Deux indicateurs sont pris en compte dans la dimension logement et environnement. Le premier se borne à mesurer la qualité du logement pour les enfants en enregistrant le nombre d'enfants vivant dans des conditions de surpeuplement. Le second enregistre le nombre d'enfants qui vivent dans un logement bruyant et dans un environnement sale et souillé.

Les indicateurs relatifs au logement et à l'environnement sont centrés sur les enfants dans la mesure où ils se réfèrent aux conditions dans lesquelles vivent ces derniers. Cependant, les données elles-mêmes ne sont pas collectées directement auprès des enfants. La collecte des données pour les pays de l'Union européenne est normalisée. Pour les autres pays, des données analogues ont été tirées d'enquêtes nationales représentatives et rapportées pour les mêmes groupes d'âge. Bien que tout ait été fait pour assurer la comparabilité des données, une certaine prudence s'impose dans l'interprétation des résultats.

Tous les indicateurs relatifs à la dimension logement et environnement visent les enfants âgés de 0 à 17 ans. Les données sont représentatives de toutes les familles avec enfants dans chaque pays.

Le logement et l'environnement caractérisent les conditions de vie des enfants et de leurs familles. Ces facteurs sont directement sensibles à l'action des pouvoirs publics par le biais, par exemple, de la propriété et de l'entretien du parc de logements sociaux, de l'existence d'allocations de logement et des lois sur la pollution au niveau local.

L'efficience et l'équité sont traitées dans la dimension relative au logement et à l'environnement. Les indicateurs donnent une idée de la proportion d'enfants vivant dans les conditions de logement et d'environnement les plus défavorables mais ils sont probablement étroitement corrélés aux conditions moyennes dans chaque pays. Si les indicateurs du logement et de l'environnement peuvent être corrélés à certains résultats sur le plan du développement de l'enfant, la dimension logement et environnement n'est pas axée principalement sur le futur mais bien sur la situation ici et maintenant.

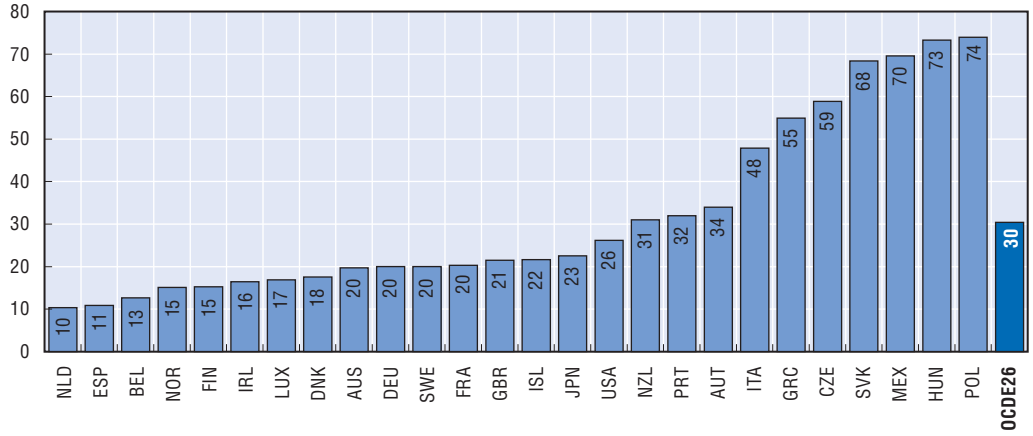
Surpeuplement

On considère qu'un logement est surpeuplé lorsque le nombre de personnes qui y vit est supérieur au nombre de pièces (à l'exclusion de la cuisine et de la salle de bains). Bien que le degré de surpeuplement varie considérablement entre les pays de l'OCDE, au moins un enfant sur dix vit dans un logement surpeuplé dans chaque pays. Dans l'ensemble de la zone OCDE, un enfant sur trois en moyenne vit dans un logement surpeuplé. Ce sont les enfants d'Europe de l'Est qui sont le plus exposés au surpeuplement ; celui-ci est également élevé en Italie et en Grèce, tandis que c'est aux Pays-Bas et en Espagne que les enfants sont le moins susceptibles de souffrir du problème.

Le niveau de surpeuplement varie selon l'âge de l'enfant. C'est dans les familles où le plus jeune enfant a moins de 5 ans qu'il est le plus élevé et dans celles comptant de grands enfants (11 à 17 ans) qu'il est le plus faible. Il est généralement plus acceptable pour un jeune enfant (notamment un enfant en bas âge) de partager une chambre avec ses parents ou ses frères et sœurs. Lorsque l'enfant sujet est plus âgé, ses frères et sœurs seront également plus âgés et auront probablement quitté le domicile familial, libérant ainsi de l'espace. De même la disponibilité au travail des parents et leurs gains seront probablement plus élevés, leur permettant de mieux se loger et donc d'être moins entassés (graphique 2.4).

Graphique 2.4. **Dans les pays de l'OCDE, en moyenne un enfant sur trois vit dans un logement surpeuplé**

Pourcentage d'enfants de 0 à 17 ans vivant dans un logement surpeuplé, par âge du plus jeune enfant, 2006



Selon le sexe

	0-17	0-5 ans	6-11ans	12-17 ans
Australie	20	…	…	…
Autriche	34	44	30	20
Belgique	13	20	7	6
République tchèque	59	65	57	52
Danemark	18	23	16	14
Finlande	15	22	12	7
France	20	28	14	10
Allemagne	20	30	17	8
Grèce	55	57	55	51
Hongrie	73	80	74	60
Islande	22	29	15	10
Irlande	16	21	19	6
Italie	48	51	48	40
Japon	23	…	…	…
Luxembourg	17	26	10	4
Mexique	70	…	…	…
Pays-Bas	10	9	10	11
Nouvelle-Zélande	31	…	…	…
Norvège	15	22	10	8
Pologne	74	80	75	63
Portugal	32	42	25	21
Slovaquie	68	76	66	62
Espagne	11	14	10	6
Suède	20	29	16	9
Royaume-Uni	21	29	20	9
États-Unis	26	…	…	…
OCDE26	**32**	**38**	**29**	**23**

Note : Le surpeuplement est évalué par des questions sur le nombre de pièces disponibles pour le ménage dans les pays européens, dans l'*Enquête sur les revenus et les conditions de vie* (EU-SILC) réalisée en 2006 ; sur le nombre de chambres en Australie ; sur le point de savoir si le ménage ne peut se permettre plus d'une chambre ou ne peut pas se permettre d'avoir une chambre séparée de la salle à manger au Japon ; et sur le nombre de pièces, cuisine incluse mais hors salle de bains, aux États-Unis. Il y a surpeuplement lorsque le nombre d'occupants est supérieur au nombre de pièces (autrement dit une famille composée de quatre membres vit dans des conditions de surpeuplement si le logement en comporte que trois pièces, à l'exclusion de la cuisine et de la salle de bains, mais y compris le séjour). Les données portent sur différentes années entre 2003 et 2006. Pour le Japon, il s'agit d'une enquête officieuse et expérimentale conçue par l'Institut national de recherche sur la population et la sécurité sociale ; elle porte sur un échantillon représentatif à l'échelle nationale composé d'environ 2 000 ménages et 6 000 personnes âgées de 20 ans et plus. Le Canada, la Corée, la Suisse et la Turquie ne sont pas pris en compte.

Source : Les données pour 22 pays de l'Union européenne sont tirées de EU-SILC (2006). Pour l'Australie, les données sont tirées de l'enquête *Household Income and Labour Dynamics in Australia* (HILDA) 2005. Pour le Japon, elles proviennent de l'*enquête sur les conditions de vie (Shakai Seikatsu Chous)* 2003. Pour les États-Unis, elles sont tirées de la *Survey of Income and Program Participation* (SIPP) 2003. Les données agrégées pour le Mexique ont été fournies par la Délégation mexicaine auprès de l'OCDE.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/710836708576

Qualité de l'environnement local

La qualité de l'environnement local se mesure à l'aide d'indicateurs du niveau de bruit au domicile et dans le voisinage, et d'indicateurs relatifs à la saleté, la crasse, à la pollution ou aux déchets autour du domicile ou dans son voisinage. Dans les pays de l'OCDE, en moyenne un enfant sur quatre vit dans des conditions d'environnement médiocres. L'Australie et plusieurs pays nordiques affichent de bonnes performances en la matière, avec respectivement un enfant sur dix et deux enfants sur dix vivant dans un environnement médiocre. Mais aux Pays-Bas et en Allemagne plus d'un tiers des enfants vivent dans des logements dont l'environnement est médiocre (ces deux pays ont un taux relativement bas de surpeuplement dans les logements). On n'observe pas de schéma systématique pointant les différences de conditions locales d'environnement pour des enfants appartenant à différents groupes d'âge (graphique 2.5).

Éducation

La Convention internationale des droits de l'enfant reconnaît le droit de l'enfant à l'éducation, ainsi que la nécessité d'assurer l'exercice de ce droit sur la base de l'égalité des chances (art. 28). Les signataires s'engagent aussi à offrir aux enfants un système d'enseignement qui favorise l'épanouissement de leur personnalité et le développement de leurs talents et de leurs aptitudes mentales et physiques dans toute la mesure de leurs potentialités (art. 29a). Faire en sorte que tous les enfants puissent acquérir un niveau d'instruction aussi élevé que possible est conforme à cet engagement.

Trois indicateurs ont été retenus pour apprécier la dimension relative au bien-être sur le plan de l'éducation. Le premier est constitué par les résultats de l'enseignement tels qu'ils ont été mesurés pour chaque pays dans le cadre de l'enquête PISA 2006, lesquels correspondent à la moyenne des résultats obtenus aux tests de lecture, mathématiques et sciences. Le second explore les inégalités de résultats autour de ces scores en faisant la moyenne sur les trois mesures PISA des acquis du ratio du score au 90e percentile au score au 10e percentile. Quant au dernier indicateur, il permet de déterminer la proportion de jeunes âgés de 15 à 19 ans qui ne sont ni en emploi, ni scolarisés, ni en formation (NEET).

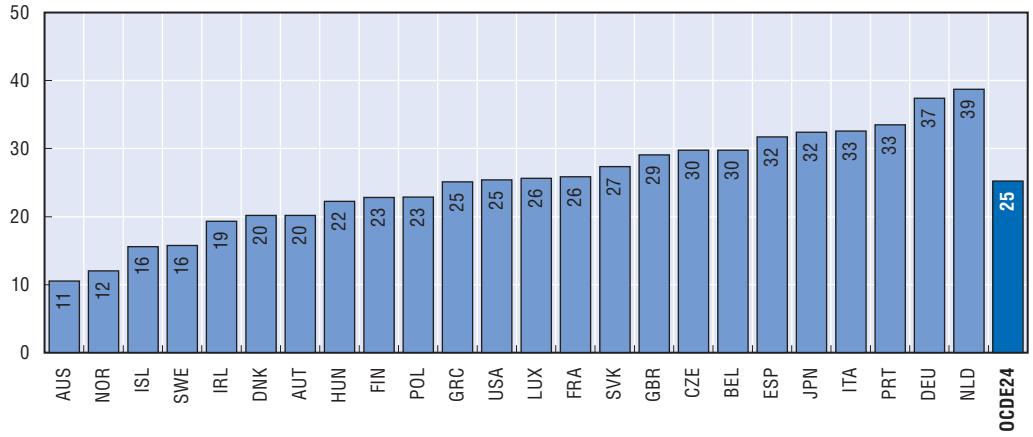
Ces trois indicateurs sont centrés sur l'enfant, c'est-à-dire que ce dernier constitue l'unité d'analyse, et les résultats sont directement les siens. Les données relatives aux acquis scolaires ont été recueillies directement auprès des enfants. Cependant, elles portent uniquement sur les enfants qui fréquentent des établissements scolaires et qui ne souffrent ni de handicap physique ni de trouble de l'apprentissage. Elles ont été actualisées. De plus, les données du PISA sont normalisées puisqu'elles sont tirées d'une enquête internationale. Les données concernant les NEET proviennent des enquêtes nationales sur la population active, qui sont en principe conçues pour permettre la comparaison internationale, mais elles ont généralement dans chaque pays leur spécificité propre.

Toutefois, il faut malheureusement noter que la tranche d'âge couverte ne correspond qu'à un stade de la grande enfance. Les enquêtes du PISA ne portent en effet que sur les jeunes âgés de 15 ans. Il n'est pas possible d'évaluer les acquis scolaires sur toute la période de l'enfance. Cependant, compte tenu du stade de cette période sur lequel portent les enquêtes, le choix de cette cohorte permet d'avoir une bonne idée des acquis accumulés tout au long de la scolarité obligatoire.

Si les facteurs familiaux sont associés de manière prépondérante aux différences de résultats scolaires dans la plupart des pays de l'OCDE, il existe un certain nombre de

Graphique 2.5. **Un quart des enfants des pays de l'OCDE vit dans un environnement local médiocre**

Pourcentage d'enfants de 0 à 17 ans vivant dans un logement dont l'environnement est médiocre, par âge du plus jeune enfant, 2006



Selon le sexe

	0-17	0-5 ans	6-11 ans	12-17 ans
Australie	11	…	…	…
Autriche	20	19	21	20
Belgique	30	31	31	26
République tchèque	30	28	29	33
Danemark	20	19	21	20
Finlande	23	21	24	23
France	26	27	25	25
Allemagne	37	39	36	37
Grèce	25	26	23	26
Hongrie	22	23	19	24
Islande	16	15	17	14
Irlande	19	20	19	19
Italie	33	31	34	33
Japon	32			
Luxembourg	26	26	27	23
Pays-Bas	39	39	40	38
Norvège	12	13	10	12
Pologne	23	21	24	25
Portugal	33	34	31	36
République slovaque	27	29	25	28
Espagne	32	30	32	35
Suède	16	16	15	16
Royaume-Uni	29	31	26	29
États-Unis	25			
OCDE24	**25**	**26**	**25**	**26**

Note : Les conditions de l'environnement local sont évaluées par des questions sur le point de savoir si le logement où vit le ménage est exposé à du bruit venant des voisins ou de l'extérieur, ou bien s'il existe des problèmes de pollution, de saleté ou autres dus au trafic routier ou à une industrie, pour les pays européens ; s'il y a du vandalisme dans le quartier, de la saleté dans le quartier ou bien du bruit venant de l'extérieur dû au trafic routier pour l'Australie ; si l'on peut entendre le bruit fait par les voisins pour le Japon ; et s'il y a du bruit provenant de la rue, ou une circulation intense dans la rue, des déchets ou des poubelles dans la rue, des maisons ou des bâtiments abandonnés ou en ruine, ou bien des odeurs, des fumées, ou des gaz d'échappement pour les États-Unis. Les données portent sur diverses années entre 2003 et 2006. Le Canada, la Corée, le Mexique, la Nouvelle-Zélande, la Suisse et la Turquie ne sont pas pris en compte.

Source : Les données pour 21 pays de l'Union européenne sont tirées de EU-SILC (2006). Pour l'Australie, les données sont tirées de l'enquête *Household Income and Labour Dynamics in Australia* (HILDA), 2005. Pour le Japon, elles proviennent de l'*Enquête sur les conditions de vie (Shakai Seikatsu Chous)*, 2003. Pour les États-Unis, elles sont tirées de *Survey of Income and Program Participation* (SIPP), 2003.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/710884722515

domaines dans lesquels les pouvoirs publics interviennent pour agir à la fois sur les résultats scolaires moyens et sur les inégalités en matière d'éducation. Les établissements scolaires constituent un important lieu de préparation des enfants à la vie adulte, sur le plan tant social qu'économique. Or, l'environnement scolaire est fortement influencé par l'action des pouvoirs publics. Dans tous les pays de l'OCDE, lorsqu'un enfant arrive à l'âge de 15 ans, l'État a déjà consacré des investissements non négligeables à son instruction. La chaîne causale qui va des politiques publiques en matière d'éducation au devenir des enfants sur le plan scolaire est très courte. En termes de sensibilité des NEET à l'action des pouvoirs publics, tous les pays de l'OCDE ont pris des décisions concernant l'âge de la fin de la scolarité obligatoire, ainsi que l'enseignement et la formation postobligatoires et les politiques actives du marché du travail destinées aux jeunes. Par ailleurs, le versement des prestations familiales peut être maintenu à la condition que les jeunes suivent des études ou une formation après leur scolarité obligatoire.

La couverture géographique des données du PISA est excellente puisque tous les pays de l'OCDE sont pris en compte. Les données concernant les jeunes ni en emploi, ni scolarisés, ni en formation sont disponibles pour 28 pays ; elles manquent seulement pour l'Islande et la Corée.

La dimension de l'éducation comprend des indicateurs qui se complètent en termes d'efficience et d'équité. Deux indicateurs issus de PISA permettent de rendre compte de l'efficience (performance moyenne des pays) et de l'équité (inégalité des résultats à l'intérieur d'un même pays). La prise en compte des résultats scolaires et de l'inactivité chez les jeunes immédiatement après la fin de la scolarité obligatoire permet d'obtenir une mesure complémentaire du bien-être présent et futur de l'enfant. Cela étant, les données sur l'éducation sont centrées principalement sur le bien-être futur des enfants.

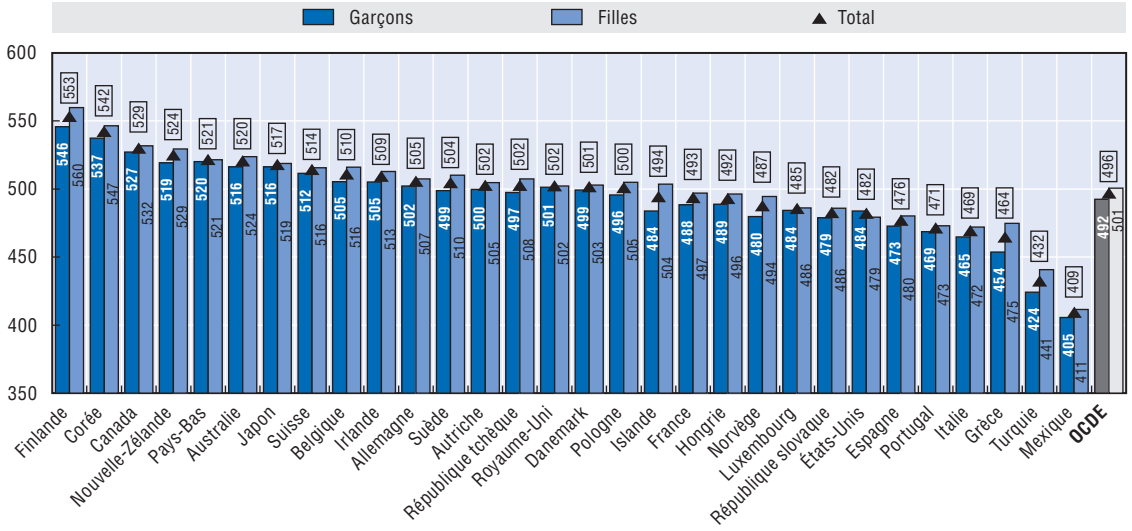
Niveau éducatif

Les écarts entre les pays en ce qui concerne le niveau éducatif sont relativement faibles par rapport à ce que l'on peut observer pour d'autres indicateurs. La Finlande, la Corée et le Canada font partie des pays qui obtiennent un score élevé pour le niveau d'acquis moyen tandis que la Grèce, le Mexique et l'Italie obtiennent un score médiocre. Pour ce qui est de l'inégalité, la Finlande, la Corée et le Canada sont les pays les plus égalitaires en matière d'éducation. La République tchèque, le Mexique et l'Italie, en revanche, font partie des pays qui obtiennent les moins bons résultats dans ce domaine. Dans les trois pays où le niveau d'acquis est élevé, à savoir, la Finlande, la Corée et le Canada, les écarts entre les résultats des élèves sont faibles, ce qui indique qu'il est possible d'être à la fois équitable et efficient s'agissant des résultats scolaires des jeunes de 15 ans. Il existe une forte relation négative entre le niveau moyen des acquis scolaires et les écarts de résultats à l'intérieur d'un même pays (voir annexe 2.A1, $r = -0.61$). Il existe une forte corrélation entre un niveau national d'acquis scolaires élevé et un faible degré d'inégalité sur le plan de l'éducation (graphique 2.6).

Dans le domaine éducatif, les performances moyennes des filles sont systématiquement supérieures à celles des garçons dans 29 pays de l'OCDE (excepté les États-Unis, pour lesquels il n'y a pas eu de test de lecture. Or en lecture on observe habituellement un net avantage des filles). En même temps, l'inégalité des scores obtenus par les garçons est nettement supérieure à celle des scores obtenus par les filles dans tous les pays de l'OCDE (graphique 2.7).

Graphique 2.6. **Niveau éducatif moyen des jeunes de 15 ans dans la zone OCDE**

Score moyen aux tests d'acquis du PISA des jeunes de 15 ans, par sexe, 2006



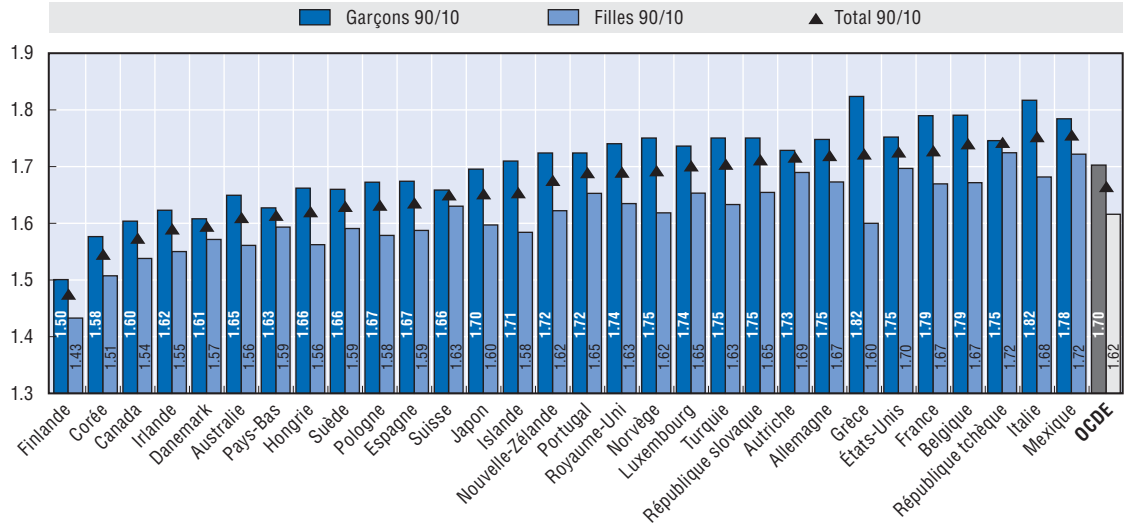
Note : Le score moyen d'acquis correspond à la moyenne des résultats obtenus aux tests de lecture, de mathématiques et sciences. Les données concernent des élèves de 15 ans. On ne disposait pas de données sur les compétences en lecture aux États-Unis pour 2006 ; les résultats sont donc des moyennes pour les compétences en mathématiques et sciences uniquement.

Source : Base de données du Programme international de suivi des acquis des élèves (PISA) 2006 (OCDE, 2008).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/711016460350

Graphique 2.7. **Inégalité de niveau éducatif pour des jeunes de 15 ans dans la zone OCDE**

Ratio entres les scores du 90e et du 10e percentile dans le score moyen obtenu aux tests d'acquis du PISA par des jeunes de 15 ans, par sexe, 2006



Note : La mesure concerne l'inégalité des scores moyens obtenus par les pays pour l'ensemble des trois dimensions des acquis. La mesure de l'inégalité utilisée est le ratio entre les scores du 90e et du 10e percentile. Les données concernent des élèves de 15 ans. On ne disposait pas de données sur les compétences en lecture aux États-Unis pour 2006 ; les résultats sont donc des moyennes pour les compétences en mathématiques et sciences uniquement.

Source : Base de données du Programme international de suivi des acquis des élèves (PISA) 2006 (OCDE, 2008).

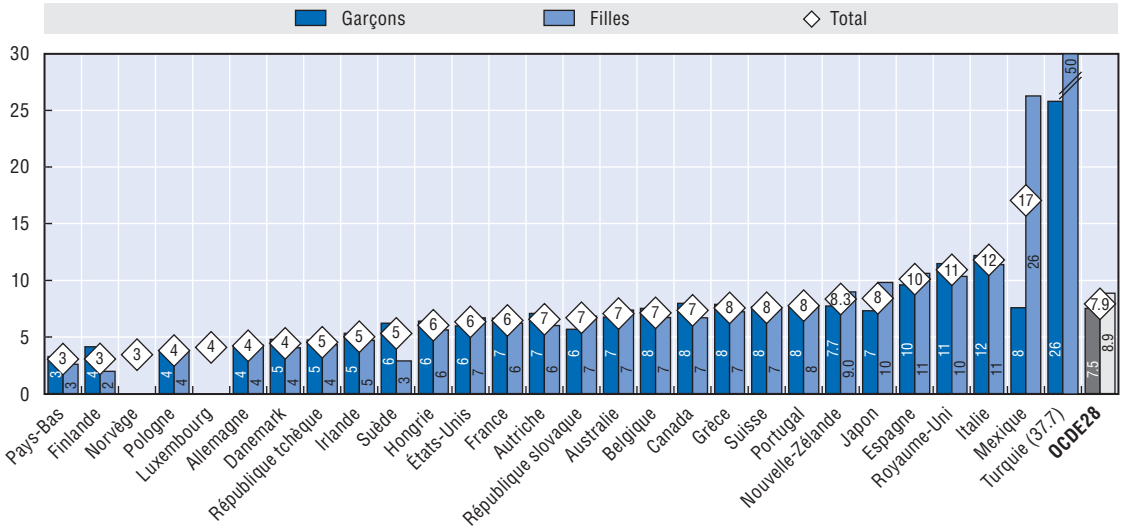
StatLink http://dx.doi.org/10.1787/711030156125

Jeunes ni en emploi, ni scolarisés, ni en formation (NEET)

Cet indicateur mesure le nombre des jeunes qui, après la scolarité obligatoire, ne trouvent pas d'emploi et ne sont ni en formation ni scolarisés. Environ un jeune sur 12 n'est ni scolarisé, ni en formation ni en emploi dans les pays de l'OCDE. Dans cinq pays de l'OCDE (Espagne, Italie, Mexique, Royaume-Uni et Turquie), plus de 10 % des jeunes de 15 à 19 ans ne sont ni scolarisés, ni en formation, ni en emploi. En Finlande, en Norvège, aux Pays-Bas et en Pologne, le pourcentage de jeunes non scolarisés et sans emploi est très bas, se situant à moins de 4 % entre 15 et 19 ans. Il y a de grandes différences entre les pays de l'OCDE ; en effet, le pourcentage enregistré en Turquie est 12 fois supérieur à celui observé aux Pays-Bas. Le plus souvent, le pourcentage de NEET est plus élevé pour les garcons que pour les filles dans les pays de l'OCDE, à l'exception notable du Japon, du Mexique, de la Nouvelle-Zélande et de la Turquie (graphique 2.8).

Graphique 2.8. **Le pourcentage des jeunes qui ne sont ni en emploi, ni scolarisés, ni en formation (NEET) varie considérablement dans la zone OCDE**

Pourcentage de la population des 15-19 ans qui n'est ni scolarisé ni dans l'emploi, selon le sexe, 2006



Note : Les données portent sur les jeunes qui ne sont ni en emploi, ni scolarisés, ni en formation. Elles concernent les jeunes âgés de 15 à 19 ans en 2006. Les données correspondent à l'année 2004 pour le Mexique et à l'année 2005 pour la Turquie. Les données relatives au Japon portent sur les jeunes de 15 à 24 ans. Les taux de participation à des programmes d'enseignement et de formation ont été communiqués par les intéressés. Certaines enquêtes et sources administratives peuvent enregistrer l'âge et l'activité du répondant en différents moments de l'année. Un double comptage des jeunes dans plusieurs programmes différents peut se produire. On ne dispose pas de données pour l'Islande et la Corée dans cette comparaison.

Source : OCDE (2008), *Regards sur l'éducation.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/711038356861

Santé et sécurité

Les droits de l'enfant reposent notamment sur le principe selon lequel tout enfant a un droit inhérent à la vie et les États doivent assurer, dans toute la mesure du possible, la survie et le développement des enfants (art. 6). Pour l'UNCRC, la santé est une priorité absolue et les États signataires s'engagent à investir dans les systèmes de santé pour que les enfants jouissent du meilleur état de santé possible (art. 24). Parmi les mesures particulières à prendre, la Convention souligne la nécessité de réduire la mortalité infantile, d'assurer aux mères des soins pré et postnataux appropriés, de développer les soins de santé préventifs, et de veiller à ce que les parents et les enfants aient accès aux

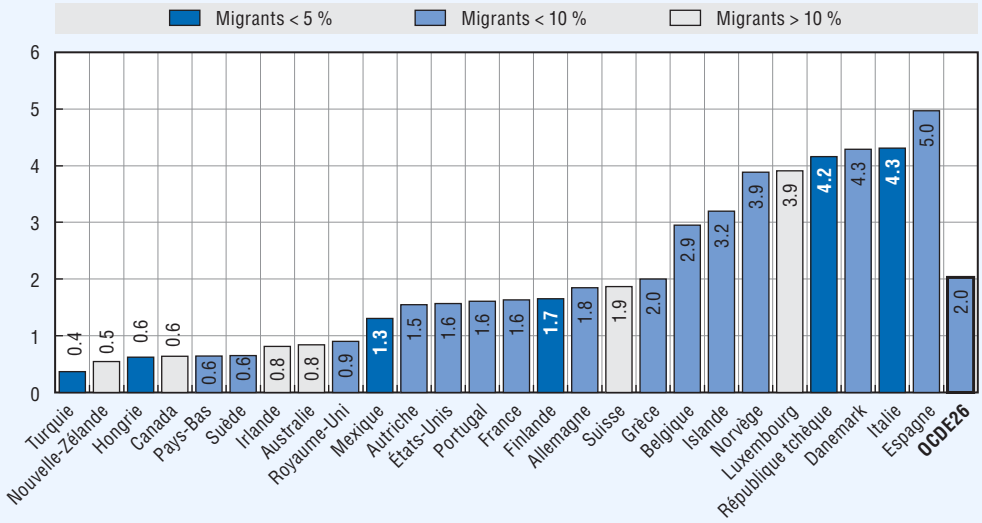
Encadré 2.2. **Le bien-être des enfants nés à l'étranger**

Dans de nombreux pays de l'OCDE, les résultats des enfants d'immigrés sont particulièrement préoccupants. On ne dispose guère de données comparables au niveau international sur les résultats de ces enfants. Mais l'enquête PISA enregistre le lieu de naissance des élèves, ce qui permet d'analyser l'expérience des enfants non autochtones par rapport à celle des enfants autochtones pour le dénuement éducatif dans la dimension « Bien-être matériel » et pour les deux indicateurs dans la dimension « Éducation ».

Les données montrent que les enfants non autochtones sont davantage en état de dénuement éducatif que les enfants autochtones dans 17 des 26 pays de l'OCDE. Le dénuement éducatif des migrants est particulièrement net dans les pays nordiques et les pays d'Europe continentale membres de l'OCDE (à l'exception des Pays-Bas et de la Suède) ; il est moindre dans les pays anglophones (États-Unis, Australie, Royaume-Uni, Nouvelle-Zélande et Canada).

Les élèves non autochtones sont davantage en état de dénuement éducatif que les élèves autochtones

Ratio dénuement éducatif des migrants/dénuement éducatif des non-migrants par population des élèves migrants



Note : Les pays dans lesquels les élèves migrants représentent moins de 1 % de la population des élèves de 15 ans ont été exclus de la comparaison. Le Japon, la Corée, la Pologne et la République slovaque ne sont pas pris en compte.

Source : Base de données du Programme international de suivi des acquis des élèves (PISA) 2006 (OCDE, 2008).

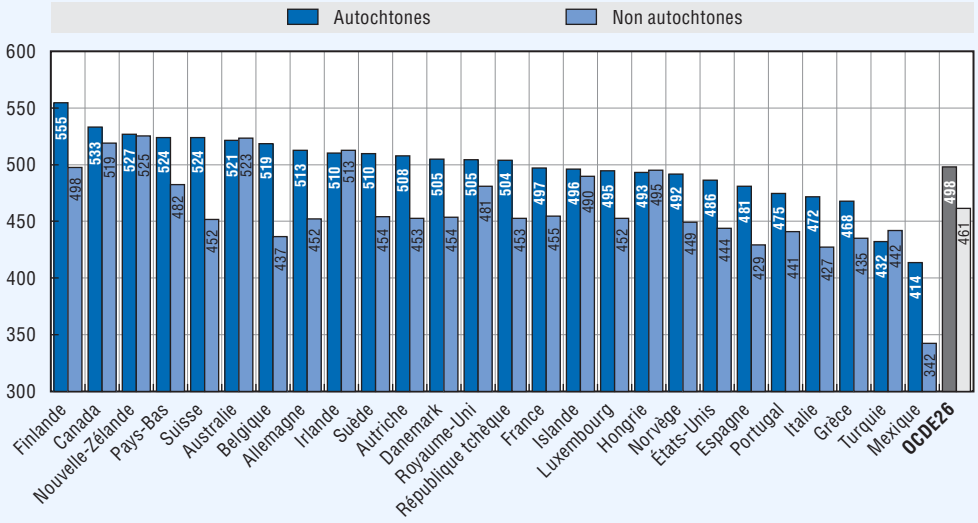
StatLink http://dx.doi.org/10.1787/711047885551

Les données sur le niveau éducatif témoignent également du degré plus élevé de dénuement éducatif des non autochtones. Les écarts de score des migrants aux tests sont particulièrement élevés en Belgique et au Mexique. Les différences sont toutefois positives ou négligeables en Nouvelle-Zélande, Australie, Irlande, Islande, Hongrie et Turquie. Elles reflètent pour partie les processus différents de sélection des migrants dans les migrants dans les différents pays. Enfin, c'est pour les enfants non autochtones que les inégalités de score en termes d'acquis scolaires sont les plus marquées dans pratiquement tous les pays. On ne connaît pas clairement les raisons de ce constat.

Encadré 2.2. **Le bien-être des enfants nés à l'étranger** *(suite)*

Les élèves nés à l'étranger font souvent moins bien que leurs pairs autochtones

Niveau moyen aux tests d'acquis scolaires PISA pour des jeunes de 15 ans, par statut migratoire, 2006



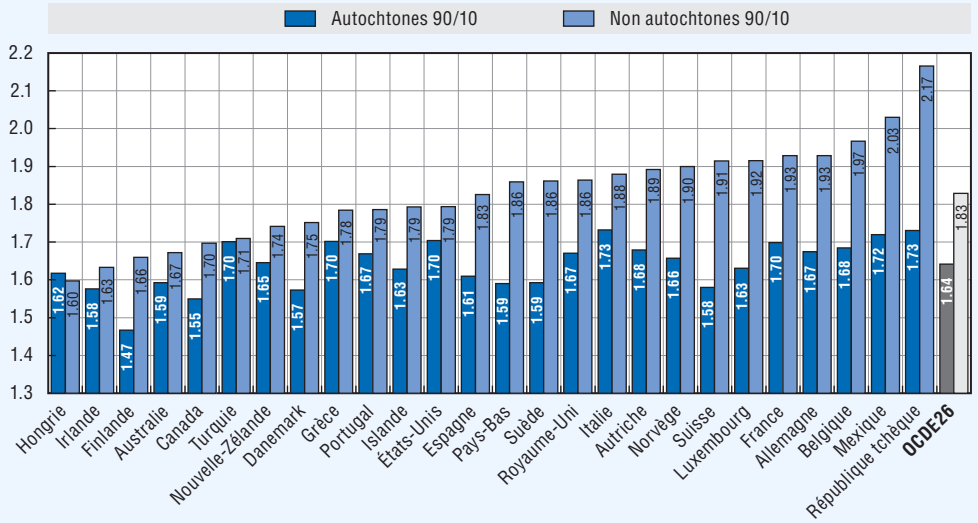
Note : Les pays dans lesquels les élèves migrants représentent moins de 1 % de la population des élèves de 15 ans ont été exclus de la comparaison.

Source : Base de données du Programme international de suivi des acquis des élèves (PISA) 2006 (OCDE, 2008).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/711062645363

Les inégalités de score d'acquis sont plus marquées dans la population immigrée

Ratio entre les scores du 90e et du 10e percentile dans le score moyen obtenu aux tests d'acquis du PISA par des jeunes de 15 ans, par statut migratoire, 2006



Note : Les pays dans lesquels les élèves migrants représentent moins de 1 % de la population des jeunes de 15 ans ont été exclus de la comparaison.

Source : Base de *données du Programme international de suivi des acquis des élèves (PISA) 2006* (OCDE, 2008).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/711088506346

informations sur la santé et la nutrition de l'enfant, ainsi que sur la prévention des accidents. L'UNCRC fait également obligation aux pays de veiller au développement des aptitudes mentales et physiques des enfants (art. 29.1) et de s'assurer que ceux-ci ont accès à des activités récréatives (art. 31.1).

La dimension santé s'appuie sur huit indicateurs qui sont organisés selon le cycle de vie des enfants. Les trois premiers indicateurs (mortalité infantile, insuffisance pondérale à la naissance et allaitement maternel) concernent la petite enfance. Les deux suivants rendent compte de la couverture vaccinale nationale contre la coqueluche et la rougeole à l'âge de 2 ans. L'activité physique au cours de la période intermédiaire de l'enfance et dans la grande enfance est incluse dans la dimension santé car on rend compte de la proportion d'enfants âgés de 11, 13 et 15 ans ayant pratiqué quotidiennement pendant au moins une heure une activité modérée à intense au cours de la semaine précédant l'enquête. Enfin, les deux derniers indicateurs concernent les taux de mortalité pour les enfants de un à 19 ans dus à toutes causes et au suicide.

Un autre indicateur de la santé qui a été examiné mais pas retenu dans ce rapport est l'asthme chez l'enfant. On peut certes trouver des données sur le sujet pour pratiquement tous les pays membres dans Patel *et al.* (2008) mais, pour la majorité des pays, elles concernent les années 90. Qui plus est, l'échantillon n'est généralement pas représentatif de l'ensemble du pays, les données couvrent un large éventail de tranches d'âge différentes qui se chevauchent, on trouve parmi les répondants à la fois des enfants et des parents selon l'enquête et les questions posées concernant l'asthme diffèrent d'une enquête à l'autre.

Tous les indicateurs sont centrés sur l'enfant en ce sens que celui-ci constitue l'unité d'analyse. Dans le cas de l'activité physique, c'est aux enfants que l'on s'est adressé directement.

Les données couvrent diverses années allant de 2001 à 2006 pour bon nombre d'indicateurs ; elles sont plus à jour pour certains pays que pour d'autres.

Si les trois indicateurs de mortalité sont issus d'ensembles de données plus ou moins classées selon des normes internationales et si l'indicateur relatif à l'activité physique est tiré d'une enquête internationale, les données sur le poids à la naissance, l'allaitement maternel et la vaccination sont collectées différemment selon les pays. Les résultats présentent toutefois un degré raisonnable de normalisation et sont sans ambiguïté.

La dimension santé compte davantage d'indicateurs que toute autre dimension. La santé offre également la couverture la plus complète de l'enfance : la petite enfance est couverte par l'indicateur sur l'insuffisance pondérale à la naissance, la mortalité infantile, l'allaitement maternel et les taux de vaccination, tandis que la période intermédiaire de l'enfance et la grande enfance sont couvertes par les données sur la santé physique. Les taux de mortalité évitable couvrent toute la période de l'enfance de 1 à 19 ans.

Le tableau est mitigé en ce qui concerne la couverture des pays. Si les données relatives à l'insuffisance pondérale à la naissance et à la mortalité infantile sont complètes, et si la couverture est importante pour l'allaitement maternel et pour les autres résultats en matière de mortalité, les données relatives à l'activité physique ne couvrent que 25 pays.

Si, dans certains cas, les indicateurs choisis se situent dans la partie gauche de la distribution, ils sont généralement fortement corrélés avec la moyenne et offrent ainsi une bonne représentation de l'efficience. Par exemple, la proportion d'enfants présentant une insuffisance pondérale à la naissance est fortement corrélée au poids moyen de naissance par pays, lorsque l'on dispose de ce type de donnée. S'agissant de la complémentarité, il

convient de noter que tous les indicateurs, à l'exception peut-être du suicide, ont trait à la santé physique. En dehors du suicide chez les jeunes, on ne dispose pratiquement d'aucune donnée internationale comparative sur l'état de la santé mentale des enfants.

Tous les États de l'OCDE assurent avant, pendant et après la naissance et durant la petite enfance, toute une série d'interventions destinées à offrir à l'enfant le meilleur départ dans la vie en termes de santé. Un large éventail de réglementations a été mis en place pour contribuer à la sécurité des enfants et minimiser le nombre des accidents. Dans tous les pays, la vaccination est fortement subventionnée ou gratuite. Les taux de vaccination permettent ainsi de mesurer l'implication des parents dans la promotion du bien-être de leurs jeunes enfants. Les soins de santé primaires pour les enfants sont généralement fortement subventionnés ou gratuits. On peut modifier l'activité physique des enfants en aménageant les programmes scolaires. Il existe des dispositifs publics directs qui permettent de donner aux enfants le temps et l'espace nécessaires à la pratique d'une activité physique pendant le temps scolaire, et de mettre à leur disposition des lieux propices tels que parcs et espaces verts. Il existe aussi des moyens d'informer les parents des besoins des enfants dans ce domaine par le biais des services de soins de santé primaires.

Taux de mortalité infantile

La mortalité infantile est faible voire extrêmement faible dans la plupart des pays de l'OCDE. Le Japon et un groupe de pays d'Europe du Nord enregistraient en 2005 le plus faible nombre de décès d'enfants (entre deux et trois pour 1 000). Le Mexique et la Turquie faisaient figure d'exceptions avec des taux de mortalité infantile sensiblement supérieurs à ceux des autres pays de l'OCDE. Les États-Unis, pays à haut revenu, enregistrent des taux de mortalité infantile supérieurs à la moyenne de l'OCDE. Comme pour la plupart des indicateurs précédents, l'écart entre les pays les plus performants et les pays les moins performants est considérable : le taux de mortalité infantile de la Turquie est dix fois supérieur à celui de l'Islande (graphique 2.9).

Insuffisance pondérale à la naissance

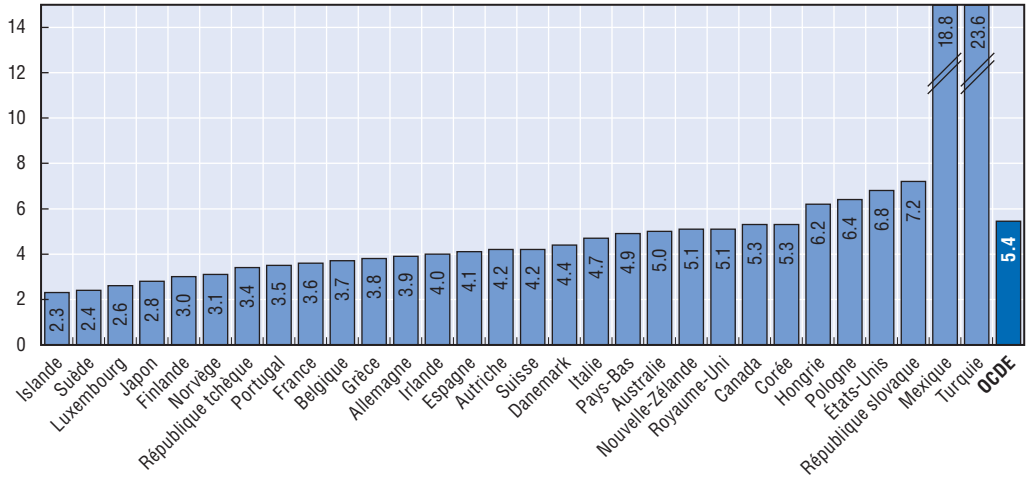
Les données sur l'insuffisance pondérale à la naissance pour les années 2003 à 2005 montrent qu'un certain nombre de pays nordiques figurent parmi les pays où ces taux sont les plus bas. En revanche, le Japon, qui obtient de bons résultats sur le plan de la mortalité infantile, est l'un des pays où le taux d'insuffisance pondérale à la naissance est le plus élevé. L'ensemble de ces résultats reflète probablement la qualité des soins médicaux dispensés aux nouveau-nés ayant un faible poids de naissance (OCDE, 2007, p. 36). Seule la Turquie enregistre un taux de plus de 10 % de nouveau-nés souffrant d'une insuffisance pondérale à la naissance. L'écart entre les pays de l'OCDE dans la proportion de nouveau-nés ayant un faible poids de naissance est relativement faible par rapport à certains autres indicateurs utilisés dans la présente étude (graphique 2.10).

Taux d'initiation de l'allaitement maternel

Les taux d'initiation de l'allaitement maternel sont supérieurs à 50 % pour tous les pays excepté l'Irlande, et ils sont supérieurs à plus de 90 % pour plus de la moitié des pays de l'OCDE. Les pays nordiques sont les plus performants ; le Mexique et la Turquie ont des performances relativement bonnes. C'est dans une partie de l'Europe occidentale incluant la Belgique, la France, l'Espagne et l'Irlande que l'on enregistre les moins bonnes performances en la matière (graphique 2.11).

Graphique 2.9. **Il y a une grande différence entre les taux de mortalité infantile enregistrés en Turquie et au Mexique et ceux observés dans le reste des pays de l'OCDE**

Taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes, 2005



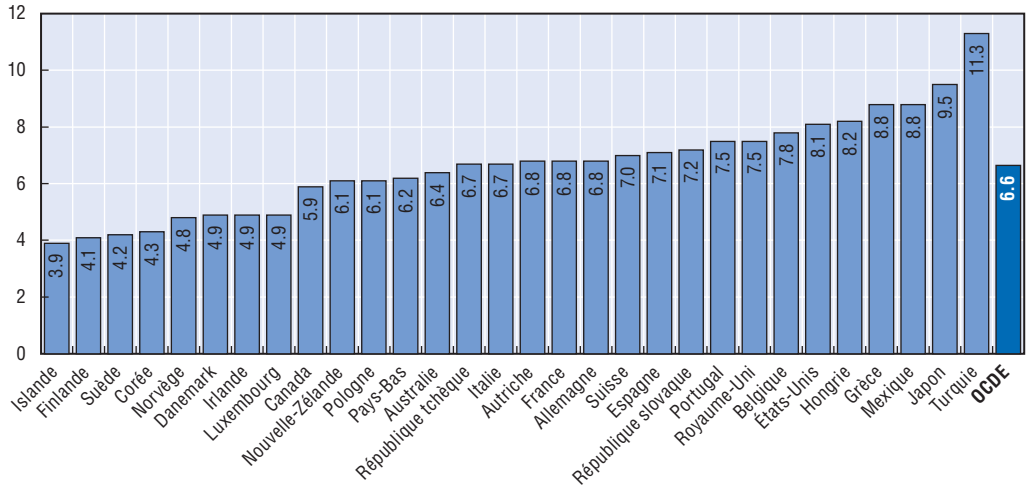
Note : Les données sur la mortalité infantile correspondent à l'année 2005. Les chiffres représentent le nombre de décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances. Les données sont tirées des registres de l'administration.

Source : OCDE (2007), *Panorama de la santé*.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/711156824704

Graphique 2.10. **Les enfants nés dans les pays nordiques sont moins exposés au risque d'insuffisance pondérale**

Pourcentage d'enfants ayant un faible poids de naissance (< 2.5 kg), 2003-05



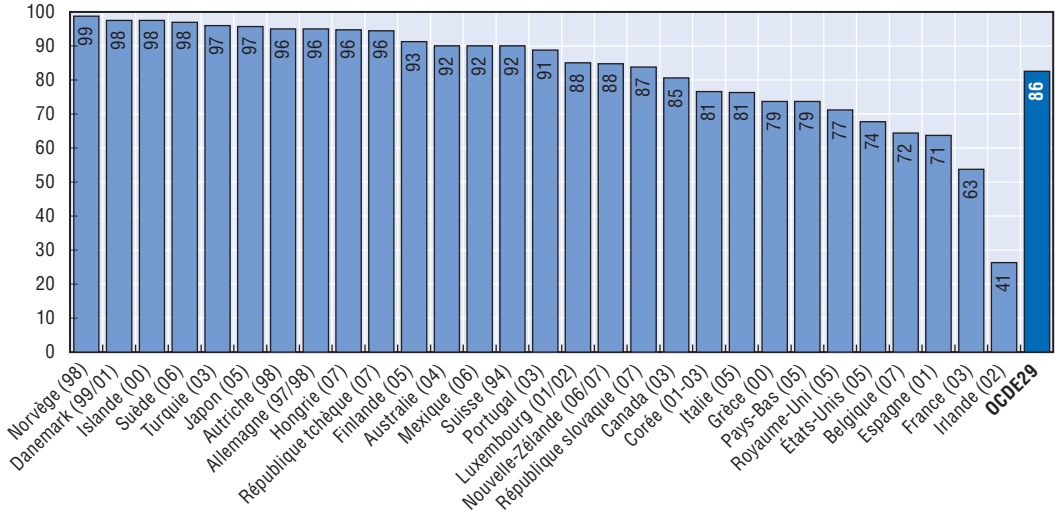
Note : Les données relatives à l'insuffisance pondérale à la naissance concernent les années 2003 à 2005. L'indicateur relatif au faible poids de naissance correspond au nombre de nouveau-nés pesant moins de 2.5 kg pour 100 naissances. Il inclut les cas dus à des naissances multiples. En outre, dans certains pays, du fait de facteurs génétiques, les enfants peuvent être plus petits sans qu'il y ait de risque associé pour leur développement. Les données proviennent des registres d'état civil sauf pour les Pays-Bas, où elles proviennent d'entretiens dans le cadre d'une enquête nationale de santé (OCDE, 2007, *Panorama de la santé*, p. 36), et la Turquie.

Source : OCDE (2007), *Panorama de la santé*.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/711157250485

Graphique 2.11. **Dans la zone OCDE, la majorité des jeunes enfants sont nourris au sein à un moment donné**

Taux d'allaitement maternel, diverses années



Note : Les données sur l'allaitement maternel portent sur diverses années. Les données sont collectées à l'aide d'un large éventail de méthodes pouvant affecter leur comparabilité. On ne dispose pas de données pour la Pologne. Le taux d'initiation de l'allaitement maternel fait référence à la proportion de mères ayant allaité leur nouveau-né.

Source : Base de données de l'OCDE sur la famille 2008.

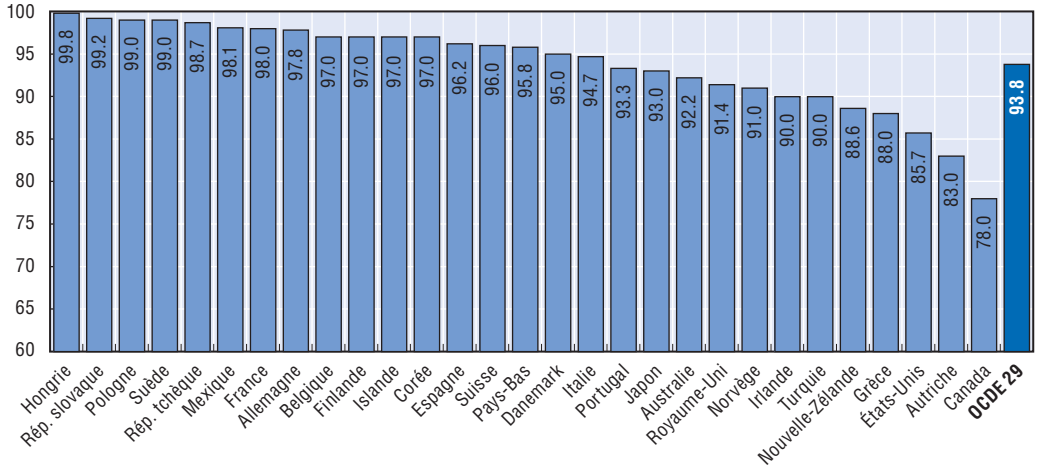
StatLink http://dx.doi.org/10.1787/711167778234

Taux d'immunisation

En termes d'immunisation, les pays d'Europe orientale, comme la Hongrie et la République slovaque, font partie des pays qui ont les taux les plus élevés de vaccination contre la coqueluche et la rougeole puisque la couverture y est effectivement totale. Le Mexique et la Turquie ont des taux relativement satisfaisants. En Autriche, le taux de vaccination contre la coqueluche et la rougeole est inférieur à 85 %. Là encore, l'écart entre les pays est relativement faible (graphique 2.12).

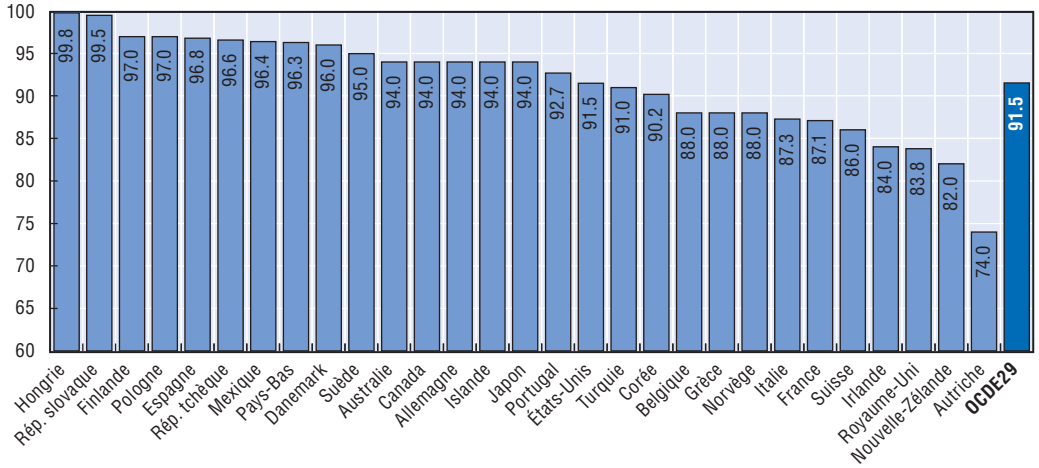
Graphique 2.12. **Les pays d'Europe orientale membres de l'OCDE ont les taux de vaccination les plus élevés**

Taux de vaccination contre la coqueluche, enfants de 2 ans (vers 2005)



Graphique 2.12. **Les pays d'Europe orientale membres de l'OCDE ont les taux de vaccination les plus élevés** *(suite)*

Taux de vaccination contre la rougeole, enfants de 2 ans (vers 2005)



Note : Les données relatives à la vaccination couvrent les années 2003 à 2005. Elles concernent les enfants âgés de 2 ans. Les données sont collectées à l'aide de diverses méthodes qui peuvent nuire à la comparabilité. Les politiques et les calendriers de vaccination sont légèrement différents d'un pays à l'autre, ce qui peut affecter leur comparabilité (OCDE, 2007, *Panorama de la santé*, p. 120). On ne dispose pas de données pour le Luxembourg.

Source : OCDE (2007), *Panorama de la santé*.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/711212336038

Activité physique

L'activité physique est évaluée en interrogeant les enfants sur les activités qu'ils ont pratiquées au cours d'une semaine de référence. Dans environ la moitié des pays de l'OCDE, moins d'un enfant sur cinq pratique régulièrement une activité physique modérée. Les classements des pays varient selon l'âge de l'enfant. La République slovaque affiche de bons résultats pour les trois groupes d'âge. La France fait figure de mauvais élève, en particulier pour les filles, quel que soit l'âge. C'est en Suisse et en France que les enfants sont le moins susceptibles de faire régulièrement de l'exercice. Les garçons ont toujours une activité physique supérieure à celle des filles, dans tous les pays et pour tous les groupes d'âge. L'activité physique chute entre 11 et 15 ans dans la plupart des pays considérés, les États-Unis constituant une exception importante pour les garçons (graphique 2.13).

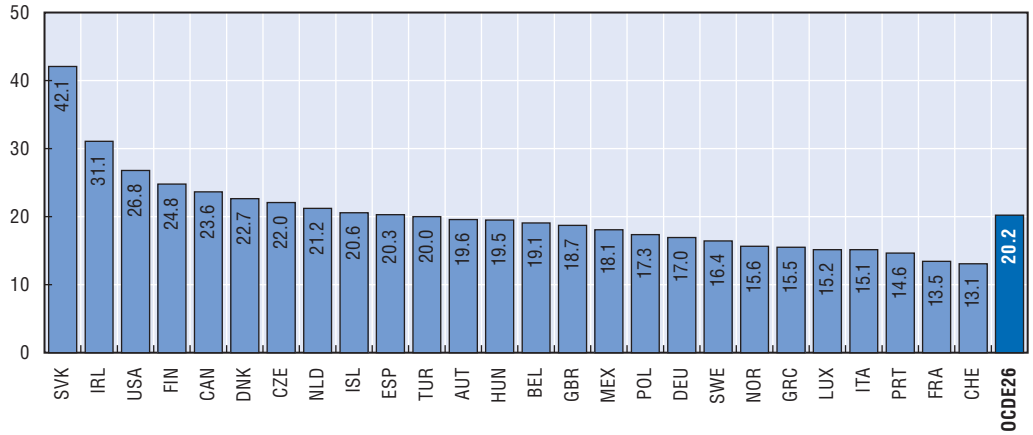
Taux de mortalité infantile

Le graphique 2.14 montre les taux de mortalité pour toutes causes par 100 000 enfants. Le taux de mortalité infantile suit une courbe en U variant avec l'âge : relativement élevé pendant la petite enfance, il est faible dans la période intermédiaire de l'enfance et connaît un pic pendant la grande enfance. Les variations de la mortalité infantile dans la zone OCDE sont modérées. On notera qu'en Europe des pays limitrophes relativement riches comme le Luxembourg et la Belgique affichent respectivement le taux de mortalité infantile le plus faible et le sixième plus élevé. Une analyse par sexe montre un taux de mortalité infantile toujours plus faible chez les filles que chez les garçons, dans tous les pays et pour tous les groupes d'âge.

Le taux de suicide des jeunes peut être un indicateur, certes extrême, de la santé mentale des jeunes. C'est en Nouvelle-Zélande qu'il est le plus élevé et en Grèce qu'il est le plus faible avec entre les deux de très grandes disparités. On note une grande dispersion

Graphique 2.13. **Dans l'ensemble de la zone OCDE, un adolescent sur cinq seulement a le niveau requis d'activité physique**

Enfants ayant eu une activité physique quotidienne modérée à forte au cours de la semaine écoulée, par âge et par sexe, 2005/06



Selon l'âge et le sexe

	11 ans		13 ans		15 ans	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Autriche	29	23	27	14	13	10
Belgique	24	18	23	14	20	15
Canada	29	23	27	14	13	10
République tchèque	25	19	28	17	27	16
Danemark	31	26	23	18	20	16
Finlande	48	37	24	15	15	9
France	24	12	20	5	14	5
Allemagne	25	20	19	13	16	10
Grèce	25	16	21	12	16	7
Hongrie	28	19	29	13	19	11
Islande	29	23	24	14	16	9
Irlande	51	38	39	23	27	13
Italie	23	13	23	9	16	7
Luxembourg	18	13	19	11	19	11
Mexique	…	…	…	…	…	…
Pays-Bas	30	20	24	20	18	15
Norvège	27	17	15	14	13	7
Pologne	24	19	21	12	21	10
Portugal	30	12	21	8	15	5
Slovaquie	51	43	51	35	46	29
Espagne	32	24	21	14	19	12
Suède	23	20	21	14	11	10
Suisse	19	11	16	10	13	10
Turquie	29	21	22	17	16	12
Royaume-Uni	28	19	24	14	18	9
États-Unis	33	26	35	21	34	14
OCDE25	**30**	**21**	**25**	**15**	**20**	**11**

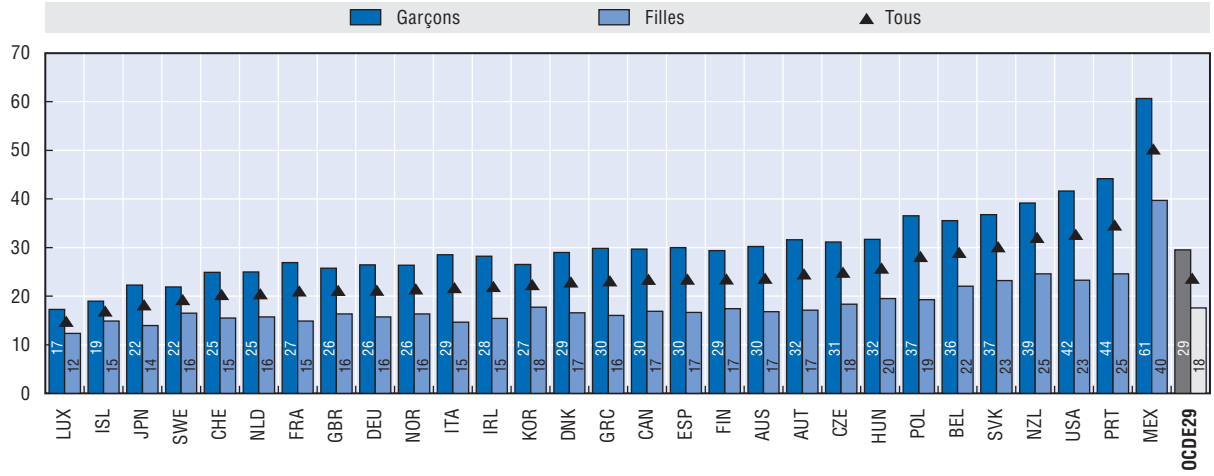
Note : Les données relatives à l'activité physique sont calculées sur la base d'une activité physique régulière, modérée à forte rapportée par des enfants de 11, 13 et 15 ans pour 2005/06. L'activité physique modérée à forte, telle que définie par l'enquête HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children survey*) sur le comportement des jeunes d'âge scolaire en termes de santé, renvoie à une activité pratiquée pendant au moins une heure, accélérant à la fois le rythme cardiaque et la respiration (et laissant parfois l'enfant essoufflé). Pour chaque estimation par pays, on a utilisé les taux d'activité physique déclarés par un échantillon de garçons et de filles de 11, 13 et 15 ans pour calculer les pourcentages des pays. Les données sont tirées d'échantillons au niveau des établissements. Les données agrégées pour le Mexique ont été fournies par la Délegation mexicaine auprès de l'OCDE. Les données portent sur 26 pays de l'OCDE. On ne dispose pas de données pour l'Australie, la Corée, le Japon et la Nouvelle-Zélande.

Source : Adapté de Currie *et al.* (2008), *Inégalités en matière de santé chez les jeunes, rapport international HBSC de l'enquête 2005/2006*, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/711243651130

Graphique 2.14. **Variations modérées de la mortalité infantile dans la zone OCDE**

Taux de mortalité infantile par âge et par sexe pour 100 000 enfants de 0 à 19 ans, données les plus récentes



Selon le sexe et l'âge

		Tous				Garçons				Filles			
		1-4 ans	5-9 ans	10-14 ans	15-19 ans	1-4 ans	5-9 ans	10-14 ans	15-19 ans	1-4 ans	5-9 ans	10-14 ans	15-19 ans
Australie	2003	26	12	12	45	29	14	14	63	22	10	10	26
Autriche	2006	20	12	12	52	21	13	13	73	18	11	10	30
Belgique	1997	29	15	19	53	33	17	21	70	26	12	17	34
Canada	2004	22	11	14	45	23	13	16	62	21	8	11	28
République tchèque	2005	21	13	16	43	22	15	18	60	21	11	14	26
Danemark	2001	22	13	16	44	23	15	20	61	21	10	12	25
Finlande	2006	20	14	13	45	23	15	15	62	17	14	11	27
France	2005	21	10	12	39	24	11	15	55	19	9	10	22
Allemagne	2004	22	11	12	39	23	12	14	54	21	9	10	23
Grèce	2006	19	14	14	42	19	16	17	61	20	11	10	23
Hongrie	2005	31	16	16	39	35	18	20	53	26	15	13	25
Islande	2005	12	9	13	33	8	9	11	46	16	9	15	19
Irlande	2005	21	11	13	41	21	13	15	59	21	8	11	22
Italie	2003	20	11	14	40	21	14	17	59	19	9	11	20
Japon	2006	25	11	10	28	28	13	12	37	22	9	8	19
Corée	2006	30	17	15	31	32	20	17	40	27	15	12	21
Luxembourg	2005	10	8	7	35	14	4	7	45	6	12	7	24
Mexique	2005	72	28	34	70	78	32	41	96	67	25	28	44
Pays-Bas	2004	25	12	14	33	28	14	16	43	22	10	11	22
Nouvelle-Zélande	2004	30	13	18	67	31	15	23	87	30	12	13	45
Norvège	2005	22	11	13	41	25	12	15	56	19	10	12	26
Pologne	2005	26	16	18	46	29	18	21	65	23	14	14	26
Portugal	2003	36	21	24	54	40	23	28	78	31	18	20	29
Slovaquie	2005	42	19	17	43	43	23	20	58	41	15	14	27
Espagne	2005	24	12	15	41	26	14	18	58	22	10	12	23
Suède	2004	20	11	13	35	23	10	14	41	16	11	12	27
Suisse	2005	21	10	13	37	23	11	14	50	19	9	11	23
Royaume-Uni	2005	23	10	13	37	25	11	15	50	21	9	12	24
États-Unis	2005	30	15	19	66	34	16	22	92	27	13	15	39
OCDE29		**26**	**13**	**15**	**44**	**28**	**15**	**18**	**60**	**23**	**12**	**13**	**27**

Note : Source des données : Les données portent sur le nombre de décès d'enfants âgés de 1 à 19 ans par cause de décès pour 100 000 enfants de 0 à 19 ans. Ce sont des moyennes calculées sur les trois dernières années pour lesquelles on dispose de données (les années ultérieures sont présentées dans une colonne à part du graphique). Aucune donnée n'est disponible pour la Turquie.

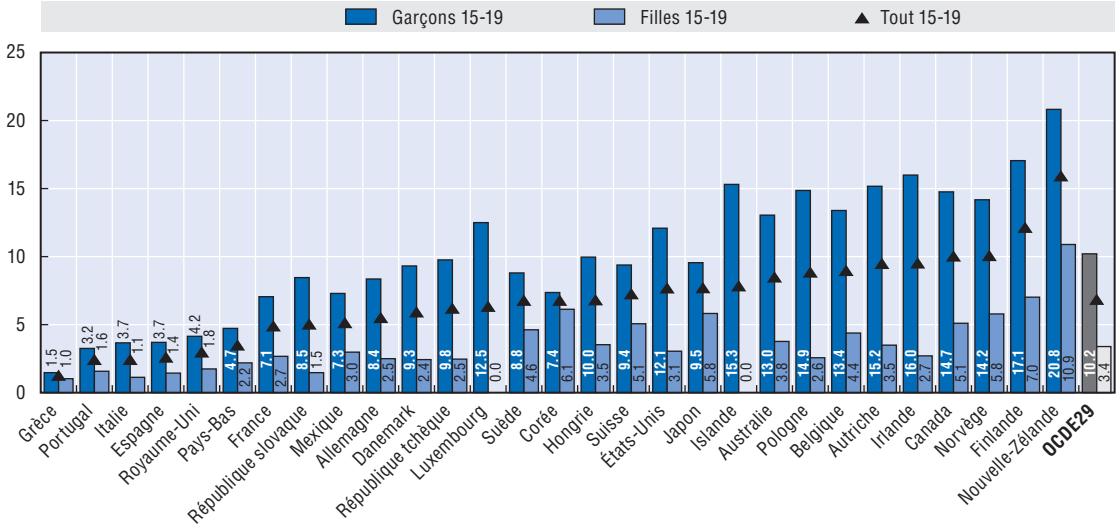
Source : Base de données sur la mortalité de l'Organisation mondiale de la santé, 2008.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/711338672403

des pays anglophones et des pays nordiques sur l'échelle de la distribution. Dans tous les pays, les garçons sont beaucoup plus susceptibles de se donner la mort que les filles (graphique 2.15).

Graphique 2.15. **Dans tous les pays de l'OCDE, le taux de suicide des jeunes est plus élevé pour les garçons**

Taux de suicide des jeunes, par sexe, pour 100 000 jeunes de 15 à 19 ans, données les plus récentes



Note : Les données portent sur le nombre de suicides pour 100 000 jeunes âgés de 15 à19 ans. Ce sont des moyennes calculées pour les trois dernières années comme au graphique 2.14. La comparabilité des statistiques sur le suicide dépend des mécanismes de notification en vigueur dans chaque pays car la stigmatisation sociale associée au suicide peut conduire à des sous-déclarations. Aucune donnée n'est disponible pour la Turquie. On ne dispose pas de statistiques sur les suicides de jeunes filles au Luxembourg et en Islande sur la période.

Source : Base de données sur la mortalité de l'Organisation mondiale de la santé, 2008.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/711357235473

Comportements à risque

L'UNCRC ne définit pas explicitement les risques contre lesquels les enfants doivent être protégés. La protection est cependant implicite dans les droits énoncés qui couvrent la prévention des maladies, la sensibilisation aux comportements à risque et l'offre d'activités de loisir adaptées à l'âge de l'enfant. Toutefois, la nécessité de protéger les enfants contre l'usage illicite de stupéfiants et de substances psychotropes est clairement énoncée (art. 33). L'UNCRC stipule que les États doivent développer les conseils aux parents ainsi que l'éducation et les services en matière de planning familial (art. 24.2f). Il arrive parfois que les parents aient eux-mêmes moins de 18 ans.

En tant que dimension, la prise de risque est en partie liée à la santé, car elle peut bien souvent avoir des conséquences préjudiciables pour la santé physique. Cependant, la prise de risque est aussi un indicateur de comportements externalisés ou antisociaux, car un grand nombre de comportements à risque ont des retombées fortement négatives et sont corrélés, au niveau individuel, à des comportements antisociaux comme la dépendance à l'égard de l'alcool et des drogues, et la violence. Ces comportements sont également associés à des résultats scolaires médiocres. Dans le même temps, il faut reconnaître qu'il n'est pas nécessairement mauvais de prendre des risques et qu'à certains égards la prise de risque s'inscrit de manière relativement normale dans le processus d'accession à l'âge adulte.

Les indicateurs de la prise de risque sont des jeunes de 15 ans qui fument régulièrement, des jeunes de 13 et 15 ans qui indiquent avoir été plus de deux fois en état d'ivresse, et le taux de fécondité des adolescentes de 15 à 19 ans.

Ces trois indicateurs sont centrés sur l'enfant, puisqu'ils ont été directement obtenus auprès des jeunes eux-mêmes. Ils sont également récents (les données ont été collectées en 2005-06) ; ils sont tirés d'enquêtes et séries internationales et sont donc hautement normalisés. Les indicateurs couvrent une tranche d'âge allant de 13 à 19 ans.

Les pays disposent d'une large gamme d'instruments, notamment : le système juridique et l'âge de la majorité légale, les campagnes d'information publiques, les lois sur la publicité, et la fiscalité pour décourager la consommation de tabac et d'alcool. Parmi les dispositifs mis en place par les pouvoirs publics pour lutter contre les grossesses adolescentes figure l'offre de services de planning familial et l'information des enfants à la santé publique. Des cours d'éducation sexuelle sont également organisés de façon régulière dans les écoles dans l'ensemble des pays de l'OCDE.

La couverture géographique est limitée aux 25 pays examinés dans l'enquête HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children Survey*) sur le comportement en termes de santé des jeunes d'âge scolaire. Bien que la Turquie participe à cette enquête, le pays ne collecte aucune donnée sur les différents comportements à risque.

La complémentarité des indicateurs à l'intérieur de la dimension risque est limitée par la nature du concept qui est définie par âge. Cependant, les indicateurs se complètent en ce qu'ils couvrent différents aspects du risque. Ils traitent également du bien-être présent mais aussi futur des enfants, étant donné les conséquences à plus long terme associées à certains comportements à risque. La couverture des enfants présente aussi des limites car les enquêtes d'évaluation du tabagisme et de l'alcoolisme sont réalisées dans les établissements scolaires. Or, il est probable que les jeunes le plus à risque ne fréquentent pas régulièrement l'école et donc ne sont pas couverts par l'enquête. Le taux de fécondité des adolescentes en revanche permet de saisir toutes les jeunes filles dont l'accouchement est enregistré, ce qui est normalement le cas dans les pays de l'OCDE.

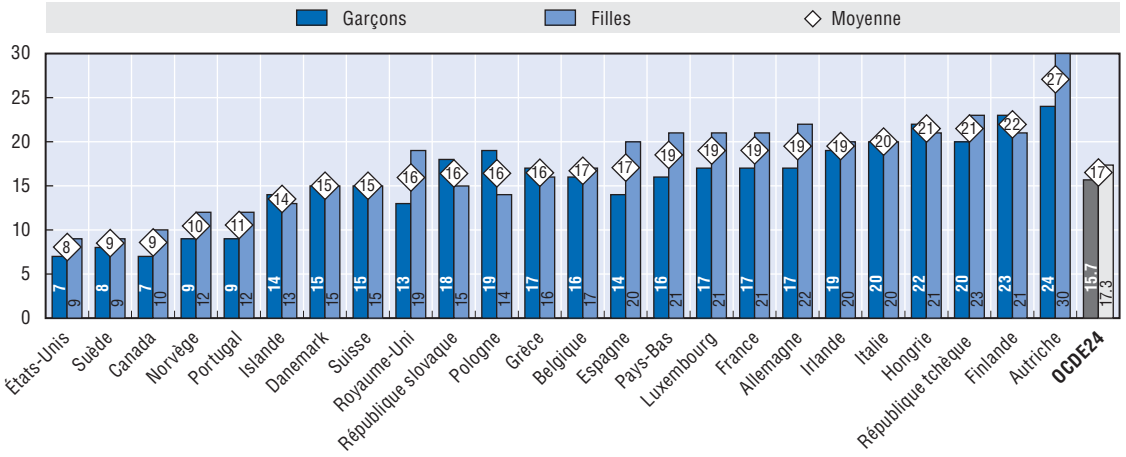
Tabagisme et alcoolisme

Les écarts entre pays de l'OCDE pour le tabagisme et l'alcoolisme chez les enfants sont peu importants par rapport à ceux observés pour bon nombre d'autres indicateurs. Pour le tabagisme, les taux s'échelonnent entre un peu moins de 10 % et un peu moins de 30 %. Ils sont en moyenne un peu plus élevés pour les filles que pour les garçons encore que l'on observe le phénomène inverse dans plusieurs pays comme la Slovaquie, la Pologne et la Finlande et des taux identiques au Danemark, en Suisse et en Italie.

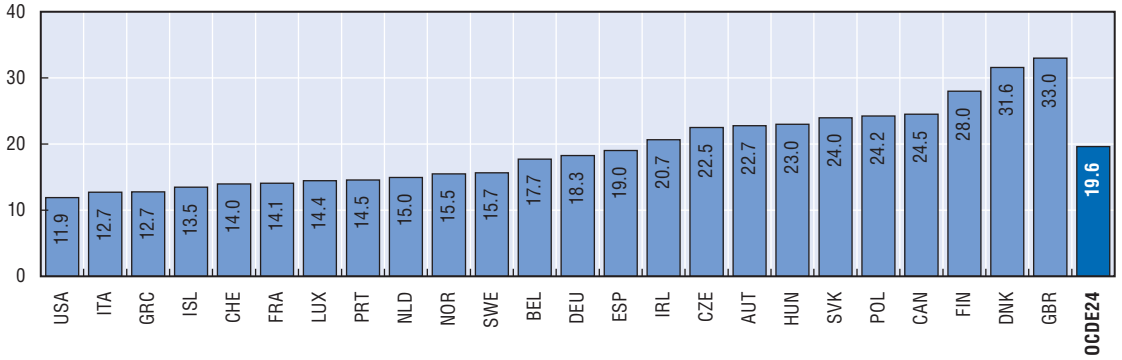
Là encore, la proportion de jeunes déclarant avoir été plus de deux fois en état d'ivresse varie modérément d'un pays à l'autre. Le taux d'ivresse augmente fortement entre 13 et 15 ans dans tous les pays. Si les garçons sont globalement plus susceptibles d'avoir été en état d'ivresse que les filles dans la zone OCDE, il existe toutefois des pays dans lesquels le phénomène est plus répandu chez les filles, notamment le Canada pour les deux groupes d'âge et pour les jeunes de 15 ans en Islande, Norvège, Espagne et Royaume-Uni (graphique 2.16). Dans un petit nombre de cas, les indicateurs de risque sont fortement liés entre eux au niveau d'un pays (voir annexe 2.A1).

Graphique 2.16. **Aucun pays n'est toujours bien ou mal classé pour les indicateurs de prise de risque**

a. Pourcentage de jeunes de 15 ans qui fument au moins une fois par semaine, 2005/06



b. Pourcentage de jeunes de 13 et 15 ans qui ont été en état d'ivresse au moins deux fois, 2005/06



c. Pourcentage de jeunes de 13 et 15 ans qui ont été en état d'ivresse au moins deux fois, 2005/06, par âge et sexe

	13 ans		15 ans			13 ans		15 ans	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles		Garçons	Filles	Garçons	Filles
Autriche	10	6	41	36	Italie	8	3	22	18
Belgique	9	6	32	22	Luxembourg	6	5	27	20
Canada	11	13	35	36	Pays-Bas	6	5	30	21
République tchèque	13	10	36	30	Norvège	3	3	25	32
Danemark	15	9	59	56	Pologne	13	8	42	27
Finlande	11	11	47	44	Portugal	8	7	25	18
France	5	6	29	18	République slovaque	16	12	39	31
Allemagne	7	6	31	28	Espagne	5	7	29	33
Grèce	7	4	21	17	Suède	4	4	26	26
Hongrie	12	9	40	32	Suisse	6	4	29	18
Islande	5	4	31	32	Royaume-Uni	21	20	44	50
Irlande	10	7	36	31	États-Unis	5	5	20	20
					OCDE24	**9**	**7**	**33**	**29**

Note : Les données pour les estimations des comportements à risque se fondent sur les taux de prise de risque déclarés par un échantillon de garçons et de filles de 13 à 15 ans pour le calcul des pourcentages par pays. Les données portent sur les années 2005-06 ; elles sont extraites du rapport de l'enquête HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*). La variation dans la prise de risque des enfants de 11 ans est peu importante et n'a pas été prise en compte dans l'analyse. Pour les jeunes de 13 ans, seules les statistiques de consommation d'alcool sont utilisées. Les données sont tirées d'échantillons au niveau des établissements. Les données couvrent 24 pays de l'OCDE. On ne dispose pas de données pour l'Australie, le Japon, la Corée, le Mexique, la Nouvelle-Zélande et la Turquie.

Source : Adapté de Currie *et al.* (2008), *Inégalités en matière de santé chez les jeunes, rapport international HBSC de l'enquête 2005/2006*, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague.

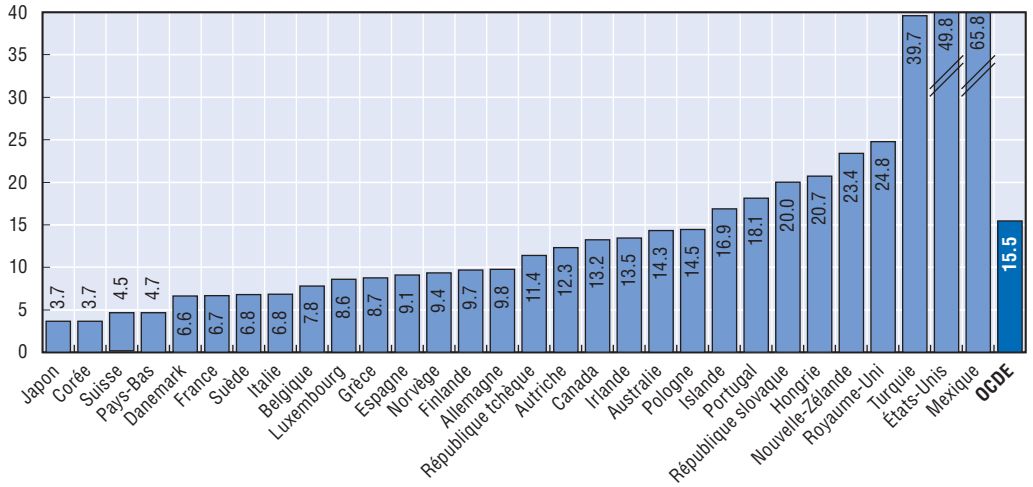
StatLink http://dx.doi.org/10.1787/711380324185

Taux de fécondité des adolescentes

Le taux de fécondité des adolescentes est particulièrement élevé au Mexique, aux États-Unis et en Turquie, pays dans lesquels il est trois à quatre fois supérieur à la moyenne de l'OCDE. C'est au Japon, en Corée, en Suisse et aux Pays-Bas, que ce taux est le plus faible. Les écarts entre pays de l'OCDE sont très importants. Le Mexique, par exemple, a un taux de fécondité des adolescentes 20 fois supérieur à celui du Japon (graphique 2.17).

Graphique 2.17. **La variation du taux de fécondité des adolescentes est considérable dans la zone OCDE**

Taux de fécondité des adolescentes : naissances pour 1 000 jeunes filles âgées de 15 à 19 ans, 2005



Note : Le taux de fécondité des adolescentes est mesuré par le nombre de naissances pour 1 000 jeunes filles âgées de 15 à 19 ans pour l'année 2005. Il convient de noter que le taux de fécondité des adolescentes n'est pas identique au taux de grossesse des adolescentes. Les pays où l'avortement est assez courant auront des taux de fécondité des adolescentes moins élevés. En outre, dans certains pays de l'OCDE, comme la Turquie, les femmes ont tendance à se marier plus tôt, ce qui conduit probablement à surestimer les risques sociaux et les conséquences négatives pour les jeunes filles qui deviennent mères. Les risques physiques sont encore spécifiques à l'âge. Tous les pays de l'OCDE sont couverts.

Source : Indicateurs du développement dans le monde, 2008.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/711401746455

Qualité de la vie scolaire

L'UNCRC demande aux États de veiller à la santé et à la sécurité des enfants dans des institutions, services et établissements chargés de prendre soin et de protéger les enfants (art. 3.3). Les écoles sont aussi des lieux où la liberté d'expression et la liberté de réunion pacifique des enfants peuvent être promues ou entravées. En outre, la Convention indique que l'éducation doit préparer l'enfant à assumer les responsabilités de l'âge adulte dans un esprit de compréhension, de paix, de tolérance et d'égalité entre les sexes et les peuples (art. 29d).

La dimension de la qualité de la vie scolaire comprend deux indicateurs. Le premier rend compte des conflits dont l'enfant fait l'expérience à l'école, notamment des brimades. Le second rend compte de la satisfaction globale à l'égard de la vie scolaire.

Ces deux indicateurs sont fortement centrés sur les enfants et sont directement tirés de questions posées aux enfants eux-mêmes ; en tant que tels, ils satisfont aux critères d'une approche centrée sur l'enfant. Ils sont également récents (les données ont été collectées en 2005-06) ; ils sont tirés de l'enquête internationale sur le comportement des jeunes d'âge scolaire en termes de santé (HBSC) et sont donc hautement normalisés. Les indicateurs couvrent une tranche d'âge étroite allant de 11 à 15 ans.

Notamment au cours de la période intermédiaire de l'enfance et pendant la grande enfance, les enfants passent une grande partie de leur temps éveillé à interagir avec d'autres enfants en allant à l'école ou en revenant chez eux. La qualité de l'expérience scolaire et des interactions qui lui sont associées est essentielle pour les compétences sociales de l'enfant mais aussi pour sa capacité d'apprentissage. Étant donné que l'environnement scolaire est dans une large mesure régi par les pouvoirs publics, les possibilités d'intervention de ceux-ci sont considérables. Cependant, si les pouvoirs publics peuvent grandement influer sur les dimensions objectives de l'expérience scolaire, une grande partie des brimades échappe au contrôle de l'école, et la perception subjective qu'ont les enfants de leur vécu scolaire peut être directement liée à des aspects extérieurs qui échappent au contrôle de l'institution.

La couverture des pays est relativement médiocre puisque 25 pays seulement sont représentés dans le cadre de l'enquête. On ne dispose pas de données pour l'Australie, la Nouvelle-Zélande, le Japon, la Corée et le Mexique. De plus, la République slovaque n'a pas répondu aux questions portant sur les brimades.

Les indicateurs retenus se complètent. Le premier interroge les enfants sur leurs expériences effectives à l'école tandis que le second les interroge sur leur perception subjective globale. Les brimades sont définies du point de vue de la victime. Elles ont des retombées négatives et il est pratiquement certain qu'elles touchent davantage les enfants défavorisés et permettent donc de saisir une composante de l'expérience scolaire qui a à voir avec l'équité. En revanche, le goût pour l'école est une mesure plus positive qui permet d'obtenir des informations plus équilibrées sur l'expérience globale de l'enfant à l'école.

Brimades

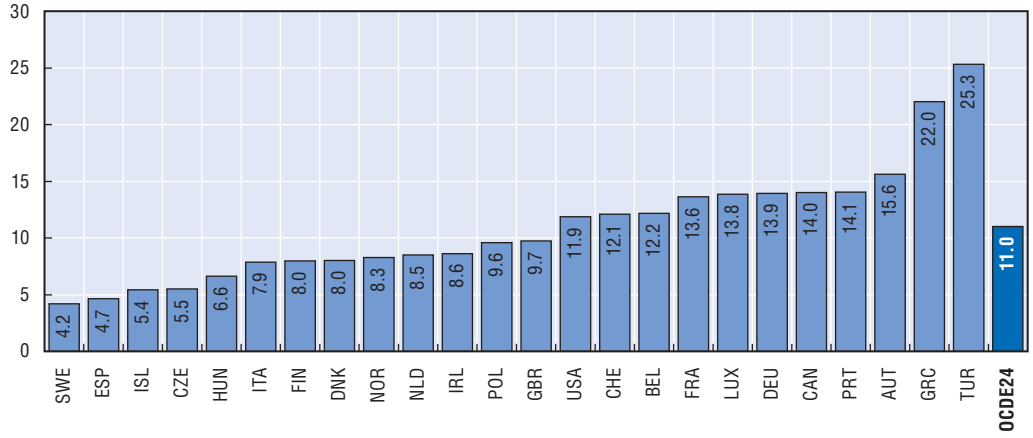
Les brimades peuvent prendre des formes diverses, notamment physiques et psychologiques, ou bien se traduire par une exclusion plus passive de la victime. En termes de comparaison, la définition générale des brimades ne permet pas de comprendre quelles formes prévalent le plus, dans quel pays, ou bien la durée et l'intensité du phénomène. Il y a un écart important entre les pays. Le graphique 2.18 montre que c'est en Turquie et en Grèce que les enfants ont le plus de risque d'être exposés à des brimades. À l'inverse, dans les pays nordiques, en Espagne, en Italie, en République tchèque et en Hongrie, les enfants font moins l'objet de brimades. Les brimades diminuent habituellement entre 11 et 15 ans. Une tendance générale mais pas universelle montre que les garcons font plus souvent l'objet de brimades que les filles.

Enfants qui aiment l'école

L'indicateur des enfants qui déclarent « aimer l'école » est utilisé comme indicateur de satisfaction de vie, lié aux institutions. La réponse à la question de la satisfaction de vie est subjective ; en utilisant un indicateur de satisfaction de vie scolaire, la pertinence pour l'action des pouvoirs publics est conservée car ces derniers peuvent influer sur l'environnement, les programmes, la qualité de l'enseignement et les réglementations afin d'améliorer la qualité de vie. Le graphique 2.19 montre qu'en moyenne ce sont les enfants turcs qui aiment le plus l'école, même si ce sont ceux qui déclarent être le plus victimes de brimades et de bagarres. La Turquie est le seul pays où la majorité des enfants qui ont répondu à l'enquête aiment l'école. En République tchèque, en Italie, en République slovaque et en Finlande, moins d'un enfant sur cinq déclare aimer l'école.

Graphique 2.18. **Dans certains pays, un grand nombre d'enfants font l'objet de brimades**

Pourcentage d'enfants de 11, 13 et 15 ans ayant fait l'objet de brimades à l'école au moins deux fois au cours des deux derniers mois, 2005/06



Selon l'âge et le sexe

	11 ans		13 ans		15 ans	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Autriche	20	11	20	16	18	9
Belgique	17	12	13	10	14	8
Canada	21	19	18	13	9	9
République tchèque	6	5	7	5	6	4
Danemark	11	9	8	8	6	5
Finlande	11	7	10	9	6	5
France	17	16	15	14	9	10
Allemagne	16	15	16	13	13	11
Grèce	16	23	29	27	21	17
Hongrie	9	10	7	8	3	3
Islande	8	6	6	4	4	2
Irlande	11	8	10	7	9	7
Italie	15	7	10	8	5	5
Luxembourg	15	16	16	13	11	12
Pays-Bas	12	9	10	8	6	4
Norvège	13	9	9	6	7	6
Pologne	14	9	13	8	8	5
Portugal	17	15	19	13	13	10
Espagne	6	5	6	4	3	4
Suède	4	4	5	4	5	3
Suisse	15	12	16	11	10	9
Turquie	37	30	29	26	18	12
Royaume-Uni	11	9	12	9	9	8
États-Unis	18	15	11	10	8	7
OCDE24	**14**	**12**	**13**	**11**	**9**	**7**

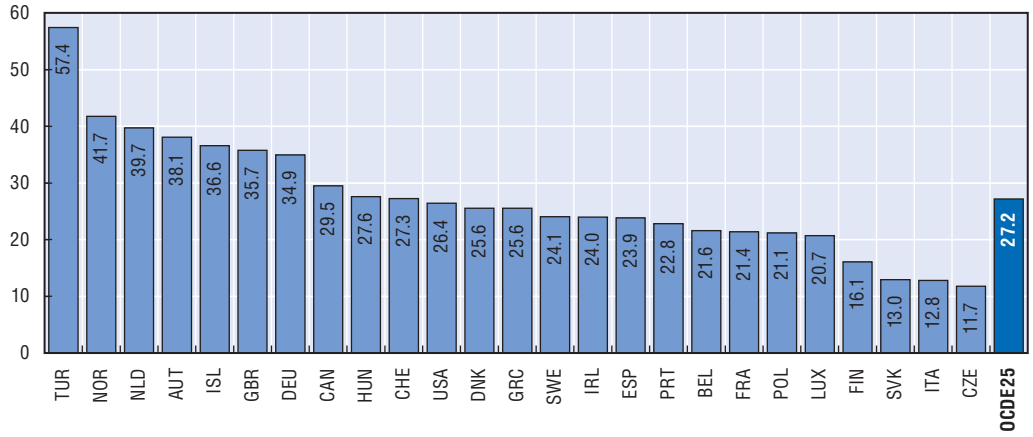
Note : Les estimations relatives aux brimades se fondent sur les taux déclarés par un échantillon de garçons et de filles âgés de 11, 13 et 15 ans pour le calcul des pourcentages par pays. Les données portent sur les années 2005-06 et sont extraites du rapport HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*). La définition générale des brimades ne permet pas de comprendre quelles formes prévalent le plus, dans quel pays, ou combien de temps elles durent. Les données sont tirées d'échantillons au niveau des établissements. Les données couvrent 24 pays de l'OCDE. On ne dispose pas de données pour l'Australie, le Japon, la Corée, le Mexique, la Nouvelle-Zélande et la République slovaque.

Source : Adapté de Currie *et al.* (2008), *Inégalités en matière de santé chez les jeunes, rapport international HBSC de l'enquête 2005/2006*, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/711432365387

Graphique 2.19. **La plupart des enfants de l'OCDE n'aiment pas l'école**

Pourcentage d'enfants de 11, 13 et 15 ans qui déclarent aimer l'école, 2005/06



Selon l'âge et le sexe

	11 ans		13 ans		15 ans	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Autriche	53	59	23	28	30	32
Belgique	25	39	20	24	10	14
Canada	28	46	20	33	22	31
République tchèque	14	16	9	12	9	11
Danemark	33	38	21	21	18	18
Finlande	14	25	14	22	9	11
France	29	41	13	19	11	13
Allemagne	55	62	28	32	18	20
Grèce	37	49	17	26	13	17
Hongrie	23	36	16	20	27	43
Islande	33	49	29	39	29	37
Irlande	22	33	23	34	13	20
Italie	17	26	7	11	9	8
Luxembourg	25	34	20	25	9	14
Pays-Bas	41	49	40	51	24	32
Norvège	46	51	44	49	29	31
Pologne	25	34	17	30	13	14
Portugal	25	39	14	25	17	18
Slovaquie	16	21	8	9	9	14
Espagne	31	44	17	25	9	17
Suède	30	48	22	22	11	11
Suisse	31	39	26	31	16	20
Turquie	68	77	50	66	32	45
Royaume-Uni	49	54	30	32	24	23
États-Unis	27	39	24	27	21	22
OCDE25	**32**	**42**	**22**	**29**	**17**	**21**

Note : Les estimations relatives au goût pour l'école se fondent sur le taux déclaré d'enfants disant « aimer beaucoup l'école » dans un échantillon de garçons et de filles âgés de 11, 13 et 15 ans pour le calcul des pourcentages par pays. Les données portent sur les années 2005-06 et sont extraites du rapport HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*). Elles sont tirées d'échantillons au niveau des établissements. Les données couvrent 25 pays de l'OCDE. On ne dispose pas de données pour l'Australie, le Japon, la Corée, le Mexique et la Nouvelle-Zélande.

Source : Adapté de Currie *et al.* (2008), *Inégalités en matière de santé chez les jeunes, rapport international HBSC de l'enquête 2005/2006*, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/711432783816

Le schéma dominant, avec un très petit nombre d'exceptions, montre que les filles aiment davantage l'école que les garçons à tous les âges examinés. En outre, la proportion de garçons comme de filles qui aiment l'école diminue systématiquement entre 11 et 15 ans (graphique 2.19).

Résumé

Le chapitre 2 a présenté un nouveau cadre de comparaison du bien-être des enfants dans les pays de l'OCDE. Une approche orientée vers l'action des pouvoirs publics a été retenue pour cet exercice et les données relatives aux indicateurs ont été présentées pour les enfants par pays et par sexe, par âge et par statut migratoire chaque fois que cela était possible. Tous les indicateurs présentés dans ce cadre sont déjà connus du grand public. Nous n'avons pas tenté de collecter de nouvelles données.

De nombreux facteurs concurrents contribuent au bien-être des enfants. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner qu'aucun pays de l'OCDE ne soit performant sur tous les fronts. Mais chaque pays peut faire davantage pour améliorer la vie de ses enfants.

Après avoir examiné les résultats pour les enfants, la question se pose tout naturellement de savoir ce que l'on peut faire pour les améliorer. Pour mieux comprendre le rôle des pouvoirs publics dans l'obtention des résultats évalués au chapitre 2 et dans leur modification, le rapport va étudier à présent les moyens mis en œuvre dans les pays de l'OCDE et la répartition des dépenses sociales entre des enfants d'âges différents, vivant dans des conditions différentes.

Références

Australian Institute of Health and Welfare (2008), *Making Progress: The Health, Development and Wellbeing of Australia's Children and Young People*, Canberra, AIHW.

Ben-Arieh, A. et R. Goerge (2001), « Beyond the Numbers: How Do We Monitor the State of Our Children », *Children and Youth Services Review*, vol. 23, n° 2, pp. 709-727.

Ben-Arieh, A. et I. Frønes (2007a), « Indicators of Children's Well being: What should be Measured and Why ? », *Social Indicators Research*, vol. 84, pp. 249-250.

Ben-Arieh, A. et I. Frones (2007b), « Indicators of Children's Well Being – Concepts, Indices and Usage », *Social Indicators Research*, vol. 80, pp. 1-4.

Bradshaw, J., P. Hoelscher et D. Richardson (2007), « An Index of Child Well-Being in the European Union », *Journal of Social Indicators Research*, vol. 80, pp. 133-177.

Casas, F. (1997), « Children's Rights and Children's Quality of Life: Conceptual and Practical Issues », *Social Indicators Research*, vol. 42, pp. 283-298.

Currie, C. *et al.* (2008), *Inégalités en matière de santé chez les jeunes, rapport international HBSC de l'enquête 2005/2006*, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague.

Currie, J. et M. Stabile (2007), « Mental Health and Childhood and Human Capital », NBER Working Paper n° 13217.

Currie, J. et E. Tekin (2006), « Does Child Abuse Cause Crime? », NBER Working Paper n° 12171, avril.

Dijkstra, T. (2009), « Child Well-being in Rich Countries: UNICEF's Ranking Revisited, and New Symmetric Aggregating Operators Exemplified », *Child Indicators Research*, à paraître.

Fattore, T., J. Mason et E. Watson (2007), « Children's Conceptualisation(s) of their Well-being », *Social Indicators Research*, vol. 80, pp. 1-4.

Hanafin, S. *et al.* (2007), « Achieving Consensus in Developing a National Set of Child Well-being Indicators », *Social Indicators Research*, vol. 80, pp. 79-104.

Heshmati, A., C. Bajalan et A. Tausch (2007), « Measurement and Analysis of Child Well-Being in Middle and High Income Countries », IZA Document Paper No. 3203, Institute for the Study of Labor, Bonn, décembre.

Hood, S. (2007), « Reporting on Children's Well-being: The State of London's Children Reports », *Social Indicators Research*, vol. 80, pp. 1249-1264.

Indicateurs du développement dans le monde (2008), *Base de données en ligne des Indicateurs du développement dans le monde, 2008. http://go.worldbank.org/IW6ZUUHUZ0.*

Land, K. (2007a), « The Foundation for Child Development Child and Youth Well-being Index (CWI), 1975-2005, with Projections for 2006 », 2007 FCD-CWI Report, Foundation for Child Development, New York.

Land, K. (2007b), « Measuring Trends in Child Well-being: An Evidence-based Approach », *Journal of Social Indicators Research*, vol. 80, pp. 105-132.

Land, K., V. Lamb, S. Meadows et A. Taylor (2007), « Measuring Trends in Child Well-being: An Evidence Based Approach », *Social Indicators Research*, vol. 80, pp. 105-132.

Nations Unies (1989/1990), *Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant*, *www.unhchr.ch/french/html/menu3/b/k2crc_fr.htm*.

OCDE (2007), *Panorama de la santé,* Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2008a), *Regards sur l'éducation,* Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2008b), *Croissance et inégalités : Distribution des revenus et pauvreté dans les pays de l'OCDE,* Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2008c), *Base de données de l'OCDE sur la famille,* Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE – Programme international pour le suivi des acquis des élèves (2008), *The PISA 2006 International database*, disponible à l'adresse *http://pisa2006.acer.edu.au/*.

Patel, S., P. Marjo-Riitta Jarvelin et M.P. Little (2008), « Systematic Review of Worldwide Variations of the Prevalence of Wheezing Symptoms in Children », *Environmental Health*, vol. 7, n° 57.

Pollard, E. et P. Lee (2003), « Child Well-Being: A Systematic Review of the Literature », *Social Indicators Research*, vol. 61, pp. 59-78.

Richardson, D., P. Hoelscher et J. Bradshaw (2008), « Child Well-being in Central and Eastern European Countries (CEE) and the Commonwealth of Independent States (CIS) », *Child Indicators Research*. vol. 1, pp. 211-250.

UNICEF (2007), *La pauvreté des enfants en perspective : Vue d'ensemble du bien-être des enfants dans les pays riches,* Bilan Innocenti 7, Florence.

ANNEXE 2.A1

Relations entre les indicateurs du bien-être des enfants élaborés par l'OCDE

Le tableau 2.A1.1 ci-dessous établit une corrélation, au niveau international, entre les indicateurs du bien-être des enfants. Les résultats sont présentés par dimension afin de faciliter la compréhension et la comparaison.

Le plus grand nombre de relations significatives a été relevé pour le niveau moyen d'acquis scolaires et l'insuffisance pondérale à la naissance qui sont fortement corrélés avec 13 des 20 autres indicateurs. En outre, chacune des trois mesures du bien-être matériel (revenu familial, pauvreté des enfants et dénuement éducatif) est fortement corrélée à dix ou onze des 20 autres indicateurs. À l'autre extrêmité de l'échelle, l'allaitement maternel, l'activité physique et le tabagisme ne sont corrélés à aucun des 20 autres indicateurs.

Le tableau 2.A1.2 ci-dessous présente la même matrice de corrélation ; il ne prend pas en compte la Turquie. Les chiffres relatifs à ce pays ont en effet été retirés des associations effectuées en raison de plusieurs corrélations inattendues. Par exemple, la corrélation positive significative qui a été relevée entre le goût pour l'école, d'une part, et la proportion de NEET, l'insuffisance pondérale à la naissance et les brimades, d'autre part, tient en grande partie au taux très élevé d'enfants turcs déclarant aimer l'école. Des associations significatives inattendues subsistent toutefois entre le niveau moyen de littératie, et l'alcoolisme et le suicide.

Tableau 2.A1.1. **Corrélations entre les indicateurs du bien-être des enfants**

	Bien-être matériel	Revenu disponible moyen	Enfants vivant dans un foyer pauvre	Dénuement éducatif	**Logement et environnement**	Surpeuplement	Environnement médiocre	**Éducation**	Score moyen dans les acquis	Inégalité dans les acquis	Taux de NEET chez les jeunes	**Santé**	Insuffisance pondérale à la naissance	Mortalité infantile	Taux d'allaitement maternel	Taux de vaccination contre la coqueluche	Taux de vaccination contre la rougeole	Activité physique	Taux de mortalité infantile	Taux de suicide des jeunes	**Comportements à risque**	Tabagisme	Alcoolisme	Grossesses chez les adolescentes	**Qualité de la vie scolaire**	Brimades	Goût pour l'école
Bien-être matériel																											
Revenu disponible moyen		1	–0.42	–0.52		–0.81	–0.16		0.50	–0.23	–0.49		–0.49	–0.59	–0.15	–0.41	–0.36	–0.14	–0.60	0.21		–0.25	–0.22	–0.40		–0.14	0.08
Enfants de foyers pauvres			1	0.62		0.34	0.45		–0.52	0.30	0.55		0.57	0.61	–0.25	–0.18	0.09	0.04	0.52	–0.16		–0.15	–0.25	0.59		0.43	0.16
Dénuement éducatif				1		0.47	0.00		–0.70	0.29	0.78		0.68	0.89	0.08	–0.12	0.11	0.09	0.69	–0.12		–0.26	–0.13	0.75		0.69	0.44
Logement et environnement																											
Entassement						1	0.03		–0.48	0.31	0.29		0.42	0.54	0.23	0.26	0.27	0.14	0.50	–0.16		0.20	0.13	0.39		0.09	–0.40
Environnement médiocre							1		–0.12	0.32	0.26		0.52	0.11	–0.18	0.18	0.12	–0.06	0.15	–0.58		0.23	–0.10	–0.09		0.21	–0.18
Éducation																											
Score moyen en littératie									1	–0.66	–0.64		–0.58	–0.66	–0.06	–0.05	–0.08	0.15	–0.54	0.55		0.15	0.46	–0.64		–0.47	–0.25
Inégalité en littératie										1	0.28		0.53	0.23	0.00	0.00	–0.29	–0.23	0.32	–0.35		0.06	–0.45	0.36		0.35	0.01
Pourcentage de jeunes NEET											1		0.70	0.87	0.11	–0.14	–0.08	–0.07	0.56	–0.31		–0.07	–0.07	0.53		0.59	0.55
Santé																											
Insuffisance pondérale à la naissance													1	0.61	0.02	–0.14	–0.01	–0.07	0.44	–0.38		0.11	–0.12	0.47		0.67	0.29
Mortalité infantile														1	0.13	–0.05	0.12	0.09	0.83	–0.10		–0.04	0.29	0.75		0.59	0.55
Taux d'allaitement maternel															1	0.13	0.29	–0.23	0.01	0.13		–0.07	0.12	0.04		0.00	0.24
Taux de vaccination (coqueluche)																1	0.54	–0.07	0.02	–0.27		0.22	–0.01	–0.14		–0.50	–0.37
Taux de vaccination (rougeole)																	1	0.27	0.13	–0.22		–0.23	0.14	0.09		–0.39	–0.27
Activité physique																		1	0.17	0.22		0.02	0.38	0.19		–0.21	–0.20
Taux de mortalité des jeunes																			1	0.03		–0.18	0.07	0.81		0.18	–0.30
Taux de suicide des jeunes																				1		0.01	0.24	0.03		–0.16	0.11
Comportements à risque																											
Tabagisme																						1	0.24	–0.33		0.05	–0.16
Alcoolisme																							1	0.04		–0.22	–0.05
Fécondité des adolescentes																								1		0.32	0.33
Qualité de la vie scolaire																											
Brimades																										1	0.44
Enfants aimant l'école																											1

Associations statistiques significatives au niveau de 95 %

Associations statistiques non significatives

Source : Calculs de l'OCDE.

Tableau 2.A1.2. **Corrélations entre les indicateurs du bien-être des enfants (hors Turquie)**

	Bien-être matériel	Revenu disponible moyen	Enfants de foyers pauvres	Dénuement éducatif	**Logement et environnement**	Entassement	Environnement médiocre	**Éducation**	Score moyen dans les acquis	Inégalité dans les acquis	Pourcentage de jeunes NEET	**Santé**	Insuffisance pondérale à la naissance	Mortalité infantile	Taux d'allaitement maternel	Taux de vaccination (coqueluche)	Taux de vaccination (rougeole)	Activité physique	Taux de mortalité des jeunes	Taux de suicide des jeunes	**Comportements à risque**	Tabagisme	Alcoolisme	Grossesses chez les adolescentes	**Qualité de la vie scolaire**	Brimades	Enfants aimant l'école
Bien-être matériel																											
Revenu disponible moyen		1	–0.31	–0.40		–0.81	–0.16		0.41	–0.21	–0.38		–0.38	–0.51	–0.10	–0.51	–0.40	–0.15	–0.50	0.21		–0.25	–0.22	–0.32		0.19	0.46
Enfants de foyers pauvres			1	0.51		0.34	0.45		–0.42	0.29	0.45		0.46	0.51	–0.36	–0.14	0.11	0.04	0.50	–0.16		–0.15	–0.25	0.53		0.23	–0.17
Dénuement éducatif				1		0.47	0.00		–0.61	0.29	0.64		0.53	0.82	–0.03	–0.04	0.16	0.12	0.60	–0.12		–0.26	–0.13	0.74		0.45	–0.21
Logement et environnement																											
Entassement						1	0.03		–0.48	0.31	0.29		0.42	0.54	0.23	0.26	0.27	0.14	0.43	–0.16		0.20	0.13	0.39		0.09	–0.40
Environnement médiocre							1		–0.12	0.32	0.26		0.52	0.11	–0.18	0.18	0.12	–0.06	0.19	–0.58		0.23	–0.10	–0.09		0.21	–0.18
Éducation																											
Score moyen en littératie									1	–0.69	–0.62		–0.47	–0.58	0.01	–0.12	–0.09	0.17	–0.53	0.55		0.15	0.46		–0.59	–0.20	0.13
Inégalité en littératie										1	0.43		0.56	0.24	–0.02	0.01	–0.29	–0.23	0.38	–0.35		0.06	–0.45		0.35	0.35	–0.07
Pourcentage de jeunes NEET											1		0.59	0.65	–0.08	–0.06	–0.14	–0.14	0.55	–0.31		–0.07	–0.07		0.56	0.10	–0.15
Santé																											
Insuffisance pondérale à la naissance													1	0.39	–0.07	–0.08	–0.01	–0.08	0.50	–0.38		0.11	–0.12	0.37		0.49	–0.09
Mortalité infantile														1	0.01	0.09	0.20	0.14	0.63	–0.10		–0.04	0.29	0.82		0.08	–0.10
Taux d'allaitement maternel															1	0.16	0.30	–0.23	–0.24	0.13		–0.07	0.12	–0.01		–0.13	0.17
Taux de vaccination (coqueluche)																1	0.54	–0.07	–0.03	–0.27		0.22	–0.01	–0.11		–0.53	–0.37
Taux de vaccination (rougeole)																	1	0.27	–0.09	–0.22		–0.23	0.14	0.10		–0.48	–0.33
Activité physique																		1	0.07	0.22		0.02	0.38	0.20		–0.28	–0.25
Taux de mortalité des jeunes																			1	–0.07		–0.10	–0.16	0.58		0.37	–0.35
Taux de suicide des jeunes																				1		0.01	0.24	0.03		–0.16	0.11
Comportements à risque																											
Tabagisme																						1	0.24	–0.33		0.05	–0.16
Alcoolisme																							1	0.04		–0.22	–0.05
Fécondité des adolescentes																								1		0.03	0.05
Qualité de la vie scolaire																											
Brimades																										1	0.11
Enfants aimant l'école																											1

Associations statistiquement significatives au niveau de 95 %

Associations statistiquement non significatives

Source : Calculs de l'OCDE.

© OCDE 2009

Chapitre 3

Les dépenses sociales aux différents stades de l'enfance

Ce chapitre étudie la manière dont les États répartissent les dépenses sociales entre enfants d'âges différents. C'est la première fois qu'une telle comparaison est entreprise pour tous les pays de l'OCDE. La première section de ce chapitre examine la répartition des dépenses, par le biais des transferts sociaux et des services, sur le cycle de vie des enfants dans 28 pays de l'OCDE. La seconde section explore les variations des transferts sociaux en faveur des familles avec enfants, modélisant et comparant l'évolution du régime d'impôts et de prestations avec l'âge des enfants, en 2003, dans huit pays de l'OCDE : l'Allemagne, le Danemark, les États-Unis, la France, la Hongrie, l'Italie, le Japon et le Royaume-Uni. Les résultats sont présentés en termes de niveaux relatifs de soutien sur le cycle de vie des enfants et pour différents types de familles.

Introduction

L'objectif des dépenses sociales est d'influer sur le bien-être des enfants par le biais des services et des prestations aux familles. Ce chapitre analyse la répartition des dépenses publiques et des transferts sociaux au titre des enfants sur le cycle de vie de l'enfant dans les différents pays de l'OCDE. Il examine également la composition de ces dépenses publiques et de ces transferts sur le cycle de vie de l'enfant.

Actuellement, on ne sait pas grand-chose sur la composition et le montant comparatifs des dépenses publiques et des transferts sociaux au titre des enfants sur le cycle de vie de l'enfant. Or, pour les décideurs publics, il est important d'avoir une vision générale des dépenses publiques actuelles au lieu de se focaliser exclusivement et étroitement sur les augmentations de dépenses marginales dans les cycles budgétaires annuels, voire même sur les additions à des programmes spécifiques. Améliorer la qualité des dépenses actuelles peut être la principale action en vue d'un renforcement des résultats des enfants.

La première section de ce chapitre examine la répartition des dépenses, par le biais des transferts sociaux et des services, sur le cycle de vie des enfants dans 28 des 30 pays membres de l'OCDE. C'est la première fois que l'on se livre à un tel exercice sur une base comparative dans la zone OCDE. La deuxième section explore plus en détail les variations des transferts sociaux en faveur des familles avec enfants et utilise les modèles impôts-prestations de l'OCDE pour huit pays membres. Les résultats sont présentés en termes de niveaux relatifs de soutien sur le cycle de vie des enfants et pour différents types de familles[1].

La répartition des dépenses publiques au titre des enfants varie entre pays de l'OCDE. Globalement dans la zone OCDE, le montant moyen dépensé par enfant jusqu'à l'âge de 18 ans s'établit pour 2003 à environ 126 000 USD. Vingt-quatre pour cent de ces dépenses sont engagées dans le premier tiers de l'enfance ; ce chiffre passe à 36 % dans le deuxième tiers et à presque 41 % dans le troisième. La Hongrie est l'unique pays à consacrer l'essentiel de ces dépenses à la petite enfance, tandis que l'Espagne, l'Islande, le Japon, le Mexique et la Pologne le consacrent à la période intermédiaire de l'enfance et les 22 pays restants à la grande enfance.

Il est notable que l'essentiel de la variation des dépenses se produit durant la petite enfance. Cette variation reflète des conceptions différentes du rôle de l'État durant la petite enfance et les arbitrages complexes entre travail des parents et résultats des enfants auxquels sont confrontées les politiques de la petite enfance.

Pourquoi examiner les dépenses sociales au titre des enfants par âge ?

L'enfance est une période d'investissements importants pour l'avenir. Dans ce processus, les principales institutions décisionnaires sont les familles et les pouvoirs publics. En termes de temps et de ressources, on a de bonnes raisons d'investir lourdement à ce stade du cycle de vie. La rentabilité future est maximisée puisque l'enfance est, dans le cycle de vie, le moment où l'espérance de vie est la plus longue.

Il convient d'aller au-delà des analyses simples qui considèrent les enfants comme un groupe unique et indifférencié et d'examiner les dépenses sociales au titre des enfants dans une perspective de développement et de cycle de vie. Nombre de travaux sur la pauvreté des enfants agrègent les enfants de moins de 14 ans pour voir, par exemple, si le revenu familial équivalent se situe sous un certain seuil de pauvreté. D'autres analyses des dépenses au titre des enfants adoptent également cette approche indifférenciée (Gabel et Kamerman, 2006 ; OCDE, 2007a). Il en va de même des études sur le bien-être des enfants de l'UNICEF (2007) et de celle présentée au chapitre 2, en raison principalement de contraintes de données (voir encadré 2.1).

En conséquence, des travaux théoriques et empiriques récents soulignent le fait que l'on peut accroître l'efficience à long terme des dépenses sociales au titre des enfants en intervenant à un stade précoce (voir encadré 3.1 pour une argumentation faisant autorité dans ce domaine). Une bonne théorie et des éléments de preuves empiriques conduisent à penser que la rentabilité sociale de l'investissement sera probablement sensiblement différente aux différentes périodes de la vie des enfants (Brim et Phillips, 1988 ; Duncan et Magnuson, 2004). En termes spécifiques d'échéancier et de taux différentiel de retour sur investissement tout au long du cycle de vie, des indications sur les taux plus élevés de rendement tirées de microétudes de l'intervention à un stade précoce et des taux de rentabilité de la scolarisation, étayent la théorie (Heckman, 1999). Qui plus est, il existe à l'évidence des périodes sensibles pour le développement des enfants, qui peuvent différer en fonction des résultats de l'enfant (Cunha et Heckman, 2007). La capacité cognitive (QI°), par exemple, se stabilise entre 8 et 10 ans alors que les comportements restent modifiables dans la grande enfance.

De solides arguments ont été développés, qui donnent à penser que les toutes premières années de la vie d'un enfant doivent être traitées, en termes d'élaboration des politiques, comme une période distincte (Duncan et Magnuson, 2003, 2004). Ces auteurs en concluent qu'apparemment nous dépensons trop peu au titre des enfants, et en particulier des très jeunes enfants par rapport aux plus grands (Duncan et Magnuson, 2003, p. 2). En outre, des éléments empiriques indiquent que des expériences différentes durant la petite enfance permettent davantage de prévoir les résultats au niveau de la grande enfance que des expériences différentes dans la période intermédiaire de l'enfance. Magnuson *et al.* (2003) constatent que le contexte de la phase intermédiaire de l'enfance n'apporte pas grand chose à celui de la petite enfance pour l'explication des résultats obtenus à 13-14 ans. Ils en concluent que les associations les plus fortes avec les résultats des adolescents ont été observées pour l'expérience, les facultés et les comportements avec lesquels les enfants abordent la phase intermédiaire de l'enfance. Ainsi donc, si le contexte de la phase intermédiaire de l'enfance peut constituer des sources indépendantes de risque et de résilience pour les enfants, et être sensible à des stratégies d'intervention des pouvoirs publics d'un bon rapport coût/efficacité, ce qui est déterminant pour comprendre leurs éventuels succès et leurs comportements c'est la nature des soins et du soutien dont ils ont bénéficié avant la phase intermédiaire de l'enfance (Magnuson *et al.*, 2003, p. 13)[2]. Plusieurs études montrant que l'impact du revenu familial et des transferts sociaux sur le développement de l'enfant dépend du moment de l'enfance où ces revenus sont acquis, sont des indications supplémentaires de l'importance de ce moment pour l'action des pouvoirs publics (Duncan et Brooks-Gunn, 1997 ; Morris *et al.,* 2004 ; voir également des citations dans Dahl et Lochner, 2005, p. 5).

Encadré 3.1. **Profils de dépenses selon l'âge et modèle d'investissement d'Heckman**

James Heckman propose un modèle d'investissement évolutif tout au long de l'enfance. L'une de ses principales conclusions est que l'investissement dans l'enfance doit être particulièrement intensif au stade de la petite enfance pour diminuer après au fur et à mesure que les enfants grandissent (par exemple, Heckman 1999, 2007 ; Heckman et Masterov, 2007 ; Cunha et Heckman, 2007 ; Knudsen *et al.*, 2006). Au lieu de traiter l'enfance comme un bloc indifférencié, ce modèle de formation des compétences de l'adulte reconnaît l'importance des différents stades de l'enfance. Il reconnaît également trois imperfections du marché du crédit : 1) l'impossibilité pour un enfant de choisir ses parents, 2) l'impossibilité pour un parent d'emprunter sur les revenus futurs de son enfant et 3) l'impossibilité pour un parent d'emprunter sur ses propres revenus futurs.

Le modèle formel de formation des compétences est cohérent avec six faits stylisés :

1. Des écarts de compétences entre individus et groupes sociaux apparaissent à un stade précoce du cycle de vie des enfants.
2. Il existe au cours du cycle de vie des enfants des périodes critiques durant lesquelles doit se faire l'acquisition de compétences ou durant lesquelles elle est plus facile.
3. Les retours sur investissement sont importants pour les jeunes enfants défavorisés et faibles pour les adolescents défavorisés.
4. L'investissement à différents âges est complémentaire. Si l'investissement à un âge précoce n'est pas suivi d'un investissement ultérieur, son effet sera moindre.
5. L'effet des restrictions de crédit sur les résultats d'un enfant à l'âge adulte dépend de l'âge auquel elles s'appliquent.
6. Les compétences socio-émotionnelles favorisent les compétences cognitives et constituent un résultat important à promouvoir.

Le modèle formel pour le ratio investissement précoce/investissement tardif comporte trois paramètres critiques : le multiplicateur de compétences (qui incorpore les notions d'autoproductivité et de complémentarité dynamique des investissements), le taux d'intérêt et la facilité de compenser un défaut d'investissement précoce à un stade ultérieur du cycle de vie. Plus le multiplicateur de compétences sera élevé et la facilité de compenser un défaut d'investissement précoce à un stade ultérieur du cycle de vie faible, plus le ratio investissement précoce/investissement tardif sera élevé. En revanche, plus le taux d'intérêt sera élevé plus l'investissement ultérieur sera avantageux.

Le modèle formel ne prédit pas que l'investissement précoce doit être supérieur à l'investissement ultérieur. Sa conclusion en termes de politique est plutôt fonction des déductions et des éléments indiquant que le multiplicateur de compétences est élevé et que la faculté de remédier à un défaut d'investissement précoce à un stade ultérieur du cycle de vie est faible.

Le modèle ignore le bien-être de l'enfant en tant que tel. La prise en compte du bien-être de l'enfant pour les enfants en tant que tels risque de modifier les recommandations de principe concernant les profils de dépenses par âge.

Le fait stylisé probablement le plus litigieux est le faible retour sur investissement dans des adolescents défavorisés. Toutefois, des stratégies hautement ciblées d'intervention en faveur d'adolescents à problèmes peuvent avoir des taux de rendement très élevés (Aos *et al.*, 2004). Pour les pouvoirs publics, il est important de se souvenir qu'à quelque stade que ce soit du cycle de vie de l'enfant, des programmes peuvent avoir un taux élevé de rendement social.

Un enfant en bas âge n'a pas les mêmes besoins qu'un jeune de 18 ans. Les aptitudes verbales et les capacités cognitives des enfants s'accumulent tout au long de leur cycle de vie au même titre que leur prise de conscience des besoins des autres (Fabes et Eisenberg, 1996). Des données expérimentales montrant que les jeunes enfants sont plus susceptibles de se comporter en égoïstes en voulant toujours plus que des enfants d'âge scolaire, des adolescents ou de jeunes adultes sont des indices d'un développement de la socialisation et de l'altruisme entre l'âge du jardin d'enfants et l'adolescence (voir Murnigham et Saxon, 1998 ; Harbaugh *et al.,* 2001 ; et Benenson *et al.,* 2007). Au fur et à mesure que l'enfant grandit, il acquiert également de l'expérience et sa faculté de jugement s'améliore, ce qui permet à ses parents de lui déléguer davantage de responsabilités. Corrélativement, sa capacité à prendre des décisions indépendantes concernant l'avenir se développe sur la base d'une capacité grandissante à différer la gratification. Enfin la capacité de l'enfant à communiquer sur ses besoins et ses désirs se développe également avec l'âge.

Si le coût d'un enfant diffère selon son âge, les schémas de dépenses par âge de l'enfant sont également importants. Si le coût pour les familles diffère selon l'âge des enfants, des ressources sociales reflétant cette différence de coût pourraient être allouées aux familles aux diverses étapes du cycle de vie de l'enfant. Dans de nombreux pays de l'OCDE, on considère de longue date que les grands enfants pèsent davantage sur le budget des familles en termes de nourriture, d'habillement et de loisirs. L'échelle d'équivalence modifiée de l'OCDE attribue un poids plus grand aux enfants de plus de 13 ans. Des travaux empiriques montrent que les dépenses des familles au titre des enfants augmentent avec l'âge (voir, par exemple, Henman *et al*., 2007). Dans un certain nombre de pays de l'OCDE, les prestations pour enfants augmentent également avec l'âge, reflétant ces résultats et des résultats similaires. Mais ces travaux négligent les coûts non monétaires, notamment ceux liés à la perte de temps de loisir pour les parents. L'observation donne à penser que les soins et la garde des jeunes enfants demandent considérablement plus de temps parental, diminuant leur temps de loisirs. Ces coûts d'opportunité des loisirs ne sont habituellement pas pris en compte dans les estimations du coût des enfants axées sur les coûts monétaires[3]. Des travaux récents ont essayé de prendre en compte l'intégralité des coûts d'opportunité des enfants, notamment en valorisant la réduction du temps de loisirs des parents. Bien que constatant que les dépenses monétaires au titre des enfants augmentent avec l'âge, Bradbury (2008) en conclut qu'en Australie le coût complet des enfants diminue effectivement avec l'âge. Il constate que, pour une famille dont le plus jeune enfant a moins de 3 ans, le temps de loisirs auquel les parents doivent renoncer est de 26 heures par semaine ; il tombe à 19 heures lorsque le plus jeune enfant a 3-4 ans et à 14 heures lorsqu'il a entre 5 et 11 ans. Aux États-Unis, Folbre *et al.* (2005, tableau 2) constatent un schéma similaire d'intensité de temps plus grande pour les jeunes enfants. Ils indiquent que les soins et la garde des enfants de moins de 3 ans prennent 42 heures de temps parental par semaine contre 34 pour des enfants de 3 à 5 ans, 24 pour des enfants de 6 à 8 ans et 20 pour des enfants de 9 à 12 ans.

Les droits des enfants ont également une dimension d'âge. Des clauses particulières de l'UNCRC établissent que tous les enfants doivent avoir le droit de bénéficier de services de santé, y compris de soins pré et postnataux, des soins de santé préventifs et curatifs (art. 24) et de recevoir une éducation de base (art. 28).

Le bien-être des enfants se définit différemment selon l'âge de l'enfant. Des travaux empiriques montrent des divergences notoires d'évolution dans le temps du bien-être des enfants par groupe d'âge. Land *et al*. (2007, graphique 3a, p. 119) examinent le bien-être des

enfants aux États-Unis pour trois groupes – petite enfance, période intermédiaire de l'enfance et grande enfance – entre 1975 et 2001. Le bien-être augmente fortement dans le temps pour la petite enfance ; il est stable pour la grande enfance et décroît fortement sur la période intermédiaire de l'enfance. Si le bien-être des enfants pour différents groupes d'âge peut évoluer dans des directions aussi différentes, il est intéressant d'analyser les stratégies d'intervention sociales par groupe d'âge.

Méthode d'établissement des profils et sources de données

Les profils de dépenses par âge enregistrent les dépenses publiques au titre des enfants par âge. Ces dépenses sont des montants nationaux qui n'incluent pas les dépenses au niveau régional ou local dans la mesure où ces données ne sont pas aisément disponibles. Cette limite doit rester très présente à l'esprit pour les pays membres à structure fédérale plus décentralisée comme la Suisse. La deuxième partie de ce chapitre, qui construit une analyse des régimes d'impôts et de prestations pour huit pays de l'OCDE, intègre à l'analyse une dimension redistributive individuelle au lieu de se focaliser simplement sur des moyennes de population.

Les profils de dépenses par âge, incluant à la fois les dépenses de protection sociale et les dépenses d'éducation, couvrent 28 des 30 pays de l'OCDE. Le Canada et la Turquie ne sont pas pris en compte en raison de problèmes de données. Dans la plupart des pays, les profils vont bien au-delà de l'âge de la majorité et assurément au-delà de 18 ans, qui est la limite de l'enfance dans la définition des Nations Unies. Cette extension s'explique par le fait que de nombreux pays continuent à verser des « prestations pour enfants » lorsque les individus sont encore dans l'enseignement postobligatoire à plein-temps et que probablement ils dépendent encore financièrement de leurs parents. En outre, au-delà de 18 ans, le montant de l'investissement éducatif est considérable.

La principale source de données pour les profils de dépenses par âge est la *Base de données de l'OCDE sur les dépenses sociales* (SOCX), qui liste les programmes et les informations sur les politiques actives du marché du travail en faveur des jeunes[4]. Les profils présentés ont été établis à l'aide des dépenses après impôts directs. Des données sur la fiscalité directe sont publiées dans le cadre de SOCX. Les chiffres corrigés sont ventilés entre les cohortes d'âge des enfants à l'aide des règles applicables à chaque prestation (admissibilité selon l'âge, montants des paiements, etc.). Les tailles des cohortes d'âge des enfants sont définies par les statistiques de population par âge des enfants et tirées des sources de données officielles de l'OCDE. Si les paiements au titre du congé parental cessent dès lors que l'enfant atteint 18 mois, le chiffre de SOCX est ventilé entre deux tiers la première année et un tiers la deuxième. Ou, si les pouvoirs publics autorisent les mères à prendre trois de ces 18 mois avant la naissance de leur enfant, un sixième du montant leur est alloué avant la naissance et le solde après la naissance.

La deuxième source utilisée pour l'établissement des profils de dépenses est la *Base de données sur l'éducation de l'OCDE*. Les dépenses effectuées pendant les années préscolaires (lorsqu'elles ne sont pas incluses dans SOCX), par école primaire, secondaire et postsecondaire non tertiaire, et les dépenses au titre de l'enseignement tertiaire sont utilisées. Les chiffres du nombre d'inscrits par niveau d'enseignement sont utilisés pour affecter les dépenses aux cohortes d'âge.

Toute une série de sources ont été utilisées pour identifier les règles et les conditions d'admissibilité selon l'âge et les montants des allocations familiales, notamment les

chapitres par pays pour les modèles impôts-prestations de l'OCDE en 2003 (disponibles *via* le site Internet sur les prestations et salaires dans OCDE, 2007b), les notes par pays pour SOCX, MISSOC (2003), les revues internationales des politiques de la famille et de la sécurité sociale (*Politiques sociales dans le monde 2008*), Bradshaw et Finch (2002), mais aussi d'autres sources publiques et universitaires nationales. Le nombre d'enfants inscrits dans des structures d'accueil a été tiré des statistiques publiées par les États dans la *Base de données sur la famille de l'OCDE* (2008).

Limites

Les modèles ne permettent de faire qu'une approximation des schémas de dépenses par âge dans les pays, à partir des données agrégées et des règles de dépenses. Les experts nationaux de chaque pays auront accès à des informations plus détaillées en termes de programmes et de règles de dépenses de la population ; ils pourront donc élaborer de meilleurs profils individuels par pays. L'avantage de l'approche adoptée ici est la comparabilité entre pays de l'OCDE. Les principales composantes des dépenses sont, d'un point de vue comparatif, affectées avec précision. Néanmoins, il est probable que la précision des profils pourra être améliorée au fil des années. Nous espérons que cette première analyse encouragera un examen ultérieur plus approfondi au niveau des pays.

Des problèmes importants concernant l'agrégation des transferts sociaux et des prestations en nature imposent certaines limites. Les transferts sociaux sont accordés aux familles et dans les familles ce sont habituellement les adultes qui décident des dépenses et celles-ci peuvent concerner ou non les enfants. En revanche, les prestations en nature, comme les prestations d'éducation, vont directement à l'enfant (si elles sont perçues).

Des problèmes d'agrégation se posent également entre les différentes sortes de transferts sociaux. Certains transferts liés aux enfants, par exemple les prestations pour enfants, se bornent à donner de l'argent sans imposer aucune forme d'exigence. En revanche, les indemnités de congé parental imposent une réduction du temps de travail, le temps ainsi libéré contribuant à l'amélioration du bien-être de l'enfant. L'approche adoptée ici ne fait aucune distinction de valeur entre les deux formes de transferts sociaux. Des conditions, limitant en l'espèce l'accumulation formelle de capital humain, sont également imposées dans certains pays pour le versement des prestations pour enfants au-delà d'un certain âge. Pourtant, ces transferts sont également agrégés, dollar par dollar, aux prestations sans conditions.

Des hypothèses de coûts identiques sont également appliquées lors de l'estimation des dépenses par âge. Cette hypothèse est particulièrement sensible aux schémas de dépenses lorsque les approches adoptées pour offrir le même service à des enfants d'âge différent présentent des différences manifestes. Par exemple, s'agissant de la garde des enfants, les enfants plus âgés nécessiteront un nombre moindre de travailleurs par enfant et, à ce titre, les coûts de ce groupe seront probablement moindres. Les différences exactes entre pays ne pouvant être clairement identifiées, nous n'avons pas cherché à les prendre en compte. Toutefois, il est important de noter que ces variations des coûts par enfant sensibles à l'âge sont minimisées et, dans le cas de certains pays, annulées lorsque les données sont agrégées pour les trois grandes périodes de l'enfance.

L'approche donne un profil moyen de dépenses par âge. Les pays couverts par la présente étude auront des niveaux différents de dépenses au titre des groupes à haut risque ou à risque faible à chaque stade du cycle de vie des enfants. Par exemple, le

montant moyen dépensé par enfant au titre des enfants à haut risque sera probablement moindre après la fin de la scolarité obligatoire, car ces enfants sont particulièrement nombreux à sortir du système éducatif. En faisant des moyennes, on gomme ces contextes nationaux individuels et les réponses relatives des pouvoirs publics au risque social.

Lorsqu'on évalue l'impact sur les enfants des revenus provenant des transferts, on établit habituellement un revenu familial équivalent pour prendre en compte le fait que les enfants vivent dans des familles et que la taille de ces familles diffère. Or, nous ne pouvons établir ici des revenus de transferts équivalents en raison de la nature agrégative de l'étude, ce qui revient à surestimer dans les profils le rôle des revenus provenant des transferts pour les enfants par rapport à celui des services en nature.

Dans cette approche, les services publics en nature sont évalués à leur prix coûtant pour l'État. Ce mode de valorisation est couramment utilisé mais l'idéal serait d'évaluer ces services à leur valeur pour les familles et les enfants, laquelle pourrait bien être inférieure à leur coût.

Enfin, les dépenses publiques au titre de l'aide sociale ne sont pas le seul élément contribuant au bien-être de l'enfant. Les éléments déterminants d'ordre privé sont un environnement familial stimulant, l'accès des familles à un soutien informel au sein de la collectivité, la possibilité pour les enfants de participer à la communauté et à la société, la qualité de vie, par exemple la sécurité et l'accès à l'espace extérieur. La quantité et la qualité de l'investissement en temps des parents, que prend en compte par exemple l'approche de Dalman et Bremberg (1999) pour la Suède (voir encadré 3.2), sont à l'évidence des omissions importantes dans l'examen de l'investissement dans les enfants (mais voir un peu plus loin l'encadré 6.1).

Parmi les programmes sociaux exclus des profils de dépenses par âge figurent les dépenses sociales privées, obligatoires comme volontaires. La qualité de la couverture dans l'ensemble de données relatives aux dépenses privées volontaires varie d'un pays à l'autre. L'inclusion de telles mesures pourrait donner une impression trompeuse d'exhaustivité sans pour autant améliorer la comparabilité. En tout état de cause, le détail des dépenses par programme n'est pas aisément disponible, de sorte que toute tentative d'affectation des dépenses par âge serait arbitraire. En théorie, les dépenses privées obligatoires pourraient être incluses plus facilement que les dépenses privées volontaires. Toutefois, les dépenses privées obligatoires au titre des enfants sont d'un montant insignifiant de sorte que leur non prise en compte dans les calculs qui suivent ne fait guère de différence par rapport aux distributions des profils de dépenses par âge.

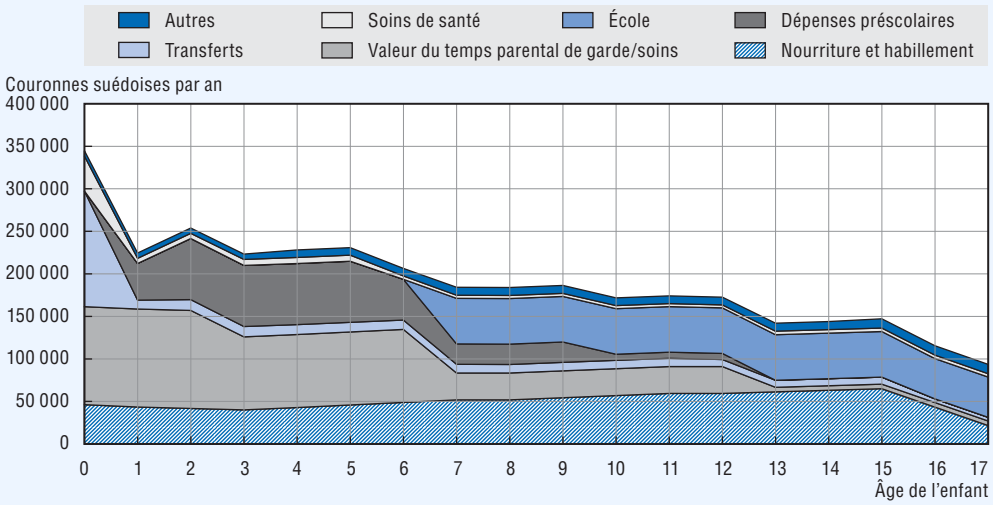
Pour quatre pays, les paiements effectués aux parents isolés dans le cadre des « prestations familiales » dans les dépenses sociales publiques sont exclus. En effet, le *Parenting Payment* en Australie, le *Income Support* au Royaume-Uni, la *Lone Parents' Allowance* en Irlande et la *Domestic Purposes Benefit for Sole Parents* en Nouvelle-Zélande sont des paiements aux parents isolés qui, dans d'autres pays seraient regroupés dans des prestations plus larges de soutien du revenu lesquelles ne sont pas classées dans les paiements aux familles. En les incluant pour l'Australie, l'Irlande, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni, on compromettrait la comparabilité internationale des données.

Les dépenses publiques de santé ne sont pas prises en compte dans les dépenses par âge des enfants car elles ne peuvent être aisément ventilées par âge. Les dépenses de santé incluent les services prénataux, le coût des services hospitaliers à la naissance et les services postnataux. Or, il est important pour le bien-être de l'enfant de les prendre en

Encadré 3.2. **Profil de dépenses par âge pour un enfant suédois**

Les travaux comparatifs sur les profils de dépenses par âge de l'enfant ont été en partie motivés par un rapport suédois dont la portée est plus large que celle de ce chapitre (Dalman et Bremberg, 1999)*. L'étude de Dalman et Bremberg est une évaluation exhaustive de toutes les ressources mises à la disposition des enfants par année d'âge, de la naissance à 18 ans, que ces ressources proviennent de la famille ou des pouvoirs publics. Les chiffres des dépenses publiques se fondent sur les chiffres fournis par l'administration centrale et les administrations locales. Les estimations concernent le comté de Stockholm, qui a une population d'environ 1.8 million d'habitants sur une population totale d'environ 9 millions de personnes. Le détail du profil est représenté ci-dessous pour l'année 1995.

Dépenses formelles et informelles au titre des enfants de 0 à 17 ans, Suède, 1995, par âge



Source : Les données originales utilisées par Dalman et Bremberg (1999) ont été aimablement fournies à l'OCDE par le professeur Sven Bremberg.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/711433604283

Les dépenses incluent les dépenses des familles au titre des enfants. Ces dépenses se divisent en dépenses monétaires (nourriture, habillement, etc.) auxquelles s'ajoute une estimation de la valeur du temps consacré par les parents à la garde et aux soins des enfants, sur la base d'études de l'utilisation du temps et des salaires moyens. Le déclin au fil des ans du temps que les parents consacrent à leurs enfants est particulièrement frappant, ce qui est cohérent avec les conclusions de Bradbury (2008) et de Folbre (2008). Les dépenses monétaires augmentent modérément avec l'âge des enfants, ce qui reflète ce que nous savons sur les coûts monétaires des enfants. Globalement, la contribution totale de la famille décroît avec l'âge.

Dans les premières années, le schéma des transferts est dominé par le congé parental rémunéré. Par la suite, les transferts diminuent pour devenir insignifiants lorsque les dépenses préscolaires puis scolaires passent au premier plan. Globalement, les dépenses liées à la santé et aux sports et loisirs apparaissent relativement peu importantes. Les dépenses de santé sont notoirement plus élevées dans la première année de vie de l'enfant, en raison vraisemblablement du coût relativement élevé de l'accouchement qui implique l'intervention de spécialistes médicaux et des journées d'hôpital.

Encadré 3.2. **Profil de dépenses par âge pour un enfant suédois** *(suite)*

L'un des problèmes conceptuels de l'approche de Dalman et Bremberg est le double comptage. Les transferts monétaires publics sont comptabilisés en tant que tels mais ils ont également une fonction de financement des dépenses des familles au titre de « l'alimentation, l'habillement, etc. ». De même, on pourrait considérer que le comptage des transferts publics liés au congé parental couvre le coût du temps consacré par les parents à la garde/aux soins du jeune enfant alors que ce temps est également évalué et comptabilisé en plus dans la composante familiale des soins parentaux.

* Merci à Sven Bremberg, professeur associé au Département de santé publique du National Institute of Public Health, Karolinska Institute, pour m'avoir facilité l'accès à ces travaux.

compte car la santé est indispensable à une bonne scolarité, au jeu et à la construction de relations. Dans la plupart des pays, la principale composante des dépenses de santé au titre des enfants concernera probablement les quelques semaines autour de la naissance. La plupart de ces coûts sont habituellement liés à l'accouchement. Aux termes d'une convention internationale, les coûts d'accouchement sont également répartis entre la mère et l'enfant. Pour les naissances normales, les coûts de naissance sont principalement des coûts d'hospitalisation et d'accouchement. La différence sera probablement importante entre les coûts médians de santé à la naissance et les coûts moyens de santé, ces derniers étant gonflés par les cas très coûteux mais relativement rares d'accouchement prématuré ou de complications postnatales qui requièrent bien souvent une longue hospitalisation et des soins spécialisés. Passée la période périnatale, les coûts de santé des enfants sont habituellement faibles dans la mesure où ce groupe de population est habituellement l'un de ceux qui se porte le mieux. En fait, le profil suédois qui englobe les soins de santé, démontre exactement le même schéma (voir encadré 3.2).

Pour la présentation des profils, nous utilisons des données de 2003 pour les dépenses sociales, celles de 2005 nous étant parvenues trop tard pour pouvoir être utilisées ici. Mais la forme générale des profils est globalement assez analogue, avec quelques changements à la marge pour certains pays. Ces données pour 2003 sont ventilées entre les différents groupes d'âge, ce qui donne les dépenses par âge pour l'année en question. Si aucun changement de politique n'est intervenu depuis 2003, cette approche indiquera donc le montant moyen de dépense auquel un enfant né en 2003 sera exposé sur une seule année de son cycle de vie, de la naissance à l'âge (parfois bien supérieur à 20 ans) auquel cessent les prestations pour enfants. Une autre approche consisterait à étudier une seule cohorte d'enfants plutôt qu'une coupe transversale de données. On pourrait, par exemple, présenter les données sur les dépenses moyennes pour des jeunes de 18 ans en 2003 à côté de données similaires pour des jeunes de 17 ans en 2002, de 16 ans en 2001, etc., et montrer ainsi les dépenses liées à l'âge sur le cycle de vie des enfants pour une cohorte unique d'enfants. Une telle approche prendrait en compte les changements de politique sur le cycle de vie de différentes cohortes d'enfants mais sa reproduction au niveau international nécessiterait un nombre considérable de données.

Un certain nombre de mises en garde s'imposent pour l'interprétation des résultats. Mais nonobstant l'éventail des limites discutées ci-dessus, certains atouts de l'analyse subsistent. Tout d'abord, les profils sont faciles à comprendre et ils identifient clairement le montant de dépenses sociales et l'effort d'éducation par âge dans les pays de l'OCDE. Les

profils identifient également où et comment s'effectue l'investissement public dans les enfants, et ils résument de façon simple tout un éventail de matériaux complexes. Ce travail constitue un premier pas sur la voie de l'analyse de l'investissement tout au long du cycle de vie qui peut être croisé avec les résultats en termes de bien-être de l'enfant.

Discussion des profils de dépenses par âge des enfants

Cette section résume les résultats des profils de dépenses par âge dans plusieurs formats différents. Pour commencer, les dépenses au titre des enfants sont ventilées entre trois périodes de durée (presque) équivalente. Ces trois périodes sont la période de la petite enfance (de la naissance à l'âge de 5 ans inclus), la période intermédiaire de l'enfance (6 à 11 ans inclus) et la grande enfance (12 à 17 ans inclus). Le montant de dépenses par phase de l'enfance est analysé à la fois par la proportion des dépenses totales au titre des enfants et par le ratio des dépenses d'une période sur les dépenses d'une autre période. Après quoi, une ventilation des dépenses selon le type aux différents âges et des profils détaillés année par année sont examinés pour chacun des pays. Pour ces dernières analyses, les dépenses de chaque pays sont normalisées par le revenu net médian des ménages d'âge actif de chaque pays, ce qui permet une relative comparaison entre pays. Autrement dit, cet examen indique le montant que chaque pays dépense au titre de ses enfants, rapporté à son revenu moyen. Les montants dépensés sont également comparés en dollars EU à l'aide de la parité de pouvoir d'achat.

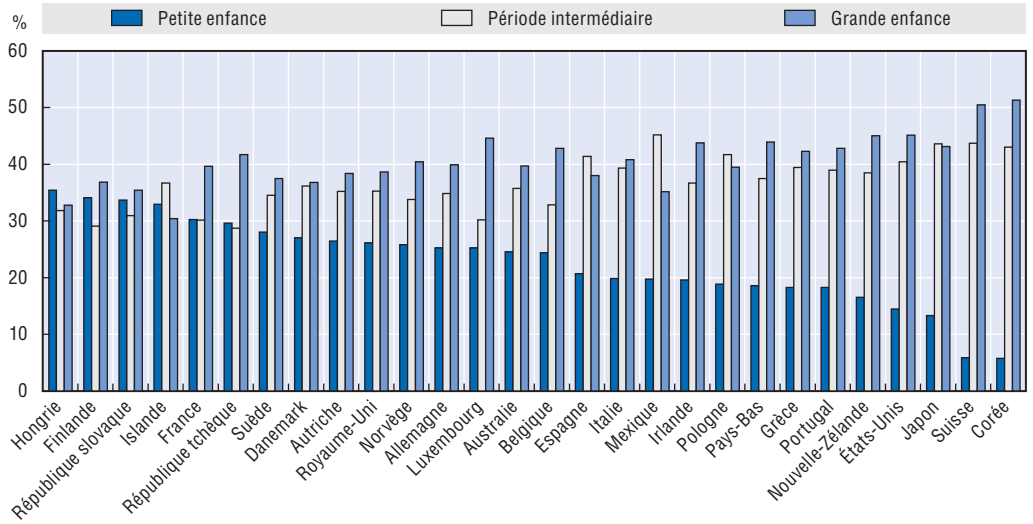
La limite d'inclusion fixée à 18 ans est conforme à la définition que les Nations Unies donnent des enfants. Cependant, dans la mesure où dans de nombreux pays de l'OCDE les prestations pour enfants continuent d'être servies au-delà de 18 ans, les profils de dépenses année par année ont été étendus jusqu'à 27 ans, qui est l'âge auquel l'Allemagne cessait de verser la prestation pour enfants en 2003.

Dépenses sociales pour chacune des trois grandes périodes de l'enfance

Le graphique 3.1 et le tableau 3.1 brossent un tableau général des dépenses publiques sociales par enfant à chacune des trois grandes étapes de l'enfance dans les 28 pays de l'OCDE étudiés ici. Sur les 28 pays, 23 dépensent davantage au titre de la période intermédiaire de l'enfance qu'au titre de la petite enfance. Seules la Finlande, la Hongrie, la République slovaque et la République tchèque dépensent davantage au titre de la petite enfance qu'au titre de la période intermédiaire de l'enfance. Un plus grand nombre encore (26 sur 28) dépensent davantage au titre de la grande enfance que de la petite enfance. Les deux pays restants (Hongrie et Islande) dépensent un montant supérieur ou équivalent au titre de la petite enfance. Seuls cinq pays (Espagne, Islande, Japon, Mexique et Pologne) dépensent davantage au titre de la période intermédiaire de l'enfance qu'au titre de la grande enfance. Seule la Hongrie consacre globalement l'essentiel de ses dépenses sociales à la petite enfance. Aucun pays de l'OCDE ne réduit progressivement ses dépenses sociales publiques par période de l'enfance.

Graphique 3.1. **Dépenses sociales publiques par tête, par période de l'enfance, 2003**

Proportion des dépenses totales au titre des enfants et des familles



Source : Base de données de l'OCDE sur les dépenses sociales et *Base de données de l'OCDE sur l'éducation.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/711482381556

Tableau 3.1. **Inégalités des dépenses par âge, 2003**

	Ratios des dépenses par stade du cycle de vie		
	Enfance Intermédiaire/Petite	Enfance Grande/Intermédiaire	Enfance Grande/Petite
Australie	1.46	1.11	1.62
Autriche	1.33	1.09	1.45
Belgique	1.35	1.30	1.76
République tchèque	0.97	1.45	1.41
Danemark	1.34	1.02	1.36
Finlande	0.85	1.27	1.08
France	1.00	1.31	1.31
Allemagne	1.38	1.15	1.58
Grèce	2.16	1.07	2.31
Hongrie	0.90	1.03	0.92
Islande	1.11	0.83	0.92
Irlande	1.87	1.19	2.24
Italie	1.98	1.04	2.06
Japon	3.28	0.99	3.24
Corée	7.50	1.19	8.94
Luxembourg	1.19	1.48	1.77
Mexique	2.29	0.78	1.78
Pays-Bas	2.02	1.17	2.36
Nouvelle-Zélande	2.33	1.17	2.72
Norvège	1.31	1.20	1.57
Pologne	2.22	0.95	2.10
Portugal	2.13	1.10	2.35
République slovaque	0.92	1.14	1.05
Espagne	2.00	0.92	1.84
Suède	1.23	1.09	1.34
Suisse	7.46	1.15	8.62
Royaume-Uni	1.35	1.09	1.48
États-Unis	2.80	1.12	3.13
Moyenne OCDE	2.06	1.12	2.30
Écart-type	1.65	0.16	1.93

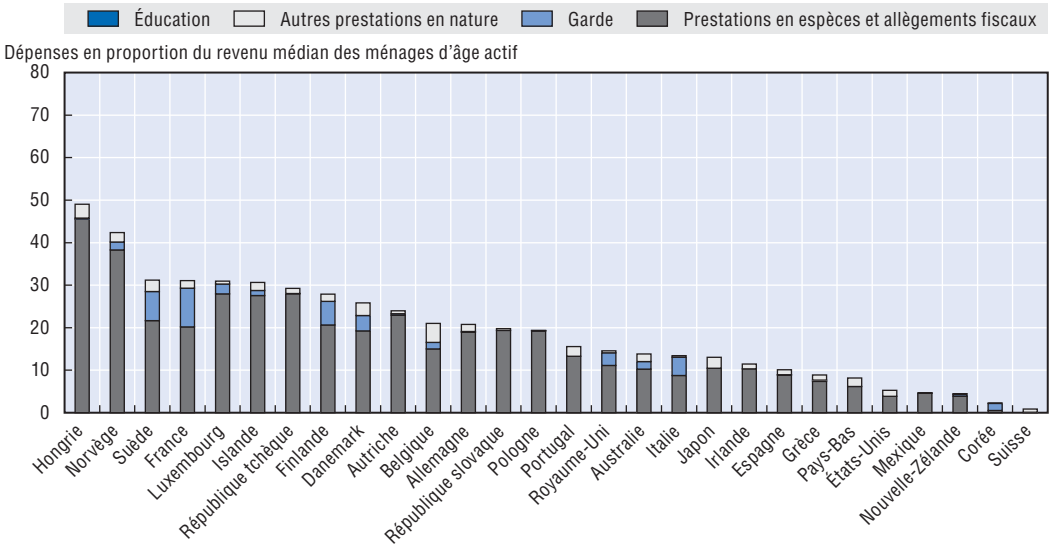
Source : Base de données de l'OCDE sur les dépenses sociales et *Base de données de l'OCDE sur l'éducation.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/711507816442

En moyenne, dans l'ensemble des 28 pays représentés sur le tableau 3.1, les dépenses sont deux fois plus élevées durant la période intermédiaire de l'enfance que durant la petite enfance, tandis que durant la grande enfance elles sont en moyenne 2.3 fois plus importantes que durant la petite enfance. Il convient de noter que les montants dépensés durant la période intermédiaire de l'enfance sont plus similaires, bien qu'inférieurs, à ceux dépensés durant la grande enfance. On observe une grande similitude des stratégies de dépenses relatives des différents pays entre la période intermédiaire de l'enfance et la grande enfance mais pour la petite enfance les différences d'approche sont plus grandes (comme en témoignent les écarts-types du tableau 3.1).

Nous allons à présent examiner la composition des dépenses aux différents stades du cycle de vie de l'enfant en termes d'éducation, d'autres prestations en nature, de garde des enfants, de prestations en espèces et d'allègements fiscaux dans chaque pays. Le graphique 3.2 montre les dépenses par tête au titre de la petite enfance (moins de 2 ans) par rapport au revenu médian net des ménages d'âge actif. Pour la majorité des pays, les prestations en espèces constituent l'essentiel des dépenses autres que de santé effectuées au titre du jeune enfant. À l'exception de l'Australie et des États-Unis, chaque pays verse une allocation de maternité englobant un congé prénatal et un congé postnatal, qui remplace à des taux divers le salaire de la mère. Les prestations en espèces du congé parental, primes à la naissance et prestations pour enfants versées en espèces sont également incluses. Les prestations en nature sont rarement ciblées de façon spécifique sur le jeune enfant. Dans la majorité des pays, une panoplie de programmes d'aide à domicile, d'aide au logement, de compléments alimentaires et des services d'aide familiale apportent une même contribution à toutes les familles ayant des enfants âgés de 0 à 17 ans. C'est pourquoi tous les pays ont enregistré quelques dépenses en nature. Reflétant le stade précoce du cycle de vie, les dépenses de garde d'enfants sont relativement peu importantes, car la plupart des enfants sont d'une manière ou d'une autre gardés dans le cadre familial.

Graphique 3.2. **Les prestations en espèces représentent l'essentiel des dépenses sociales au titre du jeune enfant (moins de 2 ans), 2003**

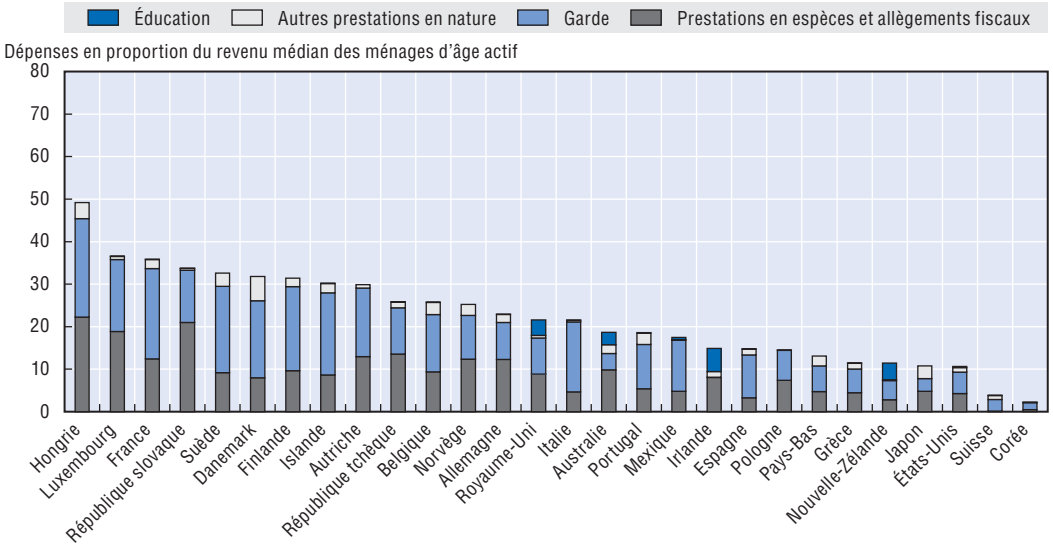


Source : Base de données de l'OCDE sur les dépenses sociales et *Base de données de l'OCDE sur l'éducation.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/711533057301

Le graphique 3.3 analyse la totalité des dépenses au titre de la petite enfance (0 à 6 ans) en proportion du revenu médian (les dépenses sont indiquées par enfant et par an ; elles sont directement comparables avec celles du graphique 3.2). Si les prestations en espèces dominent dans les stratégies à destination du jeune enfant, les prestations en nature, en particulier en matière de garde des enfants et d'éducation préscolaire, deviennent nettement plus importantes dans les stratégies de dépenses pour la petite enfance. Des dépenses liées à la scolarité obligatoire commencent également à faire leur apparition dans les pays anglophones.

Graphique 3.3. **Dans la petite enfance, la garde des enfants est un élément important des dépenses sociales par tête au titre des enfants, 2003**



Source : Base de données de l'OCDE sur les dépenses sociales et *Base de données de l'OCDE sur l'éducation.*

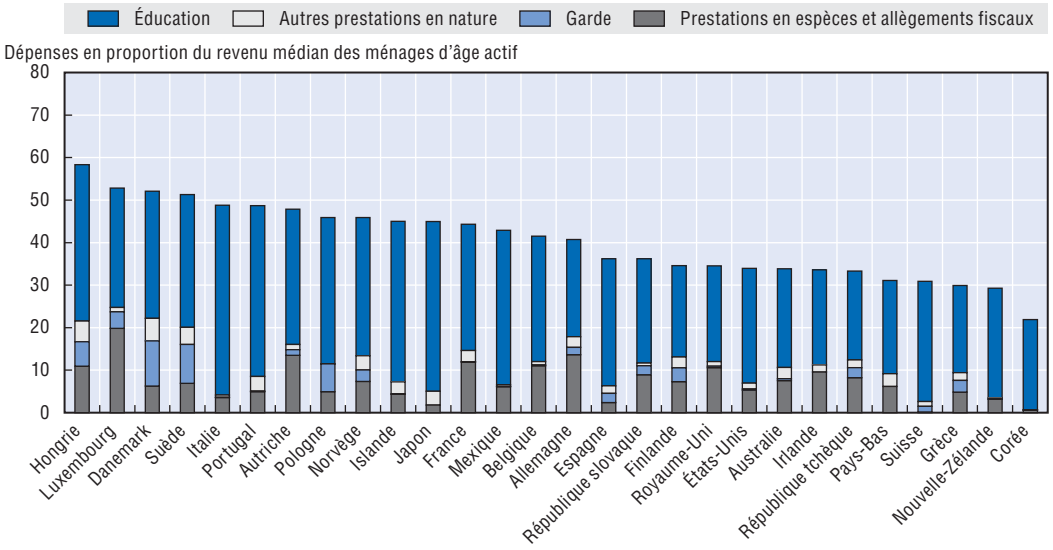
StatLink http://dx.doi.org/10.1787/711551376181

En termes d'investissement relatif, la variation entre les pays est importante. La Hongrie apparaît toutefois comme un pays à bas revenu (selon les normes de l'OCDE) mais à niveau relativement élevé de dépenses sociales. Les États-Unis et le Japon apparaissent eux comme des pays à haut revenu dépensant relativement peu au titre des services publics à la petite enfance. Les performances médiocres de la Suisse, eu égard au niveau élevé de son PIB par tête, reflètent le montant important des dépenses en faveur des enfants engagées au niveau cantonal, lequel n'est pas pris en compte dans la base de données de l'OCDE sur les dépenses sociales. Autre observation générale qui ressort d'une comparaison des graphiques 3.2 et 3.3 : le montant dépensé par enfant augmente légèrement par rapport au montant dépensé au titre du jeune enfant.

Le graphique 3.4 présente les dépenses sociales publiques par rapport au revenu médian des ménages dans la période intermédiaire de l'enfance (6 à 11 ans). Durant cette période, les dépenses liées à la scolarité obligatoire dominent et l'importance des transferts sociaux diminue. Les niveaux de dépenses relatifs continuent d'augmenter.

Le graphique 3.5 résume les dépenses au dernier stade de l'enfance (12 à 17 ans, bornes incluses). Les enfants dans cette tranche d'âge sont généralement dans l'enseignement secondaire ; en conséquence, les dépenses d'éducation sont nettement la composante dominante des dépenses totales.

Graphique 3.4. **Les dépenses d'éducation dominent durant la période intermédiaire de l'enfance, 2003**

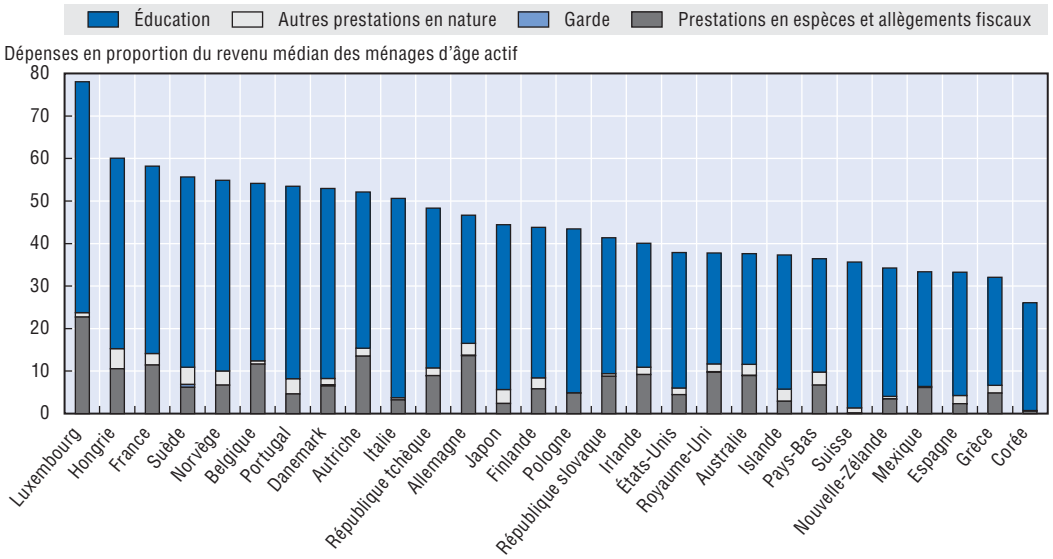


Source : Base de données de l'OCDE sur les dépenses sociales et *Base de données de l'OCDE sur l'éducation.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/711565334645

Le graphique 3.6 présente les 28 profils nationaux par année d'âge. Dans les pays qui mettent davantage l'accent sur les dépenses à un stade précoce du cycle de vie de l'enfant, les dépenses sont regroupées en début de période, ce qui leur donne une forme triangulaire stylisée inclinée de la gauche vers la droite. Plusieurs pays placent sur la petite enfance un

Graphique 3.5. **Les dépenses d'éducation dominent durant la grande enfance, 2003**



Source : Base de données de l'OCDE sur les dépenses sociales et *Base de données de l'OCDE sur l'éducation.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/711600032080

poids relatif plus fort que celui observé dans la majorité des pays de l'OCDE. Les profils de la Finlande et de la Hongrie montrent des dépenses beaucoup plus groupées en début de période que dans la plupart des autres pays de l'OCDE, car ces deux pays dépensent relativement plus au titre des prestations, de l'accueil et de l'éducation de la petite enfance. Les profils de l'Islande, de la Norvège et de la République tchèque, présentent également des éléments de regroupement en début de période.

Un profil stylisé plus courant est celui dit de la courbe en U inversé dans lequel les dépenses sociales culminent autour de 15 ans. Les profils des États-Unis et de l'Italie sont de bons exemples de profil en U inversé. En outre, l'immense majorité des autres pays affiche un pic de dépenses absolu entre 10 et 18 ans (aux pays déjà mentionnés viennent s'ajouter l'Allemagne, la Belgique, la Corée, le Danemark, l'Espagne, la France, l'Irlande, le Japon, le Luxembourg, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, le Royaume-Uni, la Suède et la Suisse). Une grande partie de ce pic de dépenses, qui est dominé par la scolarité obligatoire, est ostensiblement universel mais l'argent dépensé profitera plus probablement à ceux qui ont déjà réussi au cours de la petite enfance et de la période intermédiaire de l'enfance. Par conséquent, les dépenses à ce stade du cycle de vie renforcent probablement les inégalités, du moins en termes qualitatifs.

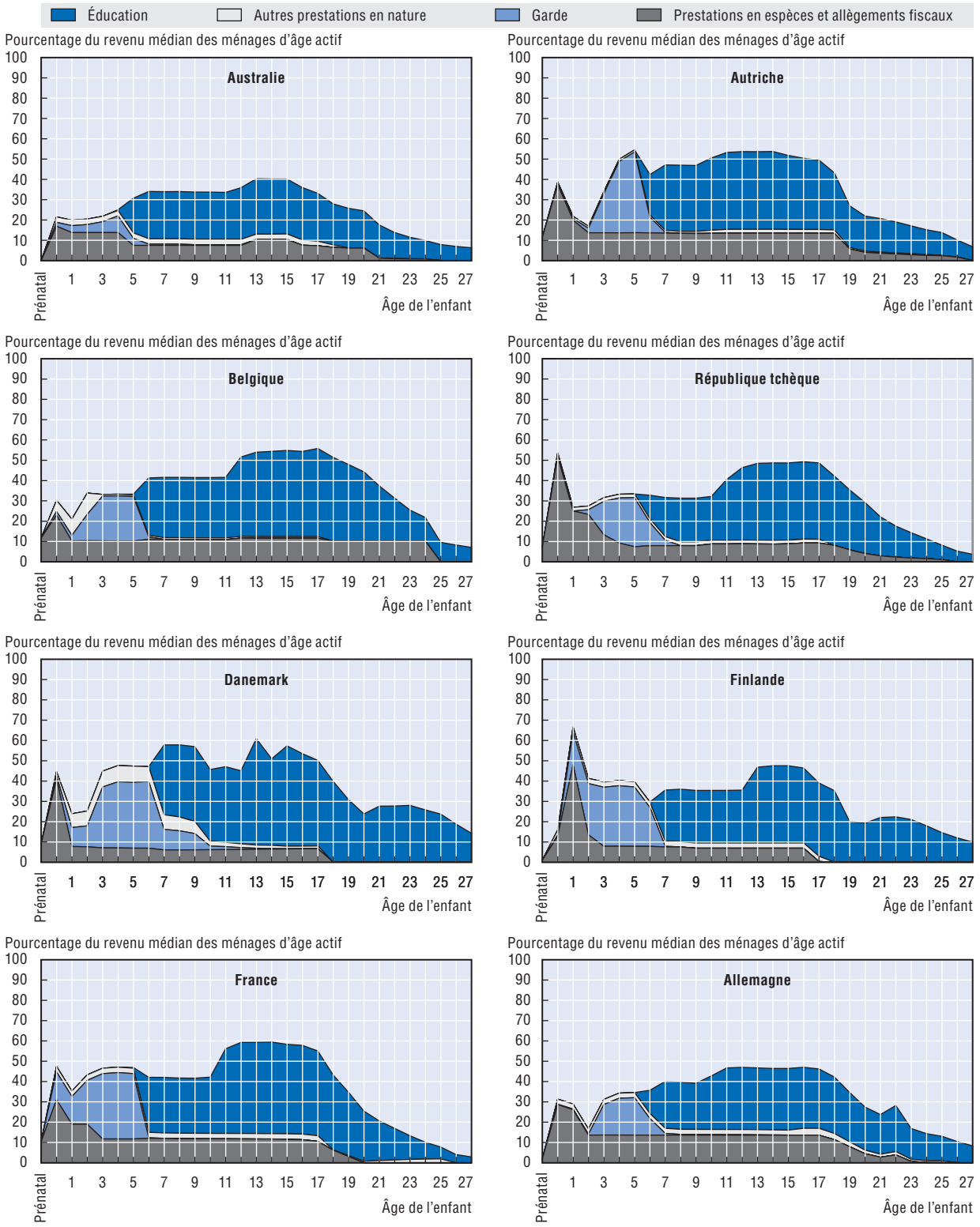
Dans plusieurs pays, le pic de dépenses ne se situe ni dans la première année de vie ni entre 10 et 18 ans. La Norvège atteint un pic à la naissance, la République slovaque à l'âge de 3 ans et le Grèce à l'âge de 6 ans. En dépit de ces pics en amont, on observe globalement une forte prépondérance des dépenses durant la grande enfance.

En termes de composition des dépenses, les profils montrent habituellement un déclenchement des prestations en espèces à un stade précoce, qui reflète les diverses formes de congé de maternité et de congé parental. Ils montrent la période où les dépenses liées à la garde des enfants surviennent et diminuent, y compris la composante parascolaire. Par exemple, ils montrent clairement l'importance de l'investissement des pays nordiques dans les structures d'accueil des enfants.

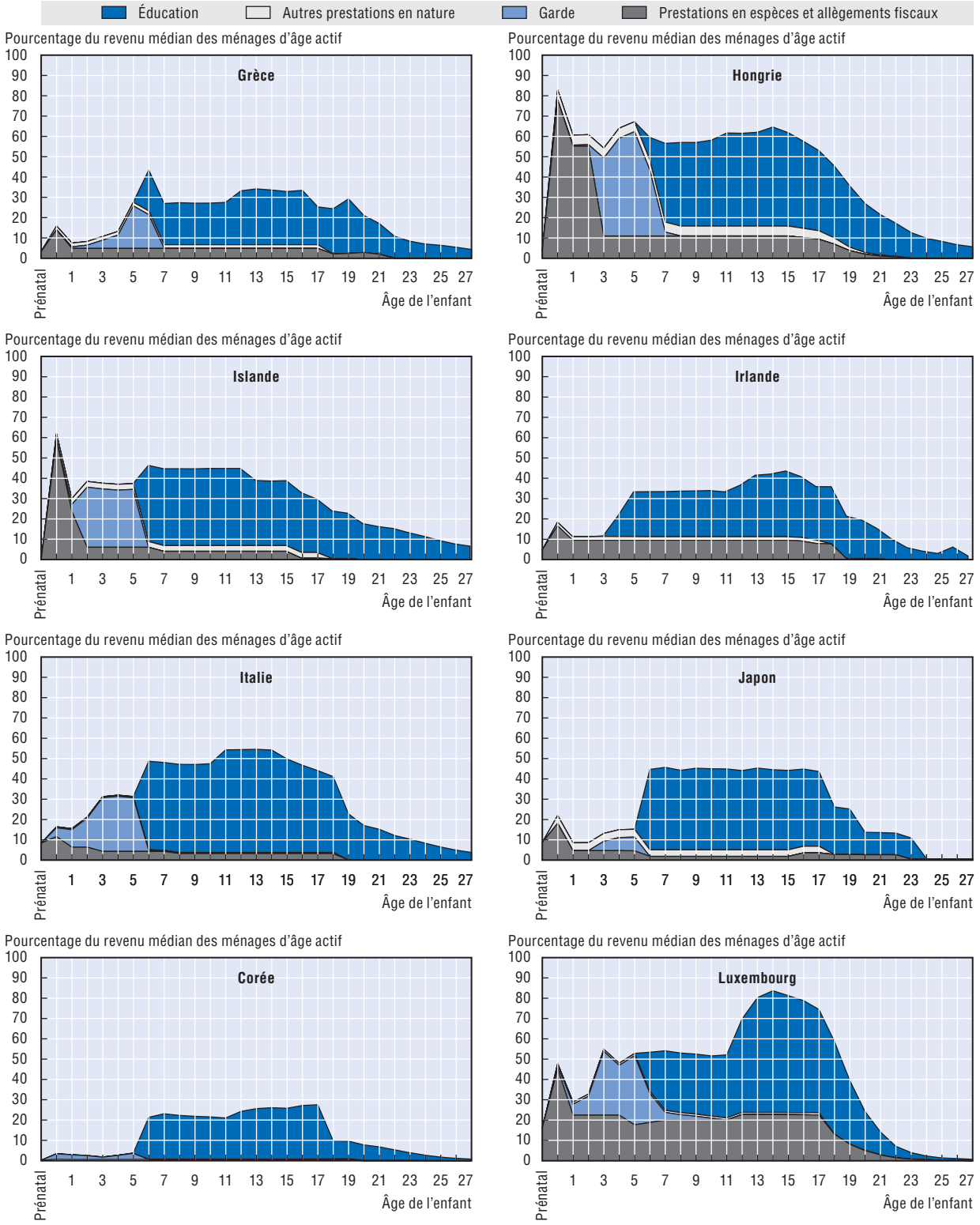
Le grand nombre de pays dans lesquels les prestations pour enfants persistent au-delà de 18 ans (Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, France, Grèce, Hongrie, Japon, Luxembourg, Portugal, République slovaque et République tchèque) est manifeste. À l'instar des dépenses liées à l'éducation universelle entre 10 et 18 ans, ces dépenses profitent principalement aux enfants qui ont déjà touché les dividendes des dépenses sociales passées (avant l'âge de 18 ans) et qui sont déjà bien armés pour réussir dans la vie. En conséquence, bien qu'il y ait des incitations à investir davantage dans l'éducation pour les enfants en marge, ce type de politique va probablement renforcer les inégalités intergénérationnelles.

La Corée se distingue par le plus bas niveau de dépenses à la plupart des stades du cycle de vie des enfants, avec 30 % voire moins du revenu médian des ménages dépensé à tous les stades. En revanche, le Danemark, la Hongrie, l'Islande, le Luxembourg et la Suède dépensent près de la moitié sinon plus du revenu médian des ménages.

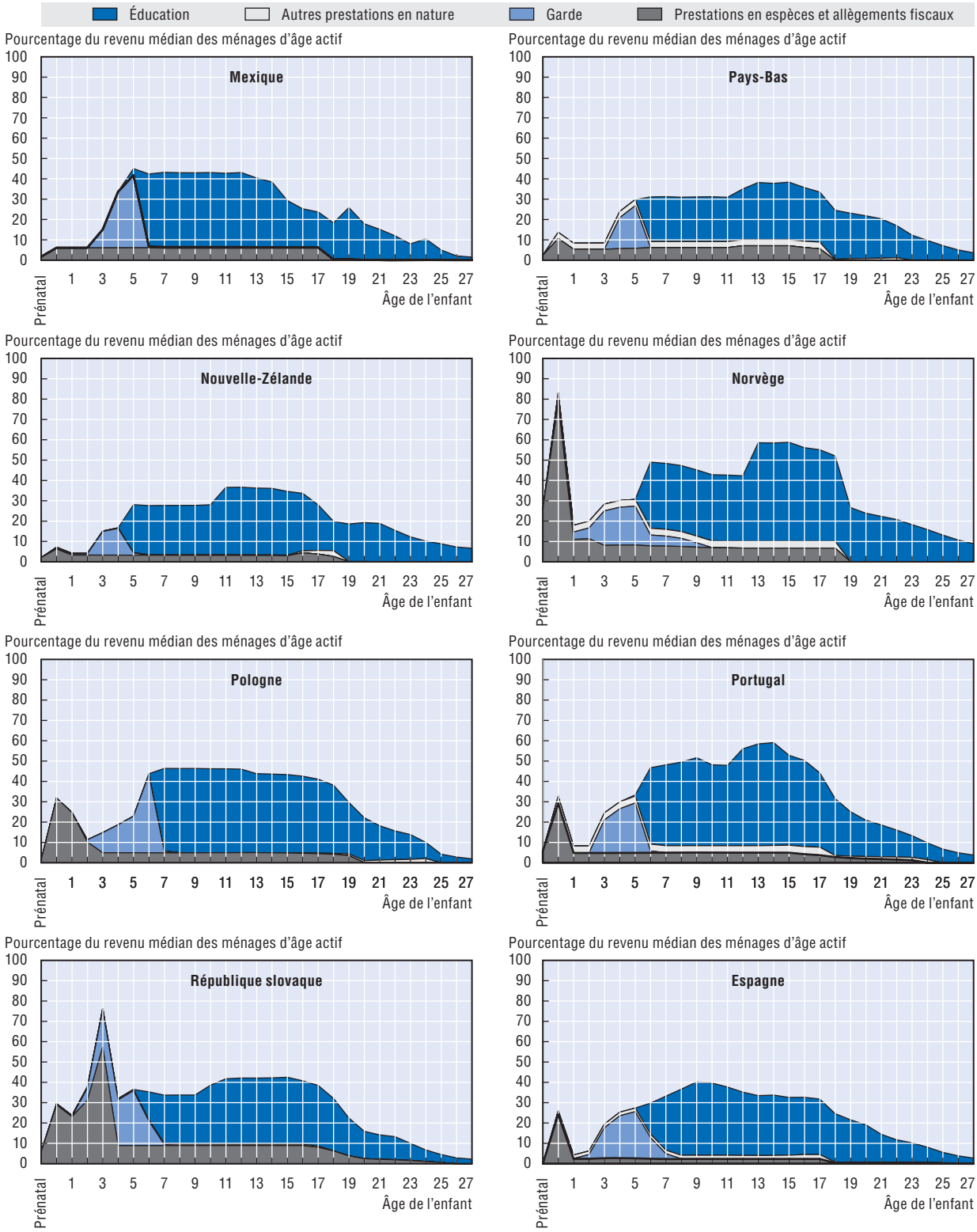
Graphique 3.6. **Dépenses sociales moyennes par âge de l'enfant et par intervention en proportion du revenu médian des ménages d'âge actif, 2003**



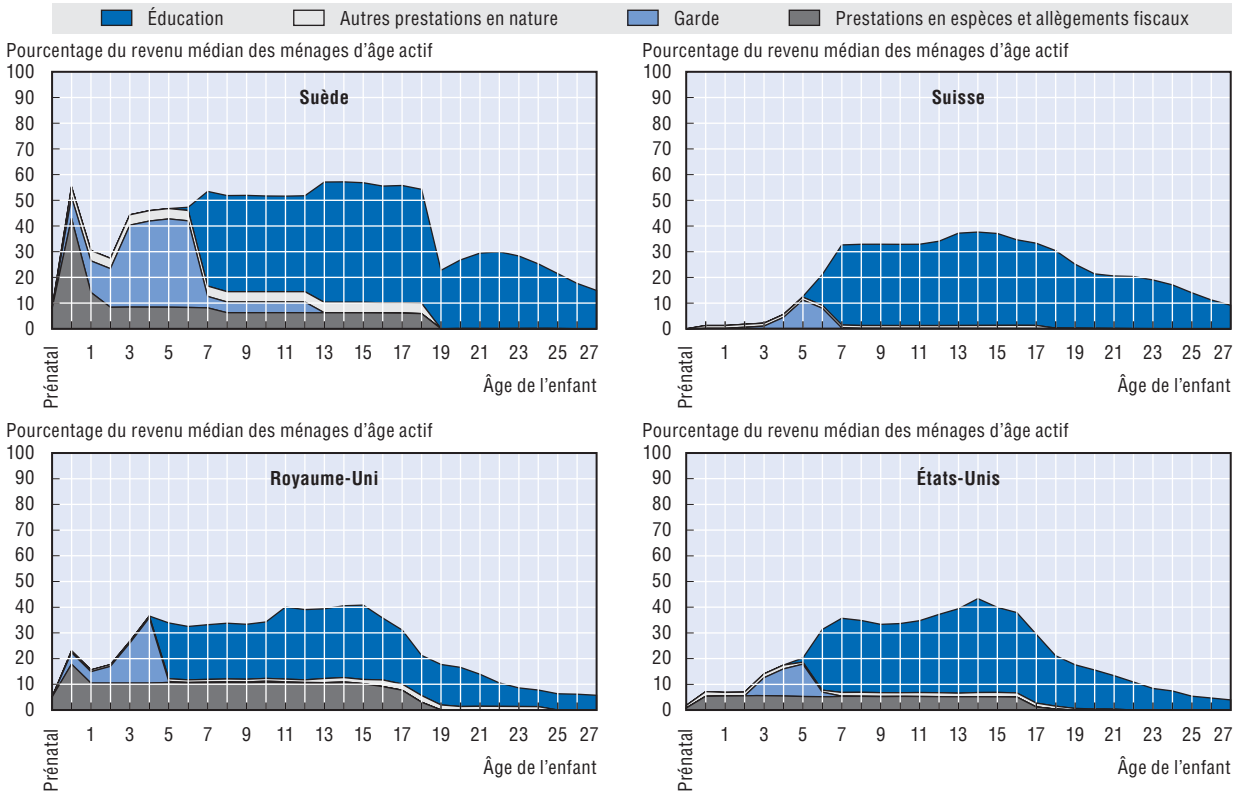
Graphique 3.6. **Dépenses sociales moyennes par âge de l'enfant et par intervention en proportion du revenu médian des ménages d'âge actif, 2003** *(suite)*



Graphique 3.6. **Dépenses sociales moyennes par âge de l'enfant et par intervention en proportion du revenu médian des ménages d'âge actif, 2003** *(suite)*



Graphique 3.6. **Dépenses sociales moyennes par âge de l'enfant et par intervention en proportion du revenu médian des ménages d'âge actif, 2003** *(suite)*



Source : Base de données de l'OCDE sur les dépenses sociales et *Base de données de l'OCDE sur l'éducation.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/711621350521

Aspects redistributifs des politiques en matière d'impôts et de prestations sur le cycle de vie de l'enfant

À la section précédente, nous avons examiné les dépenses moyennes, en espèces et en nature, par âge de l'enfant. Comme nous l'avons déjà observé lors de l'examen des dépenses moyennes par année d'âge de l'enfant, la dimension redistributive n'est pas prise en compte dans les différents profils de risque des enfants. La question abordée dans cette section est celle de la relation existant entre trois dimensions transversales importantes du risque et de l'âge de l'enfant. Ces trois dimensions du risque sont : *i)* la structure familiale (famille monoparentale contre famille biparentale), *ii)* le revenu familial (revenu familial faible contre revenu familial moyen à élevé) et *iii)* la taille de la famille (nombre d'enfants). L'impact du système d'impôts et de prestations en relation avec l'âge de l'enfant pour des familles ayant des profils de risques différents est examiné *via* un vieillissement dynamique des enfants. On peut ensuite observer comment la fiscalité et les prestations modifient le revenu disponible relatif des enfants à haut risque et des enfants à faible risque. Ces schémas de dépenses peuvent également être comparés entre pays membres. Ce travail a été entrepris en adaptant les modèles impôts-prestations de l'OCDE pour prendre en compte le vieillissement de l'enfant.

Concernant les transferts familiaux nets, comment les systèmes d'impôts et de prestations réagissent-ils à la naissance et au vieillissement d'un enfant en termes à la fois de profil temporel et de modification de la distribution du revenu à travers ce profil

temporel ? Comment les systèmes d'impôts et de prestations réagissent-ils au fait qu'un enfant naît dans une famille monoparentale ou dans une famille biparentale? Et comment les systèmes d'impôts et de prestations réagissent-ils dans le temps au fait que des enfants sont nés dans une famille nombreuse ou dans une famille plus restreinte.

L'analyse entreprise ici diffère à bien des égards des profils de dépenses par âge. Premièrement, cette section se concentre uniquement sur le système d'impôts et de prestations et sur son fonctionnement tout au long du cycle de vie de l'enfant dans une sélection de pays de l'OCDE, alors que les profils incluent les prestations en nature mais aussi les transferts sociaux. Deuxièmement, l'expérience de l'enfant moyen analysée dans les profils de dépenses par âge est décomposée dans l'analyse qui suit car on compare les expériences d'enfants appartenant à différentes tranches de revenus et différents types de famille. Dans de nombreux pays, un grand nombre de prestations en espèces et d'impôts dépendent de l'âge des enfants et de leur nombre. Certaines prestations, y compris les primes/dotations versées à la naissance, les indemnités du congé de maternité et du congé parental et les prestations pour enfants, dépendent également du revenu. Enfin, les modèles ci-dessous permettent de suivre de manière plus précise les indications de l'impact sur le revenu familial d'événements liés à l'âge comme la naissance d'un enfant, la réinsertion des parents dans la population active et la fin de la scolarité. L'analyse permet donc de tirer des conclusions sur la manière dont le régime de prestations des différentes familles durant les périodes de transition peut influencer les choix comme celui de prendre un congé ou de reprendre le travail.

Si elle est plus étroite, en ce sens qu'elle n'examine pas l'incidence des prestations en nature reçues, cette section va au-delà de l'approche simple de la section précédente (établissement de moyennes) pour intégrer au tableau une dimension de risque ou de redistribution. Cette section traite, en outre, des transferts à la famille et non pas des transferts moyens par enfant.

Méthode

L'approche utilisée pour l'examen des transferts nets à des familles de différents types au fur et à mesure que leurs enfants grandissent, consiste à adapter dynamiquement les modèles impôts-prestations statiques de 2003 de la Division des politiques sociales de l'OCDE pour prendre en compte la naissance et le vieillissement des enfants, et examiner l'évolution du revenu familial net qui en résulte.

Le modèle dynamique peut être exploité pour plusieurs dimensions, ce qui permet de prendre en considération la manière dont les systèmes d'impôts et de prestations réagissent au risque aux différents stades du cycle de vie des enfants. La modélisation permet de définir le risque par différents niveaux de revenu brut du travail, de taille ou de structure de la famille. L'approche des profils adoptée à la section précédente ne permettait pas d'examiner ces éléments de redistribution.

La première dimension de risque compare un revenu familial du travail élevé (150 % du salaire de l'ouvrier moyen ou SOM), un revenu moyen (100 % du SOM) et un revenu modeste (50 % du SOM). La deuxième dimension compare les profils de revenus d'une famille monoparentale à ceux de familles biparentales en supposant dans ce dernier cas que les deux parents travaillent. La troisième dimension de risque est la variation du nombre d'enfants de la famille (on compare des familles ayant deux, trois et quatre

enfants). On peut faire interagir toutes ces dimensions. On peut, par exemple, comparer le profil d'une famille monoparentale gagnant 150 % du salaire moyen et celui d'une famille biparentale dans laquelle chacun des parents gagne 100 % du salaire moyen.

Pour obtenir des profils de transferts nets, il faut faire diverses hypothèses. À la naissance de l'enfant sujet, on suppose que le deuxième enfant (dans le cas d'une famille de deux enfants) est âgé de 2 ans. Dans une famille de quatre enfants, on suppose qu'à la naissance de l'enfant sujet, le deuxième enfant est âgé de 2 ans, le troisième de 7 ans et le quatrième de 12 ans. Pour l'affectation du congé de maternité à la période prénatale et à la période postnatale, on fait les mêmes hypothèses que pour les profils ci-dessus. Concernant la participation à l'enseignement postobligatoire pour les pays qui continuent à verser une prestation pour enfants sous condition de leur scolarisation, on suppose que les enfants restent scolarisés. En outre, on suppose dans chaque cas que tous les parents travaillent, que le maximum légal de congé est pris et, lorsque des exigences de travail minimum sont imposées, que les parents sont éligibles au congé.

De plus, le revenu net d'une famille peut différer selon que le congé parental est pris sur une même année fiscale ou étalé sur plusieurs. Autrement dit, la date à laquelle intervient la naissance du bébé peut influer sur le revenu disponible de la famille et donc sur les profils. La raison en est la progressivité potentielle du système d'impôts et de prestations sur l'intervalle de variation des revenus représenté par le revenu brut lorsque les parents sont en congé parental et lorsqu'ils n'y sont pas. Avec un système d'impôts progressif sur cet intervalle, le mois de naissance de l'enfant pourrait avoir une incidence sur le niveau initial du revenu familial net dans le profil. On part ici de l'hypothèse que les calculs sont effectués comme si tous les enfants étaient nés le premier jour de l'année fiscale. Selon toute vraisemblance, la différence de revenu net générée par cette hypothèse est faible.

Pays étudiés

L'approche a consisté à modéliser et à comparer les systèmes d'impôts et de prestations à mesure que les enfants grandissent dans huit pays de l'OCDE, en 2003. Les pays retenus pour les comparaisons sont le Danemark, la France, l'Allemagne, la Hongrie, l'Italie, le Japon, le Royaume-Uni et les États-Unis. Le choix s'est fondé sur la nécessité de couvrir un ensemble géographique et systémique large et d'illustrer toute une série d'approches impôts-prestations pour les enfants. Le Danemark a été choisi car il est représentatif des pays nordiques de type État-providence à niveau élevé de dépenses sociales et qu'il présente, de surcroît, l'intérêt d'appartenir à une minorité de pays de l'OCDE qui versent des prestations plus élevées pour les jeunes enfants. La France a été choisie parce qu'elle compte parmi les grands pays de l'OCDE en termes de population, et parce que son système de protection sociale est une bonne illustration de ceux des pays d'Europe continentale. Le système français de protection des enfants présente, en outre, un certain nombre d'aspects intéressants en lien avec son engagement historique d'encouragement de taux de fécondité élevés. Le choix de l'Allemagne tient également à son statut de grand pays d'Europe continentale dont le système de protection sociale présente un certain nombre de caractéristiques intéressantes, y compris le paiement d'une prestation pour enfants dans certains cas jusqu'à 27 ans[5]. La Hongrie a été choisie parce que son système d'État-providence est représentatif de celui des pays d'Europe de l'Est mais aussi en raison de son intéressant profil « triangulaire » de dépenses sociales moyennes concentrées sur la petite enfance tandis que l'Italie a été choisie en raison de sa taille (elle est le plus grand pays d'Europe méridionale) mais aussi de son profil archétype de dépenses globales en U inversé, qui contraste avec le profil hongrois et, dans une moindre

mesure, avec le profil français. Le choix du Japon s'est imposé par le fait que, des deux pays d'Asie membres de l'OCDE, c'est lui le plus grand. La taille de la population a également fortement pesé dans le choix du Royaume-Uni et des États-Unis pour représenter les États membres anglophones. Là encore, ces trois derniers pays présentent tous le profil de dépenses le plus courant (en U inversé). Le grand absent de ce groupe est à l'évidence le Mexique. Sa population est importante mais son profil donne à penser que les programmes d'impôts et de prestations pour les enfants mexicains sont relativement faibles et qu'il est peu probable que les dépenses varient grandement avec l'âge des enfants.

Plusieurs questions se posent concernant la meilleure façon de présenter les résultats. Nous avons deux types de familles, trois niveaux de revenus et trois nombres différents d'enfants pour huit pays, ce qui donne nous un total de 144 profils potentiels. Nous présentons ici les comparaisons les plus intéressantes. Le revenu familial est présenté en base mensuelle pour permettre la prise en compte de schémas occasionnés par les droits au congé parental (pré et postnatal) qui sont mesurés en mois plutôt qu'en années. Un autre problème tient au fait que, dans chaque cas, les montants monétaires émergent des modèles dans la monnaie nationale. Pour faciliter les comparaisons, tous les montants sont convertis en dollars EU à l'aide des taux de change déterminés sur la base de la PPA.

Si l'analyse détaillée de la réponse du régime d'impôts et de prestations sur le cycle de vie des enfants ne couvre que huit pays, il est intéressant de considérer le degré statique de redistribution au profit des familles de deux enfants de 4 et 6 ans dans 28 pays de l'OCDE, en 2005. Le graphique 3.7 ci-après montre une variation considérable du degré de ciblage des revenus vers les familles avec enfants, selon leur situation dans l'échelle de distribution des revenus par pays. Dans la plupart des pays, la distribution penche légèrement en faveur des familles à faible revenu par rapport aux familles à revenu intermédiaire. La différence de revenu est moindre entre les familles à revenu moyen et les familles à revenu bien supérieur à la moyenne. La conicité du profil de certains pays, comme l'Autriche, la Belgique, l'Espagne, la France, la Grèce et la République slovaque, est faible voire nulle lorsque le revenu familial augmente tandis que pour les pays anglophones elle est forte, ce qui reflète un plus grand ciblage sur le revenu.

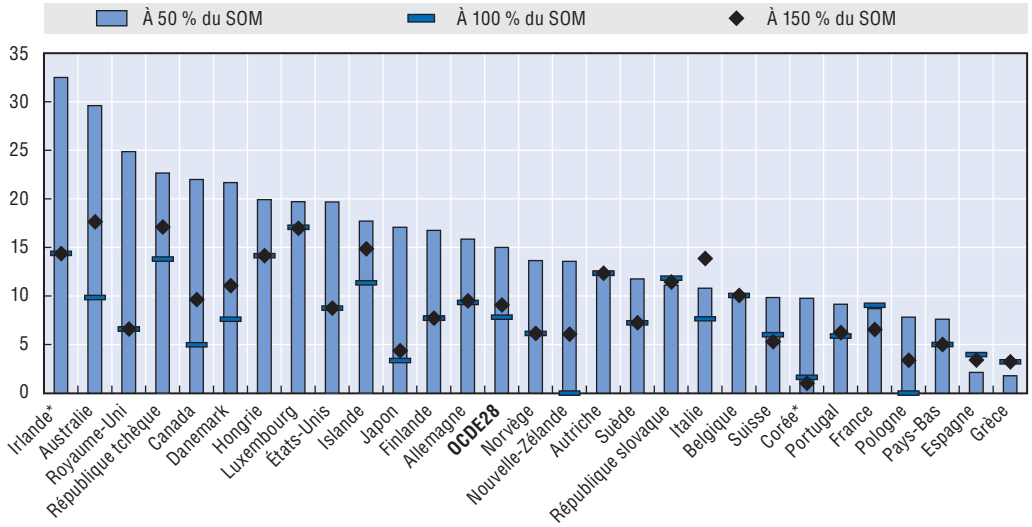
Comparaison pour huit pays du revenu net et des transferts nets par niveau de revenu familial du travail

Les profils du revenu familial net sont comparés ci-dessous pour des familles biparentales et pour les trois niveaux de revenus, à la naissance de l'enfant sujet et à différents âges de l'enfance. Si les paiements n'étaient pas modulés en fonction de l'âge des enfants et s'il n'y avait pas de sortie du marché du travail par le biais du congé parental, les profils seraient linéaires ; le revenu du ménage augmenterait simplement après la naissance d'un enfant et diminuerait lorsque l'enfant serait arrivé à l'âge au-delà duquel cessent les paiements au titre des prestations pour enfants. Les profils sont présentés ci-dessous pour des familles biparentales de deux enfants, après la naissance du deuxième enfant et ils suivent le revenu familial à mesure que l'enfant avance dans son cycle de vie. Les profils sont présentés en dollars EU de 2003 ajustés de la parité de pouvoir d'achat. L'axe horizontal est comprimé au-delà du huitième anniversaire de l'enfant sujet pour mieux illustrer la variation sur le cycle de vie en dessous de cet âge. Les graphiques montrent une variation considérable de la fiscalité et du régime de prestations sur le cycle de vie de l'enfant.

Le Danemark, la France et l'Italie ont des revenus familiaux nets très similaires d'environ 2 000 USD par mois pour une famille située en bas de l'échelle de la distribution. Il est intéressant de noter que la répartition sur les trois grands types de familles de gains

Graphique 3.7. **Le soutien financier des familles avec enfants varie avec le niveau de revenu**

Aide financière aux familles avec enfants, en pourcentage du salaire de l'ouvrier moyen



Note : L'aide pour les enfants est égale à la différence entre le revenu net d'un couple à un seul apporteur de revenus sans enfants et celui d'un couple à un seul apporteur de revenus avec deux enfants (de 4 et 6 ans) pour différents niveaux de revenus, exprimés en pourcentage du salaire moyen (SOM).

« * » indique une mesure en pourcentage du salaire de l'ouvrier moyen du secteur manufacturier, qui était l'ancienne mesure OCDE du salaire du travailleur moyen. Les données pour le Mexique et la Turquie ne sont pas présentées.

Source : Modèles impôts-prestations de l'OCDE 2005, voir *www.oecd.org/els/social/prestationsetsalaires*.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/711630162278*

est plus comprimée pour l'Italie que pour le Danemark et la France. La Hongrie apparaît comme le pays le moins bien loti sur une base de parité de pouvoir d'achat (ce qui n'est pas étonnant compte tenu de son PIB relatif par habitant) mais le plus relativement égalitaire avec un revenu familial net des ménages gagnant 150 % du SOM qui n'est égal qu'au double de celui de la famille dont les gains bruts sont de 50 % du SOM. Pour tous les autres pays, ce ratio est souvent bien supérieur à deux.

Une caractéristique manifeste de tous les profils nationaux est un regroupement des transferts publics nets sur les premières années de vie de l'enfant. Autrement dit, c'est au début du cycle de vie de l'enfant que les transferts nets sont le plus élevés. Cette apparente concentration des transferts nets est, dans une large mesure, une conséquence directe d'une sortie du marché du travail au début du cycle de vie de l'enfant pour utiliser les droits au congé de maternité et au congé parental, ce qui diminue le montant d'impôt payé du fait du déclin concomitant des revenus marchands.

La durée de cette concentration en début de période varie en fonction de la durée du régime de congé de maternité et de congé parental (on fait l'hypothèse que les droits à congé sont intégralement pris). La durée de ce congé est considérable (deux à trois ans) en France, en Allemagne et en Hongrie en raison des allocations d'éducation qu'accordent ces pays ; elle est modérée au Danemark et en Italie, et plus courte au Royaume-Uni et aux États-Unis (où ce congé n'est pas rémunéré).

En dépit de cette apparente concentration des transferts publics nets en début de période dans les huit pays examinés, dans bien des cas le revenu net familial chute, la plupart du temps très nettement, pendant le congé de maternité et le congé parental. Les prestations

versées au titre de ces congés ne sont pas suffisantes pour compenser intégralement le manque à gagner lié à la sortie du marché du travail, à plus forte raison pour créer un profil de revenu familial global concentré en ce tout début du cycle de vie de l'enfant.

Seuls échappent à cette baisse du revenu les pays qui, pendant la durée relativement courte (quelques mois) du congé de maternité, reproduisent leurs inégalités de revenus dans leurs paiements au titre du congé de maternité (France, Allemagne, Hongrie) et/ou ceux qui versent des allocations de naissance ou autres types de paiements lors ou autour de la naissance (France, Hongrie et Japon). Si ces paiements se traduisent au niveau des profils de revenus des familles par un certain groupement en début de période, leur montant est relativement faible dans le cas de la France comme dans celui de la Hongrie. Si au Japon, l'allocation de naissance est un peu plus substantielle, son paiement est trompeur dans son traitement du revenu familial sur le cycle de vie des enfants. Contrairement à ce qui se passe dans la plupart des pays, l'État japonais ne prend pas à sa charge les coûts d'hospitalisation liés à l'accouchement et l'allocation de naissance vise à compenser, du moins partiellement, le fait que les parents doivent assumer ces coûts. Les Japonaises restent habituellement plus de sept jours à l'hôpital après un accouchement, ce qui épuise très rapidement le montant de l'allocation de naissance. Si l'on prend en compte l'allocation de naissance, le système japonais de santé et de protection sociale semble plus protecteur qu'il ne l'est en réalité.

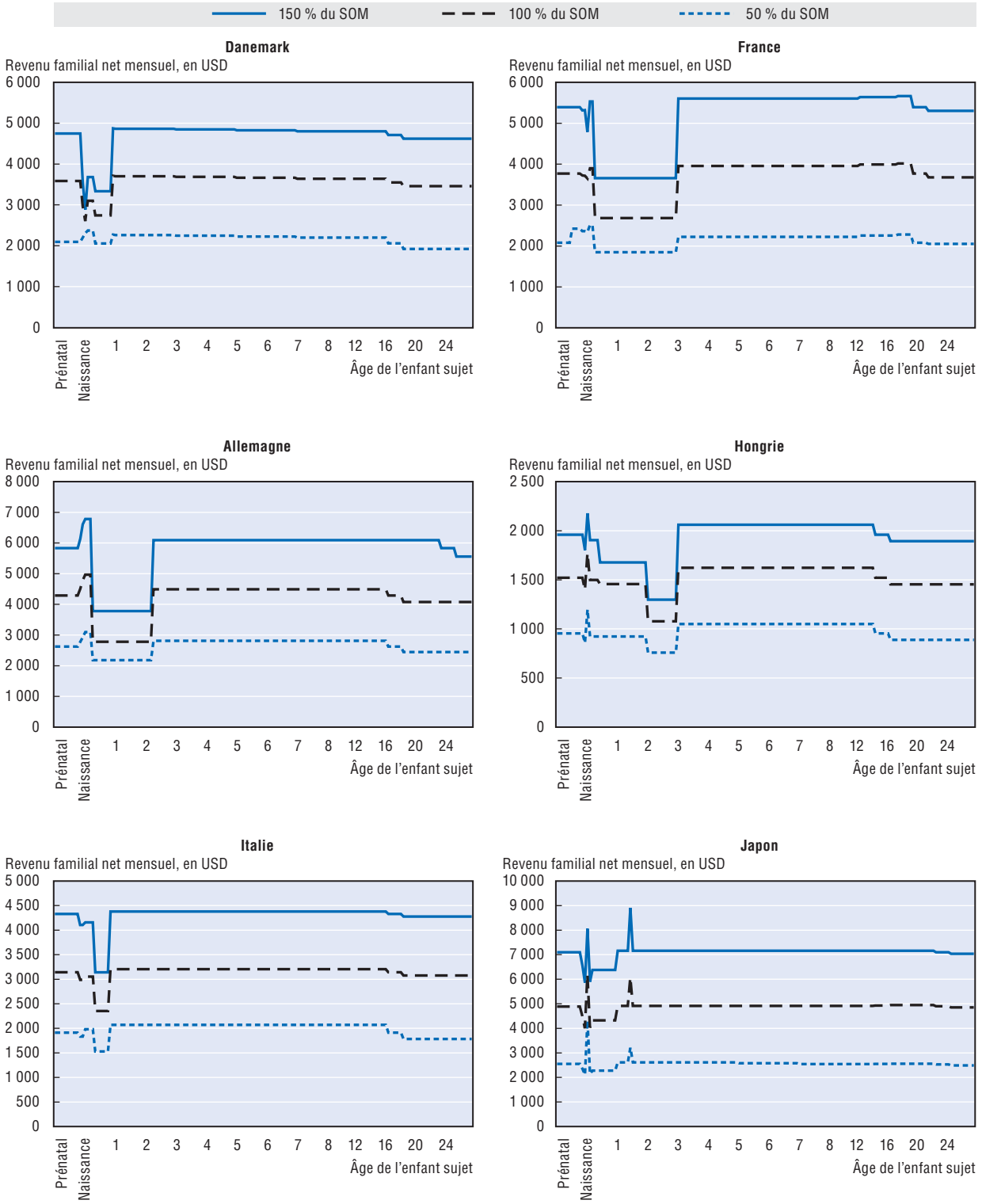
Deux pays (la France et la Hongrie) conditionnent les transferts aux familles à la sortie de la population active de l'un des parents pour une durée maximum de trois ans. Des périodes plus courtes de congé parental existent, en Allemagne, au Danemark et au Japon. Les allocations au titre de l'éducation des enfants ont été critiquées pour leurs effets négatifs sur l'équité hommes/femmes et sur le taux d'activité des femmes. De telles politiques se justifient par l'impact positif supposé sur le développement des enfants, des paiements sous condition de longue durée.

Après l'expiration des droits au congé parental, on n'observe guère de groupement des transferts nets en début de période. Le Danemark verse effectivement une prestation plus élevée pour les jeunes enfants. Mais la différence est relativement minime et elle ne suffit pas à faire vraiment la différence en termes de profil du revenu familial sur le cycle de vie de l'enfant. En France, en revanche, les paiements sont légèrement supérieurs pour les enfants plus âgés tandis qu'aux États-Unis, en Italie et au Royaume-Uni, les régimes de prestations ou d'abattement fiscal pour enfants ne dépendent pas de l'âge[6]. Au Japon, les règles de l'aide sociale font que les paiements à ce titre effectués aux familles monoparentales les plus modestes (50 % du salaire moyen) augmentent avec l'âge de l'enfant.

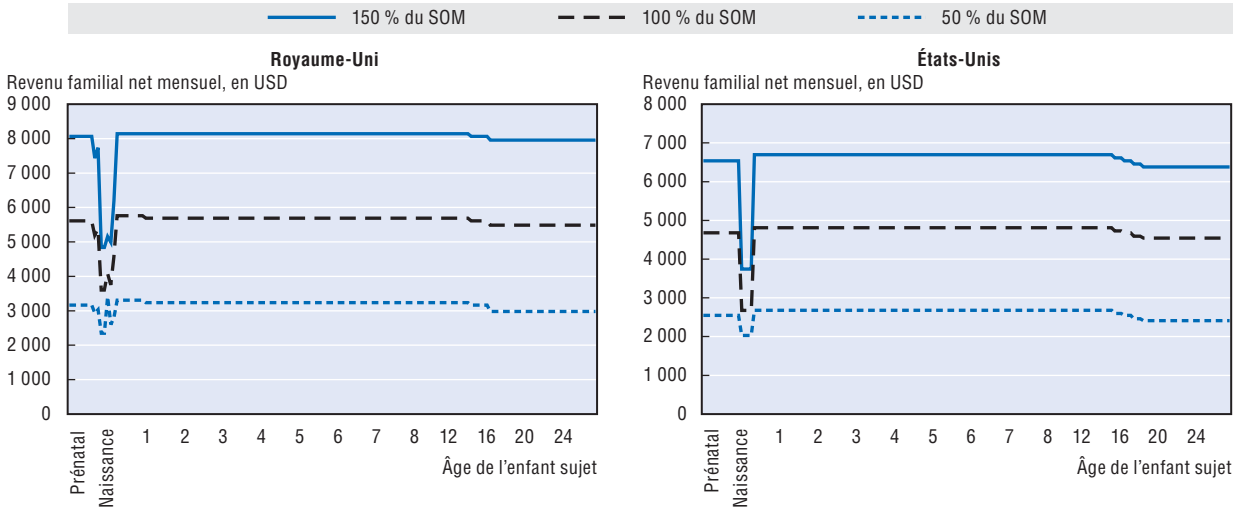
Il est intéressant de remarquer un deuxième pic important dans le revenu net japonais après la fin du congé de maternité. Ce pic correspond au montant forfaitaire versé aux parents au titre du congé parental six mois après leur retour au travail. On n'observe pas d'incitation similaire au retour à l'emploi dans les profils des autres pays.

Dans les huit pays, la suppression progressive des prestations pour enfants ou les allègements fiscaux interviennent à des âges différents. La Hongrie et le Royaume-Uni les suppriment à 16 ans, le Danemark et l'Italie à 18 ans, la France à 21 ans et le Japon à 23 ans. L'Allemagne verse une prestation pour enfants jusqu'à 27 ans si le jeune poursuit des études. Pour prendre en compte le fait que les enfants des familles aisées sont plus susceptibles de suivre un enseignement supérieur, dans le cas de l'Allemagne la situation est modélisée lorsque *seules* les familles dont le revenu brut est égal à 150 % du salaire moyen sont supposées avoir un enfant dans l'enseignement supérieur. Le renforcement de l'avantage social préexistant qui en résulte est évident, car on observe une chute du revenu net presque sept ans avant pour les familles à revenu moyen et bas (graphique 3.8).

Graphique 3.8. **Revenu familial net sur le cycle de vie de l'enfant pour différents niveaux de revenu familial, pour des familles biparentales de deux enfants, 2003**



Graphique 3.8. **Revenu familial net sur le cycle de vie de l'enfant pour différents niveaux de revenu familial, pour des familles biparentales de deux enfants, 2003** *(suite)*



SOM : Salaire de l'ouvrier moyen.

Source : Modèles impôts-prestations de l'OCDE 2005 : voir *www.oecd.org/els/social/prestationjsetsalaires*.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/711632437617

Comment les pays traitent-ils les familles monoparentales par rapport aux familles biparentales ?

La dimension de risque qui nous intéresse ensuite concerne le traitement des familles monoparentales, comparé à celui des familles biparentales, sous l'angle de la fiscalité et du régime de prestations et la manière dont il évolue tout au long du cycle de vie de l'enfant. Cette section traite la monoparentalité comme un facteur de risque sans en tirer de conclusions quant à son influence sur le bien-être des enfants. La question du lien de causalité est traitée au chapitre 5.

On compare les deux types de familles en mesurant le ratio revenu familial net d'une famille biparentale/revenu familial net d'une famille monoparentale pour les trois niveaux différents de gains moyens. Dans cette analyse, le nombre magique est deux. C'est le chiffre obtenu en faisant le ratio gains bruts de la famille biparentale/gains bruts de la famille monoparentale dans chaque cas, excepté la période du congé parental où les gains d'une famille monoparentale sont nuls. Des ratios supérieurs à deux indiquent que le système d'impôts et de prestations exacerbe l'iniquité du marché et accroît les inégalités pour le groupe à risque plus élevé des familles monoparentales. Des ratios inférieurs à deux indiquent un effet redistributif disproportionné du système d'impôts et de prestations en faveur des familles monoparentales, comprimant ainsi la répartition.

La proportion relative d'enfants exposés à ce facteur de risque varie entre les huit pays. Il est difficile d'obtenir des données cohérentes dans cette section sur les taux de monoparentalité pour tous les pays concernés. L'enquête HBSC *(Health Behaviour in School-aged Children) 2005/2006* sur le comportement en termes de santé des jeunes d'âge scolaire donne toutefois à penser que les conditions de vie des enfants dans les familles monoparentales varient considérablement dans sept des huit pays examinés ici. L'Italie enregistre le plus faible pourcentage (9 %) d'enfants vivant dans des familles monoparentales à 11, 13 et 15 ans. La France (14 %), l'Allemagne (15 %), la Hongrie (16 %) et le Royaume-Uni (16 %) présentent des taux très similaires de monoparentalité. Avec 24 %

d'enfants vivant dans des familles monoparentales, les États-Unis arrivent aisément en tête (Currie *et al.,* 2008). Le Japon n'est pas étudié dans les enquêtes HBSC mais les taux de monoparentalité y sont probablement relativement faibles.

Globalement, la compression du revenu net entre familles monoparentales et familles biparentales est le résultat le plus courant sur le cycle de vie de l'enfant. La principale exception concerne le congé parental. Les inégalités observées pour les familles monoparentales sont généralement, mais pas toujours, exacerbées sur cette période. L'augmentation précoce de l'inégalité du revenu familial à ce stade du cycle de vie de l'enfant s'explique probablement par le fait que dans les familles monoparentales la réduction de l'offre de travail est alors de 100 % tandis que dans les familles biparentales elle n'est que de 50 %.

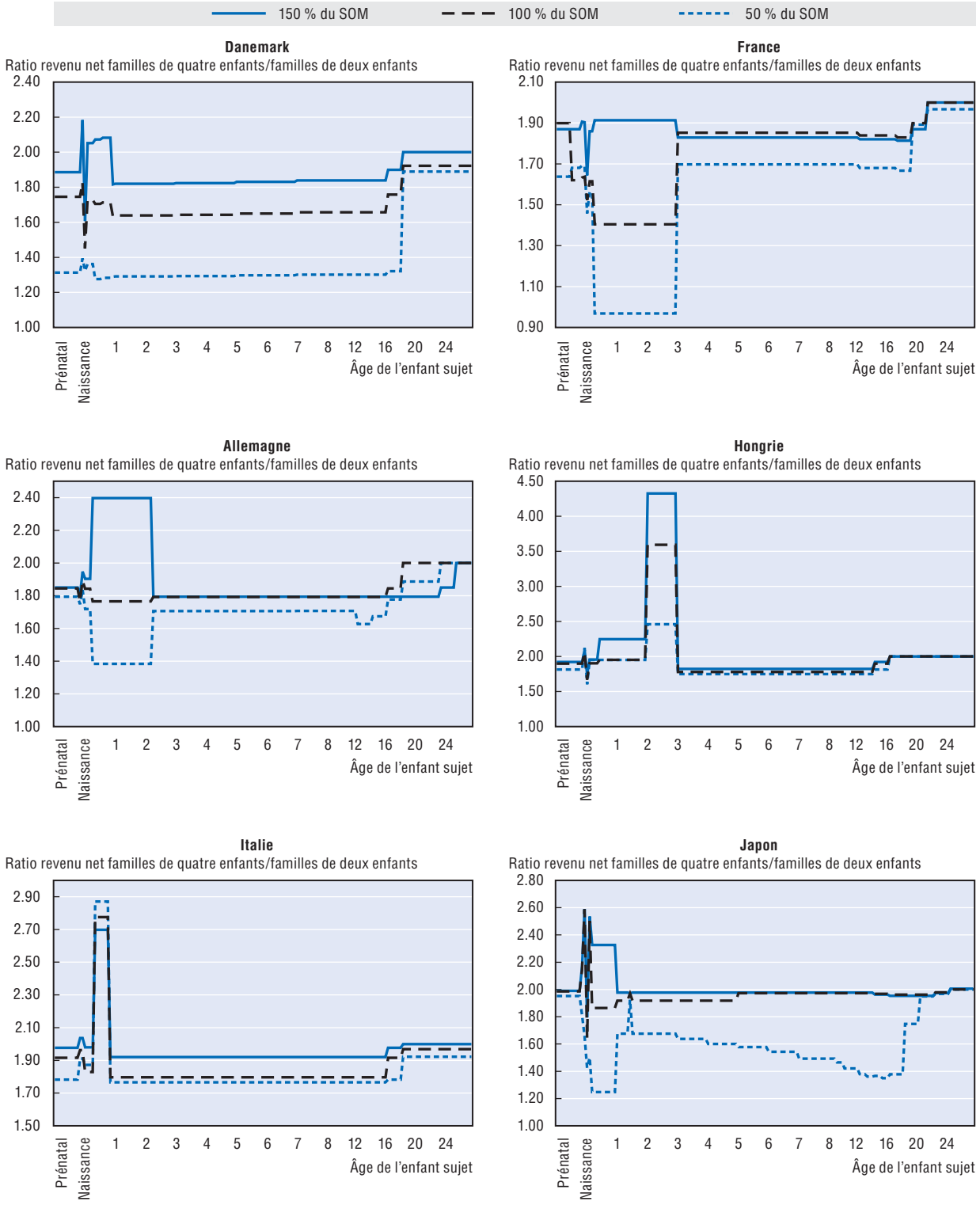
Excepté dans le cas de parents isolés gagnant bien leur vie au moment de la naissance, on observe une compression des inégalités de revenu entre familles monoparentales et familles biparentales sur le cycle de vie de l'enfant en Allemagne, au Danemark et au Royaume-Uni. La compression est particulièrement nette pour les groupes les plus démunis au Royaume-Uni et au Danemark où les familles biparentales à bas revenu ne perçoivent qu'environ 1.3 fois le revenu net d'un parent isolé. En Allemagne, une compression analogue n'est manifeste que pendant le congé parental pour les 24 premiers mois de vie de l'enfant lorsque le congé parental est soumis à condition de ressources.

La France comprime les différentiels de revenu pour toutes les familles monoparentales jusqu'à ce que ce que les enfants arrivent à l'âge adulte. En France, le revenu des familles monoparentales à faible revenu est pratiquement égal à celui des familles biparentales entre la naissance et 3 ans.

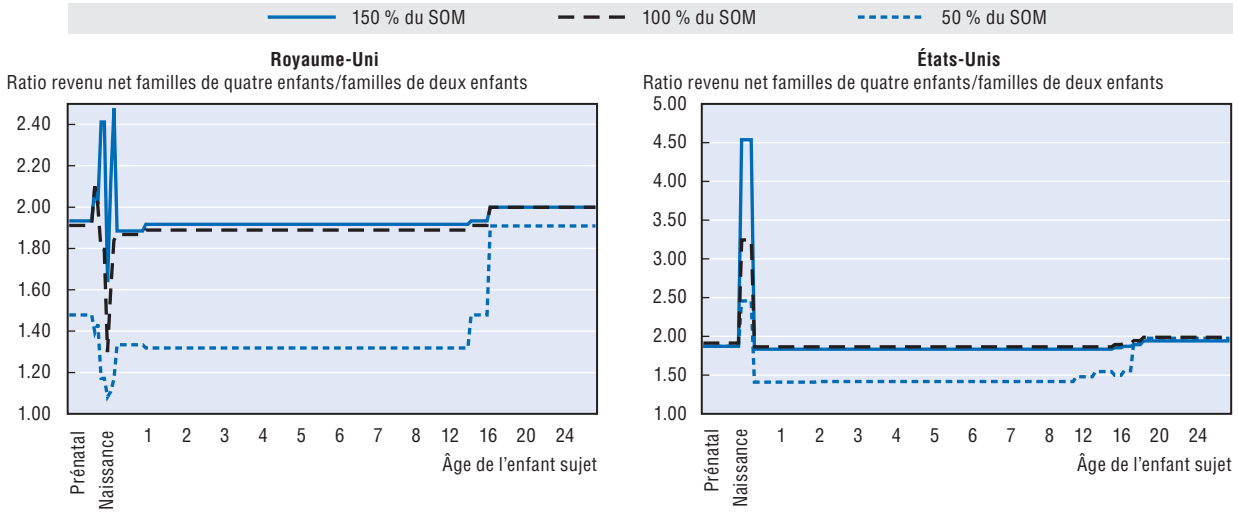
La Hongrie, l'Italie et les États-Unis ont tous des pics d'inégalité entre familles monoparentales et familles biparentales au moment des congés. Après les périodes de congé dans la petite enfance, ces pays aident effectivement les parents isolés car, pour chaque pays, le ratio est inférieur à deux. Pour la Hongrie, cependant, c'est entre le 24e et 36e mois, lorsque les allocations de garde d'enfants prennent le relais des paiements universels au titre du congé parental que l'inégalité est la plus grande et c'est pour le groupe à haut revenu qu'elle est la plus importante. Pour l'Italie, l'inégalité de revenu dure moins longtemps et elle intervient plus tôt dans le cycle de vie de l'enfant, du fait principalement que le congé parental est plus court (six mois contre trois ans en Hongrie). En outre, elle est plus sévère pour les groupes à bas revenu car le taux de remplacement des revenus des parents assurés est de 30 %. En Hongrie, le caractère universel du congé parental protège les groupes à bas revenu contre les inégalités de revenu fondées sur le type de famille tandis qu'en Italie le régime d'assurance et de remplacement des revenus favorise les parents isolés à haut revenu. Aux États-Unis, les 12 semaines de congé non rémunéré avec garantie de reprise pénalisent les parents isolés dont le revenu repose sur les gains.

Au Japon, les parents isolés à bas revenu reçoivent des paiements au titre de l'aide sociale qui prennent la forme d'une aide de subsistance. Cette aide sous condition de revenu est versée à tous ceux dont le revenu brut ne leur permet pas d'avoir un niveau de vie minimum. Cette forme d'aide sociale augmente tous les trois ans (excepté pendant une période de deux ans avec des enfants de 1 à 2 ans), ce qui comprime les écarts de revenu sur le cycle de vie de l'enfant avant de retomber au-delà de 17 ans. Au Japon les autres groupes de revenus reçoivent très peu d'aides complémentaires pour resserrer les écarts de revenus (graphique 3.9).

Graphique 3.9. **Ratio revenu net familles biparentales/revenu net familles monoparentales sur le cycle de vie de l'enfant, 2003**



Graphique 3.9. **Ratio revenu net familles biparentales/revenu net familles monoparentales sur le cycle de vie de l'enfant, 2003** *(suite)*



SOM : Salaire de l'ouvrier moyen.

Source : Modèles impôts-prestations de l'OCDE 2005 ; voir *www.oecd.org/els/social/prestationsetsalaires*.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/711637074876

Comment les pays traitent-ils les familles nombreuses par rapport aux familles restreintes?

Pour des enfants, le fait d'être élevés dans une famille nombreuse est également associé à un bien-être moindre. Comment les systèmes d'impôts et de prestations traitent-ils les familles nombreuses (prises ici au sens de familles de quatre enfants) par rapport aux familles restreintes (prises ici au sens de familles de deux enfants) lorsque l'enfant sujet grandit ?

Il convient de se souvenir que dans de nombreux pays de l'OCDE l'aide dont bénéficient les familles nombreuses par rapport aux familles restreintes s'explique principalement par un problème de fécondité. Les responsables politiques peuvent estimer que les familles ayant déjà des enfants seront plus faciles à persuader d'avoir un enfant supplémentaire que les autres. Pour soutenir le taux de fécondité, ils jugent donc plus efficace d'orienter leurs efforts vers l'élargissement des familles existantes. Dans le même temps ces politiques donnent un complément de revenu fortuit à des personnes qui ont déjà décidé d'avoir une famille nombreuse et peuvent donc accroître le bien-être des enfants des familles nombreuses.

Le graphique 3.10 considère les ratios revenu des familles nombreuses/revenu des familles restreintes pour les mêmes niveaux de gains bruts. Dans les deux cas, elle considère des familles biparentales. Le ratio crucial est donc l'unité. Pour des ratios supérieurs à un, les familles de quatre enfants ont un revenu net supérieur à celui des familles de deux enfants et pour des ratios inférieurs à un elles ont un revenu net inférieur. L'axe vertical représentant le ratio dans chaque cas, les approches relatives des différents pays en matière de familles nombreuses sont directement comparables.

Nous n'avons guère d'informations directes sur la proportion de familles de quatre enfants dans chacun des pays considérés. Qualitativement, l'importance relative des familles de quatre enfants dans chacun des pays est probablement corrélée positivement au

taux global de fécondité du pays. Ce qui nous donnerait pour 2003 un classement qualitatif dans lequel les États-Unis arriveraient en tête avec le plus grand nombre de familles nombreuses (2.1), suivis par la France (1.9), le Danemark (1.7), le Royaume-Uni (1.6) et le Japon (1.4). La Hongrie, l'Italie et l'Allemagne (1.3 respectivement) arriveraient probablement en queue.

Les approches de ce facteur de risque varient considérablement entre les pays considérés. Les États-Unis et le Japon sont les deux pays dans lesquels l'aide complémentaire aux familles nombreuses est la plus faible. Dans le cas du Japon, il y a lieu de s'étonner car avec un taux de fécondité inférieur au taux de remplacement, on aurait pu penser que les familles nombreuses seraient davantage aidées. Le Royaume-Uni et le Danemark leur accordent également peu d'aide complémentaire. Dans tous les pays considérés, l'aide complémentaire est accordée au début du cycle de vie.

Les pays d'Europe continentale retenus (France, Allemagne, Hongrie et Italie) aident beaucoup plus les familles nombreuses, en particulier au début du cycle de vie du quatrième enfant. Dans le cas de la France, l'aide accordée aux familles nombreuses s'inscrit assurément dans une politique pronataliste. Une caractéristique notoire est le très fort coup de pouce donné à un stade précoce où le revenu relatif des familles nombreuses est considérablement boosté par un congé de maternité plus long. Les familles nombreuses plus modestes sont, elles aussi, aidées de manière plus soutenue sur le cycle de vie.

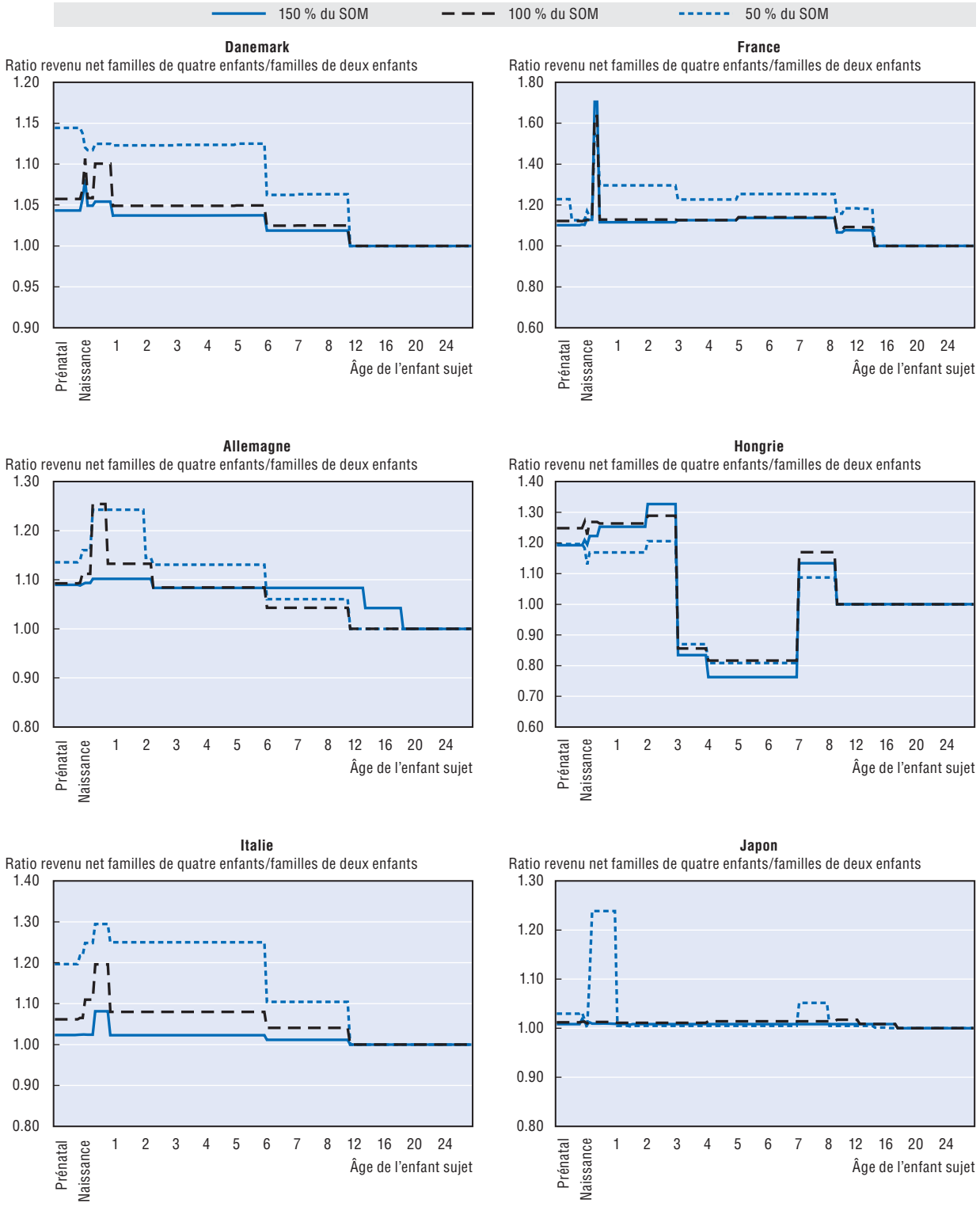
Le profil hongrois est particulièrement intéressant et assurément unique, car in fine la famille de quatre enfants a un revenu inférieur à celui de la famille de deux ans sur une partie du cycle de vie. Le système hongrois comporte une allocation de garde à domicile des enfants et une allocation d'éducation. L'allocation de garde à domicile est versée jusqu'au troisième anniversaire de l'enfant. Une allocation ultérieure d'éducation est versée entre le troisième et le huitième anniversaire du plus jeune enfant mais uniquement aux familles de trois enfants et plus. Cette allocation d'éducation est supposée utilisée. Dans la famille de deux enfants, le parent prenant le congé retourne au travail au troisième anniversaire de l'enfant. Dans la famille de quatre enfants, il y retourne au huitième anniversaire du plus jeune enfant. Les différences en termes de travail et donc de revenu du travail qui en résultent expliquent ce résultat inhabituel (graphique 3.10).

Résumé

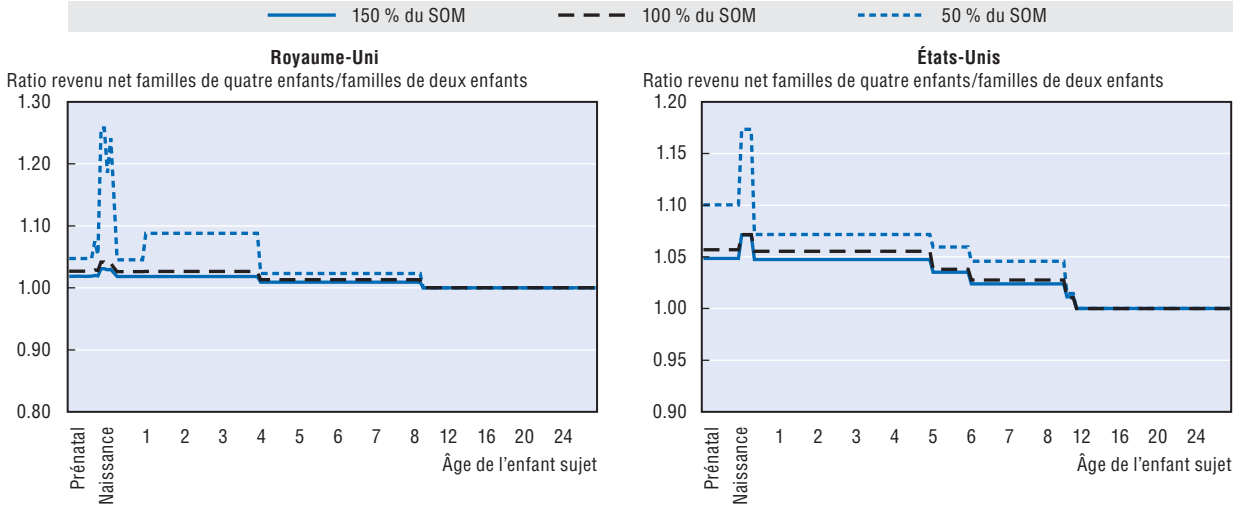
Le chapitre 3 a analysé la répartition des dépenses des pays au titre de l'enfance et effectué des comparaisons entre pays. Pour huit pays membres de l'OCDE, l'analyse a été élargie de manière à évaluer comment des familles différentes (au regard du revenu, du nombre de parents et du nombre d'enfants) sont traitées par différents systèmes d'impôts et de prestations.

Tous les États de l'OCDE dépensent pour leurs enfants, à des degrés divers, mais aucun ne le fait uniformément sur tout le cycle de vie des enfants. La majorité des pays de l'OCDE concentrent l'essentiel de leurs dépenses publiques à ce titre sur les stades ultérieurs de l'enfance. De fait, dans tous les pays sauf six (Pologne, Espagne, Mexique, Danemark, Hongrie et Islande), c'est la grande enfance qui accapare l'essentiel de l'investissement. En moyenne, pour chaque dollar dépensé pendant la petite enfance, les pays de l'OCDE dépensent 2.3 dollars au stade de la grande enfance au titre des prestations et services liés aux enfants. L'explication la plus immédiate de cette disparité est un montant élevé et généralisé de dépenses au titre de la scolarité obligatoire universelle. Les profils de

Graphique 3.10. **Ratio revenu net familles de quatre enfants/revenu net familles de deux enfants, 2003**



Graphique 3.10. **Ratio revenu net familles de quatre enfants/revenu net familles de deux enfants, 2003** *(suite)*



SOM : Salaire de l'ouvrier moyen.

Source : Modèles impôts-prestations de l'OCDE 2005 ; *voir www.oecd.org/els/social/prestationsetsalaires.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/711708153151

dépenses des pays examinés ne sont pas en accord avec la théorie et les éléments de preuve sur le bien-être et le développement des enfants. En revanche, peu voire aucune raison évidente ne justifie qu'un si grand nombre d'États fassent porter le gros de leurs dépenses sur la période de la grande enfance. En l'absence de connaissance sur les avantages comparatifs des dépenses par âge de l'enfant, on aurait pu s'attendre à un montant relativement uniforme de dépenses par âge de l'enfant.

En termes de composition des dépenses tout au long du cycle de vie de l'enfant, les schémas types sont des stratégies d'intervention essentiellement composées de transferts sociaux pendant la petite enfance, avec un élément supplémentaire de condition de sortie du marché du travail des parents. Les différences globales par année d'âge sont dues principalement aux augmentations marginales des dépenses d'éducation et à l'érosion progressive des droits aux prestations de sécurité sociale (en espèces et en nature) lorsque les enfants grandissent.

Le chapitre 3 donne une idée des choix publics qui sont faits pour les enfants aux différents stades de leur vie mais il n'essaye pas d'apporter de réponses quant aux raisons de ces choix ni d'indiquer quels pourraient être les bons choix. Le chapitre 4 présentera les politiques en faveur des familles et des enfants de la conception au jardin d'enfants et discutera des travaux en cours sur les évaluations des politiques connexes. Il convient de noter que le chapitre 3 ne parle pas des stratégies d'intervention des pouvoirs publics en matière de santé. En effet, ces stratégies concernent essentiellement le jeune enfant mais elles n'ont pas été incluses dans ce chapitre (excepté pour la Suède dans l'encadré 3.2) car les dépenses correspondantes ne peuvent se ventiler par âge à un niveau transnational. Pour pallier cette omission, les politiques de santé à destination du jeune enfant seront examinées au chapitre 4 dans le cadre des comparaisons des politiques publiques.

Notes

1. Des notes pour chaque profil de dépenses par âge sont disponibles dans une annexe en ligne. Les modèles impôts-prestations ont été corrigés pour prendre en compte les informations sur les politiques autour de la naissance exposées dans les chapitres spéciaux sur la fiscalité et le régime de prestations également disponibles en ligne. Voir *www.oecd.org/els/social/childwellbeing*.

2. Cette étude montre que l'environnement de la période intermédiaire de l'enfance ne contribue que modestement aux variances expliquées d'un éventail de résultats pour les adolescents, en sus du contexte de la petite enfance. Lorsqu'on rajoute au contexte de la petite enfance celui de la période intermédiaire de l'enfance, la variation expliquée de l'externalisation des comportements passe de 0.24 à 0.27. On obtient des progressions comparables de 0.15 à 0.17 pour l'internalisation des comportements, de 0.32 à 0.34 pour le score au test de mathématiques et de 0.34 à 0.35 pour le score au test de lecture. L'élément le plus important du contexte de la période intermédiaire de l'enfance est la stimulation cognitive à la maison, certains éléments tendant également à prouver l'importance du contexte émotionnel. Ni la structure de la famille ni le revenu familial ne jouent un rôle significatif. En termes d'environnement extérieur, les facteurs importants sont la sécurité à l'école et la compétence des enseignants dans leur domaine (Magnuson *et al.*, 2003).

3. En outre, les jeunes enfants ne peuvent contribuer au travail non rémunéré de la famille, tandis que des enfants plus grands peuvent, par exemple, ranger leurs jouets, faire leur lit, tondre le gazon, sortir les poubelles ou préparer le dîner.

4. Les coûts administratifs sont inclus dans les dépenses au titre des politiques actives du marché du travail mais pas dans les autres formes de dépenses sociales.

5. Depuis 2003, l'Allemagne a commencé à abaisser le seuil plafond d'admissibilité aux prestations pour enfants.

6. Au Royaume-Uni, une allocation jeune enfant (*baby element*) est versée lors du premier anniversaire de l'enfant dans le cadre du *Working Tax Credit*, mais aucun autre paiement lié à l'âge de l'enfant n'est effectué après cette majoration ponctuelle.

Références

Aos, S., R. Lieb, J. Mayfield, M. Miller et A. Pennucci (2004), *Benefits and Costs of Prevention and Early Intervention Programs for Youth*, Washington State University for Public Policy, Olympia.

Benenson, J., J. Pascoe et N. Radmore (2007), « Children's Altruistic Behaviour in Dictator Games », *Evolution and Human Behaviour*, vol. 28, pp. 168-175.

Bettinger, E. et R. Slonim (2007), « Patience among Children », *Journal of Public Economics*, vol. 91, n° 12, pp. 343-363.

Bradbury, B. (2008), « Time and the Cost of Children », *Review of Income and Wealth*, vol. 54, n° 3, pp. 305-323, septembre.

Bradshaw, J. et N. Finch (2002), « A Comparison of Child Benefit Packages in 22 Countries », Department for Work and Pensions Research Report n° 174, Corporate Document Services, Leeds.

Brim, O. et D. Phillips (1988), « The Life-span Intervention Cube », in E. Hetherington, R. Lerner et M. Perlmutter (dir. publ.), *Child Development in a Life-Span Perspective*, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ.

Cunha, F. et J.J. Heckman (2007), « The Technology of Skill Formation », *AEA Papers and Proceedings*, vol. 97, n° 2, pp. 31-47.

Currie, C. *et al.* (2008), *Inégalités en matière de santé chez les jeunes, rapport international HBSC de l'enquête 2005/2006*, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague.

Dahl, G.B. et L. Lochner (2005), « The Impact of Family Income on Child Achievement », Document de travail du NBER n° 11279.

Dalman, C. et S. Bremberg (1999), *Hur satsar vi på barnen? Insatser för barn och ungdom i Stockholms län mätt i kronor* [Quelles sont les ressources disponibles pour les enfants ?], Centrum för Barn- and ungdomshälsa, Huddinge.

Duncan, G. et J. Brooks-Gunn (1997), *The Consequences of Growing Up Poor*, Russell Sage, New York.

Duncan, G. et K. Magnuson (2003), « Promoting the Healthy Development of Young Children », in I. Sawhill (dir. publ.), *One Percent for Kids,* Brookings, Washington DC, pp. 16-39.

Duncan, G. et K. Magnuson (2004), « Individual and Parent-based Intervention Strategies for Promoting Human Capital and Positive Behavior », in P. Lindsay Chase-Lansdale, K. Kiernan et R. Friedman (dir. publ.), *Human Development Across Lives and Generations: The Potential for Change,* Cambridge University Press, Cambridge, pp. 93-135.

Fabes, R. et N. Eisenberg (1996), « Meta-Analyses of Age and Sex Differences in Children's and Adolescents' Prosocial Behavior », Arizona State University Working Paper, *www.public.asu.edu/~sparky00/fabes/meta.pdf*.

Folbre, N. (2008), *Valuing Children*, Harvard University Press, Cambridge, MA.

Folbre, N. *et al.* (2005), « By What Measure? Family Time Devoted to Children in the United States », *Demography*, vol. 42, n° 2, pp. 373-390.

Gabel, S. et S. Kamerman (2006), « Investing in Children: Public Commitment in Twenty-one Industrialized Countries », *Social Service Review*, juin, pp. 239-263.

Harbaugh, W., K. Krause et T. Berry (2001), « GARP for Kids: On the Development of Rational Choice Behaviour », *American Economic Review*, vol. 91, n° 5, pp. 1539-1545.

Heckman, J. (1999), « Policies to Foster Human Capital », Document de travail du NBER n° 7288, août.

Heckman, J. (2007), « The Economics, Technology and Neuroscience of Human Capability Formation », IZA Discussion Paper n° 2875, Institute for the Study of Labour, Bonn.

Heckman, J. et D. Masterov (2007), « The Productivity Argument for Investing in Young Children », *Document de travail du NBER* n° 13016.

Henman, P. *et al.* (2007), « Costs of Children: Research Commissioned by the Ministerial Taskforce on Child Support », FACSIA Occasional Paper n° 18.

Knudsen, E., J. Heckman, J. Cameron et J. Shonkoff (2006), « Economic, Neurobiological and Behavioural Perspectives on Building America's Future Workforce », IZA Discussion Paper n° 2190, Institute for the Study of Labour, Bonn.

Land, K. *et al.* (2007), « Measuring Trends in Child Well-being: An Evidence Based Approach », *Social Indicators Research*, vol. 80, pp. 105-132.

Magnuson, K., G. Duncan et A. Kalil (2003), « The Contribution of Middle Childhood Context to Adolescent Achievement and Behaviour », *www.northwestern.edu/ipr/publications/papers/2004/duncan/4middlechildhood.pdf*.

MISSOC – Système d'information mutuelle sur la protection sociale (2003), *Tableaux comparatifs sur la protection sociale dans les États membres de l'UE (UE25), de l'Espace économique européen et en Suisse. (Situation au 1er janvier 2003),* Commission européenne, Bruxelles.

Morris, P., G. Duncan et C. Rodrigues (2004), « Does Money Really Matter? Estimating Impacts of Family Income on Children's Achievement with Data from Random-Assignment Experiments », *www.northwestern.edu/ipr/people/duncanpapers.html*, 14 septembre.

Murnighan, J.K. et M.S. Saxon (1998), « Ultimatum Bargaining by Children and Adults », *Journal of Economic Psychology,* vol. 19, n° 4, pp. 415-445.

Nations Unies (1989/1990), *Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant*, *www.unhchr.ch/french/html/menu3/b/k2crc_fr.htm*.

OCDE (2007a), *Bébés et employeurs – Comment réconcilier travail et vie de famille : Synthèse des résultats dans les pays de l'OCDE,* Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2007b), *Prestations et salaires*, Éditions de l'OCDE, Paris, *www.oecd.org/document/33/0,3343,fr_2649_34637_39791421_1_1_1_1,00.html*.

OCDE (2008a), *Base de données sur la famille de l'OCDE*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2008b), *Base de données sur les dépenses sociales*, Éditions de l'OCDE, Paris.

Social Security Programmes throughout the World 2008, Europe in 2002 and 2004, Policies for Asia and the Pacific in 2002 and 2004; Policies for the Americas in 2003. *www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/Social Policies Throughout the World* (2008).

UNICEF (2007), *La pauvreté des enfants en perspective : Vue d'ensemble du bien-être des enfants dans les pays riches,* Bilan Innocenti 7, Florence.

© OCDE 2009

Chapitre 4

De la conception au jardin d'enfants

Ce chapitre analyse plus en détail les différentes politiques mises en œuvre par les pays de l'OCDE pour améliorer le bien-être des enfants durant les toutes premières années de leur vie. Il couvre les enfants, de la période prénatale jusqu'à l'âge d'environ 3 ans ; il expose les stratégies d'intervention des pouvoirs publics en direction des mères et des enfants dans une optique de bien-être des enfants, avant, autour et après la naissance. Il examine les politiques en matière de santé publique et de nutrition, de garde et d'éducation des enfants mais aussi d'impôts et de prestations.

Introduction

Quelles sont les différentes politiques mises en œuvre par les pays de l'OCDE pour améliorer le bien-être des enfants dans les toutes premières années de leur vie ? Les examens exhaustifs faisant le point sur les interventions des pouvoirs publics en direction des enfants, de la conception au jardin d'enfants, dans les pays de l'OCDE, sont rares. S'appuyant sur les constats du chapitre 3, ce chapitre étudie plus en détail les premières interventions en faveur des enfants ; il donne notamment un aperçu des nombreuses interventions liées à la santé et axées sur le bien-être de l'enfant dont bénéficient les mères et les enfants avant, pendant et après la naissance de l'enfant. La focalisation sur ces interventions est particulièrement importante, compte tenu du fait que les dépenses de santé ne sont pas prises en compte dans les profils du chapitre 3.

Ce chapitre passe en revue les politiques mises en place de la période prénatale jusque vers le troisième anniversaire de l'enfant. Si les expériences prénatales et celles de la petite enfance ne sont pas l'alpha et l'oméga du développement de l'enfant, les premières expériences environnementales d'un enfant ont une influence déterminante sur les trajectoires de son développement à long terme.

Jusqu'ici, la discussion des stratégies d'intervention précoce en vue d'améliorer le bien-être des enfants dans de nombreux pays de l'OCDE s'est focalisée sur l'éducation préscolaire des enfants de plus de 3 ans (par exemple, les publications de l'OCDE *Petite enfance, grands défis*), sur les programmes intensifs et hautement ciblés en faveur des jeunes enfants à haut risque ou des enfants ayant des besoins particuliers. Les programmes existants, et souvent universels, d'aide publique à l'enfance se sont moins intéressés à la période allant de la conception à 3 ans (pour une comparaison de six pays de l'OCDE, voir toutefois Kahn et Kahneman, 1993). Au même titre que les interventions en faveur des familles, de l'accueil et de l'éducation des enfants, ces systèmes impliquent un mélange d'offre de services de santé publique et de prestations sociales.

Pour faire des recommandations exhaustives de schémas d'investissement pour la période allant de la conception au jardin d'enfants, on manque de preuves convaincantes. Des évaluations plus rigoureuses de l'efficacité des interventions précoces sont nécessaires pour faire, dans l'avenir, des choix fondés sur des données probantes. L'examen donne néanmoins à penser que de nombreux pays de l'OCDE offrent une quantité excessive de soins prénataux universels et qu'il conviendrait, au vu de ces données, de concentrer cette offre de services sur les sujets à risque. En outre, peu d'éléments justifient les hospitalisations postnatales (quatre jours en moyenne, voire davantage, dans un tiers des pays de l'OCDE) dont le coût est très élevé. Dans certains pays, on observe également un investissement excessif dans les soins postnataux universels et une attention insuffisante portée au risque. Par exemple, tous les enfants ne sont pas vaccinés, ou pas en temps voulu, contre les maladies importantes. En matière de vaccinations et autres interventions précoces, tout porte à penser que les transferts sociaux soumis à conditions ont un grand rôle à jouer dans une utilisation accrue des services universels par les sujets à risque.

Le chapitre 4 développe une structure descriptive pour la classification des interventions précoces à l'aide de deux dimensions importantes. La première, celle du début du cycle de vie, offre des interventions spécifiques liées à l'âge alors que les interventions ultérieures se fondent sur les acquis des étapes précédentes. La seconde est le spectre des risques médicaux et sociaux auxquels sont confrontés les enfants durant cette première partie de leur vie. Dans la mesure du possible, des analyses et des recherches de ce qui fonctionne en termes de politiques de la petite enfance seront présentées parallèlement aux différentes interventions. Le tableau 4.1 montre le large éventail des interventions des pouvoirs publics utilisées par les pays de l'OCDE dans les premières années de la vie. Les lignes présentent la dimension du cycle de vie tandis que les colonnes présentent la dimension du risque et les réponses apportées. Les questions importantes qui se posent sont l'engagement relatif de ressources à chacun des trois stades du cycle de vie dans la première partie de la petite enfance mais aussi pour chaque forme d'intervention à chaque stade, le contenu de chaque intervention et la conception des structures institutionnelles et des incitations à intervenir. La structure des colonnes est descendante : des interventions les plus universelles, c'est-à-dire non ciblées sur le risque, aux interventions davantage ciblées sur les risques.

Tableau 4.1. **Champ des interventions précoces des pouvoirs publics pour améliorer le bien-être des enfants, de la conception au jardin d'enfants, dans la zone OCDE**

	Avant la naissance	Naissance	Après la naissance
Des interventions plus universelles…	Programme de soins prénataux	Soins hospitaliers à la naissance	Programme de vaccinations
	Carnet de santé de la mère	Primes à la naissance (en espèces)	Programme de soins postnataux
	Congé de maternité prénatal		Carnets de santé des enfants
	Politiques prénatales de santé publique (par exemple, campagne antitabac pendant la grossesse)		Allocations pour (jeunes) enfants (en espèces)
	Programmes de nutrition non ciblés (par exemple addition d'acide folique à la farine, aux États-Unis)		Congé de maternité postnatal et congé parental
	Programmes prénataux de santé et de nutrition		Politiques postnatales de santé publique (par exemple encouragement de l'allaitement maternel)
			Programmes ciblés de visites postnatales à domicile
… aux interventions plus ciblées			Programmes postnataux de formation au rôle de parent
			Garde des enfants
			Coordination de l'offre de services et médecin référent
			Services de protection de l'enfance

Source : Résumé de l'OCDE.

Période prénatale

Avant la naissance, une politique orientée vers le bien-être des enfants vise le plus souvent à modifier l'environnement intra-utérin pour agir sur les conditions du développement physique du fœtus. Elle peut aussi, mais moins souvent, viser à intervenir au niveau de la mère ou de la famille durant la période prénatale pour essayer d'influencer l'environnement postnatal futur. Cette dernière approche repose sur la conviction qu'il est probablement plus facile de modeler l'environnement postnatal au stade prénatal.

Soins prénataux

Les soins prénataux sont des soins dispensés avant la naissance essentiellement à la future mère. Certaines formes d'intervention prénatale peuvent également concerner les pères, notamment les conseils relationnels et les cours de formation à la naissance et au rôle de parent, et les informations de santé publique sur le tabac (inhalation indirecte par la femme enceinte et par le nouveau-né de la fumée émise par un père fumeur). Toutefois, les pays de l'OCDE ne proposent guère de soins prénataux intégrés et systématiques pour la dyade mères-pères ou pour les pères uniquement.

Les soins prénataux de la mère comprennent des évaluations et des traitements qui diffèrent selon de multiples dimensions. Les variations portent sur le début des soins prénataux, les soins prescrits et ceux effectivement dispensés, le type et la formation du prestataire, le lieu des soins et les services d'orientation vers les soins plus spécialisés ou intensifs disponibles. La plupart des pays de l'OCDE proposent une forme quelconque de soins prénataux universels et gratuits. Le contenu des soins prénataux inclut la fourniture d'informations, l'éducation, le conseil, le dépistage et le traitement pour promouvoir le bien-être de la mère et du fœtus (Di Mario *et al.*, 2005, p. 4).

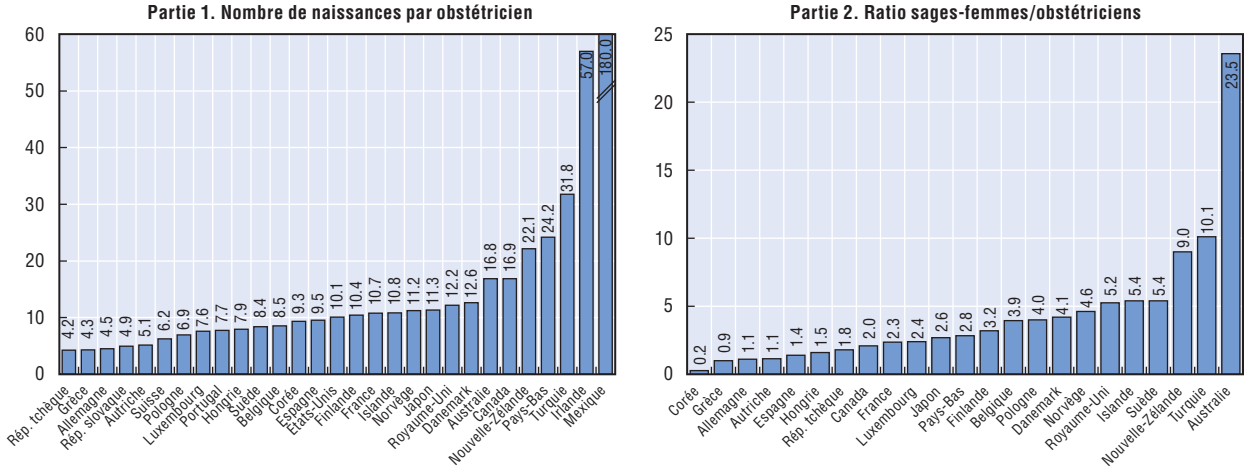
L'objectif des soins prénataux est de réduire la proportion des bébés ayant une insuffisance pondérale à la naissance et celle des prématurés ; dans les deux cas, les résultats sont immédiatement et facilement mesurables après la naissance (Alexander et Korneitchouk, 2001, p. 308). Les recherches montrent l'importance du poids de naissance pour le bien-être à plus long terme de l'enfant, notamment pour ses capacités cognitives, sa taille, son niveau éducatif et sa capacité de gains. Des preuves récentes obtenues sur des échantillons de jumeaux montrent une relation de causalité entre un faible poids de naissance et des résultats médiocres à plus long terme (Black *et al.*, 2005 ; Newcombe *et al.*, 2007). Des éléments prouvent également l'influence de l'environnement intra-utérin sur le poids de naissance.

Le professionnel responsable en premier lieu des soins prénataux n'est pas le même dans tous les pays de l'OCDE. Dans les pays ayant opté pour une approche médicalisée de la grossesse, ce sont les obstétriciens qui assurent la majorité des soins. Dans ceux ayant choisi une démarche plus sociale, les sages-femmes sont les principales professionnelles, souvent dans le cadre d'un dispositif de soins mixte avec d'autres professionnels de la santé, tels que les médecins généralistes. Lorsqu'on dispose de quelques données empiriques, on observe entre les pays des disparités considérables qui révèlent des différences majeures dans le choix de l'organisation des soins prénataux (voir graphique 4.1).

Le mix relatif de prestataires a des implications directes et indirectes pour le coût des services prénataux. Le coût par unité de temps des services prénataux impliquant des sages-femmes sera probablement inférieur. Cela reflète en partie une formation plus courte et donc une variation moindre de la rémunération demandée par des sages-femmes par rapport à celle des généralistes et des obstétriciens. De plus, il est probable que les obstétriciens auront davantage tendance à offrir des services à plus forte intensité de capital et davantage médicalisés.

On n'a guère de preuves que des systèmes faisant davantage appel à des sages-femmes soient moins performants. En fait, des données récentes en provenance des États-Unis suggèrent une mortalité néonatale moindre pour les naissances avec l'assistance d'une sage-femme (Miller, 2006). Des informations émanant de l'OMS indiquent que, pour les grossesses normales, l'efficacité est la même avec une sage-femme (Di Mario *et al.*, 2005).

Graphique 4.1. **Médicalisation du système de soins prénataux (autour de 2005)**



Note : Le résultat obtenu pour le Mexique est plafonné à 60, bien que le nombre de naissances par obstétricien y soit de 180.

Source : Eco-Santé OCDE 2008, juin.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/711737103812

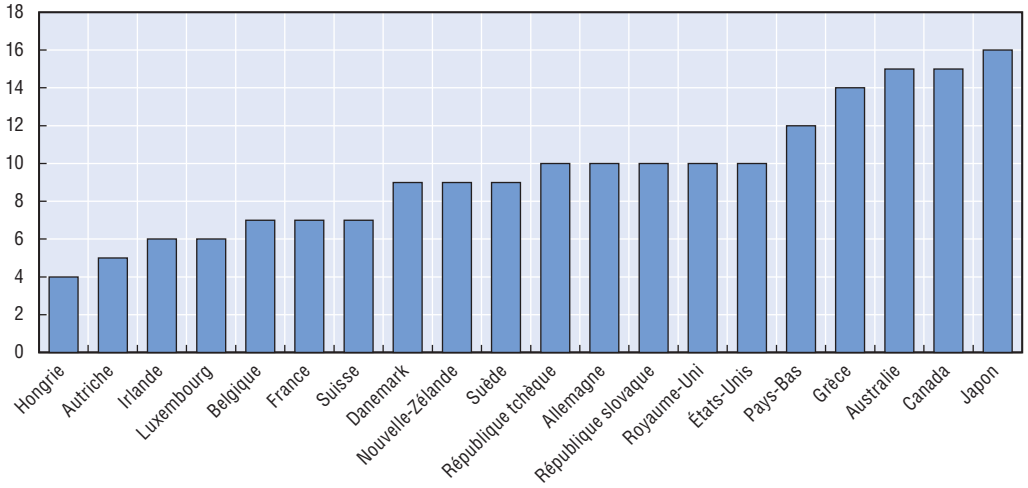
La plupart des pays ont un programme de soins postnataux recommandés, qui est habituellement financé sur fonds publics (voir le graphique 4.2 pour un tableau général des visites recommandées dans les pays de l'OCDE). Comme pour nombre d'informations dans ce domaine, on a quelques difficultés à trouver des données se rapportant à une période de temps commune pour les pays de l'OCDE. On ne dispose pas d'informations comparables sur les visites effectives, leur contenu, leur durée, leur calendrier, les qualifications professionnelles des prestataires et le lieu où sont dispensés les soins prénataux.

Le lieu des soins varie aussi d'un pays de l'OCDE à l'autre. Un certain nombre de pays de l'OCDE (Danemark, Irlande, Islande, Nouvelle-Zélande et Royaume-Uni, par exemple) offrent la possibilité de visites à domicile pour certains soins prénataux. Le plus souvent, ces soins sont dispensés dans un dispensaire.

Quelle est la relation entre le nombre programmé de visites dans chaque pays et leur nombre effectif moyen ? Dans de nombreux pays, le nombre effectif de visites est supérieur au nombre prévu pourtant généreux (Hildingsson *et al.*, 2005). On ne sait pas quels sont les décideurs – professionnels de la santé ou futurs parents – à l'origine du processus conduisant à un nombre de visites supérieur au nombre prévu. On ne connaît pas non plus très bien les motivations qui se cachent derrière cette offre plus importante de visites. Celles qui bénéficient de davantage de soins prénataux sont les mères à revenu familial plus élevé, plus éduquées, appartenant au groupe ethnique majoritaire, non immigrées, plus âgées, dont la situation au regard de la santé maternelle est meilleure et connaissant mieux le système des soins prénataux, ne fumant pas, mariées, non soumises à des violences familiales ou ayant de jeunes enfants à la maison (Goldenberg *et al.*, 1992 ; Delgado-Rodriguez *et al.*, 1997). Tout donne à penser qu'il y a un certain degré de confiscation par la classe moyenne.

Plusieurs pays de l'OCDE accordent aux parents des incitations financières pour les amener à se présenter aux consultations prénatales. En Allemagne, en Autriche, en Finlande, en France, en Hongrie et au Royaume-Uni par exemple, l'accès à certaines prestations est conditionné à l'accès à un minimum de soins prénataux.

Graphique 4.2. **Programme recommandé de soins prénataux (nombre de visites durant la grossesse)**



Source : Calculs effectués par l'OCDE sur la base des travaux de Hunt et Lumley (2002) pour l'Australie ; *www.help.gv.at/Content.Node/143/Seite.1430100.html#Enfant* pour l'Autriche ; Gheysen et Labourer (2001) pour la Belgique ; *www.babycenter.com/refcap/pregnancy/pre-natalhealth/9252.html* pour le Canada, téléchargé le 9 octobre 2006 ; Brandrup-Lukanow et Jepsen (2000) pour la République tchèque ; Kristinsen (1992) pour le Danemark ; Hemminki et Gissler (1993) pour la Finlande, Gissler (pas de date), *The Use of Antenatal Care amongst Ethnic Minorities in Finland 1999-2001*, *http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/reprint/15/suppl_1/49.pdf* ; Blondel *et al.* (2005) pour la France ; Simoes *et al.* (2006) pour l'Allemagne ; Delvaux et Beukens (1999), Pilali (pas de date) pour la Grèce ; Brandrup-Lukanow et Jepsen (2000) pour la Hongrie ; Asten *et al.* (2004), Delvaux et Beukens (1999) pour l'Irlande ; Miyaji (1994) pour le Japon ; OMS – Bureau régional pour l'Europe (1997) pour le Luxembourg ; Elizondo *et al.* (2003) et Frank *et al.* (2003) pour le Mexique ; Kaminski *et al.* (1987), *Perinatal Care Delivery Systems*, Oxford University Press, London, Jannink et Stevens (pas de date) pour les Pays-Bas ; Ministry of Health New Zealand (1999) pour la Nouvelle-Zélande ; Backe (2001) pour la Norvège ; Barros et Tavares (1998) pour le Portugal ; Brandrup-Lukanow et Jepsen (2000) pour la République slovaque ; Pérez *et al.* (2004) pour l'Espagne, uniquement la Catalogne ; Delvaux et Beukens (1999) pour la Suède ; Asten *et al.* (2004) pour la Suisse ; Institute of Population Studies (2004) pour la Turquie ; *Routine Pre-natal Care for Healthy Pregnant Women. Understanding NICE Guidance – Information for Pregnant Women, Their Families and The Public* (2003) pour le Royaume-Uni ; Baldo (2001) et Martin *et al.* (2005) pour les États-Unis. Étant donné la multiplicité des sources de données, définitions et périodes considérées, une grande prudence s'impose si l'on cherche à tirer une impression autre que générale des variations entre pays et à établir un classement grossier à partir de ces chiffres.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/711737120074

L'essentiel de ce que nous savons des soins prénataux porte sur la manière dont ils sont dispensés et le calendrier recommandé plutôt que sur leur contenu prescrit ou effectif. Or, le contenu effectif peut différer considérablement du contenu prescrit du fait de problèmes entre le mandant et le mandataire. Les lignes directrices exposées dans Haertsch *et al.* (1999), qui comparent un petit sous-ensemble de pays de l'OCDE, révèlent une grande disparité. Ils constatent que même pour un facteur de risque comme le tabagisme maternel pendant la grossesse, pour lequel les preuves du risque pour la santé sont bien établies, on n'a guère de points communs entre les différentes lignes directrices (voir encadré 4.1 sur l'efficacité des soins prénataux).

Programmes de nutrition prénatale (bons/coupons alimentaires)

Dans le but de cibler les risques sociaux avant la naissance, les États-Unis et le Royaume-Uni ont mis en place des programmes de nutrition prénatale avec un système de coupons ou de bons alimentaires. Aux États-Unis, le Programme de supplémentation nutritionnelle pour les femmes, les nourrissons et les jeunes enfants (WIC pour *Women, Infants and Children*) a une forte composante prénatale. Les femmes enceintes qui en bénéficient ont accès à ce programme *via* Medicaid ou lorsque leurs revenus représentent 185 % ou moins du

Encadré 4.1. **Les soins prénataux améliorent-ils le bien-être des enfants?**

Les essais contrôlés randomisés ne fournissent guère de preuves empiriques de l'efficacité des programmes de soins prénataux en termes d'amélioration du bien-être des enfants. Et nombre de preuves empiriques existantes sont critiquées pour leur biais de sélection dû à des conceptions non aléatoires des évaluations de diverses sortes. En dépit de la pratique généralisée des soins prénataux, Alexander et Kotelchuck (2001, p. 306) observent que la preuve de leur efficacité reste équivoque et que leur objectif et leurs effets principaux continuent de faire débat.

L'Organisation mondiale de la santé a publié récemment un résumé de la littérature sur l'efficacité des soins prénataux (meilleures preuves) (Di Mario *et al.,* 2005). Les auteurs constatent, preuves à l'appui, que 20 interventions sont efficaces en matière de soins prénataux ; il s'agit notamment des programmes d'initiation à l'allaitement maternel et d'arrêt de la consommation de tabac et d'alcool. Ils déclarent, en outre, qu'il est économiquement rentable de faire appel à des sages-femmes et à des généralistes pour les grossesses à faible risque. Di Mario *et al.* constatent qu'un système dans lequel les femmes conservent les comptes rendus de leurs examens d'obstétrique améliore la sécurité clinique et le sentiment de maîtrise et de satisfaction des mères ; cette conclusion confirme probablement l'intérêt du carnet de maternité mis en place dans certains pays de l'OCDE. Enfin, l'OMS suggère qu'un modèle de soins prénataux reposant sur quatre visites et une échographie en début de grossesse est aussi efficace en termes de morbidité et de mortalité maternelle et néonatale qu'un modèle reposant sur un nombre plus important de visites et/ou d'échographies. Ce constat donne à penser que de nombreux pays de l'OCDE surinvestissent dans ce domaine de l'intervention prénatale.

Du fait que le résultat sur lequel on se focalise pour juger de l'efficacité a été la morbidité et la mortalité foetale et périnatale, on n'a guère examiné l'efficacité des soins prénataux sur les résultats pour la mère, sur les résultats postnataux à plus long terme, ou sur l'éducation et les revenus à l'âge adulte (Fiscella, 1995 ; Alexander et Kotelchuck, 2001). Or, ces dimensions sont extrêmement intéressantes pour le bien-être des enfants et l'inégalité intergénérationnelle. De même, on s'est focalisé sur les interventions médicales prénatales. Ainsi, les travaux sur l'efficacité des soins prénataux n'ont pas pris en considération l'impact sur le bien-être des enfants du choix du moment du congé de maternité prénatal et du montant de l'allocation.

L'efficacité des soins prénataux peut varier entre sous-groupes de population définis par l'ethnicité, l'éducation et la pauvreté. Cette variation possible de l'efficacité par groupe, à l'intérieur de la population, est extrêmement pertinente. Cependant, on n'a guère de preuves de qualité sur les différentes combinaisons de soins prénataux qui peuvent mieux fonctionner pour différents groupes (Alexander et Kotelchuck, 2001, p. 312). En termes de soins prénataux accrus pour les mères à risque spécifiquement élevé, qui impliquent des dimensions d'offre comme les visites à domicile et la gestion individualisée, les éléments probants de onze essais cliniques contrôlés randomisés (remontant à la période 1985-93) donnent à penser qu'ils n'ont pas permis de promouvoir des mesures de résultat du type poids de naissance (Fiscella, 1995, tableau 2, p. 474). Dans un essai contrôlé randomisé non pris en compte par Fiscella, Hobel *et al.* (1994) constatent un effet de l'intensification des services sur la réduction des naissances prématurées. Si les soins prénataux permettent de dépister les femmes à haut risque social et de leur fournir de l'information, de les éduquer et de les mettre en relation avec les services sociaux et de protection sociale, il y a eu apparemment peu d'évaluation de leur efficacité à cet égard (Fiscella, 1995, p. 476).

En conclusion, Di Mario *et al.* (2005, p. 15) pointent une très grande disparité entre pays des régimes de soins prénataux mais cette disparité ne se fonde guère sur des preuves. En fait, on sait qu'un certain contenu n'est pas efficace. Une grande partie de la variation est une conséquence de la tradition et de l'opinion des experts locaux. Ils appellent à plus de recherches sur des interventions dont l'efficacité n'est pas connue. Des conclusions similaires, tirées par ailleurs et beaucoup plus tôt (Fiscella, 1995, p. 476 ; Alexander et Kotelchuck, 2001, p. 314), indiquent que la qualité de la base de preuves ne s'améliore pas rapidement avec le temps.

seuil de pauvreté. Les femmes sont éligibles à ce programme pendant leur grossesse et six semaines après la naissance avant réévaluation. Le programme offre des coupons d'une valeur mensuelle d'environ 37 USD (en 2006) pour des aliments spécifiques. En 1998, environ 60 % de la population de nourrissons et d'enfants à bas revenus participaient au programme. WIC est bien évalué, avec toute une série de modèles. Sur 28 évaluations, 24 ont constaté des effets positifs sur le poids à la naissance ou d'autres indicateurs de la santé du jeune enfant (Currie 2003). Une évaluation plus récente de ce programme a contesté quelques-uns de ces constats et conclu que WIC contribue probablement à l'amélioration des résultats à la naissance mais de façon plus marginale, et que son impact n'est pas aussi grand que le prétendent les analystes et les partisans de cette politique (Joyce *et al.*, 2007, p. 27).

Le Royaume-Uni a récemment mis en place un programme nutritionnel analogue, « *Healthy Start* », qui repose sur un système de bons (*vouchers*). Il s'agit d'un programme sous conditions de ressources ou de prestations accessible aux femmes enceintes de plus de dix semaines, ayant déjà un enfant de moins de 4 ans et percevant certaines allocations. Ce programme est accessible à toutes les femmes enceintes de moins de 18 ans. Les bénéficiaires reçoivent des bons hebdomadaires d'une valeur unitaire de 2.80 GBP (soit, à titre de comparaison, la moitié environ de la valeur des coupons du programme WIC aux États-Unis), qui leur permettent de se procurer du lait de vache, des fruits et des légumes frais ou du lait maternisé, et des compléments vitaminés gratuits. Les femmes enceintes et les enfants de 1 à 4 ans bénéficiant de ce programme reçoivent un bon par semaine ; les enfants de moins d'un an reçoivent deux bons par semaine (pour plus de détails sur le programme *Healthy Start*, aller sur le site officiel pour le Royaume-Uni : *www.healthystart.nhs.uk/*).

Congé de maternité avant la naissance

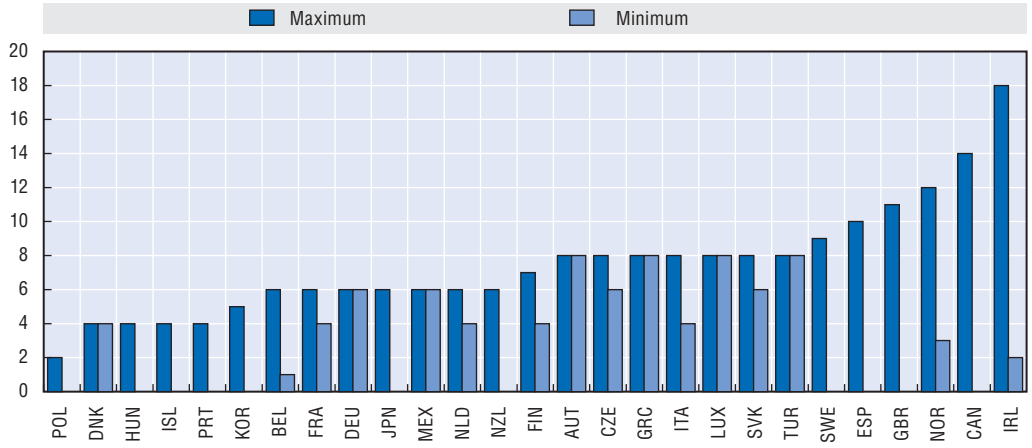
Le congé de maternité est un congé rémunéré destiné aux mères immédiatement avant et après la naissance. Dans la plupart des pays, le congé de maternité combine une partie de congé avant la naissance et une partie après. Dans près de la moitié des pays de l'OCDE, un congé prénatal minimum de durée variable est également obligatoire. Dans d'autres, seul est spécifié un congé prénatal maximum, de sorte que les femmes peuvent choisir de ne prendre aucun congé avant la naissance. Le Canada et l'Irlande se classent en tête avec une offre maximum. Un petit groupe de pays fixe ce congé autour de six à huit semaines. C'est en Pologne que l'offre en matière de congé prénatal maximum est la plus faible (deux semaines). En Suisse, il ne semble pas exister de droit national à un congé prénatal.

La grande disparité observée en matière de congé prénatal minimum et maximum entre les pays au graphique 4.3 ne se fonde pas sur des données probantes. On ne dispose guère d'évaluation permettant d'établir si la répartition (avant et après la naissance) du congé parental rémunéré influence les résultats de l'enfant. Des travaux récents donnent toutefois à penser que le fait de continuer à travailler pendant les deux derniers mois de grossesse pose des problèmes de poids à la naissance et de croissance fœtale (Del Bono *et al.*, 2008). On n'a guère d'information sur la durée effective de congé prénatal que prennent les femmes enceintes (Moss et Wall, 2007).

Carnet de santé maternité

Dès la confirmation de la grossesse, un certain nombre de pays remettent à la future mère un carnet contenant des informations sur le déroulement de la grossesse et les visites prénatales à effectuer. Ce carnet est conservé durant toute la grossesse et un certain

Graphique 4.3. **Congé prénatal rémunéré, maximum et minimum (pour les pays dans lesquels existe un congé de maternité rémunéré)**



Source : Voir MISSOC à l'adresse *http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/missoc_tables_en.htm*, MISSCEO à l'adresse *www.coe.int/t/dg3/socialpolicies/socialsecurity/MISSCEO/tables_en.asp* et Moss et Wall (2007), communications privées d'experts coréens et mexicains et la publication de l'OCDE intitulée *Petite enfance, grands défis II : Éducation et structure d'accueil*.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/711768655601

temps après (parfois, il est assorti d'un carnet pour l'enfant). Les pays dans lesquels ce carnet existe sont l'Allemagne, l'Australie (certains États), l'Autriche, la Belgique, la Corée, la France, le Japon, le Portugal et la Turquie. Ces carnets sont conformes aux observations de l'OMS, qui a constaté qu'un système dans lequel les femmes conservent les comptes rendus de leurs examens d'obstétrique améliore à la fois la sûreté clinique et le sentiment de maîtrise et la satisfaction des mères (voir encadré 4.1). La Belgique a institué un carnet parental à l'usage des pères.

Le carnet de maternité remplit un certain nombre de fonctions, l'accent mis sur chacune d'elles variant selon le pays. Il constitue un important dispositif de coordination lorsque les prestataires des services prénataux sont multiples. Il fournit aux mères le calendrier prénatal et leur rappelle les soins gratuits mis à leur disposition à chaque étape de la grossesse. Bien souvent, il procure aussi des informations de santé publique et des indications sur la grossesse et le développement du fœtus. En outre, il fournit aux futures mères des renseignements leur permettant de se mettre en rapport avec d'autres services, en particulier des services sociaux. On ne dispose guère d'informations sur leur efficacité ni de précisions sur la forme et le contenu qui sont les plus performants. Il s'agit d'une intervention universelle peu coûteuse.

Naissance

Hospitalisation

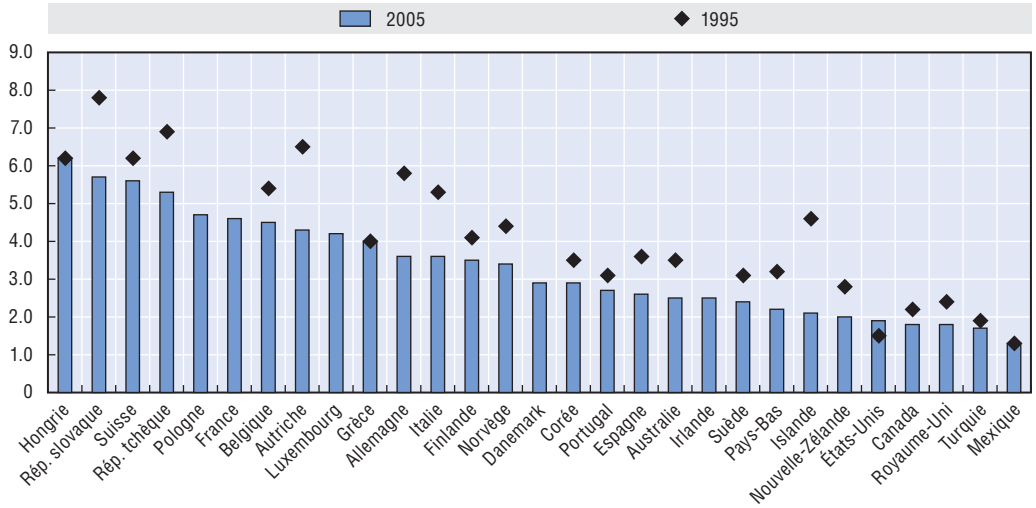
Dans la plupart des pays de l'OCDE, la grande majorité des enfants naissent à l'hôpital. Deux exceptions notoires sont à signaler, celles des Pays-Bas et de la Turquie où le pourcentage des accouchements à domicile n'est pas négligeable. En 2003, 21 % des bébés turcs naissaient à domicile (Institute of Population Studies, Ankara, 2004). En 1992 (dernière année pour laquelle des données étaient disponibles), le pourcentage des naissances à domicile était aux Pays-Bas de 31 % (Weigers *et al.*, 1998).

La durée moyenne de séjour à l'hôpital après un accouchement normal varie considérablement selon les pays de l'OCDE (graphique 4.4). Elle est de moins de deux jours au Royaume-Uni et aux États-Unis ; elle est plus proche du haut de la fourchette dans de nombreux pays d'Europe occidentale et plus encore dans les pays d'Europe orientale où elle peut être de cinq jours et plus. Au Japon, la durée moyenne d'hospitalisation était en 2005 de 7.6 jours (*Patients Survey 2005*, *Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan*)[1].

Dans les pays où l'approche de la naissance est plus médicalisée, la durée d'hospitalisation est plus longue. Le coût de l'hospitalisation peut être très élevé. Almond et Doyle (2008, p. 47), par exemple, estiment à environ 1 500 USD le coût d'une nuit supplémentaire dans les maternités californiennes, bien que dans d'autres pays ce coût soit sensiblement inférieur[2]. Or, on n'a guère la preuve que, dans le cas d'une naissance normale, une hospitalisation prolongée ait un impact positif sur le bien-être des enfants (Di Mario *et al.*, 2005, p. 8 ; Almond et Doyle, 2008). Par conséquent, une réorientation des ressources affectées à ce poste pourrait permettre de financer des interventions plus efficaces pour les enfants.

Dans certains des pays (Nouvelle-Zélande, Pays-Bas et Royaume-Uni, par exemple) où la durée d'hospitalisation après une naissance est relativement courte, des services qui autrement seraient dispensés, ou dispensés de manière plus intensive, à l'hôpital, par exemple l'aide à l'allaitement maternel, sont dans certains cas assurés gratuitement par d'autres professionnels qui se rendent au domicile des mères après leur sortie de l'hôpital.

Graphique 4.4. **Nombre de jours d'hospitalisation après une naissance normale à l'hôpital**



Note : Pour la Grèce et la Nouvelle-Zélande, les données 2005 concernent l'année 2004 ; pour la Turquie, elles concernent l'année 2003. Pour l'Islande et l'Italie, les données 1995 concernent 1994 ; pour la Corée, elles concernent 1996. Pour le Japon, on n'a pas de données au titre de ces deux années et pour le Danemark, la France, l'Irlande, le Luxembourg et la Pologne, on n'a pas de données pour 1995.

Source : Eco-Santé OCDE 2008, décembre.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/711772187772

Primes de naissance

Les primes de naissance (*baby bonus*) sont des montants forfaitaires ponctuels versés au moment ou autour de la naissance d'un enfant. Ces primes existent dans environ la

moitié des pays de l'OCDE (Belgique, Espagne, Finlande, France, Hongrie, Italie, Japon, Luxembourg, Norvège, Pologne, République slovaque, République tchèque, Royaume-Uni, Suisse (quelques cantons) et Turquie)[3]. Dans bien des pays, comme la Finlande et la Pologne, les paiements sont universels. Dans d'autres, comme la France, la Norvège et le Royaume-Uni, ils sont ciblés. Leur montant varie considérablement : quasiment symbolique en Finlande et en Turquie, il est substantiel en Espagne et en Italie. Les paiements liés à la naissance ont des objectifs très divers, notamment celui d'encourager la fécondité.

Comme un paiement forfaitaire n'affecte pas la rentabilité marginale du travail rémunéré et du travail non rémunéré, le caractère forfaitaire des paiements satisfait aux critères d'efficience en termes de neutralité au temps, en ce sens que ceux-ci n'ont pas d'incidence sur les prix relatifs. Il satisfait également à certains critères d'équité car il comprime la distribution des revenus des familles avec enfants. Enfin, le versement en espèces permet aux parents d'utiliser au mieux leur connaissance de leur propre contexte et de celui de leur enfant pour affecter ces ressources au développement de l'enfant. Néanmoins, les paiements universels de montants forfaitaires liés aux enfants suscitent une certaine opposition en raison de leur effet revenu négatif, en particulier sur l'activité du deuxième apporteur de revenus. Ceux qui accordent un poids important au travail rémunéré et à l'égalité entre les sexes sont favorables à des dépenses centrées sur un encouragement de l'activité féminine.

Initiative « Hôpitaux amis des bébés »

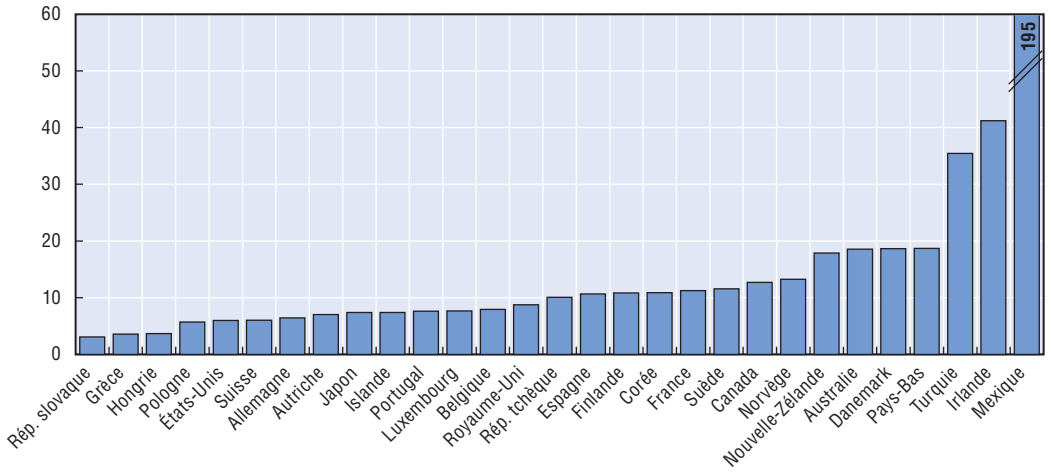
La désignation « Hôpitaux amis des bébés » est un label attribué par l'OMS et l'UNICEF aux services de maternité des hôpitaux qui pratiquent certaines stratégies, fondées sur l'expérience clinique, d'initiation et de poursuite de l'allaitement maternel. Un service de maternité peut être labellisé « ami des bébés » lorsqu'il n'accepte pas les substituts (gratuits ou de faible coût) au lait maternel, biberons ou tétines. Il doit en outre mettre en œuvre un programme en dix étapes d'encouragement de l'allaitement maternel. À l'évidence, cette initiative a un effet bénéfique sur le taux d'allaitement maternel (voir Merten *et al.*, 2005 pour la Suisse ; Duyan Camurdan *et al.*, 2007 pour la Turquie ; et Kramer *et al.*, 2001 pour le Bélarus).

Période postnatale

Soins postnataux préventifs universels

La plupart des pays de l'OCDE ont mis en place un système de contrôles postnataux préventifs universels et gratuits de la santé et du développement des enfants. Dans les pays anglophones, ces systèmes sont souvent connus sous le nom de « *well-child systems* ». Le programme postnatal comprend souvent la mesure et l'enregistrement de la taille, du poids et du périmètre crânien de l'enfant, un examen physique et des contrôles en présence des parents pour s'assurer du bon développement des compétences sociales, motrices et linguistiques de l'enfant selon les normes spécifiques à son âge. Bien souvent, il inclut également des conseils et des services de référents pour les parents. Un calendrier des vaccinations prescrites est généralement intégré au service. Comme pour la période prénatale, on observe des degrés divers de médicalisation et de spécialisation du système, comme le montre, au graphique 4.5 ci-dessous, le ratio des naissances annuelles par nombre de pédiatres.

Graphique 4.5. **Médicalisation du système postnatal (nombre de naissances par pédiatre)**



Note : Le résultat pour le Mexique est plafonné à 60, bien que le nombre enregistré de naissances par pédiatre soit de 195.
Source : Base de données de l'OCDE sur la santé.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/711784654705

Les contrôles postnataux permettent une intervention préventive en fonction des risques observés ou une intervention précoce si des problèmes de santé ou de développement sont diagnostiqués. Les systèmes universels permettent un dépistage des risques pour tous les enfants sans stigmatisation et la diffusion d'information sur l'existence des contrôles aux membres de la collectivité. Mais on n'a guère d'éléments de qualité attestant de l'efficacité des systèmes de soins postnataux universels.

Dans certains pays de l'OCDE (Danemark, Finlande, Hongrie, Islande, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas et Royaume-Uni, par exemple), la tradition veut qu'au moins certains contrôles ou services postnataux soient effectués à domicile par des infirmières ou des sages-femmes. Dans d'autres (Autriche, Belgique, France et Suède, par exemple), ces contrôles sont effectués principalement dans des centres ou des dispensaires, les bilans de santé étant réalisés par des infirmières, des médecins généralistes ou des pédiatres, selon la législation. Lorsque la pratique des visites à domicile existe, elle n'est parfois appliquée qu'au début du programme postnatal. Une des justifications des visites à domicile est que les femmes venant d'accoucher peuvent moins facilement se rendre dans un dispensaire. La visite à domicile signifie des coûts d'opportunité (temps de transport et d'attente) moindres pour les parents et donc probablement une meilleure utilisation du service. En outre, une visite permet au professionnel de voir la mère et l'enfant dans leur cadre familial, donc de mieux évaluer la famille pour éventuellement détecter des risques physiques et sociaux. Enfin, les familles se sentent plus à l'aise dans leur environnement. Tous les programmes de visite à domicile sont volontaires et à la discrétion des familles. Habituellement, les visites sont effectuées par des infirmières diplômées de l'assistance publique ou, plus rarement, par des travailleurs sociaux qualifiés. Dans certains cas, ce sont les mêmes personnes qui assurent les soins prénataux et postnataux.

Dans certains pays, les services de visites à domicile postnatales qui sont initialement universels ont également un aspect explicite d'évaluation des risques et de ciblage. En présence de divers risques sociaux, les services sont intensifiés ou « en cascade ». Le Danemark dispose d'un système universel de visites à domicile postnatales. Toutefois, les

visites à domicile y sont plus nombreuses pour les premiers nés et les jeunes mères, les mères immigrées, les mères célibataires, les mères isolées socialement et les familles défavorisées (Kamerman et Kahn, 1993). Dans le système postnatal néo-zélandais *Well Child*, des contacts supplémentaires sont proposés à la fois aux nouveaux parents et aux familles dont on a identifié le besoin d'un soutien accru. En plus des huit contacts universels pour tous les enfants de 0 à 5 ans, toutes les familles à haut risque reçoivent de l'État un financement leur permettant de bénéficier de cinq à dix contacts supplémentaires, qui durent en moyenne plus longtemps et qui tous sont effectués à domicile. Le dispositif « *Well Child* » dispose d'un instrument simple d'évaluation des besoins qui est utilisé pour déterminer l'intensité des services en cascade. Les facteurs de risque pris en considération sont les bas revenus, les mauvaises conditions de logement, les parents isolés, le faible niveau d'études, les problèmes relationnels, la jeunesse de la mère, des contacts prénataux minimums, la santé mentale, l'abus de drogues, le tabagisme de la mère durant la grossesse, les difficultés pour allaiter ou l'absence d'allaitement, l'insuffisance pondérale à la naissance et la prématurité. Cette « checklist » permet au prestataire de décider en toute discrétion de l'attribution de ressources supplémentaires.

Le dispositif *Every Chance for Every Child,* récemment mis en place en Australie méridionale pour offrir les mêmes chances à tous les enfants, incorpore également un système intensif de visites à domicile en cascade, à partir d'un point d'entrée de visite à domicile universel (Government of South Australia, 2005). L'intensité du service universel est faible, une seule visite étant proposée. Des services plus intenses sont offerts pour les parents adolescents, les mères isolées socialement, les mères atteintes d'une maladie mentale ou celles qui ont peu de relations avec leur enfant, les enfants aborigènes, les situations où la violence domestique ou les sévices sur l'enfant peuvent exister, les foyers présentant des problèmes d'alcool et de drogue, etc. Pour les enfants éligibles à ces services, 34 visites sont prévues sur deux ans : six visites hebdomadaires, 12 visites bimensuelles et 16 visites mensuelles. L'intensité des visites à domicile pour les familles à risques est donc plus importante qu'en Nouvelle-Zélande. En Australie méridionale, les visites incluent la fourniture d'informations sur la sécurité, la santé et le développement de l'enfant et une aide pour les problèmes financiers, de logement, de relations et de rapports sociaux rencontrés par les parents.

Carnet de santé de l'enfant dans les pays de l'OCDE

Le carnet de santé de l'enfant est un livret normalisé qui répond à divers objectifs, dont l'enregistrement de l'état de santé, de la croissance et du développement de l'enfant, les calendriers recommandés en matière de visites postnatales et de vaccinations et contient des informations à l'usage des parents sur le développement de l'enfant et les services compétents. L'objectif du carnet de santé est également de fournir un dossier médical qui suit l'enfant, d'enregistrer sa croissance physique par rapport aux normes de croissance propres à chaque pays (taille, poids et périmètre crânien) et son niveau de développement social, de fournir aux parents un moyen simple de s'assurer que leur enfant est à jour de ses vaccinations ; il constitue un véritable « guichet unique » pour les informations sur le développement de l'enfant et les référents. Enfin, il permet la fourniture et la coordination longitudinale d'informations entre les différents prestataires de soins dans la première partie du cycle de vie postnatal (Kuo *et al.,* 2006).

Un certain nombre de pays de l'OCDE, par exemple la Belgique, le Danemark, la France, le Luxembourg, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, le

Royaume-Uni, la Suisse, certains États australiens et certaines provinces canadiennes, ont mis en place un système universel de carnet de santé de l'enfant. Il s'ajoute au système combiné de carnet mère-enfant qui existe en Autriche et au Japon et concerne à la fois les mères et les enfants. L'Allemagne a mis en place un carnet maternel, mais aucun carnet pour l'enfant. Les pays qui n'ont ni carnet de santé de l'enfant ni carnet de santé combiné mère-enfant, comme les Pays-Bas et l'Italie, ont souvent des carnets de vaccination de l'enfant pour rappeler le calendrier de vaccination et enregistrer les injections.

Les évaluations de ces carnets sont limitées. Au Royaume-Uni, le carnet de santé personnel de l'enfant (*Personal Enfant Health Record*) a fait l'objet de plusieurs évaluations. Hampshire *et al.* (2004) signalent une étude de Nottingham, qui montre en particulier que les mères adolescentes et les femmes accouchant de leur premier enfant ont trouvé le carnet très utile. Au Royaume-Uni, Walton *et al.* (2006) ont établi, à partir d'un large échantillon de mères d'un enfant de neuf mois, que 93 % pouvaient produire le carnet et que 85 % l'utilisaient effectivement. Les jeunes mères, les mères isolées, celles qui vivent dans des communautés défavorisées et les mères de familles nombreuses en font en général un usage moindre. Wright et Reynolds (2006) ont étudié l'impact de la révision du carnet au Royaume-Uni et montré que son utilité n'avait guère changé. La Norvège a récemment examiné, à l'aide d'un essai contrôlé aléatoire, l'efficacité d'un modèle proposé de carnet de santé de l'enfant. S'il a été bien accepté par les parents et si 73 % d'entre eux l'utilisent régulièrement, le carnet n'a pas eu d'influence sur le recours aux soins de santé, la connaissance par les parents de l'état de santé de leur enfant ou la collaboration avec les professionnels (Bjerkeli Grøvdal *et al.*, 2006).

Congé de maternité postnatal, congé de paternité et congé parental

La plupart des pays ont également mis en place un congé de maternité postnatal, rémunéré ou non. De nombreux pays ont également institué un système de congé parental et quelques-uns proposent un congé de paternité (pour plus de détails, voir OCDE, 2007 ; Moss et Wall, 2007 ; MISSOC et MISSCEO). Le débat international sur le congé de maternité et le congé parental rémunérés s'est concentré sur son impact sur les liens avec le marché du travail et l'emploi, en particulier pour les mères. Certains pays ont aussi un intérêt politique à offrir un congé rémunéré afin de soutenir le taux global de fécondité. Dans bien des pays, le débat se focalise moins sur l'impact de ces congés pour le bien-être des enfants.

Dans une perspective de bien-être des enfants, le congé donne au jeune enfant plus de temps maternel ou parental au tout début de son cycle de vie, tout en permettant au parent (en pratique, généralement à la mère) de conserver un lien avec le marché du travail. Si le congé est rémunéré, cela fait plus d'argent pour la famille, ce qui peut également favoriser le bien-être et le développement de l'enfant. Les systèmes de congé offrent aussi aux parents (là encore généralement aux mères) la possibilité de réintégrer aisément la population active, grâce aux dispositifs de maintien dans l'emploi prévus par le congé, dans la mesure où la durée de celui-ci n'est pas trop longue. Ces liens à long terme plus forts avec le marché du travail peuvent aussi favoriser le bien-être à long terme de l'enfant. Les parents peuvent utiliser le temps accordé par les systèmes de congé à l'amélioration directe du bien-être de leur enfant. De plus, en limitant la course quotidienne contre la montre, le congé diminue les tensions familiales, ce qui peut avoir des effets positifs indirects sur les enfants. Et, dans un monde où il est difficile de financer l'éducation des enfants par des emprunts sur leurs gains futurs, le système du congé (de maternité, de

paternité et parental) transfère aux parents des revenus à un moment où le temps qu'ils investissent dans leurs enfants peut être rémunérateur. Les preuves de l'impact du congé parental rémunéré sur le bien-être des enfants sont mitigées (voir encadré 4.2).

Encadré 4.2. **Le congé parental améliore-t-il le bien-être des enfants ?**

La littérature traitant des effets du congé parental rémunéré sur le bien-être des enfants est peu nombreuse. Elle se sert des changements de politique pour identifier un lien de causalité de diverses manières intéressantes. La principale contrainte tient au nombre limité de mesures du bien-être des enfants, qui sont examinées.

À l'aide d'un panel d'États européens membres de l'OCDE, Ruhm (2000) constate que les changements positifs apportés aux politiques de congé parental ont amélioré le poids à la naissance et la mortalité infantile. Selon lui, l'explication la plus probable est le fait que le congé donne aux parents davantage de temps pour s'occuper de leurs jeunes enfants. Les effets sont observés principalement dans la période postnéonatale où les soins médicalisés jouent un rôle moindre. Dans une étude similaire d'un panel de 18 pays industrialisés de l'OCDE, Tanaka évalue l'impact des politiques de congé parental sur la santé des enfants. Son étude, qui porte sur plus de trois décennies (1969-2000), confirme, prolonge et actualise les travaux antérieurs de Ruhm. Les résultats étudiés sont la mortalité infantile, l'insuffisance pondérale à la naissance et l'immunisation. Elle constate principalement que des congés rémunérés plus longs diminuent la mortalité infantile tandis que des congés non rémunérés et/ou sans garantie de reprise n'ont pas d'effet significatif. Le panel de Tanaka exclut toujours 12 pays de l'OCDE (pays européens de l'OCDE exclus du panel de Ruhm plus les États-Unis et le Japon). Son panel ne prend pas non plus en compte l'évolution récente importante des politiques dans la zone OCDE (par exemple, le développement des politiques en matière de congé parental au Canada en 2001, au Danemark en 2002, en Nouvelle-Zélande en 2002, 2004 et 2005, en Suède en 2002, et au Royaume-Uni en 2003 et en 2007 n'entrent pas dans son champ d'examen).

Baker et Milligan (2005) ont adopté une approche de panel similaire mais ils examinent le congé parental dans les Provinces canadiennes entre 1961 et 2001. Dans ce panel, le nombre de semaines de congé parental non rémunéré avec maintien dans l'emploi varie considérablement, de zéro à 70. Baker et Milligan n'apportent pas la preuve qu'un allongement du congé rémunéré améliore le bien-être du jeune enfant.

Des changements de politique ont été étudiés pour trois pays : l'Allemagne, le Canada et le Danemark. Utilisant un vaste ensemble de données administratives pour examiner l'impact de trois grandes extensions de la couverture en matière de congé parental en Allemagne (1979, 1986 et 1992) sur les résultats à long terme des enfants (niveau éducatif et marché du travail) arrivés à l'âge adulte, Dustman et Schönberg (2007) identifient les liens de causalité en comparant les résultats d'enfants nés juste avant et d'enfants nés juste après les réformes. Le changement de politique observé leur permet d'examiner si l'impact d'un congé non rémunéré est différent de celui d'un congé rémunéré et si l'allongement du congé de deux à six mois est plus bénéfique que son allongement de six à dix mois. Ils n'apportent pas la preuve d'une amélioration des résultats à l'âge adulte d'enfants exposés à un congé parental rémunéré plus long. Baker et Milligan (2005) examinent l'effet sur la santé et le développement de l'enfant des changements de politique au Canada. Si un allongement de la durée du congé augmente le temps pendant lequel les mères ne travaillent plus et accroît considérablement le taux d'allaitement maternel et sa durée, il n'a pas d'impact sur les indicateurs, évalués par les mères, de la santé de l'enfant, de son comportement et du fonctionnement de la famille jusqu'au deuxième anniversaire de l'enfant. Wurtz (2007) examine l'impact d'une modification de la politique danoise de congé parental intervenue en 1984, sur les résultats à plus long terme de l'enfant dans le domaine éducatif, notamment sur ses scores aux tests de PISA. Là encore, on n'observe aucun effet sur les résultats à long terme de l'enfant.

Encadré 4.2. **Le congé parental améliore-t-il le bien-être des enfants ?** *(suite)*

Des résultats positifs sont donc observés pour les panels de pays utilisant des résultats agrégés plutôt que des résultats unitaires. En outre, l'approche de panel omet plusieurs réformes importantes, fournit peu de tests de sensibilité et couvre un peu plus de la moitié des pays de l'OCDE. Il serait extrêmement intéressant d'inclure dans une étude future tous les pays de l'OCDE et un panel actualisé.

Étant donné l'existence de preuves satisfaisantes de l'effet bénéfique que l'allaitement maternel peut avoir sur les capacités cognitives de l'enfant (voir corps du texte), il est malheureux que ce résultat n'ait pas été examiné.

Il existe un corps beaucoup plus vaste de preuves sur le thème du retour précoce au travail des mères et du développement des enfants (recherche sur l'effet dit « inverse »), qui utilise des méthodes traditionnelles à variables multiples ou fixes et ne se fonde pas sur un changement de politique pour isoler les effets de causalité. La littérature souffre des problèmes de variables omises de toutes les études d'observation. Les constats de cette littérature sont également mitigés (voir Wurtz, 2007). Comme indiqué, le biais de sélection reste un sérieux problème. Là encore, les conclusions fortes concernant la relation entre le congé parental et les résultats en termes de bien-être des enfants ne semblent pas étayées (voir également Galtry et Callister, 2005).

Le degré d'attachement antérieur au marché du travail requis pour être éligible au congé varie entre pays de l'OCDE. Lorsque les liens des parents avec le marché du travail sont plus lâches, le risque que le bien-être du jeune enfant soit compromis, est plus grand. Dans certains pays, il faut que la personne ait travaillé un minimum de temps sur une période définie : environ 15 semaines de travail à plein-temps au cours de l'année précédente pour le Canada et 200 jours au cours des deux années précédentes pour la Grèce. Dans d'autres pays, le critère de l'emploi est plus strict. En Nouvelle-Zélande, une personne doit avoir travaillé six mois chez le *même* employeur pour bénéficier du congé rémunéré et un an pour bénéficier du congé combiné avec et sans rémunération, un critère additionnel de nombre d'heures s'y ajoutant. D'autres pays, comme l'Espagne, la France, l'Irlande et le Portugal, exigent un certain nombre de mois de cotisations aux caisses d'assurance sociale. Les pays nordiques ont les dispositifs les plus libéraux. Au Danemark, par exemple, il suffit que les personnes aient travaillé 120 heures dans les 13 semaines précédant la prise du congé. Plus les conditions requises en matière d'emploi sont libérales, plus il est probable d'inclure dans le système les parents d'enfants à risque.

Prestations pour enfant et jeunes enfants

Un certain nombre de pays de l'OCDE versent une allocation ou accordent un abattement fiscal pour enfant à charge. Dans certains pays, le paiement est universel. Dans d'autres, il varie en fonction du revenu familial ou du nombre d'enfants. Cette brève section ne prétend pas dresser un tableau exhaustif des allocations ou des abattements fiscaux pour enfant dans les pays de l'OCDE. Elle cherche davantage à centrer l'analyse sur la dimension de l'âge de l'enfant, et en particulier du jeune enfant, par rapport au versement des prestations. Certains pays de l'OCDE conditionnent les prestations pour enfant à l'âge de l'enfant. Quelques uns versent plus pour les enfants plus jeunes. D'autres versent moins pour les jeunes enfants et plus pour les enfants plus âgés, ce qui reflète une focalisation actuelle sur les coûts plus conséquents générés par des enfants plus âgés. Le schéma modal des prestations pour enfants au sein de l'OCDE est indépendant de l'âge (voir tableau 4.2).

Tableau 4.2. **Âge de l'enfant et taux de l'allocation (ou de l'abattement) pour enfant**

Paiements plus importants pour les jeunes enfants	Paiements plus importants pour les grands enfants	Pas de variation des paiements selon l'âge de l'enfant
Canada, Danemark, Islande, Japon, Portugal, Suisse (certains cantons).	Australie, Autriche, Belgique, France, Luxembourg, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Pologne, République tchèque.	Allemagne, Espagne, États-Unis, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Norvège, République slovaque, Royaume-Uni, Suède.

Note : Ce tableau comporte quelques simplifications. La Corée, le Mexique et la Turquie ne versent pas de prestations pour enfants.
Source : OCDE (2002, 2003, 2004, 2005), MISSOC, MISSCEO, et pour le Japon *www.ipss.go.jp/webj-ad/WebJournal.files/SocialSecurity/2002/02AUG/abe.pdf*.

Lorsqu'on analyse les schémas des allocations ou des abattements fiscaux accordés aux familles sur la base de l'âge de l'enfant, il convient d'observer que la générosité et le calendrier du congé de maternité rémunéré peuvent également affecter le profil, augmentant les revenus lorsque les enfants sont jeunes. De plus, un certain nombre de pays (par exemple, l'Espagne, la Finlande, la France, la Hongrie et la Norvège) versent des allocations d'éducation aux parents qui élèvent leurs enfants chez eux. Récemment, le Canada s'est, lui aussi, engagé dans cette voie. L'Allemagne, en revanche, a récemment abandonné ce modèle. Ces allocations de garde d'enfant cessent généralement entre le deuxième et le troisième anniversaire de l'enfant.

Garde des enfants et enseignement préscolaire

À un moment ou à un autre, nombre de jeunes enfants seront gardés par une personne autre que leur mère ou leur père. Les enfants peuvent être gardés par des parents (souvent les grands-parents), des amis ou des voisins, des nounous ou des jeunes filles au pair, en milieu familial (par des professionnels subventionnés qui le gardent, généralement avec d'autres, à leur domicile) ou dans différents types de structures d'accueil (centres de jour, crèches, garderies, pouponnières, etc.).

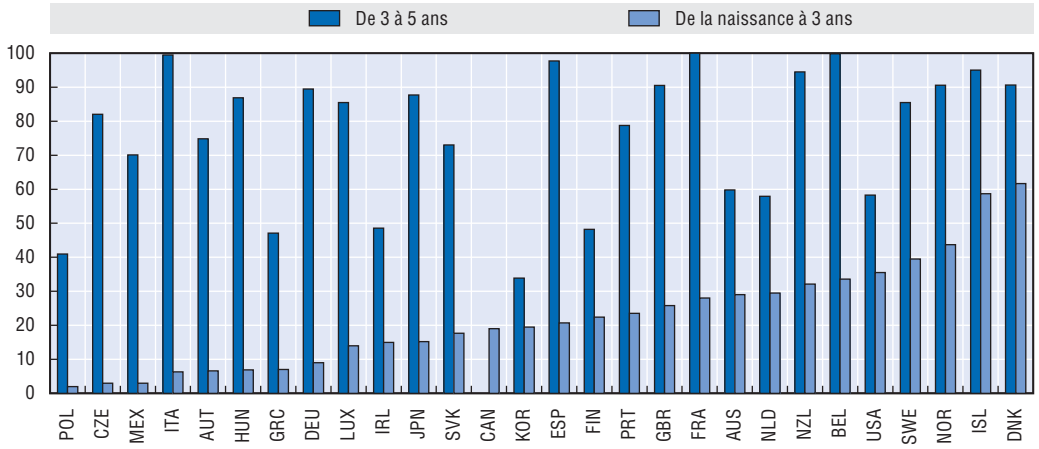
Il est difficile de préciser à quel stade la garde devient éducation. La garde implique de surveiller la santé et la sécurité de l'enfant, de mettre un terme aux conflits entre enfants, de veiller à ce que l'enfant se repose suffisamment, de le changer et de le nourrir. L'éducation implique un apprentissage plus actif. On passe progressivement de la garde à l'éducation. Les enfants de moins de 3 ans nécessitent que l'on s'occupe beaucoup d'eux. En conséquence, le ratio adulte/enfant est généralement faible, reflétant la forte demande de soins des enfants de cet âge. L'éducation se prête beaucoup plus aux économies d'échelle que la garde d'enfants. Le ratio adulte/enfant approprié diminue à mesure que l'enfant grandit et qu'il a besoin de moins de soins.

Les points de vue divergents des pays de l'OCDE sur la personne la plus à même de s'occuper de l'enfant et sur le rôle approprié de l'État vis-à-vis des choix de la famille en matière de garde reflètent des attitudes différentes à l'égard de l'accueil du jeune enfant. Ces attitudes se traduisent dans les politiques sur la durée du congé assorti d'une garantie de maintien dans l'emploi et du congé parental rémunéré mais aussi dans le versement d'une allocation d'éducation (voir ci-dessus), l'offre par l'État de structures d'accueil (et les règles d'admissibilité à ces structures), par l'aide financière aux familles pour leur permettre d'avoir accès à la garde d'enfants (graphique 4.6).

Le stade du cycle de vie où les enfants sont, en moyenne, gardés en dehors de leur domicile ou suivent un enseignement préscolaire varie considérablement selon les pays,

Graphique 4.6. **Taux d'inscription dans les structures d'accueil des enfants/ l'enseignement préscolaire, autour de 2005**

Pourcentage



Note : Les données concernent la garde formelle et informelle.

Source : Base de données de l'OCDE sur la famille.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/711807460366

comme le montre le graphique 4.6 pour 2005 ou autour de cette date. Dans la plupart des pays, on observe une forte augmentation de la participation à partir de 3 ans, qui reflète pour partie un nombre très faible d'enfants inscrits dans ces structures dans leur première année de vie, ce qui pèse sur la participation des moins de 3 ans, et pour partie une offre publique plus importante après 3 ans (l'encadré 4.3 examine si l'accueil et l'enseignement préscolaire améliorent le bien-être des enfants).

Interventions ciblées sur la petite enfance

On entend par intervention ciblée sur la petite enfance l'offre sélective de services aux enfants qui soit présentent les premiers signes d'un problème soit sont à risque de développer un problème au tout début de leur cycle de vie. Un certain nombre de pays de l'OCDE ont des stratégies d'intervention en faveur de la petite enfance ciblées sur ces enfants défavorisés[5]. Ces interventions sont de formes, de tailles et de types divers (pour un résumé, voir tableau 4.2).

C'est dans les pays anglophones de l'OCDE, dans le sillage intellectuel des États-Unis, que ces programmes sont les plus répandus. L'influence des petits projets randomisés d'intervention précoce d'Abecedarian et de Perry impliquant des services éducatifs à la petite enfance et autres services en direction des enfants défavorisés a été forte, de même que celle des programmes de type Elmira de visites à domicile effectuées par des infirmières (Olds *et al.*, 1999). Nombre de programmes proposés en dehors des États-Unis sont les descendants directs de ces programmes. Si un grand nombre de programmes ciblés n'ont été mis en place qu'aux États-Unis, plusieurs ont été repris par d'autres pays de l'OCDE. Le *Home Instruction Programme for Preschool Youngsters* (HIPPY) ou des programmes assimilés sont opérationnels en Allemagne, en Australie, au Canada, au Mexique (arrêté à présent), en Nouvelle-Zélande, aux Pays-Bas et en Turquie (OCDE), mais aussi en Afrique du Sud, au Chili (arrêté à présent), en Chine et au Salvador. D'autres pays, dont la Chine et le Portugal, ont envisagé de développer des programmes HIPPY. De même, le programme *Parents as Teacher* (PAT) a été exporté (voir Wise *et al.*, 2006, p. 112),

Encadré 4.3. **L'accueil et l'éducation du jeune enfant améliorent-ils son bien-être ?**

Dans de nombreux pays, le débat sur l'âge le plus propice à l'intégration d'un enfant dans une structure de garde hors du domicile ou d'éducation soulève une vaste controverse. Un certain nombre de pays de l'OCDE versent une allocation d'éducation parentale jusqu'au 2e ou 3e anniversaire de l'enfant voire plus longtemps car ils pensent que ce choix est le meilleur pour le développement de l'enfant (ou le moins coûteux) du moins pour certains enfants. La prise en charge du jeune enfant est-elle une bonne ou une mauvaise solution ? Pour cette question comme pour bien d'autres, la réponse est « ça dépend ».

Les effets possibles pour le bien-être des enfants sont multiples. Passer d'une politique de garde parentale des enfants à une politique de prise en charge dans des structures d'accueil subventionnées revient à substituer un type de prise en charge à un autre. Cette substitution est-elle bénéfique au bien-être des enfants ? Cela dépend de la qualité respective de la prise en charge parentale et non parentale. La prise en charge hors du milieu familial peut avoir un effet positif, sous réserve d'une qualité moyenne des structures d'accueil, pour les enfants dont les parents souffrent de troubles mentaux ou d'un stress excessif, ou dont les compétences parentales sont médiocres ; elle peut avoir un effet négatif pour les enfants issus de milieux plus favorisés. Si la garde non parentale génère un accroissement du revenu familial, cela peut avoir des effets positifs pour les enfants (cette question de l'impact du revenu familial sur le bien-être des enfants est abordée plus loin au chapitre 7). Outre le fait qu'elle permet à l'enfant de se socialiser et d'apprendre à coopérer avec les autres, la garde non parentale peut permettre des interactions sociales positives avec d'autres enfants qui deviendront importantes autour de 2 ans pour nombre d'enfants. En revanche, à un très jeune âge, elle peut limiter l'allaitement maternel ou réduire l'attachement parent-enfant. Elle peut réduire l'interaction directe enfant-adulte du fait d'un nombre d'enfants par adulte plus élevé qu'au sein de la famille. Elle peut exposer l'enfant à des interactions stressantes avec d'autres enfants à un stade où il n'est guère armé pour gérer ce stress. En particulier, la garde dans des structures d'accueil peut exposer l'enfant à davantage d'infections d'origine virale et bactérienne que dans un environnement familial moyen.

De la naissance à 3 ans

Le consensus général qui se dégage de la littérature empirique est qu'un recours important à la garde non parentale dans la première année de vie de l'enfant peut accroître le risque d'un attachement moindre aux parents et d'interactions moins harmonieuses avec ceux-ci. Dans les trois premières années de vie, il peut, indépendamment de la qualité du service, accroître les risques de comportements externalisés. Passer de longues heures dans une structure d'accueil pose problème au jeune enfant. Plus positivement, des structures d'accueil de qualité améliorent les mesures de son fonctionnement cognitif jusqu'à l'âge de 5 ans. Globalement, comme pour les constats généraux sur les causes environnementales, la taille des effets est modeste (Belsky, 2003). En termes de santé physique, il est prouvé qu'à de longues heures passées en garderie sont associés des taux accrus de problèmes respiratoires pour les enfants de 12 à 36 mois et d'otites pour les enfants de 12 à 24 mois (Gordon *et al.*, 2007).

De 3 à 5 ans

Le consensus général qui se dégage de la littérature empirique est que des services de qualité peuvent améliorer le fonctionnement cognitif dans des proportions modestes (Peisner-Feinberg, 2004). Ils peuvent également avoir des effets positifs sur la socialisation. Comme pour les jeunes enfants, il semble prouvé que de longues heures passées en garderie peuvent accroître les problèmes de comportement et que la qualité de l'accueil n'atténue pas ces problèmes (McCartney, 2004).

Encadré 4.3. **L'accueil et l'éducation du jeune enfant améliorent-ils son bien-être ?** *(suite)*

Études récentes

Deux études récentes des systèmes universels de garde des enfants, effectuées en dehors des États-Unis, l'une dans la Province de Québec, au Canada et l'autre au Danemark, méritent d'être examinées.

À la fin des années 90, la création au Québec d'un service universel de garde d'enfants à 5 CAD par jour a permis aux chercheurs de comparer les résultats des enfants (évalués par les parents) avec ceux d'autres Provinces canadiennes de manière à évaluer les effets de l'extension du service sur le développement des enfants (Baker *et al.*, 2005). La politique familiale du Québec a été lancée en 1997 avec l'extension de l'accès aux jardins d'enfants à plein-temps à tous les enfants de 5 ans et l'offre de services de garde à 5 CAD par jour pour tous les enfants de 4 ans. Ce service à 5 CAD par jour a été étendu à tous les enfants de 3 ans en 1998, à tous les enfants de 2 ans en 1999 et enfin à tous les enfants de moins de 2 ans en 2000. Ce changement radical de politique a permis d'évaluer de manière quasi expérimentale l'impact, à court terme du moins, de services publics de garde des enfants. Si l'on considère toute une série de résultats socio-émotionnels pour des enfants d'âge préscolaire, notamment l'hyperactivité, l'anxiété et l'agressivité, ceux-ci ont empiré au Québec. Les mesures objectives et subjectives de la santé physique se sont dégradées après l'extension. Aucune amélioration des performances cognitives n'a été constatée. Les interactions parentales avec les enfants se sont dégradées. Toutefois, les parents isolés n'ont pas été pris en compte dans l'étude en raison du grand nombre de changements de politique qui leur sont spécifiquement associés en dehors de la garde des enfants (Gormley, 2007). Il se peut que des services de garde de qualité soient bénéfiques pour les enfants de parents isolés (mais la qualité de ces services au Québec n'est pas clairement établie).

Le Danemark est connu pour avoir l'un des meilleurs systèmes universels de garde des enfants de l'OCDE. Une étude récente examine les implications globales pour le comportement d'un enfant (mesuré à 7 ans) du fait d'avoir été gardé par d'autres que ses parents à l'âge de 3 ans (Gupta et Simonsen, 2007). Deux types différents de garde hors du domicile sont examinés : l'éducation préscolaire et la garderie en milieu familial. On constate que pour l'éducation préscolaire les résultats en termes de comportement ne sont pas statistiquement différents de ceux de la garde à domicile mais que pour la garderie en milieu familial ils sont plus mauvais (la taille de l'effet est d'environ 0.35). En termes de sous-groupes, le plus touché est celui des garçons dont les mères sont peu éduquées. Le passage de 20-30 heures à 30-40 heures ou plus d'enseignement préscolaire entraîne une légère dégradation du comportement de l'enfant à 7 ans.

Bernal (2008) reproche aux travaux sur les effets de la garde des enfants de ne pas prendre dûment en compte l'endogénéité. Elle cherche à y remédier en estimant un modèle structurel d'emploi des femmes et de choix en matière de garde des enfants conjointement à une fonction de production de capacités cognitives de l'enfant. Dans une famille où la mère travaille à plein-temps et où l'enfant est gardé à l'extérieur sur l'année (pendant ses cinq premières années de vie), on constate des scores moins bons aux tests cognitifs. La taille de l'effet est faible (0.13). Sa modélisation des résultats en termes de capacités cognitives de l'enfant, de trois changements de politique axés sur le recours à des services de garde des enfants est extrêmement intéressante. Les changements de politique sont un subventionnement à 35 % des frais de garde, un congé de maternité non rémunéré et la mise en place d'une prestation pour enfant de 1 000 USD par an. Les résultats des simulations de politique donnent à penser que les aides à la garde d'enfants et le congé de maternité non rémunéré améliorent le bien-être des mères mais qu'ils diminuent les capacités cognitives de l'enfant. La prestation pour enfants accroît le sentiment d'utilité des mères et les capacités cognitives de l'enfant mais elle distend les liens de la mère avec le marché du travail.

Encadré 4.3. **L'accueil et l'éducation du jeune enfant améliorent-ils son bien-être ?** *(suite)*

Dans une étude récente, Bradley et Vandell (2007) concluent que les enfants ayant commencé jeunes à être gardés hors du domicile pendant 30 heures ou plus par semaine ont des risques élevés de problèmes comportementaux liés au stress social que génère cet environnement. Il semble y avoir eu un effet interactif, les enfants à risque élevé tendant à être timides ou à avoir des parents insensibles. En revanche, la garde hors du domicile améliore les scores aux tests de langage et les résultats scolaires du jeune enfant, en particulier dans le cas d'enfants défavorisés et de structures de qualité. Elle affecte la santé physique, avec un risque accru de maladies contagieuses et d'otites mais ces problèmes de santé ne semblent pas avoir de conséquences durables.

notamment en Nouvelle-Zélande où il est devenu *Parents as First Teachers* (PAFT). Enfin, le programme australien *Triple P* d'apprentissage de compétences parentales, pour les familles ayant des enfants de 0 à 12 ans, est utilisé dans plusieurs autres pays de l'OCDE (voir Wise *et al.,* 2005, p. 110)[6].

Des programmes d'intervention précoce ciblés sur les moins de 3 ans existent dans un éventail impressionnant de variantes. Le tableau 4.3 ci après présente quelques unes des principales variantes dimensionnelles. La plupart des programmes à destination des plus de 3 ans mettent fortement l'accent sur l'éducation du jeune enfant tandis que ceux à destination des moins de 3 ans ont souvent des composantes de visites à domicile et/ou éducation parentale exclusives ou s'ajoutant à une composante d'éducation du jeune enfant.

Il y a eu un nombre considérable de programmes d'intervention précoce en faveur du jeune enfant (avant et après 3 ans), dont un grand nombre de projets expérimentaux, ponctuels, à petite échelle. Mais relativement peu ont fait l'objet d'évaluations bien conçues, en particulier des résultats à long terme au stade de la grande enfance et au-delà. En dehors des États-Unis, les évaluations à long terme (jeune adulte et au-delà) bien conçues des programmes d'intervention précoce sont inexistantes. Les décideurs doivent donc se fier à un très petit nombre d'études impliquant un petit nombre d'enfants vivant dans des environnements qui peuvent être différents de ceux prévalant aujourd'hui. Ils ne peuvent s'appliquer à la zone OCDE au début du XXIe siècle. Des évaluations de qualité montrent que des programmes ciblés bien conçus et mis en œuvre peuvent contribuer à améliorer les résultats des jeunes enfants (Fergusson *et al.,* 2005 ; Olds *et al.,* 2007). La taille des effets tend également à être moindre pour les programmes de grande envergure. Mais le fait qu'un certain nombre d'évaluations bien conçues des programmes n'aient apporté la preuve que d'une modification minime voire nulle du bien-être des enfants signifie que l'effet positif de ces programmes ne peut être considéré comme acquis. Comme pour toutes les politiques publiques examinées ici, les interventions précoces et ciblées sur les enfants de moins de 3 ans ne sont pas la panacée aux problèmes de bien-être et de développement des très jeunes enfants défavorisés (Olds *et al.*, 1999 ; Olds *et al.*, 2007 ; Sweet et Appelbaum, 2004 ; Wise *et al.*, 2005).

Une méta-analyse récente de 60 programmes de visites à domicile, dont environ 75 % de programmes pour les moins de 3 ans et environ 25 % de programmes commençant avant la naissance, a montré des effets minimes voire très minimes sur les résultats en termes de fonctionnement de l'enfant et de la famille. Sweet et Appelbaum (2004,

Tableau 4.3. **Dimensions des interventions ciblées sur la petite enfance**

Dimensions	Exemples
Résultats	Résultats sur la grossesse (tabagisme et régime alimentaire de la mère, contrôles prénataux)
	Résultats sur la naissance (poids de naissance, naissance avant terme)
	Développement cognitif et socio-émotionnel de l'enfant
	Comportement de l'enfant
	Santé physique et mentale de l'enfant (y compris maltraitance et négligence)
	Situation économique (pauvreté, situation des parents au regard de l'emploi, indépendance à l'égard des prestations)
	Éducation des parents (alphabétisation, par exemple)
	Compétences parentales
Personne ou relation cible	Enfant
	Parent
	Dyade parent-enfant
	Famille
Critères de ciblage	*Enfant pris individuellement*
	Minorité ethnique ou statut migratoire
	Parent isolé, parent d'un premier enfant ou jeune parent
	Pauvreté ou dénuement de la famille
	Parents à problèmes (isolement social, toxicomanie, problèmes psychiques)
	Santé de l'enfant, problèmes cognitifs ou comportementaux
	Communauté (géographique) défavorisée
Âge de l'enfant sujet	D'avant la naissance à l'âge de la scolarité obligatoire
Lieu où les services sont dispensés	Domicile
	Centre, école ou centre médical
Services offerts	Éducation des enfants ou des parents
	Liens avec d'autres services sociaux
	En lien avec la santé ou la nutrition
	En lien avec le travail
Intensité de l'intervention	Âge de début – âge de fin
	Heures par semaine
	Semaines par an
	Individuelle ou en groupes (grands ou petits)
Portée du programme	Nationale
	État ou Province
	Locale
	implantation unique

Source : Adapté de Karoly *et al.* (2005), « Early Childhood Interventions. Proven Results, Future Promise », Rand Corporation, Labor and Population, Santa Monica, tableau 2.1.

tableau 2, p. 1439) présentent dix tailles d'effets résumées s'échelonnant entre 0.02 et 0.28, d'une valeur moyenne de 0.08, avec un écart-type de 0.08. Sur ces dix tailles d'effets six sont statistiquement significatives. On n'a pas constaté qu'une dimension unique du programme examiné influence de manière cohérente les résultats mais des programmes ciblés ont donné des résultats sensiblement meilleurs sur une base bivariée, comme l'on fait les interventions sur site unique, ce dernier constat indiquant des problèmes de réplication (Sweet et Appelbaum, 2004).

Une deuxième méta-analyse récente a porté sur 34 programmes préscolaires de prévention ; elle s'est focalisée sur l'examen des résultats cognitifs, socio-émotionnels et de fonctionnement de la famille à court, moyen et long terme (Nelson *et al.*, 2003). Des deux méta-analyses, celle de Sweet et Appelbaum (2004) est la plus systématique : elle comporte plus de programmes, plus de références et un nombre plus grand de tests statistiques. Le

degré de chevauchement des matériaux examinés par les deux études est considérable. Les principaux constats sont un déclin des effets cognitifs, d'un effet de taille de plus d'un demi écart-type au stade préscolaire à un peu moins d'un tiers au début de la grande enfance. Les impacts socio-émotionnels au début de la grande enfance et au-delà ont été similaires : environ un tiers d'un écart-type, de même que les mesures de fonctionnement de la famille. Des effets cognitifs plus importants ont été observés au début de la grande enfance pour des interventions plus longues et plus intensives. Les tailles d'effets plus grandes constatées par Nelson *et al.* (2003), par rapport à celles constatées par Sweet et Appelbaum (2004), sont probablement liées à l'inclusion de programmes ayant une composante d'éducation en établissement.

Un examen narratif récent de programmes de visites à domicile aux États-Unis conclut que ce sont ceux qui envoient des infirmières au domicile des familles à haut risque et qui se focalisent sur la santé prénatale, la santé et le développement de l'enfant et l'autosuffisance économique des parents qui ont la base de preuves la plus forte (Olds *et al.,* 2007). Mais l'examen nécessite également une base théorique et épidémiologique plus forte pour les programmes, un meilleur pilotage et une utilisation plus extensive et nuancée des essais contrôlés randomisés en cas d'extension du programme ainsi qu'une plus grande focalisation sur l'engagement persistant de la famille.

Résumé

Le chapitre 4 fait amplement la preuve d'une grande disparité entre les différents pays des politiques mises en œuvre durant la toute première partie de la vie ; cette disparité reflète les objectifs multiples des politiques de la petite enfance et des priorités très diverses entre pays.

Les objectifs multiples des interventions précoces signifient que des examens tels que celui-ci font partie intégrante de la compréhension du rôle des politiques de la petite enfance dans l'amélioration du bien-être des enfants. Si la mère réintègre la population active au bout de 12 semaines et non pas de 20 semaines, quel est l'impact pour l'enfant ? Dans quelle mesure les recommandations relatives à l'allaitement maternel en sont-elles affectées ? Le fait de placer les enfants dans des structures d'accueil de grande qualité est-il suffisant ? Les politiques à destination des enfants se soucient-elles simplement de leur survie ou intègrent-elles un élément de développement ?

On peut tirer de cet examen des conclusions générales en termes de politique. La première est que la plupart des pays de l'OCDE effectuent probablement plus de contrôles prénataux que nécessaire. L'argent économisé pourrait être mieux affecté « en cascade » aux femmes enceintes à haut risque pour les encourager à moins fumer et à mieux s'alimenter. La deuxième est que de nombreux pays de l'OCDE dépensent probablement trop au titre de l'hospitalisation des mères après un accouchement normal. Les sommes économisées pourraient être réaffectées, par exemple, à une augmentation des paiements au titre du congé de maternité postnatal, de manière à permettre une meilleure coordination avec les exigences de l'allaitement maternel et à encourager celui-ci. À l'instar des soins prénataux, les soins postnataux universels pourraient, dans de nombreux pays, bénéficier d'affectations « en cascade » de ressources plus importantes aux enfants vivant dans des familles à haut risque. L'idéal serait de pouvoir fusionner ce service avec une option d'orientation de ces enfants vers des visites à domicile plus intensives et/ou vers un enseignement préscolaire de qualité.

Enfin, on a un besoin urgent d'un plus grand nombre d'études de l'efficacité des interventions précoces, car il est très vraisemblable que les États sous-investissent relativement à ce stade du cycle de vie des enfants. Ces études peuvent donc être utilisées pour fournir davantage d'informations sur les investissements ultérieurs qui peuvent être opérés à ce stade du cycle de vie et dans quels domaines.

Les chapitres 3 et 4 ont traité des stratégies d'intervention des pouvoirs publics en termes de dépenses et de structures des politiques. Les chapitres 5 et 6 vont analyser à présent l'impact de l'environnement familial sur le bien-être des enfants. Le chapitre 5 aborde le problème de la monoparentalité et procède à l'analyse nécessaire de l'environnement dans lequel s'opèrent les interventions générales en faveur de l'enfance et de la petite enfance. Pour un certain nombre de raisons, dont le mandat parental, c'est souvent l'environnement familial qui déploie les effets médiateurs les plus grands sur les efforts publics en vue d'accroître le bien-être des enfants.

Notes

1. Merci à M. Megumi Nozawa du ministère japonais de la Santé, du Travail et de la Protection sociale qui nous a fourni ce chiffre.
2. Voir le projet *Choice* de l'OMS (*www.who.int/choice*), dans lequel les coûts unitaires par journée d'hospitalisation, qui constitue la composante hôtelière des hôpitaux (non différenciés par spécialité) sont estimés pour tous les États membres de l'OMS.
3. L'Australie versait à la naissance d'un enfant une allocation universelle importante. Ce « *baby bonus* » a été transformé récemment en un paiement plafonné de revenu familial versé en 13 fois toutes les deux semaines.
4. La force de la relation existant entre le QI et les résultats à l'âge adulte est contestée. Toutefois, il existe une relation manifeste avec les gains de l'enfant devenu adulte (Zax et Rees, 2002).
5. Pour des discussions plus exhaustives de la littérature sur un large éventail de programmes d'intervention au stade de la petite enfance, voir Russell (2002), Karoly *et al.* (2005), Bull *et al.* (2004), et Wise *et al.* (2005) pour des perspectives émanant respectivement du Canada, des États-Unis, du Royaume-Uni et d'Australie. Aos *et al.* (2004) contient un nouvel examen de l'analyse coûts-avantages de ces programmes par rapport aux interventions à d'autres stades du cycle de vie des enfants.
6. Voir *www.hippy.org.il/html/about_international.html*, accès 17 mars 2008. Pour plus de détails sur le programme HIPPY et ses évaluations largement positives, voir Wise *et al.* (2005, p. 79).

Références

Alexander, G. et M. Kotelchuck (2001), « Assessing the Role and Effectiveness of Pre-natal Care: History, Challenges and Directions for Future Research », *Public Health Reports*, vol. 116, pp. 306-316, juillet-août.

Almond, D. et J. Doyle (2008), « After Midnight: A Regression Discontinuity Design in Length of Postpartum Hospital Stays », Document de travail du NBER n° 13877, mars.

Aos, S. *et al.* (2004), *Benefits and Costs of Prevention and Early Intervention Programs for Youth*, Washington State University for Public Policy, Olympia.

Asten, P., M. Marks, et M. Oates (2004), « Aims, Measures, Study Sites and Participant Samples of the Transcultural Study of Postnatal Depression », *British Journal of Psychiatry*, vol. 184, Suppl. 46, pp. s3-s9.

Backe, B. (2001), « Over-utilization of Antenatal Care in Norway », *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 29, n° 2, pp. 129-132.

Baker, M. et K. Milligan (2005), « How Does Job-Protected Maternity Leave Affect Mothers Employment and Infant Health? », Document de travail du NBER n° 11135, février.

Baker, M. et K. Milligan (2007), « Maternal Employment, Breastfeeding, and Health: Evidence from Maternity Leave Mandates », Document de travail du NBER n° 13188, juin.

Baker, M. et K. Milligan (2008), « Evidence from Maternity Leave Expansions of the Impact of Maternal Care on Early Childhood Development », Document de travail du NBER n° 13826, février.

Baker, M., J. Gruber et K. Milligan (2005), « Universal Childcare, Maternal Labour Supply and Family Well-being », Document de travail du NBER n° 11832, décembre.

Baldo, M.H. (2001), « The Ante-natal Care Debate », *Eastern Mediterranean Health Journal,* vol. 7, n° 6, pp. 1046-1055.

Barros, H. et M. Tavares (1998), « Prenatal Care Use, Peri-natal and Infant Mortality in Portugal: An Area Level Analysis », *Archives of Public Health*, vol. 56, pp. 263-273.

Belsky, J. (2003), « Les services à la petite enfance et leurs impacts sur les jeunes enfants (0-2 ans) », in R.E. Tremblay, R.G. Barr et RDeV. Peters (dir. publ.), *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants [sur Internet]*, Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants, Montréal, Québec.

Belsky, J. *et al.* (2006), « Effects of Sure Start Local Programmes on Children and Families: Early Findings from a Quasi-experimental, Cross Sectional Study », *British Medical Journal*, vol. 332, pp. 1476-1482, juin.

Belsky, J., J. Barnes et E. Melhuish (2007), *The National Evaluation of Sure Start. Does Area-based Early Intervention Work?,* The Policy Press, University of Bristol.

Bernal, R. (2008), « The Effect of Maternal Employment and Child Care on Child Cognitive Development », *International Economic Review*, vol. 49, n° 4, pp. 1173-1209.

Bjerkeli Grøvdal, L. *et al.* (2006), « Parent-held Child Health Records Do Not Improve Care: A Randomized Controlled Trial in Norway », *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, vol. 24, n° 3, pp. 186-190.

Black, S., P. Devereux et K. Salvanes (2005), « From the Cradle to the Labour Market? The Effect of Birth Weight on Adult Outcomes », IZA Discussion Paper n° 1864, Institute for the Study of Labor, Bonn, novembre.

Blondel, B. *et al.* (2005), *Enquête nationale périnatale 2003*, ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, France, février.

Bradley, R.H. et D.L. Vandell (2007), « Child Care and the Well-being of Children », *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 161, n° 7, pp. 669-676.

Brandrup-Lukanow, A. et D. Jepsen (2000), *Family Planning and Reproductive Health in Central and Eastern Europe and the Newly Independent States* (2000), Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague.

Bull, J. *et al.* (2004), *Ante- and Post-natal Home Visiting Programmes: A Review of Reviews*, 1st edition, Health Development Agency, février.

Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (1997), *Highlights on Health in Luxembourg*, Organisation mondiale de la santé, Genève.

Caspi, A. *et al.* (2007), « Moderation of Breastfeeding Effects on the IQ by Genetic Variation in Fatty Acid Metabolism », *Proceedings of the National Academy of Science U S A.*, vol. 104, n° 47, pp. 18860-18865.

Currie, J. (2003), « US Food and Nutrition Programs », in R. Moffitt (dir. publ.), *Means Tested Transfer Programs in the United States*, Chicago University Press for the NBER, pp. 199-290.

Del Bono, E., J. Ermisch et M. Francesconi (2008), « Intrafamily Resource Allocations: A Dynamic Model of Birth Weight », Institute for Social and Economic Research Working Paper n° 2008-27, septembre.

Delgado-Rodriguez, M. et al. (1997), « Unplanned Pregnancy as a Major Determinant in Inadequate Use of Ante-natal Care », *Preventive Medicine*, vol. 26, n° 6, pp. 834-838.

Delvaux, T. et P. Beukens (1999), « Disparity in Ante-natal Care in Europe », *European Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 83, pp. 185-190.

Di Mario, S. *et al.* (2005), « What is the Effectiveness of Antenatal Care? », Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (Rapport du réseau des bases factuelles en santé), Supplément, Copenhague.

Dustmann, C. et U. Schönberg (2007), « The Effect of Expansions in Maternity Leave Coverage on Children's Long-Term Outcomes », miméo, juillet, *http://msu.edu/~ec/seminars/weekly/mlchildren_July_07.pdf.*

Duyan Camurdan, A. *et al.* (2007), « The Effect of the Baby-friendly Hospital Initiative on Long-term Breast-feeding », *International Journal of Clinical Practice,* vol. 61, n° 8, pp. 1251-1255.

Elizondo, M. *et al.* (2003), « Pattern of Use of Prenatal, Childbirth and Puerperium Care », *Revista española de salud pública*, vol. 77, n° 2, pp. 267-274.

Evenhouse, E. et S. Reilly (2005), « Improved Estimates of the Benefits of Breastfeeding Using Sibling Comparisons to Reduce Selection Bias », *Health Services Research*, vol. 40, n° 6 Pt 1, pp. 1781-1802.

Fergusson, D. *et al.* (2005), *Early Start Evaluation Report*, Early Start Project Limited, Christchurch, Nouvelle-Zélande.

Fergusson, D., H. Grant et L.J. Horwood (2006), « Randomized Trial of the Early Start Program of Home Visitation: Parent and Family Outcomes », *Pediatrics*, vol. 117, pp. 781-786.

Fiscella, K. (1995), « Does Prenatal Care Improve Birth Outcomes? A Critical Review », *Obstetrics and Gynecology,* vol. 85, pp. 468-479.

Frank, R. *et al.* (2003), « Low Birth Weight in Mexico: New Evidence from a Multi-site Postpartum Hospital Survey », *Salud Pública de México*, vol. 46, n° 1, pp. 23-31.

Galtry, J. et P. Callister (2005), « Assessing the Optimal Length of Parental Leave for Child and Parental Well-Being », *Journal of Family Issues,* vol. 26, pp. 219-246.

Gheysen, M. et F. Laboureur (2001), « Belgium Case Study on International Code of Marketing of Breast milk », Contribution à un projet cofinancé par la commission de l'UE, Réseau Allaitement Maternel, décembre (notes mises à jour en avril 2003), *www.vzwborstvoeding.be/BelgianCode ImplementationEN.pdf#search=%22allaitement%20belgium%22*.

Gissler, M. (pas de date), « The Use of Antenatal Care amongst Ethnic Minorities in Finland 1999-2001 », *http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/reprint/15/suppl_1/49.pdf*.

Goldenberg, R., E. Patterson et M. Freese (1992), « Maternal Demographic, Situation and Psychosocial Factors and their Relationship to Enrolment in Ante-natal Care: A Review of the Literature », *Women's Health*, vol. 19, pp. 133-151.

Gordon, R.A., R. Kaestner et S. Korenman (2007), « The Effects of Maternal Employment on Child Injuries and Infectious Disease », *Demography*, vol. 44, pp. 307-333.

Gormley, W. (2007), « Early Childhood Care and Éducation: Lessons and Puzzles », *Journal of Policy Analysis and Management*, vol. 26, n° 3, pp. 633-671.

Government of South Australia (2005), *Family Home Visiting Service Outline*, Child, Youth and Women's Health Service, juin, *http://cyh.com/library/CYWHS_FHV_Service_Outline.pdf*.

Gupta, N.D. et M. Simonsen (2007), « Non-Cognitive Child Outcomes and Universal High Quality Child Care », IZA Discussion Paper n° 3188, Institute for the Study of Labor, Bonn, novembre.

Gupta, N.D., N. Smith et M. Verner (2008), « The Impact of Nordic Countries' Family Friendly Policies on Employment, Wages and Children », *Review of the Economics of the Household*, vol. 6, pp. 65-89.

Haertsch, M., E. Campbell et R. Sanson-Fisher (1999), « What is Recommended to Healthy Women during Pregnancy? A Comparison of Seven Ante-natal Clinical Practice Guideline Documents », *Birth*, vol. 26, n° 1, pp. 24-30.

Hampshire, A.J. *et al.* (2004), « Variation in How Mothers, Health Visitors and General Practitioners Use the Personal Health Record », *Child Health Care and Development*, vol. 30, pp. 307-316, juillet.

Hemminki, E. et M. Gissler (1993), « Quantity and Targeting of Ante-natal Care in Finland », *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, vol. 72, n° 1, pp. 24-30.

Hildingsson, I., I. Rådestad et U. *Waldenström* (2005), « Number of Antenatal Visits and Women's Opinion », *Acta Obstet Gynecol Scand*., vol. 84, n° 3, pp. 248-254.

Hobel, C., M. Ross, R. Bemis, J. Bragonier, S. Nessim, M. Sandhu, M. Bear et B. Mori (1994), « The West Lost Angeles Preterm Birth Prevention Project. I. Programme Impact in High Risk Women », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 170 (1 Pt 1), pp. 54-62.

Horta, B. *et al.* (2007), *Evidence on the Long-term Effects of Breastfeeding. Systematic Reviews and Meta-analysis*, Department of Child and Adolescent Health and Development, Organisation mondiale de la santé.

Hunt, J. et J. Lumley (2002), « Are Recommendations about Routine Ante-natal Care in Australia Consistent and Evidence Based? », *Medical Journal of Australia*, vol. 176, pp. 255-259, mars.

Institute of Population Studies, Ankara (2004), *Turkey. Demographic and Health Survey 2003,* Institute of Population Studies, Hacettepe University, Ankara.

Ip, S. *et al.* (2007), *Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries*, Evidence Report/Technology Assessment n° 153, Prepared by Tufts-New England Medical Center Evidence-based Practice Center, under Contract n° 290-02-0022, AHRQ Publication n° 07-E007, Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD, avril.

Jannink, M. et I. Stevens (no date), « National Status Report: The Netherlands », *European Action on Smoking Cessation in Pregnancy*, Bremen Institute for Prevention, Research and Social Medicine.

Joyce, T., A. Racine et C. Yunzal-Butler (2007), « Reassessing the WIC Effect: Evidence from the Pregnancy Nutrition Surveillance System », Document de travail du NBER n° 13441, septembre.

Kahn, A.J. et S.B. Kamerman (1993), *Social Policy and the Under-3s: Six Country Case Studies*, Cross National Studies Research Program, Columbia University School of Social Work, New York.

Kamerman, S. et A. Kahn (1993), « Home Health Visiting in Europe », *The Future of Children*, vol. 3, n° 3, pp. 39-52.

Kaminsky M. *et al.* (1987), *Perinatal Care Delivery Systems*, Oxford University Press, Londres.

Karoly, L., R. Kilburn et J. Cannon (2005), « Early Childhood Interventions. Proven Results, Future Promise », Rand Corporation, Labor and Population, Santa Monica.

Kramer, M.S. et al. (2000), « Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): A Cluster-randomized Trial in the Republic of Bélarus. Design, Follow-up and Data Validation », *Advanced Experimental Medical Biology*, vol. 478, pp. 327-345.

Kramer, M.S. *et al.* (2003), « Infant Growth and Health Outcomes Associated with 3 Compared with 6 mo of Exclusive Breastfeeding », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 78, n° 2, pp. 291-295.

Kramer, M.S. et al. (2007a), « Effects of Prolonged and Exclusive Breastfeeding on Child Height, Weight, Adiposity, and Blood Pressure at Age 6.5 y: Evidence from a Large Randomized Trial », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 86, n° 6, pp. 1717-1721.

Kramer, M.S. et al. (2007b), « Effect of Prolonged and Exclusive Breast-feeding on Risk of Allergy and Asthma: Cluster Randomised Trial », *British Medical Journal*, vol. 335, n° 7624, p. 815.

Kramer, M.S. *et al.* (2007c), « The Effect of Prolonged and Exclusive Breast-feeding on Dental Caries in Early School-age Children. New Evidence from a Large Randomized Trial », *Caries Research*, vol. 41, n° 6, pp. 484-488.

Kramer, M.S. *et al.* (2008a), « Effects of Prolonged and Exclusive Breastfeeding on Child Behavior and Maternal Adjustment: Evidence from a Large, Randomized Trial », *Pediatrics*, vol. 121, n° 3, pp. 435-440.

Kramer, M.S. *et al.* (2008b), « Breastfeeding and Child Cognitive Development. New Evidence From a Large Randomized Trial », *Archives of General Psychiatry,* vol. 65, n° 5, pp. 578-584.

Kramer, M. et R. Kakuma (2002), *Durée optimale de l'alimentation au sein exclusive. Résultats d'un examen systématique de l'OMS*, Département nutrition pour la santé et le développement, Département santé et développement de l'enfant et de l'adolescent, Organisation mondiale de la santé.

Kramer, M.S. et PROBIT Study Group (Promotion of Breastfeeding Intervention Trial) (2001), « Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): A Randomized Trial in the Republic of Bélarus », *JAMA,* vol. 285, n° 4, pp. 413-420.

Kramer, M.S. et *PROBIT Study Group* (2002), « Breastfeeding and Infant Growth: Biology or Bias? », *Pediatrics*, vol. 110, n° 2, Pt 1, pp. 343-347.

Kristinsen, F. (1992), « Ante-natal Care in Denmark. Assessments of Program, Staff Competence, Compliance and Outcome », *International Journal of Technological Assessments in Health Care*, vol. 8, Suppl. 1, pp. 25-32.

Kuo, A. *et al.* (2006), « Rethinking Well-child Care in the United States: An International Comparison », *Pediatrics*, vol. 118, n° 4, pp. 1692-1702.

Martin, J. *et al.* (2005), « Births: Final Data for 2003 », *National Vital Statistical Reports*, vol. 54, n° 2, US Department of Health and Human Services, septembre.

McCartney, K. (2004), « Current Research on Child Care Effects », in R.E. Tremblay, R.G. Barr, RDeV. Peters (dir. publ.), *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet], Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants, Montréal, Québec.

Merten, S., *J. Dratva* et U. Ackermann-Liebrich (2005), « Do Baby-friendly Hospitals Influence Breastfeeding Duration on a National Level? », *Pediatrics*, vol. 116, n° 5, pp. 702-708.

Miller, A. (2006), « The Impact of Midwifery-Promoting Public Policies on Medical Interventions and Health Outcomes », *Advances in Economic Analysis and Policy*, vol. 6, n° 1, pp. 1-34.

Ministry of Health New Zealand (1999), *Review of Maternity Services in New Zealand*, Ministry of Health, Wellington.

MISSCEO – Système mutuel d'information sur la protection sociale du Conseil de l'Europe, *www.coe.int/t/dg3/socialpolicies/socialsecurity/missceo/missceo_FR.asp?*.

MISSOC – Système de protection sociale dans les États membres, *http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/social_protection/c10606_fr.htm*.

Miyaji, N.T. (1994), « Monitoring Motherhood: Sociocultural and Historical Aspects of Maternal and Child Health in Japan », *Daedalus*, vol. 123, n° 4, pp. 87-113.

Moss, P. et M. O'Brien (dir. publ.) (2006), *International Review of Leave Policies and Related Research 2006*, Employment Relations Research Series n° 57, Department of Trade and Industry.

Moss, P. et K. Wall (dir. publ.) (2007), *International Review of Leave Policies and Related Research*. Employment Relations Research Series n° 80, Department for Business, Enterprise and Regulatory Reform, Londres.

Nelson, G., A. Westhues et J. MacLeod (2003), « A Meta-analysis of Longitudinal Research on Preschool Prevention Programs for Children », *Prevention and Treatment*, vol. 6, pp. 1-67, décembre.

Newcombe, R. *et al.* (2007), « Birth Weight Predicts IQ: Fact or Artefact? », *Twin Research and Human Genetics*, vol. 10, pp. 581-586.

OCDE (2002), *Bébés et employeurs: Comment réconcilier travail et vie de famille. vol. 1 : Australie, Danemark et Pays-Bas,* Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2003), *Bébés et employeurs : Comment réconcilier travail et vie de famille, vol. 2 : Autriche, Irlande et Japon*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2004), *Bébés et employeurs : Comment réconcilier travail et vie de famille, vol. 3 : Nouvelle-Zélande, Portugal et Suisse*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2005), *Bébés et employeurs : Comment réconcilier travail et vie de famille, vol. 4 : Canada, Finlande, Royaume-Uni et Suède*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2006), *Petite enfance, grands défis II : Éducation et structures d'accueil*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2007), *Bébés et employeurs : Comment réconcilier travail et vie de famille: Synthèse des résultats dans les pays de l'OCDE*, Éditions de l'OCDE, Paris.

Olds, D. *et al.* (1999), « Ante-natal and Infancy Home Visitation by Nurses: Recent Findings », *The Future of Children*, vol. 9, n° 1, pp. 44-65.

Olds, D., L. Sadler et H. Kitzman (2007), « Programs for Parents of Infants and Toddlers: Recent Evidence from Randomized Trials », *Journals of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 48, n° ¾, pp. 355-391.

Peisner-Feinberg, E.S. (2004), « Les services à la petite enfance et leurs impacts sur les jeunes enfants (2-5 ans) », in R.E. Tremblay, R.G. Barrs et RDeV. Peters (dir. publ.), *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet], Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants, Montréal, Québec.

Perez, K. *et al.* (2004), « Coverage of HIV Testing among Pregnant Women in Catalonia », *European Journal of Public Health*, vol. 14, n° 3, pp. 261-266.

Pilali, M. (pas de date), « National Status Report: Greece », European Action on Smoking Cessation in Pregnancy.

Routine Pre-natal Care for Healthy Pregnant Women. Understanding NICE Guidance – Information for Pregnant Women, their Families and the Public (2003).

Ruhm, C. (2000), « Parental Leave and Child Health », *Journal of Health Economics*, vol. 19, n° 6, pp. 931-960.

Russell, C. (dir. publ.) (2002), « The State of Knowledge about Prevention/Early Intervention », *Invest in Kids*, Canada.

Simoes, E. *et al.* (2006), « Association between Maternal Occupational Status and Utilization of Antenatal Care », *International Archives of Occupational and Environmental Health*, vol. 79, pp. 75-81.

Sweet, M. et M. Appelbaum (2004), « Is Home Visiting an Effective Strategy? A Meta-analytic Review of Home Visiting Programs for Families with Young Children », *Child Development,* vol. 75, n° 5, pp. 1435-1456.

Tanaka, S. (2005), « Parental Leave and Child Health across OECD Countries », *The Economic Journal*, vol. 115, pp. F7-F28, février.

Walton, S., H. Bedford et C. Dezateux (2006), « Use of Personal Health Records in the UK: Findings from the Millennium Cohort Study », *British Medical Journal*, vol. 332, pp. 269-270.

Weigers, T.A., M. Keirse et J. van der Zee (1998), « Maternity Care in The Netherlands: The Changing Home Birth Rate », *Birth*, vol. 25, pp. 190-197.

Wise, S. *et al.* (2005), « The Efficacy of Early Childhood Interventions », A report prepared for the Australian Government Department of Family and Community Services, Australian Government and Australian Institute of Family Studies.

Wright, C.M. et L. Reynolds (2006), « How Widely are Personal Child Health Records Used and are they Effective Health Éducation Tools? A Comparison of Two Records », *Children: Care, Health and Development,* vol. 32, n° 1, pp. 55-61.

Würtz, A. (2007), « The Long-Term Effect on Children of Increasing the Length of Parents Birth-Related Leave », Aarhus School of Business, Department of Economics Working Paper n° 07-11.

Zax, J. et D. Rees (2002), « IQ, Academic Performance, Environment and Earnings », *Review of Economics and statistics,* vol. 84, pp. 600-616.

© OCDE 2009

Chapitre 5

Le bien-être des enfants et la monoparentalité

Ce chapitre évalue si le fait de grandir dans une famille monoparentale influe sur le bien-être des enfants et, si oui, comment. Il commence par décrire les types de structure familiale dans les différents pays de l'OCDE, puis explique les raisons qui font que les structures monoparentales peuvent influer sur le bien-être des enfants. Il procède ensuite à une méta-analyse en s'appuyant sur un grand nombre d'études et en comparant les effets de la monoparentalité dans les différents pays et pour les différentes dimensions du bien-être. L'avant-dernière section du chapitre discute des nouvelles techniques utilisées dans la littérature spécialisée pour identifier la causalité, tandis que la dernière examine les implications en termes de politiques publiques.

Introduction

La famille est un environnement déterminant pour le bien-être des enfants et lorsque les structures familiales changent, les politiques à destination de l'enfance doivent également changer. Les familles monoparentales, en particulier, se sont multipliées sur la dernière génération dans un certain nombre de pays de l'OCDE, quoique à des degrés divers. Dans un certain nombre de pays, d'aucuns ont exprimé leur crainte de l'impact en termes de bien-être de l'enfant du nombre croissant d'enfants qui, à un stade ou à un autre de l'enfance, vivent dans une famille monoparentale. L'objet de ce chapitre est d'évaluer si le fait de grandir dans une famille monoparentale affecte le bien-être des enfants et, si oui, comment (ce chapitre s'appuie sur Chapple, 2009).

Pour mettre en œuvre de bonnes politiques, il faut connaître la nature précise de la relation existant entre la monoparentalité et le bien-être des enfants. Par exemple, si les décideurs pensent qu'il existe une relation de cause à effet entre la structure familiale et les résultats des enfants, il peut être souhaitable de prendre des mesures pour encourager les familles de deux adultes au même titre que des politiques visant à compenser les effets négatifs pour les enfants qui grandissent dans des familles monoparentales. Si les décideurs ne croient pas à l'existence d'une telle relation, ils se préoccuperont moins de mettre en place des politiques visant à la fois à encourager les familles biparentales et à aider les enfants de parents isolés. Un certain nombre de pays de l'OCDE ont mis en place des politiques sociales pour compenser, du moins partiellement, les désavantages auxquels sont confrontés les parents isolés, par exemple en leur offrant des services, notamment de garde des enfants, et un soutien du revenu. Le chapitre 3 a montré que les parents isolés peuvent également recevoir un soutien supplémentaire par le biais du régime normal d'allocations familiales.

Pour identifier la taille potentielle de l'impact de l'appartenance à une famille monoparentale, on compare des éléments tirés d'un grand nombre d'études analysant les différentes dimensions du bien-être des enfants dans différents pays. Étant donné la masse d'informations à étudier, on a procédé à une méta-analyse (voir encadré 5.1).

Le chapitre commence par décrire les types de structure familiale dans lesquelles vivent les enfants dans les différents pays de l'OCDE ; il explique ensuite pourquoi les structures de type famille monoparentale peuvent influer sur le bien-être des enfants. La méta-analyse qui suit compare les effets de la monoparentalité dans les différents pays et pour les différentes dimensions du bien-être. L'avant-dernière section du chapitre discute des nouvelles techniques utilisées dans la littérature spécialisée pour identifier la causalité, tandis que la dernière examine les implications en termes de politiques publiques.

Dans la continuité des discussions du chapitre 2, le bien-être des enfants est considéré ici comme un concept multidimensionnel qui recouvre toute une série de domaines de résultats. L'approche s'appuie sur les différentes mesures du bien-être utilisées par les chercheurs. On considère également que le bien-être des enfants a une forte dimension intertemporelle ou de cycle de vie. En étudiant l'impact possible de la structure familiale,

ce chapitre analyse le bien-être actuel des enfants, leur bien-être futur en tant qu'enfants mais aussi en tant qu'adultes indépendants.

Les résultats de la méta-analyse effectuée dans la zone OCDE donnent à penser que la taille maximum de l'effet de l'appartenance à une famille monoparentale sur les résultats de l'enfant est faible. Ce résultat qualitatif est cohérent avec ceux de l'étude effectuée aux États-Unis par Amato (Amato, 2000). Dans les pays nordiques, les effets maximums sont analogues à ceux observés aux États-Unis, ce qui est étonnant compte tenu que les systèmes de protection sociale mis en place dans ces pays sont plus susceptibles d'amortir les effets préjudiciables de la monoparentalité, mais c'est un constat que confirment d'autres travaux de recherche récents. Toutefois, dans la plupart des autres pays de l'OCDE, l'impact des familles monoparentales est en moyenne légèrement moindre qu'aux États-Unis. Un examen des techniques complexes utilisées pour établir si les effets minimes observés sont en fait des effets de causalité donne un tableau mitigé. Les méthodologies plus élaborées donnent habituellement un effet moindre voire nul sur les résultats des enfants élevés par un parent isolé. Mais ces méthodes ont aussi leurs limites. Malheureusement pour les décideurs, on n'a toujours pas pu prouver l'existence d'un lien de causalité entre la monoparentalité et le bien-être des enfants.

Encadré 5.1. **Qu'est-ce qu'une méta-analyse ?**

La méta-analyse est une technique de recherche qui permet d'examiner et de synthétiser les résultats de recherches primaires quantitatives dans le but d'en tirer une conclusion globale.

Des résultats quantitatifs de recherches primaires sont sélectionnés, présentés sous une forme normalisée comparable et intégrés dans une base de données à des fins d'analyse. La méthode normalisée la plus généralement utilisée est celle des tailles d'effets moyennes ; c'est cette méthode qui est employée ici. Ces tailles d'effets moyennes normalisées correspondent à la différence entre une situation observée en présence de la cause et en l'absence de celle-ci, divisée par l'écart-type total. On considère habituellement qu'une taille d'effet moyenne normalisée de 0.2 traduit un effet « faible », de 0.5 un effet « modéré » et de 0.8 un effet « important ».

La base de tailles d'effets comparables ainsi obtenue fait ensuite l'objet d'une méta-analyse systématique pour obtenir des informations sur la taille de l'effet global de la variable indépendante sur la variable dépendante. Divers ajustements statistiques peuvent être opérés pour prendre en compte différentes dimensions de la qualité des études primaires.

Au contraire, l'examen de la littérature narrative traditionnelle se focalise beaucoup plus sur la signification statistique conventionnelle d'études prises individuellement que sur les tailles moyennes de l'effet, calculées sur un ensemble d'études.

La méta-analyse est utilisée depuis longtemps en médecine et n'a fait son apparition dans le domaine des sciences sociales que lentement, depuis une génération.

La méta-analyse présente un certain nombre d'avantages. Elle fait la synthèse d'un grand nombre de données de recherche sur un thème donné, se présentant en effet comme une vaste étude regroupant de nombreux participants, utilisant des règles de preuve plus objectives et plus formelles que l'examen plus traditionnel des études narratives et aboutissant à des résultats quantitatifs concrets.

Cela étant, rendre les études comparables entre elles est extrêmement difficile. En effet, certains aspects touchant la qualité sont quantifiables, mais d'autres sont plus difficiles à coder et partant, à prendre en compte. Par ailleurs, un problème de biais de publication se pose. Les résultats non spectaculaires ou nuls sont moins susceptibles d'être publiés. Une méta-analyse risque donc d'aboutir à des résultats surestimés. Enfin, comme pour toute étude empirique, la qualité d'une méta-analyse, si bien exécutée soit-elle, dépend de la qualité des données sur lesquelles elle se fonde.

Structures familiales dans la zone OCDE

Cette section compare la prévalence de la monoparentalité dans les pays de l'OCDE (tableau 5.1). Il n'est pas aisé d'obtenir des informations transversales/chronologiques sur les taux de monoparentalité par pays dans la zone OCDE. Les informations transversales les plus fiables dont on dispose sur les structures familiales éclatées pour l'ensemble des pays de l'OCDE sont tirées du rapport HBSC 2005/2006 pour des enfants de 11, 13 et 15 ans. Cet ensemble de données présente plusieurs avantages. Il se place dans la perspective des enfants dans la mesure où ce sont des enfants qui ont répondu à l'enquête. Il est relativement récent. Il fournit des données sur les familles recomposées ainsi que sur les familles monoparentales. Malheureusement cinq pays de l'OCDE (l'Australie, la Corée, le Japon, le Mexique et la Nouvelle-Zélande) ne sont pas englobés dans l'enquête.

Tableau 5.1. **Structures familiales dans 25 pays de l'OCDE pour les jeunes âgés de 11, 13 et 15 ans (%)**

	Deux parents	Parent isolé	Famille recomposée	Autres
Italie	87	9	3	1
Grèce	86	11	2	1
Turquie	85	11	1	3
République slovaque	84	11	5	0
Espagne	84	11	4	1
Pologne	83	12	3	1
Portugal	82	10	6	2
Irlande	81	13	5	2
Pays-Bas	80	12	7	1
Suisse	79	12	8	1
Autriche	76	14	8	1
Luxembourg	76	14	8	2
Belgique (Flandres)	74	14	10	1
Allemagne	74	15	9	1
Hongrie	74	16	9	2
France	73	14	11	1
Norvège	73	16	10	2
Suède	73	14	12	1
Finlande	71	16	13	1
République tchèque	70	16	12	2
Islande	70	15	12	2
Royaume-Uni (Angleterre)	70	16	12	1
Canada	69	18	11	3
Royaume-Uni (Écosse)	68	19	12	1
Belgique (Wallonie)	67	17	14	2
Danemark	66	19	12	3
Royaume-Uni (pays de Galles)	66	19	13	3
États-Unis	57	24	14	4
Moyenne de l'OCDE	**75**	**15**	**9**	**2**

Source : Adapté de Currie *et al.* (2008), *Inégalités en matière de santé chez les jeunes, rapport international HBSC de l'enquête 2005/2006*, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague. Il s'agit des pourcentages d'enfants vivant « principalement » dans chaque structure familiale. La rubrique « Autres » englobe les familles d'accueil et les membres de la famille autres que les parents. Les données régionales pour la Belgique et le Royaume-Uni sont présentées comme dans le document source d'origine. Sans informations complémentaires sur le nombre relatif de familles, il n'a pas été possible de pondérer ces enquêtes régionales pour obtenir des estimations des structures familiales au niveau national.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/711813025562

Dans le tableau 5.1, les États-Unis apparaissent comme le pays ayant de loin le taux le plus élevé d'absence parentale et de monoparentalité. Aux États-Unis, un quart des enfants de 11 à 15 ans vivent avec un parent isolé. À l'autre extrémité de l'échelle on trouve l'Italie avec un enfant sur dix qui vit avec un parent isolé. Les taux de monoparentalité sont également plus élevés au Canada, dans les pays nordiques et au Royaume-Uni, et plus faibles dans les pays d'Europe méridionale.

Pourquoi la monoparentalité pourrait être un élément important pour l'amélioration du bien-être des enfants

Les enfants vivant dans des familles monoparentales ont tendance à disposer d'un revenu moins élevé que celui des enfants vivant dans des familles intactes. La séparation signifie bien souvent la perte directe d'un apporteur de revenu au sein de la famille, mais elle peut également rendre plus difficile l'exercice d'une activité professionnelle par le parent gardien. Elle entraîne aussi la perte de biens possédés par les parents, comme le logement, si ceux-ci sont détenus à parts égales par les deux parents. Les effets qui en résultent, en termes de ressources matérielles que les parents peuvent investir dans les enfants ou de stress accru des parents, peuvent alors se conjuguer à d'autres effets négatifs pour le bien-être des enfants. Le fait que les parents isolés aient moins de loisirs, en raison d'un accroissement de leur charge de travail rémunéré et non rémunéré, peut également contribuer à générer un stress préjudiciable pour les enfants.

Par ailleurs, la séparation des parents, ou l'éloignement géographique, se traduit souvent par une perte ou une diminution des contacts avec le parent non gardien. Dans ce cas, les enfants ne bénéficient plus du temps que leur consacrait ce parent, ni de ses relations et de ses compétences. Ils risquent aussi de ne plus avoir accès au réseau familial élargi du parent non gardien ni à ses ressources. La séparation des parents peut entraîner toute une série de changements dans la vie des enfants, notamment en ce qui concerne leur établissement scolaire, leur mode de garde ou leur lieu de résidence. Les relations avec leurs amis et les membres de la famille élargie peuvent par ailleurs se modifier brutalement. Les changements, en particulier les changements soudains affectant divers aspects de la vie, peuvent être source de stress pour les enfants. En outre, la séparation peut entraîner pour le parent gardien des problèmes de santé mentale, notamment une dépression qui peut être préjudiciable au bien-être de l'enfant et à son développement.

Après une séparation, les enfants peuvent être exposés à des conflits ouverts entre leurs parents, par exemple dans le cadre de différends juridiques ou autres concernant leur garde, qui peuvent avoir des effets négatifs pour leur bien-être et leur développement.

Les enfants de familles monoparentales peuvent faire l'objet d'une stigmatisation sociale dans des cadres aussi divers que la famille élargie, les groupes de pairs, l'école, les médias et les agents sociaux. Cette stigmatisation peut être intériorisée par les enfants concernés et avoir sur eux des effets négatifs immédiats ou différés.

Grandir dans une famille monoparentale et non pas entre ses deux parents biologiques peut aussi présenter des aspects positifs. Si le parent absent contribuait à créer une situation très conflictuelle au domicile, souffrait de troubles psychiques, avait des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie, était susceptible de maltraiter ou d'humilier l'enfant ou l'autre parent, n'avait pas de revenu ni d'emploi stable, ou avait tendance à avoir un comportement délictueux, on peut tout à fait penser que l'enfant aura intérêt à grandir en dehors de la garde de ce parent.

Quels sont les effets pour les enfants de l'appartenance à une famille monoparentale ? Méta-analyse portant sur l'ensemble des pays de l'OCDE

Une méta-analyse établit une moyenne des tailles d'effets à partir d'un grand nombre d'études pour obtenir un tableau global de la littérature. La méthode type utilisée pour estimer la taille d'un effet consiste à soustraire la variable du résultat moyen pour les enfants vivant dans une famille monoparentale de la moyenne pour les enfants vivant dans une famille intacte puis à diviser ce chiffre par l'écart-type cumulé du groupe. Une vaste méta-analyse portant sur des études américaines a été entreprise par Amato (2000). L'approche adoptée ici a consisté à compléter ce travail par des études de pays de l'OCDE autres que les États-Unis, à en faire la synthèse dans une méta-analyse et à comparer les résultats obtenus à ceux d'Amato.

Les résultats des enfants ont été classés en huit catégories, comme suit :

- Résultats scolaires.
- Conduite/comportement/délinquance/THADA.
- Dépression/anxiété/bonheur.
- Image/estime de soi.
- Relations sociales.
- Santé physique.
- Emploi/revenu.
- Autres (catégorie fourre-tout).

Le mode de collecte distingue trois types différents de tailles d'effets : 1) les tailles d'effets correspondant aux différences moyennes, après neutralisation des caractéristiques de la famille et de l'enfant observées avant le divorce ; 2) les tailles d'effets correspondant aux différences brutes moyennes ; et 3) les tailles d'effets correspondant aux différences moyennes, après neutralisation des caractéristiques observées après le divorce. La méthode que nous avons privilégiée a consisté à analyser la situation des enfants en neutralisant les variables observables relatives à l'enfant et à la famille avant le divorce. Lorsqu'il n'a pas été possible d'utiliser cette méthode, nous avons utilisé les différences brutes et si les différences moyennes simples n'étaient pas fournies, des coefficients comportant des ajustements au titre des facteurs postdivorce ont été estimés. Les tailles d'effets considérées ici sont probablement surestimées car la majorité des effets inclus dans l'analyse (plus de 70 %) correspondent à des différences brutes, qui ne tiennent pas compte d'autres variables entrant dans la sélection des familles monoparentales.

Tailles d'effets dans l'ensemble des pays

Trois cent soixante-sept tailles d'effets ont été obtenues à partir de 122 études. Si ce nombre global est impressionnant, il varie fortement d'un pays à l'autre (tableau 5.2). On remarque un grand nombre d'études réalisées au Canada, en Finlande et au Royaume-Uni, en partie probablement parce que ces pays disposent d'études longitudinales de qualité. Mais, pour un certain nombre de pays, le nombre des études est très faible, voire nul.

La taille moyenne non pondérée des effets de la monoparentalité obtenue à partir de 367 tailles d'effets est de –0.230. À titre de comparaison, à l'aide de 177 tailles d'effets provenant de 67 études essentiellement américaines publiées dans les années 90, Amato obtient un chiffre légèrement supérieur de –0.288. Mais ces deux estimations rentrent dans la définition étroite généralement admise de la taille des effets. La taille minimale observée

a été de 0.23 et la taille maximale de –1.20, ce qui est comparable dans les deux cas aux résultats de l'étude d'Amato (minimum : 0.37, maximum : –1.25). Dans 345 cas (soit 94 % contre 88 % pour Amato), le fait d'être élevé par un seul parent a eu un impact négatif ; dans 22 cas, cet impact a été positif.

Par ailleurs, les tailles d'effets diffèrent sensiblement en moyenne entre pays de l'OCDE hors États-Unis. Pour les pays anglophones et les pays d'Europe occidentale continentale, ces tailles sont très semblables mais celles observées dans les pays nordiques sont un peu plus élevées, ce qui est étonnant.

Si l'on en vient maintenant à la méthode d'estimation, la grande majorité des études (près des trois quarts) a fourni des différences brutes moyennes entre les résultats des enfants de parents isolés et ceux des enfants de familles biparentales. Dans une minorité d'études seulement, les variables prédivorce ont été neutralisées et un nombre analogue d'études n'a présenté que des tailles d'effets après neutralisation des variables postdivorce (il convient de rappeler que ces dernières n'ont été utilisées que lorsque les tailles d'effets correspondant aux différences brutes moyennes n'ont pu être calculées et que cela a conduit probablement à une neutralisation excessive des facteurs entrant dans la sélection). Comme on pouvait s'y attendre, la neutralisation des variables postdivorce a donné la taille d'effet moyenne la plus faible (–0.14), la neutralisation des variables prédivorce (–0.17) arrivant ensuite. Les différences brutes moyennes qui ne neutralisent pas les variables de la sélection donnent la taille d'effet la plus élevée (–0.26).

Tailles d'effets par type de résultat

Le domaine le plus couramment étudié a été celui des résultats scolaires : plus d'un quart des études s'y rapportent d'une manière ou d'une autre (tableau 5.3). Les troubles psychiques extériorisés et intériorisés et les problèmes de santé physique ont été étudiés dans une proportion comparable. Le poids attribué aux résultats scolaires dans la présente analyse a été plus fort que dans l'analyse d'Amato (41 % des cinq premiers domaines de résultats contre 22 % dans l'analyse d'Amato) tandis que pour la conduite et la dépression, il a été à peu près identique (24 % dans les deux cas ici et 23 % dans les deux cas dans l'analyse d'Amato). L'image de soi et les relations sociales ont été nettement sous-représentées (3 % et 7 % respectivement contre 16 % dans les deux cas pour Amato).

Qu'en est-il des tailles d'effets par domaine? La présente étude et celle d'Amato se recoupent dans cinq domaines. Lorsque ces cinq domaines sont communs, la présente étude génère une taille d'effet moyenne de –0.216 (voir tableau 5.3). Globalement, elle donne pour tous les domaines de résultats comparables une taille d'effet moyenne légèrement inférieure à celle que donne l'étude d'Amato.

Les tailles d'effets de la monoparentalité observées pour les pays de l'OCDE hors États-Unis ont été plus importantes pour le domaine « Conduite/comportement/délinquance/THADA » (comportement d'extériorisation) que pour le domaine « Dépression/anxiété/bonheur » (comportement d'intériorisation) ; ce constat n'est pas exceptionnel dans la littérature spécialisée mais il ne ressort pas des résultats de la méta-analyse d'Amato. Cette taille d'effet plus importante observée pour les l'extériorisation des comportements dans les pays de l'OCDE hors États-Unis peut refléter *a)* un effet véritable, *b)* les médiocres performances des instruments d'évaluation des comportements intériorisés, lesquels sont intrinsèquement plus difficiles à mesurer que les comportements extériorisés, ou *c)* des effets de sélection, plus probables dans le cas des comportements extériorisés, ou les trois à la fois.

Tableau 5.2. **Tailles d'effets de l'impact de la monoparentalité sur le bien-être des enfants par pays**

	Nombre de mesures de l'effet	% du total des tailles d'effets	Taille d'effet moyenne	Écart-type
Australie	7	2 %	–0.297	0.338
Autriche	4	1 %	–0.098	0.162
Belgique	7	2 %	–0.200	0.160
Canada	26	7 %	–0.186	0.122
République tchèque	1	0 %	–0.101	n.d.
Danemark	21	6 %	–0.248	0.277
Finlande	54	15 %	–0.314	0.170
France	12	3 %	–0.205	0.190
Allemagne	18	5 %	–0.173	0.208
Grèce	4	1 %	–0.328	0.257
Hongrie	10	3 %	–0.250	0.111
Islande	9	2 %	–0.254	0.163
Irlande	3	1 %	–0.251	0.087
Italie	7	2 %	–0.231	0.086
Japon	0	0 %	n/d	n.d.
Corée	1	0 %	–0.128	n.d.
Luxembourg	1	0 %	–0.225	n.d.
Mexique	1	0 %	–0.083	n.d.
Pays–Bas	23	6 %	–0.173	0.134
Nouvelle–Zélande	5	1 %	–0.181	0.134
Norvège	24	7 %	–0.236	0.218
Pologne	1	0 %	–0.135	n.d.
Portugal	3	1 %	–0.060	0.060
République slovaque	6	2 %	–0.132	0.078
Espagne	7	2 %	–0.161	0.191
Suède	29	8 %	–0.268	0.154
Suisse	2	1 %	–0.130	0.054
Turquie	5	1 %	–0.649	0.469
Royaume-Uni	76	21 %	–0.187	0.159
Pays anglophones	116	32 %	–0.195	0.164
Pays nordiques	135	37 %	–0.281	0.281
Europe occidentale	107	29 %	–0.185	0.185
OCDE29	**367**	**100 %**	**–0.230**	**0.198**

n.d. : Non disponible.

Source : Calculs de l'OCDE sur la base de Chapple (2009), « Child Well-Being and Family Structure across the OECD: An Analysis », projet de document de travail, OCDE, à paraître.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/711822171513

Tableau 5.3. **Tailles d'effets de la monoparentalité par domaine du bien-être des enfants : comparaison avec l'étude d'Amato (2000)**

	Taille d'effet moyenne non pondérée – Amato (États-Unis essentiellement)	Taille d'effet moyenne non pondérée – Présente étude (autres pays de l'OCDE)	Différence
Résultats scolaires	–0.26	–0.19	0.07
Conduite/comportement/délinquance/THADA	–0.33	–0.29	0.04
Dépression/anxiété/bonheur	–0.31	–0.20	0.11
Image/estime de soi	–0.24	–0.13	0.11
Relations sociales	–0.28	–0.20	0.08
Total des cinq domaines ci-dessus	–0.29	–0.22	0.07

Source : Amato (2000), « Children of Divorce in the 1990s : An Update of the Amato and Keith (1991) Meta-Analysis », *Journal of Family Psychology*, vol. 15, pp. 355-370 ; et calculs de l'OCDE sur la base de Chapple (2009), « Child Well-Being and Family Structure across the OECD: An Analysis », projet de document de travail, OCDE, à paraître.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/711842628206

La recherche de la causalité

Approche traditionnelle utilisée pour établir la causalité

Afin de compléter la méta-analyse ci-dessus qui repose sur un large échantillon, cette section se concentre sur diverses méthodologies parmi les plus fiables utilisées pour déterminer la relation de causalité entre la structure familiale de type monoparentale et le bien-être des enfants. La meilleure méthode pour établir un lien de causalité entre une structure familiale et le bien-être des enfants serait de répartir les enfants de manière aléatoire entre les différentes structures familiales, ce qui évidemment ne se fera pas. En conséquence, les chercheurs ont dû utiliser un grand nombre de méthodes différentes pour tenter d'étudier les conséquences pour les enfants du fait de grandir dans une famille monoparentale.

Les méthodes de recherche les plus couramment utilisées se fondent sur des séries de données longitudinales et des techniques de régression multivariée. On choisit un résultat particulier du sujet à un moment donné de son cycle de vie (enfance ou vie adulte). Des informations sur la structure familiale, idéalement mesurées avant le moment où ce résultat est évalué, sont prises comme première variable explicative (le « traitement »). Pour tenir compte d'un éventuel phénomène de sélection des familles monoparentales, on utilise un grand nombre d'autres variables de contrôle propres aux parents et aux enfants, là encore mesurées avant la séparation (par exemple à la naissance). On estime ensuite l'impact de l'appartenance à une famille monoparentale en fonction des variables de contrôle. Le coefficient attribué à la structure monoparentale, sous certaines hypothèses strictes de non-sélection sur la base de variables non observables et d'absence de lien de causalité inverse, peut alors être interprété comme représentatif de l'impact de la monoparentalité sur le bien-être des enfants.

Cela étant, selon toute probabilité, il subsistera des problèmes de biais dus à l'incapacité de neutraliser les variables de contrôle non observées qui entraînent une sélection non aléatoire dans les différentes structures familiales. Une sélection non aléatoire peut être due à un grand nombre de facteurs génétiques ou environnementaux non observés. Pour prendre un exemple, des parents peuvent avoir des personnalités ou des problèmes mentaux qui les amènent à être plus susceptibles de se séparer. Ces problèmes peuvent avoir, en totalité ou en partie, une raison génétique. L'enfant hérite également de ces caractéristiques ou les acquiert, ce qui peut avoir une incidence négative sur son bien-être futur. En général, les études longitudinales ne peuvent tenir compte de tous les éléments possibles non observés conduisant à la sélection d'une famille monoparentale ; elles peuvent, par conséquent, surestimer l'impact de la structure familiale sur le bien-être de l'enfant.

Ensuite, des aspects négatifs, observés ou non, du bien-être des enfants peuvent être la cause, plutôt que la conséquence, de modifications de la structure familiale. On observe couramment qu'un enfant handicapé, souffrant d'une maladie chronique ou de troubles du comportement peut peser lourdement sur les relations entre les parents, amenant ceux-ci, dans certains cas, à se séparer. Cela dit, la littérature sur le sujet s'est moins intéressée à la causalité inverse qu'à l'établissement d'un effet de causalité.

En raison des problèmes de sélection et de causalité inverse, depuis quelques années, un certain nombre de spécialistes des sciences sociales et d'économistes se montrent de plus en plus réticents à voir dans les résultats obtenus à l'aide de telles méthodes multivariées la preuve tangible de l'existence d'un lien de causalité. On a donc assisté à une formidable explosion d'intérêts pour d'autres méthodes d'identification des effets de

causalité dans un grand nombre de branches de l'économie appliquée. Cet élargissement de l'approche méthodologique est indéniable dans la littérature sur la structure familiale et le bien-être des enfants. Le chapitre 5 examine à présent les résultats obtenus avec ces différentes méthodes.

Nouvelles techniques utilisées pour établir la causalité

La présente section examine l'impact de la monoparentalité sur le bien-être des enfants à l'aide de toute une série de méthodes non traditionnelles, y compris de modèles utilisant des observations répétées du même résultat, de modèles utilisant des comparaisons entre membres d'une même fratrie, de modèles tenant compte de différences d'exposition, dans le temps et dans l'espace, à la législation sur le divorce, de modèles utilisant la mort d'un parent comme référence et de modèles utilisant des approches génétiques du comportement.

Encadré 5.2. **Le timing de l'exposition à la structure familiale est-il important pour le bien-être de l'enfant ?**

Un enfant peut faire l'expérience des différentes dimensions de la structure familiale pendant des durées différentes et à différents stades de l'enfance. Cela pose plusieurs questions intéressantes. Des expositions différentes ont-elles des effets différents sur le bien-être des enfants dans la relation classique « dose-réponse » ? Mais on pourrait également faire l'hypothèse qu'il existe dans le cycle de vie des enfants des périodes critiques durant lesquelles une structure familiale donnée a sur le bien-être des enfants des effets plus grands qu'à d'autres périodes.

La forte proportion de leur temps que les jeunes enfants passent dans l'environnement familial et leur capacité moindre à appréhender le changement conduisent à penser que les changements survenant dans la structure familiale à un stade précoce de la vie de l'enfant seront probablement les plus préjudiciables (Wojtkiewicz, 1993). En revanche, le manque de surveillance parentale et de réseaux sera probablement plus important pendant les années difficiles de l'adolescence, notamment parce que les adolescents sont plus au fait de ce qui se passe et qu'ils seront plus susceptibles de percevoir le changement comme anormal ou perturbateur (Harper et McLanahan, 1999).

Les chercheurs américains considèrent habituellement les résultats des études effectuées aux États-Unis sur le bon timing de la séparation des parents comme mitigés, et ce quel que soit le résultat considéré (Antecol et Bedard, 2007). Certaines recherches menées aux États-Unis étayent la proposition lancée dans les années 80 (Krein, 1986 ; Krein et Beller, 1988) selon laquelle plus la séparation intervient tôt pire c'est. McLanahan et Sandefur (1994) constatent que le risque d'échec scolaire est plus grand mais pas statistiquement significatif si la séparation intervient dans la petite enfance. Mais Wojtkiewicz (1993) fait le constat contraire : une séparation qui survient dans la grande enfance a davantage d'impact sur l'obtention d'un diplôme d'études secondaires tandis que Haveman et Wolfe (1994) n'ont observé aucune différence sur le plan de la scolarité selon que la séparation des parents intervient dans les années intermédiaires de l'enfance ou dans la grande enfance. Hill *et al.* (2001) observent que les effets sur la scolarité d'une séparation précoce des parents sont plus grands pour les garçons mais qu'aucun de ces effets n'est statistiquement significatif. Pour la scolarité des filles, ces effets sont positifs et statistiquement significatifs à la marge dans la petite enfance et négatifs et significatifs à la marge dans la grande enfance.

Encadré 5.2. **Le timing de l'exposition à la structure familiale est-il important pour le bien-être de l'enfant ?** *(suite)*

Dans d'autres études américaines examinant les résultats autres que scolaires, McLanahan et Bumpass (1988), constatent que le moment auquel se produisent les changements dans la structure familiale n'a pas d'impact sur les décisions ultérieures de constitution d'une famille, et Harper et McLanahan (1999) constatent qu'il n'a pas d'impact sur le taux d'incarcération des jeunes. Hill *et al.* (2001) constatent que, pour les filles, l'impact sur les naissances hors mariage n'est pas significatif et qu'il est en fait négatif dans la petite enfance et positif dans les années intermédiaires et la grande enfance. Une étude récente d'Antecol et Bedard (2007) montre une relation « dose-réponse » pour certaines formes de comportements extériorisés des jeunes (vagabondage sexuel, toxicomanie et délinquance juvéniles). Pour ce qui est du timing, ils constatent en neutralisant un large spectre de covariables des parents et des enfants que c'est lorsque la séparation intervient dans la petite enfance que l'impact sur le tabagisme, les rapports sexuels et la consommation de marijuana des jeunes est le plus grand.

Une étude effectuée au Royaume-Uni par Chase-Lansdale *et al.* (1995) examine les problèmes psychiques en termes de séparation des parents dans les années intermédiaires de l'enfance ou dans la grande enfance. Les effets d'une séparation survenant dans la grande enfance tendent à être plus forts mais la différence n'est pas statistiquement significative. En utilisant les mêmes données pour le Royaume-Uni, Fronstin *et al.* (2001) observent que lorsque la séparation des parents intervient dans la petite enfance elle tend à avoir des effets plus importants et significatifs sur les résultats à l'âge adulte tels que le niveau d'études et les performances sur le marché du travail que lorsqu'elle intervient dans les années intermédiaires de l'enfance ou dans la grande enfance. Là encore, les preuves ne sont pas accablantes. Ermisch *et al.* (2004) font état de résultats similaires pour le niveau d'études au Royaume-Uni. Un test explicite de l'égalité des coefficients de l'effet durant la petite enfance, les années intermédiaires et la grande enfance ne peut rejeter l'hypothèse d'égalité pour le niveau d'études. L'inactivité et la détresse psychologique à l'âge adulte seront probablement accrues par une séparation précoce des parents et l'hypothèse de l'égalité dans le temps peut être rejetée aux seuils de signification classiques. Toutefois, on n'a pas non plus de preuve forte d'effets différents sur le tabagisme et les grossesses adolescentes selon le moment où se produit la séparation.

Une étude utilisant des données allemandes sur le niveau d'études montre plus clairement que l'on n'a pas de preuve forte concernant le timing du divorce dans le cycle de vie de l'enfant (Francesconi *et al.*., 2005a). On n'a pas non plus de preuve forte d'une relation dose-réponse pour les années passées avec une mère divorcée ou célibataire. Une étude espagnole de l'accès à un diplôme de l'enseignement secondaire pour une dissolution de la relation parentale intervenant à quatre stades possibles du cycle de vie de l'enfant donne un résultat différent de celui des études allemande et britannique ci-dessus ; elle montre que c'est lorsque la séparation intervient entre 0 et 3 ans que ses effets pour l'enfant sont les plus grands et les plus significatifs et lorsqu'elle intervient entre 4 et 15 ans qu'ils sont les plus faibles et généralement non significatifs (Casquel, 2003). Considérant lui aussi la dimension du niveau d'études, Piketty (2003) montre, à partir de données françaises, que les effets sont un peu plus importants lorsque la séparation intervient dans les années intermédiaires de l'enfance ou dans la grande enfance plutôt que dans la petite enfance.

Globalement, l'examen de la littérature ne permet pas de tirer de conclusions fortes quant au timing de la séparation par rapport à l'âge de l'enfant.

Études prospectives et études fondées sur des observations répétées d'un même résultat

Les modèles utilisant des données sur les résultats d'un enfant avant un divorce pour voir si l'imminence du divorce prédit une dégradation de ces résultats, sont qualifiés d'« études prospectives » d'ou études « prérupture ». Ces études donnent à penser que le fait de ne pas neutraliser les résultats des enfants avant le divorce lorsqu'on examine ces mêmes résultats après le divorce, même si l'on garde fixes d'autres covariables prédivorce, peut conduire à une surestimation de l'impact du divorce par un effet de sélection. Elles soulèvent une autre possibilité, à savoir que des résultats peu satisfaisants des enfants avant le divorce, en particulier des problèmes comportementaux, peuvent amener les parents à divorcer.

Il existe un autre type d'étude connexe, utilisant diverses méthodes empiriques, qui se fonde sur des mesures longitudinales répétées du résultat qui nous intéresse au niveau de l'enfant. Cette variable, observée avant et après une séparation des parents, peut être utilisée pour établir les effets de causalité du divorce sans que le problème des variables omises soit aussi préoccupant, dans la mesure où les caractéristiques fixes de l'enfant peuvent être prises en compte de diverses façons.

Ces méthodes ont des limites. Elles ne permettent pas d'estimer l'impact lié au fait d'être né dans une famille monoparentale alors que dans bien des pays un nombre considérable d'enfants naissent dans une famille monoparentale. Un groupe important est donc exclu de l'analyse. De plus, ces méthodes ne permettent pas de traiter les caractéristiques non observées variables dans le temps qui peuvent différer selon que les enfants appartiennent à des familles séparées ou intactes. Elles rendent compte uniquement de la variance individuelle. Enfin, comme les erreurs de mesure sont amplifiées par la focalisation sur la variance individuelle, la précision de l'estimation en pâtit et les erreurs types sont plus grandes.

Pour tous les pays dans lesquels ces méthodes ont été utilisées, on observe souvent une atténuation considérable, voire totale, des effets du divorce, par rapport aux résultats obtenus au moyen des méthodes de régression traditionnelles sans variables de contrôle au titre de la situation antérieure ou des effets fixes propres à la personne considérée (voir, par exemple Morrison et Cherlin, 1995 ; Piketty, 2003 ; Cherlin *et al.,* 1991 ; Sun, 2001 ; Hao et Xie, 2002 ; Sanz-de-Galdeano et Vuri, 2006 ; Cherlin *et al*., 1998 ; Vandervalk *et al.,* 2005 ; Strohschein, 2005 ; et Kerr et Michalski, 2007).

Études portant sur des fratries

Un certain nombre d'études ont utilisé des comparaisons portant sur des fratries pour tester les effets de causalité des structures de type familles monoparentales. Les effets de la structure familiale sont identifiés *via* l'exposition différente des membres de la fratrie à une situation familiale donnée. Ainsi, dans une famille où les parents ont, lors de leur séparation, deux enfants âgés respectivement de 8 et 5 ans, le premier enfant vivra dix ans dans une famille monoparentale et le second treize ans. Les variations de « traitement » des fratries peuvent ensuite être comparées à la « réponse », c'est-à-dire à la différence de bien-être constatée entre les membres de la fratrie. Les modèles portant sur des fratries peuvent conduire à des estimations cohérentes de l'impact de la structure familiale sur les résultats des enfants, si la structure familiale n'est pas elle-même une réponse aux caractéristiques propres des enfants. S'il s'agit encore d'une hypothèse forte, on peut penser qu'elle l'est beaucoup moins que celle qui sous-tend l'approche par régression

multivariée traditionnelle. L'utilisation de données sur les fratries pour éliminer les effets familiaux communs non observés est une méthode relativement nouvelle. La plupart des articles dans ce domaine remontent à la deuxième moitié des années 90.

Bien qu'elles se fondent sur ce que l'on peut considérer comme des hypothèses beaucoup moins fortes pour déterminer la causalité, les études portant sur des fratries peuvent poser de sérieux problèmes. Elles exigent une masse considérable de données, de sorte qu'elles sont relativement peu nombreuses. Et dans la mesure où le nombre des fratries peut être faible, la méthode peut donner des estimations imprécises.

Les résultats des études portant sur des fratries sont difficiles à généraliser à l'ensemble de la population, car elles ne prennent pas en compte deux sous-groupes importants d'enfants vivant dans des familles monoparentales. Elles ne prennent pas en compte les enfants uniques de ces familles. En outre, comme elles se fondent sur les variations de l'exposition à une structure familiale entre enfants d'une *même* famille, elles ne peuvent pas étudier l'impact d'une structure familiale dans laquelle les deux membres de la fratrie sont nés dans une famille monoparentale et où, par conséquent, aucun des deux n'a jamais vécu dans une famille comptant deux parents biologiques.

Les premières études nous venaient des États-Unis mais, plus récemment, sont venues s'y ajouter des études de qualité appliquant les modèles de la fratrie à des données concernant l'Allemagne, le Royaume-Uni et la Suède (voir, par exemple Francesconi *et al.*, 2005a ; Björklund *et al.*, 2007a et b ; Björklund et Sundström, 2006 ; Ermisch et Francesconi, 2001a et b ; Ermisch *et al.,* 2004 ; Grogger et Ronan, 1995 ; Gennetian, 2005 ; et Hao et Matsueda, 2006). Dans plusieurs cas, les études ont comparé deux pays. Les études suédoises sont particulièrement intéressantes car elles utilisent de vastes séries de données provenant des registres nationaux de l'état civil et ne présentent donc pas les problèmes de taille d'échantillon qui apparaissent davantage dans les études américaines, allemandes et britanniques. Globalement, les résultats obtenus récemment à l'aide de méthodes portant sur des fratries donnent à penser que les effets de causalité entre ces résultats et la monoparentalité sont faibles voire nuls pour la Suède, les États-Unis et l'Allemagne. Une exception est à signaler : elle concerne des travaux effectués au Royaume-Uni qui donnent à penser que certains résultats (mais pas tous) sont pires parmi les enfants de parents isolés.

Différences d'exposition à la législation sur le divorce

Tout un ensemble de recherches menées dans différents pays de l'OCDE établissent l'effet de causalité de la structure familiale à partir des variations dans le temps et dans l'espace de la législation sur le divorce. Ces études reposent sur plusieurs hypothèses. La première est qu'une évolution de la législation en faveur du divorce unilatéral entraîne une augmentation des divorces. La deuxième est que les réformes de la législation sur le divorce n'affectent les enfants qu'à travers leur impact direct sur le divorce des parents. Cependant, les changements apportés aux régimes du divorce peuvent influer sur les négociations intrafamiliales, et donc avoir une incidence sur la situation des enfants, indépendamment du divorce proprement dit. La détermination d'un effet de causalité repose également sur l'hypothèse que les réformes de la législation sur le divorce ont un caractère exogène et qu'elles ne sont pas liées à des changements d'ordre social pouvant eux-mêmes avoir des effets sur la situation des enfants. À l'instar d'autres hypothèses identificatrices, l'hypothèse de l'exogénéité légale reste une hypothèse forte. Ces

recherches sont toutefois particulièrement intéressantes du point de vue des décideurs, car elles montrent les effets sur les enfants d'un changement au niveau d'un instrument d'action, en l'espèce un instrument juridique.

Aux États-Unis, la question de savoir si la législation relative au divorce unilatéral a entraîné une augmentation permanente du nombre de divorces est sujette à controverse, les travaux les plus récents donnant à penser que ce n'est pas le cas. En revanche, des recherches au niveau européen étudiant l'impact des réformes de la législation sur le divorce à partir d'un panel de 18 pays européens sur la période 1950-2003, constatent qu'il a été considérable (voir González et Viitanen, 2007). Du point de vue de leur article, l'importance du panel et les disparités considérables de calendrier des modifications du régime du divorce par pays offrent une stratégie intéressante pour l'estimation de l'impact de l'évolution des structures familiales sur la situation des enfants européens.

Dans l'ensemble, cette littérature donne à penser qu'aux États-Unis l'adoption du divorce unilatéral a été probablement préjudiciable aux enfants mais que pour l'Europe, la France, l'Allemagne et le Canada (voir Corak, 2001 ; Piketty, 2003 ; Francesconi *et al.*, 2005a ; González et Viitanen, 2007 ; Johnson et Mazingo, 2000 ; Antecol *et al.*, 2001 ; et Gruber, 2004), les éléments de preuve sont moindres voire inexistants.

Décès parental

Une autre approche permettant de traiter les problèmes de sélection consiste à examiner la situation en matière de bien-être d'enfants dont l'un des parents est mort. On peut penser que le décès d'un des parents est un phénomène plus aléatoire que la séparation des parents. Il s'agit donc d'une forme de preuve quasi-expérimentale. Si, en effet, le décès d'un parent est un phénomène aléatoire, la différence entre les enfants de veufs ou veuves et les enfants de familles intactes est l'effet « véritable » d'une structure familiale monoparentale. La différence entre des enfants dont les parents sont décédés et des enfants de parents isolés mesure donc la force de la sélection des familles monoparentales.

Plusieurs problèmes sont liés à l'approche centrée sur le décès d'un parent. Le premier tient au fait que le décès d'un des parents n'est pas un phénomène aléatoire et qu'il n'est pas toujours possible de le neutraliser. Le second tient à la difficulté de trouver un ensemble de données portant sur un nombre suffisant de décès parentaux pendant l'enfance pour que cette méthode soit valable. À mesure que l'espérance de vie s'accroît, ce problème devient plus aigu. Il se peut également que le décès parental étant devenu un événement plus exceptionnel, il soit également devenu moins aléatoire. Un troisième problème est lié au fait que les conséquences financières du décès d'un parent et du départ d'un parent du foyer familial en raison d'un divorce ou d'une séparation peuvent être très différentes. Un parent décédé avait pu souscrire une assurance-vie ou encore la famille peut recevoir une forme d'indemnisation financière du décès. Enfin, la stigmatisation sociale dont font l'objet les enfants de familles monoparentales du fait de la séparation de leurs parents peut être très différente de celle d'un enfant vivant dans une famille monoparentale en raison du décès d'un de ses parents.

Un certain nombre d'études, en provenance d'au moins huit pays de l'OCDE, ont analysé les effets du décès parental (voir, par exemple, Corak, 2001 ; Biblarz et Gottainer, 2000 ; Lang et Zagorsky, 2001 ; McLanahan et Sandefur, 1994 ; Fronstin *et al.,* 2001 ; Ely *et al.,* 2000 ; Jonsson et Gahler, 1997 ; Borgers *et al.,* 1996 ; Albertini et Dronkers, 2003 ; et Bukodi et Dronkers, 2003). La plupart d'entre elles ont été menées aux États-Unis et au Royaume-Uni,

mais on dispose aussi d'éléments concernant l'Italie, la Hongrie, le Danemark et la Suède. Là encore, la plupart de ces études sont relativement récentes. Un certain nombre d'études examinées ne visent pas expressément à estimer l'impact du divorce et de la sélection à l'aide de cette méthode, mais présentent leurs résultats par cause de la monoparentalité. Globalement, les résultats ne donnent pas une image claire des différences existant entre des familles intactes, des familles monoparentales dues au décès d'un parent et des familles monoparentales dues à un divorce ou une séparation.

Approches génétiques du comportement

Plusieurs études réalisées récemment utilisent des approches génétiques du comportement pour estimer le lien de causalité entre la séparation des parents et le comportement et le développement des enfants, en général en procédant à des comparaisons entre groupes présentant des degrés d'analogie génétique et environnementale différents afin de neutraliser, en partie du moins, le biais de sélection (O'Connor *et al.*, 2000 ; D'Onofrio *et al.*, 2006, 2007a et b). Ces approches ont beaucoup de points communs avec les études portant sur les fratries.

Les résultats donnent à penser qu'il existe un degré important de sélection des enfants à résultats médiocres dans les familles monoparentales. Ils laissent toutefois un certain champ aux effets de causalité. Étant donné que 1) les effets génétiques et environnementaux ne sont pas tous pris en compte, un seul parent étant concerné, et que 2) s'agissant du parent concerné, son environnement et son matériel génétique se révèlent importants, tout effet résiduel du divorce continuera de contenir une influence résiduelle de la sélection.

Implications en termes de politiques publiques

Globalement, ces méthodes plus ciblées donnent généralement des effets de causalité liés à l'appartenance à une famille monoparentale moindres qu'on ne le pensait jusqu'ici, voire nuls. Il ne faut toutefois pas conclure à l'absence d'effets de causalité, car chacune des méthodes alternatives utilisées, bien que plus fiable, semble-t-il, que la méthode traditionnelle, présente d'importantes limites. La prudence s'impose lors de la formulation de conclusions parce que les travaux dans ce domaine sont encore trop récents. Un bref épitaphe pertinent nous est fourni par le commentaire de Francesconi *et al.* (2005a, p. 48) :

> « D'après nos travaux, il n'existe actuellement pas de preuve certaine que l'appartenance à une famille monoparentale ait des effets défavorables sur le devenir des enfants (exception faite du tabagisme). Une fois encore, cela ne signifie pas qu'il n'y ait pas d'effet. Cela veut dire que la taille et le sens des effets ne sont pas connus avec certitude (pour des raisons statistiques importantes). De fait, nos résultats n'excluent pas des effets défavorables. »

Comparée, par exemple, à certains travaux sur les politiques publiques, la littérature empirique traitant de l'impact de la structure familiale sur les résultats des enfants souffre d'un manque de maturité. L'absence de consensus sur l'existence d'un effet de causalité de la monoparentalité en témoigne. Pour tirer de ces travaux des conclusions plus fortes, il convient d'appliquer des éléments d'appréciation extra-scientifiques au corpus de preuves existant.

Quelles sont les conclusions possibles en termes d'action publique? En laissant de côté la question de la causalité, on peut dire quelque chose de plus définitif sur la taille d'un

quelconque effet. La méta-analyse présentée ici, conjointement à l'étude analogue effectuée par Amato à partir de recherches (essentiellement) américaines, donne à penser que l'effet probable pour les enfants de l'appartenance à une famille monoparentale est au maximum « faible ». De plus, en raison de la prédominance des tailles d'effets moyennes brutes, la méta-analyse donne des estimations qui sont encore gonflées. De surcroît, l'effet moyen pour les pays de l'OCDE hors États-Unis est légèrement plus faible que pour les États-Unis.

C'est pour les comportements extériorisés (perturbateurs) des enfants que les tailles d'effets les plus grandes ont été observées dans la méta-analyse. Or, ces comportements ont un coût social évident pour les tiers, tout comme pour les enfants concernés. La tentation est forte de voir dans ce constat un effet de causalité. Mais des mécanismes de sélection évidents font que les personnes dans l'incapacité de maintenir une relation durable sont plus susceptibles d'avoir des enfants perturbés sans qu'il faille y voir un lien de causalité. Se posent également d'autres questions sur le sens de la causalité ; des enfants perturbés peuvent faire peser une telle tension sur les relations entre les parents que ceux-ci se séparent.

S'il existe quelques différences entre les pays de l'OCDE en termes d'impact de la monoparentalité, on ne sait pas très bien dans quelle mesure ces différences peuvent être mises sur le compte des choix politiques. Il existe d'autres différences entre les pays, en dehors de celles touchant aux régimes de protection sociale, qui peuvent vraisemblablement expliquer les différences de résultats d'un pays à l'autre entre les enfants de familles monoparentales et ceux de familles intactes. Par exemple, la sélection dans les familles monoparentales peut varier selon les pays, en raison de différences au niveau de la législation sur le divorce ou de la stigmatisation sociale du divorce. Il existe en effet des différences socioculturelles évidentes entre les pays de l'OCDE quant à la façon d'aborder les questions familiales, et ces différences sur lesquelles les politiques ne peuvent aisément agir peuvent également expliquer les différences observées entre les pays.

De plus, même si l'on savait de manière irréfutable que les différences entre pays d'effets de causalité entre la monoparentalité et les résultats des enfants sont dues à des différences de régime de protection sociale, il faudrait encore établir quelles sont les différences de politiques qui importent. Un large éventail de politiques pourraient être responsables de ces différences, individuellement ou par leurs interactions. Peu d'analystes se sont sentis suffisamment confiants pour attribuer ces différences entre pays aux politiques choisies.

Une conclusion étonnante de la méta-analyse a été les tailles d'effets supérieures à la moyenne constatées dans les pays nordiques, la moyenne générale de ces pays étant semblable à la taille d'effet moyenne observée par Amato aux États-Unis. On pouvait raisonnablement s'attendre à ce que la forte redistribution des revenus en faveur des parents isolés dans les pays nordiques, mais aussi l'offre importante de services aux familles, compensent ou éliminent les facteurs de causalité ou de sélection pouvant conduire à des résultats plus défavorables pour ces enfants. Les résultats présentés ici donnent à penser que d'autres facteurs entrent en jeu et que le système d'État-providence des pays nordiques n'a pas d'effet amortisseur pour les résultats des enfants de familles monoparentales lorsqu'on les compare à ceux observés aux États-Unis.

La méta-analyse révèle que les tailles d'effets moyennes sont même plus faibles que celles mises en évidence par Amato. Des études méthodologiquement plus sophistiquées tendent également à donner des tailles d'effets moindres. Toutefois, la faiblesse du constat

ne signifie pas l'absence de pertinence des politiques. La plupart des tailles d'effets sont faibles dans la plupart des études des phénomènes sociaux. Des effets peuvent également être observés pendant une grande partie du cycle de vie de l'enfant et du jeune adulte pour un large éventail de résultats, et peuvent s'exercer en outre sur un groupe considérable d'enfants dans de nombreux pays de l'OCDE. Bien entendu, compte tenu que l'incidence de l'appartenance à une famille monoparentale est très variable selon les pays de l'OCDE, la monoparentalité constituera un sujet de préoccupation plus grand pour les décideurs des pays ayant des taux de monoparentalité plus élevés.

Les effets moyens masquent une grande disparité. De nombreux enfants élevés par un parent isolé ont de bons résultats dans tous les domaines tandis que de nombreux enfants élevés dans des familles biparentales stables ont des résultats médiocres car un grand nombre d'autres facteurs influent sur le bien-être des enfants. Cette disparité signifie également que le fait de cibler très fortement les ressources sur les parents isolés, outre qu'il peut renforcer une stigmatisation sociale qui risque de nuire au bien-être des enfants de familles monoparentales, est susceptible de conduire à des erreurs positives importantes (offrir un service à des enfants de familles monoparentales qui n'en ont pas besoin) et des erreurs négatives également importantes (ne pas offrir un service à des enfants de familles biparentales qui en ont besoin).

La partie de ce chapitre consacrée à l'examen de la littérature a mis l'accent sur des modèles de recherche non traditionnels et plus performants pour étudier les questions de causalité. Les résultats obtenus avec ces modèles sont mitigés. Toutefois, la conclusion la plus robuste que l'on peut en tirer est que les modèles plus performants font généralement apparaître des effets moindres et moins significatifs au plan statistique de la structure familiale monoparentale sur le bien-être des enfants que les méthodes plus traditionnelles bivariées ou multivariées. Cela étant, les résultats dépendent de la méthode et de l'échantillon utilisés ainsi que du pays concerné. Étant donné le nombre relativement faible d'études qui utilisent ces modèles plus performants, il n'est pas possible de dire avec précision laquelle de ces trois dimensions est déterminante pour les résultats. En conséquence, les chercheurs ont encore du travail à faire avant de pouvoir se prononcer définitivement sur le point de savoir si des régimes différents de protection sociale (ou de règles régissant le mariage et le divorce en présence d'enfants) influent sur les résultats des enfants de familles monoparentales. Il convient également de rappeler que ces modèles permettent de mieux répondre aux questions sur la causalité. Mais ils reposent toujours sur quelques hypothèses importantes retenues pour l'identification des effets de causalité. En outre, leur méthodologie plus performante a un coût, qui est une perte de la possibilité de généraliser les conclusions sur la causalité à l'ensemble de la population des enfants de familles monoparentales et une perte de précision statistique.

S'il existe bien un effet de causalité entre la monoparentalité et les résultats des enfants, il convient de s'intéresser à l'efficacité relative et au coût de mesures visant à *a)* encourager les personnes qui ne formeront pas une cellule familiale stable à éviter d'avoir des enfants, *b)* encourager les parents qui peuvent risquer de se séparer à envisager la possibilité de rester ensemble et à *c)* dédommager les enfants qui se trouvent dans une structure de famille monoparentale pour les conséquences préjudiciables pour eux de cette structure. Il faudra ensuite comparer les coûts des différentes politiques à leurs avantages sociaux. L'information sur l'efficacité relative des politiques dans ce domaine est, au mieux, éparse et, pour la plupart des États membres de l'OCDE, inexistante.

C'est aux États-Unis que la réflexion sur ces problèmes est la plus avancée. Amato et Maynard (2007) discutent de la possibilité de mettre en place aux États-Unis des politiques orientées vers les deux sources d'entrée dans la monoparentalité (à savoir la naissance et le divorce ou la séparation des parents). Ils recommandent de dispenser dans les écoles américaines des cours d'éducation sanitaire et sexuelle sur les méthodes à utiliser pour éviter les grossesses non désirées (abstinence et conseils en matière de contraception) mais aussi d'enseigner aux adolescents les conséquences de grossesses non désirées[1]. Ils recommandent de mettre à la disposition d'un grand nombre de couples des services de conseils prémaritaux et de proposer des programmes similaires pour les couples mariés. L'objectif de ces politiques serait de réduire le nombre d'enfants pauvres. Amato et Maynard affirment que ces politiques seraient un moyen efficace en termes de coût pour réduire la pauvreté des enfants.

L'efficacité des politiques visant à réduire les grossesses adolescentes, dont le nombre aux États-Unis est élevé par rapport aux standards de l'OCDE, est mitigée (voir les références des notes de bas de page 41 à 45 dans Amato et Maynard, 2007, p. 124). En revanche, l'efficacité des programmes de préparation au mariage et à la relation maritale est, à l'évidence plus grande. Une méta-analyse de sept programmes prémaritaux – quatre pour les États-Unis, un pour l'Allemagne, un pour l'Afrique du Sud et un pour l'Australie – montre une taille d'effet moyenne de 0.80 pour des résultats tels que le fonctionnement du couple[2]. Le coût de ces politiques est faible : environ 200 USD par traitement et par couple[3] alors que le coût social d'un divorce est estimé à 30 000 USD (Amato et Maynard, 2007, p. 131)[4].

L'ampleur de l'effet est grande mais les mises en garde sont importantes. Les quelques études examinées ne portent pas sur la prévention du divorce en présence d'enfants mais se focalisent sur le fonctionnement à court terme du couple pour ceux qui choisissent d'entrer dans un processus de programmes aléatoire. Les résultats sont, dans une large mesure, autoévalués. Le nombre des études et la taille moyenne du groupe étudié (26 couples en moyenne) et du groupe témoin (23 couples en moyenne) sont extrêmement faibles. La taille de l'effet immédiatement après l'intervention est de 0.99 ; elle tombe à 0.77 au bout de six à 18 mois. Un suivi au bout de trois ans voire davantage suggère une nouvelle baisse à 0.47, niveau certes encore respectable mais pas significatif statistiquement (une seule étude).

À cela s'ajoutent d'autres limites importantes. Les études ont porté sur des couples blancs appartenant à la classe moyenne. Or, les politiques s'intéressent essentiellement à l'impact des structures familiales monoparentales sur les enfants socialement défavorisés qui seront plus vraisemblablement issus de minorités ethniques et de classes plus modestes. Mais surtout, les études n'examinent pas l'impact de ces programmes prémaritaux sur les résultats en termes de bien-être des enfants par opposition aux résultats pour les couples[5]. Lorsqu'elles contiennent des informations sur les résultats des enfants, les expériences nord-américaines de transferts sociaux subordonnés à l'emploi donnent à penser que l'impact positif de ces programmes sur la création et le maintien de familles biparentales n'a pas d'effets additionnels sur le bien-être des enfants (Grogger et Karoly, 2007, p. 37).

Il existe aux États-Unis des programmes expérimentaux à grande échelle comportant des essais choisis au hasard qui sont financés par la *Administration for Children and Families*, notamment la *Healthy Marriage Initiative* (préparation au mariage et à la relation maritale), la *Community Healthy Marriage Initiative* (stratégie d'intervention au niveau des communautés) et *Building Strong Families* (qui se concentre sur la construction de

compétences relationnelles pour les couples non mariés autour de la naissance d'un enfant). Les résultats en termes de bien-être des enfants seront examinés dans le cadre des évaluations de ces deux premiers projets expérimentaux jusqu'à cinq ans après l'intervention (Dion, 2005, tableau 1). Ces essais fourniront des informations importantes sur ce qui est efficace dans ce domaine pour le bien-être des enfants, informations extrêmement utiles pour d'autres pays membres de l'OCDE.

Résumé

L'examen et les analyses effectués dans ce chapitre de la littérature traitant des effets de la monoparentalité sur le bien-être des enfants ne sont pas pleinement concluants. Les décideurs mais aussi les chercheurs doivent être bien conscients que le manque de maturité des études réalisées ne permet pas de tirer de conclusions fortes quant à l'impact de la monoparentalité sur le bien-être des enfants en l'absence d'autres éléments solides. Nous disposons toutefois de preuves suffisantes pour suggérer aux décideurs de se préoccuper des implications de la structure familiale pour le bien-être des enfants. Ils devraient surveiller de près l'évolution de la structure familiale mais aussi l'émergence d'une littérature scientifique sociale traitant de l'impact de cette structure sur le bien-être des enfants. Il se pourrait que d'ici cinq ou dix ans des travaux de recherche apportent un éclairage plus précis sur les questions examinées ci-dessus.

Nous allons à présent élargir l'analyse de l'environnement familial à l'examen des chances de « bien devenir » des enfants. Le chapitre 6 étudie les différences de transmission intergénérationnelle des inégalités entre pays.

Notes

1. Étant donné la controverse politique suscitée par le sujet aux États-Unis, il n'est pas surprenant que dans les discussions l'avortement ne soit jamais envisagé comme une option viable pour éviter la monoparentalité.
2. Amato et Maynard (2007, p. 125) suggèrent que 13 études sont incluses dans la méta-analyse de Carroll et Doherty (2003). Toutefois, Carroll et Doherty (2003, p. 113) déclarent que sept seulement d'entre elles contiennent suffisamment d'informations pour être incluses dans la méta-analyse.
3. La possibilité de conditionner la participation aux programmes de préparation au mariage à un transfert monétaire est également mentionnée comme moyen d'encourager la participation des hommes à revenu modeste (Amato et Maynard, 2007, p. 132).
4. L'estimation de ces coûts reflète l'hypothèse d'effets de causalité négatifs pour les enfants ; elle est donc sujette à contestation pour ces motifs. Elle reflète également les coûts juridiques élevés d'un divorce. Une rationalisation de la législation sur le divorce pourrait être un moyen plus direct d'abaisser certains de ces coûts sociaux.
5. Carroll et Doherty (2003, p. 115) recommandent que les études futures se penchent à la fois sur les résultats pour le couple et pour le bien-être des enfants.

Références

Albertini, M. et J. Dronkers (2003), « Inter-generational Effects of Divorce in a Mediterranean Society », EUI Working Paper SPS 2003/11.

Amato, P. (2000), « Children of Divorce in the 1990s: An Update of the Amato and Keith (1991) Meta-Analysis », *Journal of Family Psychology*, vol. 15, pp. 355-370.

Amato, P. (2005), « The Impact of Family Formation Change on the Cognitive, Social and Emotional Well-being of the Next Generation », *Future of Children*, vol. 15, n° 2, pp. 75-96.

Amato, P. et B. Keith (1991), « Parental Divorce and the Well-being of Children: A Meta-analysis », *Psychological Bulletin*, vol. 110, pp. 26-46.

Amato, P. et R. Maynard (2007), « Decreasing Non-marital Births and Strengthening Marriage to Reduce Poverty », *The Future of Children*, vol. 17, n° 2, pp. 117-141.

Antecol, H. et K. Bedard (2007), « Does Single Parenthood Increase the Probability of Teenage Promiscuity, Substance use, and Crime? », *Journal of Population Economics*, vol. 20, pp. 55-71.

Antecol, H., K. Bedard et E. Helland (2001), « Does Single Parenthood Increase the Probability of Teenage Promiscuity, Drug Use, and Crime? Evidence from Divorce Law Changes », *Claremont Colleges Working Paper* n° 2001-11, Claremont Colleges.

Biblarz, T. et G. Gottainer (2000), « Family Structure and Children's Success: A Comparison of Widowed and Divorced Single-mother Families », *Journal of Marriage and the Family*, vol. 62, n° 2, pp. 533-548.

Björklund, A. et M. Sundström (2006), « Parental Separation and Children's Educational Attainment: A Siblings Approach », *Economica*, vol. 73, pp. 605-624.

Björklund, A., D. Ginther et M. Sundström (2007a), « Family Structure and Child Outcomes in the USA and Sweden », *Journal of Population Economics*, vol. 20, pp. 183-201.

Björklund, A., D. Ginther et M. Sundström (2007b), « Does Marriage Matter for Children? Assessing the Causal Impact of Legal Marriage », IZA Discussion Paper n° 3189, Institute for the Study of Labor, Bonn, novembre.

Björklund, A., D. Ginther et M. Sundström (2007c), « Is Cohabitation Bad for Children? Assessing the Causal Impact of Legal Marriage on Child Outcomes », Princeton Working Paper, n° 1, mars.

Block, J.H., J. Block et P.F. Gjerde (1986), « The Impact of Divorce on Children », *Journal of Marriage and the Family*, vol. 57, pp. 619-648.

Booth, A. et P.R. Amato (2001), « Parental Predivorce Relations and Offspring Postdivorce Well-being », *Journal of Marriage and the Family*, vol. 63, pp. 197-212.

Borgers, N., J. Dronkers et B. van Praag (1996), « Different Forms of Two- and Lone-parent Families and the Well-being of their Children in Secondary Education », *Social Psychology of Education*, vol. 1, pp. 147-169.

Bosman, R. et W. Louwnes (1988), « School Careers of Children from One-parent and Two-parent Families », *Netherlands Journal of Sociology,* vol. 24, pp. 98-116.

Breivik, K. et D. Olweus (2006), « Children of Divorce in a Scandinavian Welfare State: Are they Less Affected than US Children? », *Scandinavian Journal of Psychology*, vol. 47, pp. 61-74.

Brodzinksy, D., J. Hitt et D. Smith (1993), « Impact of Parental Separation and Divorce on Adopted and Nonadopted Children », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 63, n° 3, pp. 451-460.

Bukodi, E. et J. Dronkers (2003), « Family Structure and Educational Attainment in Hungary », rapport présenté lors de la deuxième conférence du réseau européen pour la recherche empirique et comparative sur les aspects sociologiques du divorce, Tilburg (Pays-Bas), 13-16 novembre.

Carroll, J. et W. Doherty (2003), « Evaluating the Effectiveness of Premarital Prevention Programs: A Meta-Analytic Review of Outcome Research », *Family Relations*, vol. 52, pp. 105-118.

Case, A., I-Fen Lin et S. McLanahan (2001), « Educational Attainment of Siblings in Step-families », *Evolution and Human Behaviour*, vol. 22, pp. 269-289.

Casquel, E. (2003), « The Effect of Labour Market Conditions and Family Background on Educational Attainment of Spanish Youngsters », ISER Working Paper, 16 janvier, *www.iser.essex.ac.uk/pubs/workpaps/pdf/2003-01.pdf*.

Chapple, S. (2009), « Child Well-being and Family Structure across the OECD: An Analysis », Draft Working Paper, Éditions de l'OCDE, Paris, à paraître.

Chase-Lansdale, P.L., A.J. Cherlin et K.E. Kiernan (1995), « The Long-term Effects of Parental Divorce on the Mental Health of Young Adults: A Developmental Perspective », *Child Development*, vol. 66, n° 6, pp. 1614-1634.

Cheng, H. *et al.* (2006), « Factors Moderating Children's Adjustment to Parental Separation: Findings from a Community Study in England », *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 34, n° 2, pp. 239-250.

Cherlin, A. (2005), « American Marriage in the Early Twenty-First Century », *Future of Children*, vol. 15, n° 2, pp. 33-55.

Cherlin, A.J. *et al.* (1991), « Longitudinal Studies of Effects of Divorce on Children in Great Britain and the United States », *Science*, vol. 252, n° 5011, pp. 1386-1389.

Cherlin, A.J. *et al.* (1998), « Effects of Parental Divorce on Mental Health through the Life Course », *American Sociological Review*, vol. 63, pp. 239-249.

Cherlin, A., P.L. Chase-Landsdale et C. McRae (1998), « Effects of Parental Divorce on Mental Health through the Life Cycle », *American Sociological Review*, vol. 63, pp. 239-249.

Corak, M. (2001), « Death and Divorce: The Long-term Consequences of Parental Loss on Adolescents », *Journal of Labour Economics*, vol. 19, n° 3, pp. 682-715.

Currie, C. *et al.* (2008), *Inégalités en matière de santé chez les jeunes, rapport international HBSC de l'enquête 2005/2006*, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague.

Deding, M., M. Lausen et A. Rosenstjerne Andersen (2007), « Starting School. The Effect of Early Childhood Factors on Child Well-being », Programme Area 4: The effects of welfare policy, Working Paper n° 2.

Dion, M. Robin (2005), « Healthy Marriage Programs: Learning What Works », *The Future of Children*, vol. 15, n° 2, pp. 139-156.

Doherty, W. et R. Needle (1991), « Psychological Adjustment and Substance Use among Adolescents Before and After a Parental Divorce », *Child Development*, vol. 62, n° 2, pp. 328-337.

D'Onofrio, B. *et al.* (2006), « A Genetically Informed Study of the Processes Underlying the Association between Parental Martial Instability and Offspring Adjustment », *Developmental Psychology*, vol. 42, n° 3, pp. 486-499.

D'Onofrio, B. *et al.* (2007a), « A Genetically Informed Study of the Inter-generational Transmission of Marital Instability », *Journal of Marriage and the Family*, n° 69, pp. 793-809.

D'Onofrio, B. *et al.* (2007b), « A Children of Twins Study of Parental Divorce and Offspring Psychopathology », *Journal of Marriage and the Family*, vol. 69, pp. 793-809.

Dronkers, J. (1994), « The Changing Effects of Lone Parent Families on the Educational Attainment of their Children in a European Welfare State », *Sociology*, vol. 28, n° 1, pp. 171-191.

Dronkers, J. (1999), « The Effects of Parental Conflicts and Divorce on Well-Being of Pupils in Dutch Secondary School », *European Sociological Review*, vol. 15, n° 2, pp. 195-212.

Duncan, G., M. Hill et Wei-Jun J. Yeung (1997), « Childhood Family Structure and Young Adult Behavior », *Journal of Population Economics*, vol. 14, n° 2, pp. 271-299.

Elliot, B.J. et M.P.M. Richards (1991), « Children and Divorce: Educational Performance and Behaviour Before and After Parental Separation », *International Journal of Law and the Family*, vol. 5, pp. 258-276.

Ely, M. *et al.* (2000), « Teenage Family Life, Life Chances, Lifestyles and Health: A Comparison of Two Contemporary Cohorts », *International Journal of Law, Policy and the Family*, vol. 14, pp. 1-30.

Ermisch, J. et M. Francesconi (2001a), « Family Structure and Children's Achievements », *Journal of Population Economics*, vol. 14, n° 2, pp. 249-270.

Ermisch, J. et M. Francesconi (2001b), « Family Matters: Impacts of Family Background on Educational Attainments », *Economica*, vol. 68, n° 270, pp. 137-156.

Ermisch, J., M. Francesconi et D.J. Pevalin (2004), « Parental Partnership and Joblessness in Childhood and their Influence on Young People's Outcomes », *Journal of the Royal Statistical Society A*, vol. 167, n° 1, pp. 69-101.

Evenhouse, E. et S. Reilly (2004), « A Sibling Study of Stepchild Well-being », *Journal of Human Resources*, vol. 39, n° 1, pp. 248-276.

Eydoux, A. et M.-T. Letablier (2007), *Les familles monoparentales en France*, Centre d'études de l'emploi, juin.

Fergusson, D., J. Horwood et M. Lynskey (1994), « Parental Separation, Adolescent Psychopathology and Problem Behaviours », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 33, n° 8, pp. 1122-1131.

Fergusson, D., M. Lynskey et J. Horwood (1994), « The Effects of Parental Separation, the Timing of Separation and Gender on Children's Performance on Cognitive Tests », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 35, n° 6, pp. 1077-1092.

Forehand, R., L. Armistead et C. David (1997), « Is Adolescent Adjustment following Parental Divorce a Function of Pre-divorce Adjustment? », *Journal of Abnormal Child Psychology*, vol. 25, pp. 157-164.

Francesconi, M., S. Jenkins et T. Siedler (2005a), « Childhood Family Structure and Schooling Outcomes: Evidence for Germany », Centre for Economic Policy Research, Working Paper n° 5362.

Francesconi, M., S. Jenkins et T. Siedler (2005b), « The Impact of Family Structure during Childhood on Later-life Attainment », Anglo-German Foundation for the Study of Industrial Society, septembre.

Frankel, D. (2006), « How Does Family Structure Affect Children's Outcomes? Evidence from the Civil War », *Iowa State University, Department of Economics*, *Staff General Research Paper*, n° 12819, 19 mai.

Fronstin, P., D. Greenburg et P. Robins (2001), « Parental Disruption and the Labour-market Performance of Children when they Reach Adulthood », *Journal of Population Economics*, vol. 14, pp. 137-172.

Garib, G., T. Martin Garcia et J. Dronkers (2003), « Are the Effects of Different Family Forms on Children's Educational Performance Related to the Demographic Characteristics and Family Policies of Modern Societies? », Rapport présenté lors de la deuxième conférence du réseau européen pour la recherche empirique et comparative sur les aspects sociologiques du divorce, Tilburg (Pays-Bas), 13-16 novembre.

Garnefski, N. et R. Diekstra (1997), « Adolescents from One Parent, Stepparent and Intact Families: Emotional Problems and Suicide Attempts », *Journal of Adolescence*, vol. 20, pp. 201-208.

Gennetian, L. (2005), « One or Two Parents? Half or Step Siblings? The Effect of Family Composition on Young Children's Achievement », *Journal of Population Economics*, vol. 18, n° 3, pp. 415-436.

Gertler, P., D. Levine et M. Ames (2003), « Schooling and Parental Death », Centre for International and Development Economics Research Working Paper n° C03-128.

Ginther, D. et R.A. Pollak (2003), « Does Family Structure Affect Children's Educational Outcomes? », Document de travail du NBER n° 9628, avril.

Ginther, D.K. et R.A. Pollak (2004), « Family Structure and Children's Educational Outcomes: Blended Families, Stylized Facts, and Descriptive Regressions », *Demography*, vol. 41, n° 4, pp. 671-696.

González, L. (2005), « The Determinants of the Prevalence of Single Mothers: A Cross Country Analysis », IZA Discussion Paper n° 1677, Institute for the Study of Labor, Bonn.

González, L. et T. Viitanen (2006), « The Effect of Divorce Laws on Divorce Rates in Europe », The University of Sheffield, Department of Economics, Working Paper n° 2006003, octobre.

González, L. et T. Viitanen (2007), « The Long Run Effects of Legalizing Divorce on Children », EALE Conference Paper, février.

Grogger, J. et L. Karoly (2007), « The Effects of Work-Conditioned Transfers on Marriage and Child Well-Being: A Review », Document de travail du NBER n° 13485, octobre.

Grogger, J. et N. Ronan (1995), « The Inter-generational Effects of Fatherlessness on Education Attainment and Entry Level Wages », National Longitudinal Surveys, US Department of Labour, Bureau of Labour Statistics, septembre.

Gruber, J. (2004), « Is Making Divorce Easier Bad for Children? The Long Run Implications of Unilateral Divorce », *Journal of Labor Economics*, vol. 22, n° 4, pp. 799-834.

Hao, L. et R. Matsueda (2006), « Family Dynamics through Childhood: A Sibling Model of Behavioural Problems », *Social Science Research*, vol. 35, pp. 500-524.

Hao, L. et G. Xie (2002), « The Complexity and Endogeneity of Family Structure in Explaining Children's Misbehaviour », *Social Science Research*, vol. 31, pp. 1-28.

Harper, C.C. et S. McLanahan (1999), « Father Absence and Youth Incarceration », Centre for Research and Child Well-being Working Paper n° 99-03.

Haveman, R. et B. Wolfe (1994), *Succeeding Generations*, Russell Sage, New York.

Hill, M., W.J.J. Yeung et G. Duncan (2001), « Childhood Family Structure and Young Adult Behaviours », *Journal of Population Economics*, vol. 14, n° 2, pp. 271-299.

Johnson, J. et C. Mazingo (2000), « The Economic Consequences of Unilateral Divorce for Children », Office of Research, University of Illinois, Champaign, IL.

Jonsson, J.O. et M. Gähler (1997), « Family Dissolution, Family Reconstitution and Children's Educational Careers: Recent Evidence from Sweden », *Demography*, vol. 34, n° 2, pp. 277-293.

Kendler, K.S. *et al.* (1996), « Childhood Parental Loss and Alcoholism in Women: A Causal Analysis Using a Twin-family Design », *Psychological Medicine*, vol. 26, pp. 79-95.

Kerr, D. et J. Michalski (2007), « Family Structure and Children's Hyperactivity Problems: A Longitudinal Analysis », *Canadian Journal of Sociology*, vol. 32, n° 1, pp. 85-112.

Krein, S.F. (1986), « Growing Up in A Single-parent Family: The Effect on Education and Earnings of Young Men », *Family Relations*, vol. 35, pp. 161-168.

Krein, S.F. et A.H. Beller (1988), « Educational Attainment of Children from Single-Parent Families: Differences by Exposure, Gender and Race », *Demography*, vol. 25, pp. 221-234.

Lang, K. et J. Zagorsky (2001), « Does Growing Up with a Parent Absent Really Hurt? », *Journal of Human Resources*, vol. 36, n° 2, pp. 253-273.

Liu, S. (2007), « Is My Parent's Divorce to Blame for my Failure in Life? A Joint Model of Child Educational Attainments and Parental Divorce », Paper, Department of Economics, University of Miami, 16 juillet.

McLanahan, S. et L. Bumpass (1988), « Inter-generational Consequences of Family Disruption », *American Journal of Sociology*, vol. 94, n° 1, pp. 130-152.

McLanahan, S. et G. Sandefur (1994), *Growing Up with A Single Parent*, Harvard University Press, Cambridge, MA.

Morrison, D.R. et A.J. Cherlin (1995), « The Divorce Process and Young Children's Well-being: A Prospective Analysis », *Journal of Marriage and the Family*, vol. 57, pp. 800-812.

O'Connor, T. *et al.* (2000), « Are Associations between Parental Divorce and Children's Adjustment Genetically Mediated? An Adoption Study », *Developmental Psychology*, vol. 36, n° 4, pp. 429-437.

Painter, G. et D. Levine (2000), « Family Structure and Youths' Outcomes: Which Correlations are Causal? », *Journal of Human Resources*, vol. 35, n° 3, pp. 524-549.

Phipps, S. (1998), « Outcomes for Children in Canada, Norway, and the US: A Microdata Comparison », Department of Economics, Dalhousie University, septembre.

Piketty, T. (2003), « The Impact of Divorce on School Performance: Evidence from France, 1968-2002 », Centre for Economic Policy Research Discussion Paper n° 4146, décembre.

Ribar, D. (2004), « What do Social Scientists Know about the Benefits of Marriage? A Review of Quantitative Methodologies », IZA Discussion Paper n° 998, Institute for the Study of Labor, Bonn.

Sandefur, G. et T. Wells (1997), « Using Siblings to Identify the Effects of Family Structure on Educational Attainment », Institute for Research on Poverty Discussion Paper n° 1144-97.

Sandefur, G. et T. Wells (1999), « Does Family Structure Really Influence Educational Attainment? », *Social Science Research*, vol. 28, pp. 331-357, décembre.

Sanz-de-Galdeano, A. et D. Vuri (2006), « Parental Divorce and Students' Performance: Evidence from Longitudinal Data », *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, vol. 69, n° 3, pp. 321-328.

Strohscheim, L. (2005), « Parental Divorce and Child Mental Health Trajectories », *Journal of Marriage and the Family*, vol. 67, pp. 1286-1300, décembre.

Sun, Y. (2001), « Family Environment and Adolescents' Well-being Before and After Parents' Marital Disruption: A Longitudinal Analysis », *Journal of Marriage and the Family*, vol. 63, n° 3, pp. 697-713.

Vandervalk, I. *et al.* (2005), « Family Structure and Problem Behavior of Adolescents and Young Adults: A Growth-Curve Study », *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 34, pp. 533-546.

Wilson, C.M. et A.J. Oswald (2005), « How Does Marriage Affect Physical and Psychological Health? A Survey of the Longitudinal Evidence », IZA Discussion Paper n° 1619, Institute for the Study of Labor, Bonn.

Wojtkiewicz, R.A. (1993), « Simplicity and Complexity in the Effects of Parental Structure on High School Graduation », *Demography*, vol. 30, n° 4, pp. 701-717.

© OCDE 2009

Chapitre 6

Enfance et mobilité intergénérationnelle[1]

Ce chapitre examine la relation existant entre les résultats des parents et ceux de leurs enfants ; il se focalise notamment sur les revenus et l'éducation. Pour pratiquement toutes les mesures du bien-être des adultes – état de santé, gains et revenu, éducation, intelligence, comportement, personnalité et profession – on observe une certaine persistance entre les générations d'une même famille. L'enfance est l'époque de la vie où les investissements de la famille et des pouvoirs publics influencent le plus la manière dont les enfants arrivés à l'âge adulte reproduiront les parcours de leurs parents et l'étendue de la persistance des inégalités entre générations. Ce chapitre commence par décrire le contexte ; il étudie ensuite les gains intergénérationnels et les inégalités dans le domaine éducatif dans les différents pays et cherche à établir s'ils ont évolué dans le temps. Il s'intéresse enfin aux causes des inégalités intergénérationnelles avant d'aborder la question politique du niveau optimum illusoire d'inégalité intergénérationnelle.

Introduction

L'enfance est l'époque de la vie où les investissements de la famille et des pouvoirs publics influencent la manière dont les enfants arrivés à l'âge adulte reproduiront les trajectoires de leurs parents en matière de salaires et de revenus. Les résultats à l'âge adulte sont une composante importante du bien-être futur des enfants et une raison majeure de l'investissement très lourd des familles et des États dans les enfants.

Pour un grand nombre de pays, l'inégalité intergénérationnelle est l'un des principaux sujets de préoccupation concernant le bien-être des enfants. L'inégalité intergénérationnelle peut se définir comme le degré de transmission des résultats en termes de bien-être des parents à leurs enfants, lorsque ceux-ci deviennent eux-mêmes des adultes. Pour à peu près toutes les mesures du bien-être des adultes – état de santé, revenus, éducation, intelligence, comportement (y compris les actes de délinquance), personnalité et profession –, on observe une certaine persistance entre les parents et leurs enfants arrivés à l'âge adulte. Dans de nombreux pays de l'OCDE, l'émergence d'une recherche sur la question conduit à une prise de conscience grandissante de la pertinence potentielle de l'inégalité intergénérationnelle au regard des politiques publiques.

Ce chapitre commence par décrire le contexte de l'analyse, en particulier les raisons qui font que l'immobilité intergénérationnelle pourrait être indésirable. Il examine ensuite l'étendue des inégalités intergénérationnelles dans les différents pays et cherche à établir si celle-ci a évolué dans le temps. Étant donné le grand intérêt porté au bien-être futur des enfants, et le fait que les revenus, les gains et l'éducation sont une composante importante de ce bien-être, ce chapitre se concentre sur l'inégalité intergénérationnelle dans ces résultats. Les causes de cette inégalité sont ensuite abordées avant de considérer le niveau optimum d'inégalité intergénérationnelle par rapport aux politiques.

Le chapitre constate que les différents pays de l'OCDE présentent des degrés divers d'inégalité intergénérationnelle en matière de revenus et de gains mais aussi d'éducation. De plus, à l'intérieur des pays, l'immobilité est plus courante au sommet et à la base de l'échelle des revenus qu'aux échelons intermédiaires. Ce qui préoccupe probablement les décideurs c'est le fait que l'on n'a guère de preuves d'une évolution de la mobilité intergénérationnelle sur les dernières années.

Quel est le problème de l'inégalité intergénérationnelle ?

L'inégalité intergénérationnelle peut être inefficace ou perçue comme non équitable. Un exemple simple permet d'illustrer notre propos. Imaginons une société dans laquelle il n'existerait que deux types d'emplois : certains bien payés et d'autres mal payés. Imaginons en outre que cette société repose strictement sur un principe de castes. Les enfants des personnes mal payées doivent à leur tour être des adultes mal payés et ceux des personnes bien payées des adultes bien payés. Les biens payés se marient entre eux,

les mal payés également. Dans une telle société, il n'existe pas de mobilité entre les générations. Bien entendu, une telle société n'a jamais existé mais il est utile de réfléchir à cette expérience pour bien comprendre ce que l'immobilité a d'indésirable.

Quelles sont les conséquences de cette société rigide organisée en castes ? La première est l'inefficience. Il y aura des enfants de personnes mal payées qui seraient plus productifs s'ils avaient un emploi bien rémunéré, et *vice versa*. Permettre la mobilité entre générations conduirait à une plus grande productivité globale et donc à une plus grande efficience. La seconde est un choix restreint d'emplois, avec des enfants ayant un emploi bien payé qui seraient plus satisfaits s'ils avaient un emploi mal payé et des enfants ayant un emploi mal payé qui s'accompliraient davantage dans un emploi bien rémunéré. Une telle société aurait également pour conséquence un degré élevé de certitude, sans possibilité d'amélioration voire même de déclin. Aucune chance de gagner ou de perdre à la loterie de la vie. Or, nombreux sont ceux qui considèrent injuste que les chances d'épanouissement soient données par la naissance.

Imaginons maintenant une société dans laquelle les chances de chaque nouvelle génération ont été allouées par un tirage au sort absolument aléatoire. Les gains de la nouvelle génération ne sont en aucune façon liés aux résultats de leurs parents. Là encore, une telle société sera probablement inefficace, tant en termes de productivité que de satisfaction des travailleurs dans leur emploi. En outre, les résultats de la loterie peuvent créer une distance sociale entre les générations pour diverses raisons ce qui peut être indésirable tant pour les parents que pour les enfants.

À l'évidence, ni une société de castes ni une société de pure loterie n'est socialement souhaitable. Mais alors quel est le degré efficient d'immobilité intergénérationnelle? Évolue-t-il avec le temps ? Quel est le degré socialement juste de mobilité intergénérationnelle? Les réponses à ces questions dépendent pour beaucoup des causes de l'immobilité, puisque certaines de ces causes sont source d'inefficience, tout autant qu'elles dépendent des jugements de valeur distributifs de la société sur les liens souhaitables et acceptables entre générations.

Quel est le degré d'inégalité intergénérationnelle et comment a-t-il évolué dans le temps ?

Le nombre limité de données rend particulièrement difficile l'estimation du degré d'inégalité intergénérationnelle. Pour s'approcher de la relation réelle, il faut disposer de données de grande qualité pour deux générations, souvent mesurées sur un grand nombre de périodes pour réduire les variations transitoires et les erreurs de mesure des résultats en termes de bien-être. Les comparaisons internationales sont également contestables parce que les données nationales disponibles sur les résultats des parents et des enfants, tels que les revenus, sont souvent mesurées pour des périodes qui diffèrent d'un pays à l'autre et qu'elles mesurent probablement le résultat global de différentes façons. Enfin, le plus difficile est de décrire l'évolution dans le temps des inégalités intergénérationnelles à l'intérieur d'un pays. En dépit de ces difficultés, la capacité de décrire avec précision et de comparer dans le temps l'inégalité intergénérationnelle dans les pays riches, entre pays riches et au sein d'un pays, a considérablement progressé. Ce travail de recherche a propulsé les questions d'inégalités intergénérationnelles sur l'agenda des politiques sociales dans la zone OCDE.

Pour anticiper le résumé ci-après, nous sommes arrivés à un certain nombre de conclusions surprenantes. Premièrement, on s'accorde actuellement à considérer que le degré d'inégalité intergénérationnelle pour des résultats tels que le revenu est nettement plus important qu'on ne le pensait il y a une génération. Les études antérieures, effectuées pour la plupart dans les années 80, utilisaient des données sur les revenus à plus court terme qui comportaient des erreurs de mesure et des fluctuations de revenus transitoires importantes. Ces études montraient des inégalités intergénérationnelles moins importantes qu'elles ne l'étaient en réalité[2]. Deuxièmement, la croyance très répandue selon laquelle les États-Unis se caractérisaient par une mobilité en termes de revenus relativement grande par rapport à des sociétés européennes sclérosées dans leur système de classes a été, elle aussi, sérieusement mise à mal. Troisièmement, en dépit d'une rhétorique très populaire sur l'accroissement des inégalités intergénérationnelles, il semble que peu de tendances montrent clairement une inégalité intergénérationnelle dans le temps dans la zone OCDE.

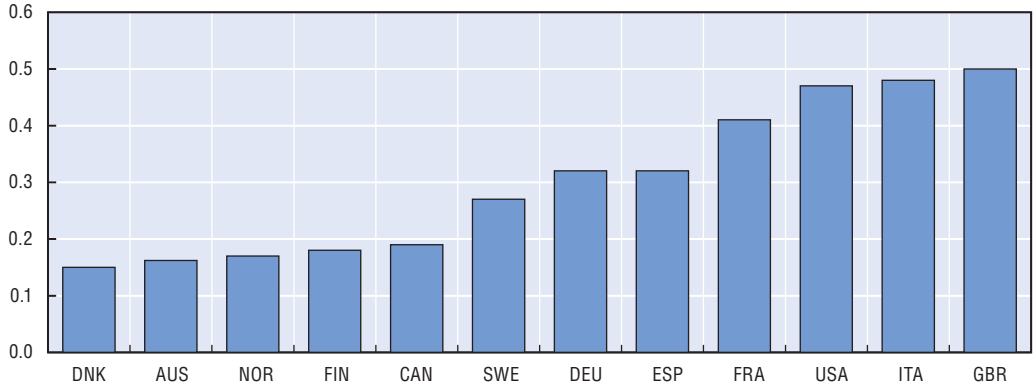
Schémas des inégalités intergénérationnelles de revenus dans la zone OCDE

La mobilité intergénérationnelle des revenus est communément mesurée par l'élasticité intergénérationnelle des revenus. Plus l'élasticité est grande, plus l'inégalité intergénérationnelle est faible[3]. La plupart des études se sont focalisées sur les gains des pères et des fils. En outre, du fait de l'évolution depuis la Deuxième guerre mondiale de la proportion de femmes ayant un emploi rémunéré, un nombre moindre d'études ont examiné la transmission des gains maternels aux filles (l'inégalité père-fille a toutefois été analysée mais dans une moindre mesure).

Lorsqu'on peut raisonnablement effectuer des comparaisons, on observe que l'élasticité intergénérationnelle des gains varie considérablement entre pays de l'OCDE. Elle est faible dans les pays nordiques, en Australie et au Canada. En revanche, elle est forte en Italie, aux États-Unis et au Royaume-Uni (graphique 6.1). Par exemple, une élasticité élevée de 0.50, comme en Italie ou en Grande-Bretagne, implique en moyenne une transmission aux enfants de la moitié de la différence relative des gains des parents. Une élasticité de 0.15, comme au Danemark, implique que 15 % seulement de la différence des gains des parents est transmise aux enfants. L'effet absolu d'une élasticité donnée sera plus grand dans les sociétés plus inégalitaires. Aux États-Unis, par exemple, la répartition des revenus est plus inégalitaire qu'en Norvège mais même si les deux pays avaient la même élasticité intergénérationnelle de gains, en valeur absolue, la taille de l'effet revenu serait plus grande aux États-Unis qu'en Norvège.

Dans une comparaison portant sur le Danemark, la Finlande, la Norvège, la Suède, le Royaume-Uni et les États-Unis, Jäntti *et al.* (2006) examinent la mobilité intergénérationelle à travers les quintiles de revenus. Ils constatent que c'est au sommet et à la base plutôt qu'au milieu de la distribution que la mobilité est la plus faible[4]. Dans une conclusion d'un intérêt considérable pour les politiques publiques, ils suggèrent que, comme la mobilité au sommet de l'échelle est effectivement très similaire d'un pays à l'autre, il se pourrait bien que la mobilité moindre à la base guide le schéma des inégalités intergénérationnelles entre les hommes d'un pays à l'autre. Le tableau 6.1 montre que la probabilité pour qu'un fils appartienne au même quintile de gains que son père est toujours plus grande dans les quintiles inférieurs et dans les quintiles supérieurs, et qu'aux États-Unis cette probabilité est particulièrement forte dans le quintile de gains le plus faible.

Graphique 6.1. **Estimations de l'élasticité intergénérationnelle des gains pour une sélection de pays de l'OCDE**



Note : La hauteur de chaque barre représente la meilleure estimation ponctuelle de l'élasticité intergénérationnelle des gains tirée de la méta-analyse étendue effectuée par Corak (2006) et de diverses sources nationales. Plus le paramètre est élevé, plus la persistance des gains d'une génération à l'autre est grande et donc plus la mobilité intergénérationnelle est faible.

Source : D'Addio, A.C. (2007), sur la base de Corak (2006) pour tous les pays exceptés l'Italie, l'Espagne et l'Australie. Pour ces derniers pays, les estimations sont identiques à celles de Leigh (2006) pour l'Australie, Hugalde Sanchèz (2004) pour l'Espagne et Piraino (2006) pour l'Italie.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/711871160686

Tableau 6.1. **Mobilité intergénérationnelle à travers l'échelle des gains**

Probabilité pour qu'un fils se situe dans le même quintile que son père

	Danemark	Finlande	Norvège	Suède	Royaume-Uni	États-Unis
1er quintile	0.247	0.278	0.282	0.262	0.297	0.422
2e quintile	0.249	0.216	0.238	0.225	0.228	0.283
3e quintile	0.224	0.219	0.215	0.223	0.188	0.256
4e quintile	0.223	0.229	0.221	0.217	0.247	0.252
5e quintile	0.363	0.347	0.354	0.374	0.346	0.360

Source : D'Addio, A.C. (2007), « Inter-generational Transmission of Disadvantage: Mobility or Immobility across Generations? », Document de travail de l'*OCDE sur les questions sociales, l'emploi et les migrations* n° 52, OCDE, Paris.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/712003040172

La faible mobilité au bas de l'échelle accroît l'héritage de la pauvreté entre les générations. De nombreuses études font état d'une pauvreté en héritage élevée (D'Addio, 2007). Lorsque la mobilité est faible à l'extrémité basse de l'échelle des revenus, la structure du système de protection sociale peut accroître le risque de transmission de handicaps cumulés. Cependant, si les preuves de la mobilité intergénérationnelle des gains permettent certaines comparaisons entre pays, il n'est pas possible d'effectuer une comparaison similaire pour la transmission entre générations de la dépendance à l'égard des prestations. Néanmoins, des éléments de preuves donnent à penser que dans de nombreux pays de l'OCDE, la dépendance à l'égard des prestations se transmet d'une génération à l'autre (D'Addio, 2007). La structure des règles d'éligibilité aux prestations et l'accent mis sur les paiements actifs plutôt que passifs peut conduire à des schémas de transmission intergénérationnelle de la dépendance à l'égard des prestations différents d'une génération à l'autre. Les programmes passifs, comme les prestations de longue durée et sans critère d'emploi accordées aux familles monoparentales, conduiront probablement à une plus grande transmission entre générations que les programmes actifs (voir Corak *et al.*, 2004).

C'est ainsi, par exemple, que la forte corrélation intergénérationnelle de la protection sociale observée aux États-Unis pourrait être liée à la conception du système de protection sociale (du moins avant 1996).

Un petit nombre d'études se sont focalisées sur différentes cohortes pour analyser les schémas de la mobilité intergénérationnelle dans le temps à l'intérieur d'un pays. La mobilité intergénérationnelle des revenus peut varier dans le temps en raison de changements affectant : 1) l'investissement relatif dans les enfants favorisés et défavorisés effectué par les parents, les pouvoirs publics et les institutions sociales diverses ; 2) la rentabilité de ces investissements et 3) le rendement des caractéristiques génétiquement transmises.

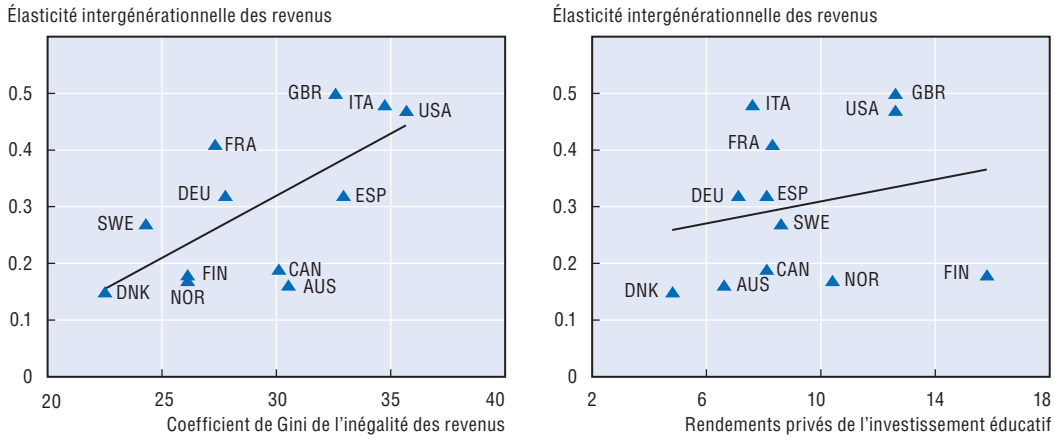
Étant donné le nombre limité de preuves disponibles dans les pays de l'OCDE sur l'évolution dans le temps des inégalités intergénérationnelles, il n'émerge pas de schéma global clair. Le gros des études sur l'évolution intertemporelle des inégalités intergénérationnelles nous vient des États-Unis. Leurs conclusions divergent. Hauser (1998), par exemple, n'observe aucune tendance sur la période qui va des années 60 aux années 90, tandis que Fertig (2003) suggère que la mobilité intergénérationnelle s'accroît dans le temps pour les personnes nées dans les années 50 et 60. Le résultat de Fertig est analogue à celui de Mayer et Lopoo (2004) pour des fils nés entre 1954 et 1963 et pour des filles nées après 1961, et à celui de Corcoran (2001) pour des fils nés entre 1953 et 1968. Inversement, Levine (1999) argue que la mobilité intergénérationnelle a diminué entre les années 70 et les années 90, reflétant principalement une prime plus grande donnée à l'éducation. Chadwick (2002) rapporte également que la mobilité a diminué dans le temps mais ces tendances semblent dépendre grandement des échantillons utilisés. Il est reconnu que les résultats divergents dépendent du jeu de données utilisé.

LeFranc et Trannoy (2005) explorent les variations de l'inégalité intergénérationnelle entre diverses cohortes en France. Ils font état d'une élasticité intergénérationnelle stable dans le temps. Fortin et Lefebvre (1998) obtiennent un résultat similaire pour le Canada pour la période allant du milieu des années 80 au milieu des années 90. Comparant des Britanniques nés en 1958 et en 1970, Blanden *et al.* (2004) font état d'une progression dans le temps de l'inégalité intergénérationnelle qu'ils expliquent par le fait que probablement les changements éducatifs ont principalement profité aux enfants des parents plus aisés. De plus, Blanden *et al.* (2006) font valoir que cette progression est liée pour une large part à une association plus forte entre le revenu des parents d'une part, les liens avec le marché du travail et les caractéristiques non cognitives de leurs enfants d'autre part. Toujours pour le Royaume-Uni, Ermisch et Nicoletti (2005) n'observent au contraire aucune évolution de l'inégalité intergénérationnelle des gains pour deux cohortes de fils nés entre 1950 et 1972. Pour la Norvège, Bratberg *et al.* (2005) rapportent une inégalité intergénérationnelle stable. Ils font également valoir que les réformes de l'éducation mises en œuvre dans ce pays en vue d'une plus grande égalité des chances, ont contribué à stabiliser voire à réduire l'inégalité entre les générations. Des résultats analogues sont également rapportés pour la Finlande (Österbacka, 2004 ; Pekkarinen *et al.,* 2006 ; et Pekkala et Lucas, 2007).

Liens entre l'inégalité intergénérationnelle et l'inégalité transversale des revenus

Sur une coupe transversale de douze pays de l'OCDE, on observe l'existence d'une forte relation positive entre l'inégalité intergénérationnelle des gains et l'inégalité transversale des revenus mesurée par un coefficient de Gini (graphique 6.2, panel de gauche, r = 0.68). Généralement, les pays dans lesquels la répartition des revenus à un

Graphique 6.2. **Élasticité intergénérationnelle des revenus, inégalité des revenus entre pays et rendement de l'investissement éducatif**



Source : Les données sur l'élasticité intergénérationnelle des gains se fondent sur les mêmes sources que celles présentées au graphique 6.1. Les données sur le rendement privé de l'investissement éducatif sont tirées de la publication de l'OCDE *Regards sur l'éducation*, diverses années ; celles sur le coefficient de Gini de l'inégalité des revenus sont tirées de publications antérieures de *Panorama de la société*, OCDE. Voir D'Addio (2007).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/712011587724

moment donné est la plus égalitaire, affichent l'inégalité des gains entre générations la plus faible. Les principaux cas particuliers sont l'Australie et le Canada, qui combinent une inégalité intergénérationnelle des gains faible et une inégalité transversale des revenus modérément élevée, et la France qui a une inégalité intergénérationnelle des gains plus importante qu'on ne s'y attendrait compte tenu de son niveau modéré d'inégalité transversale des revenus.

Un certain nombre d'éléments peuvent expliquer cette relation entre l'inégalité transversale et l'inégalité intergénérationnelle. Par exemple, la répartition des revenus est fortement influencée par la répartition des salaires, laquelle reflète à son tour le rendement de l'investissement éducatif. Ce qui signifie que les pays dans lesquels l'échelle des revenus est ouverte sont aussi probablement ceux dans lesquels le rendement de l'investissement éducatif est le plus grand. Toutefois, si le revenu affecte l'accès à l'éducation en raison des contraintes sur les marchés de capitaux, comme décrit précédemment, ou parce que les parents riches peuvent choisir d'habiter à proximité des bonnes écoles, la faculté de profiter du rendement élevé de l'investissement éducatif se limitera aux enfants des ménages aisés. Comme le montre la partie droite du graphique 6.2, il existe à l'évidence une relation positive mais faible entre l'élasticité intergénérationnelle des gains et le rendement de l'investissement éducatif ($r = 0.22$).

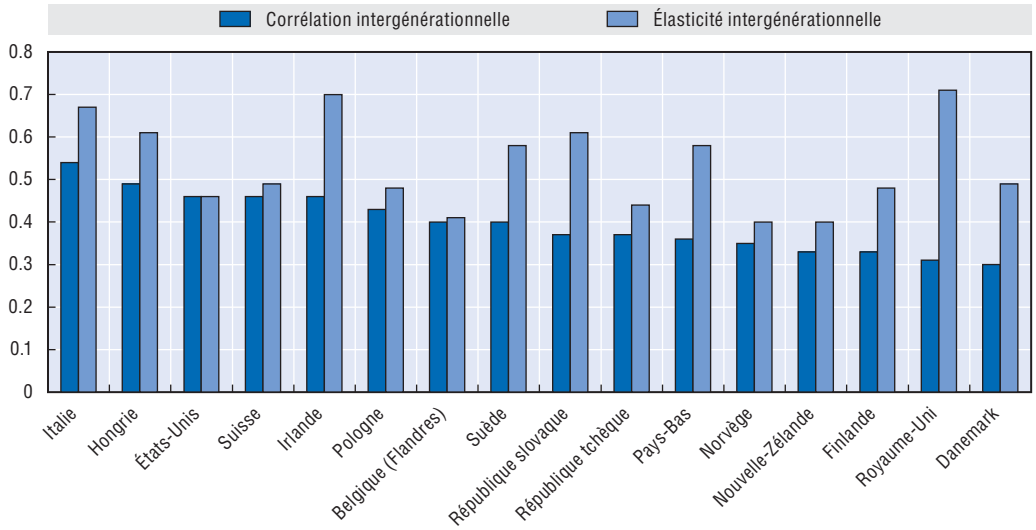
D'autres éléments peuvent expliquer la corrélation entre la mobilité et la faible inégalité transversale des revenus. Les rendements de l'investissement éducatif et l'inégalité des revenus reflètent également des caractéristiques institutionnelles. Des salaires minimums plus élevés et une couverture syndicale plus étendue sont autant de facteurs qui contribuent à réduire les rendements de l'investissement éducatif (et vraisemblablement l'inégalité transversale des revenus). Une meilleure compréhension de ces phénomènes pourrait fournir des aperçus utiles pour l'étude des schémas de la mobilité entre générations (Solon, 2004 ; Corak, 2006).

Inégalité intergénérationnelle en matière d'éducation

Comme suggéré plus haut, l'un des principaux facteurs d'explication immédiate de l'inégalité intergénérationnelle des revenus et des gains est l'inégalité intergénérationnelle en matière d'éducation. L'inégalité intergénérationnelle du nombre d'années d'études peut être examinée pour un échantillon plus large de pays de l'OCDE (16 pays contre 12 pour le revenu) ; elle peut l'être également pour des pays dans lesquels il n'existe pas de mesures directes de l'inégalité intergénérationnelle des revenus (Hertz *et al.*, 2007)[5].

Le graphique 6.3 ci-dessous présente des données pour la période 1930-70. Là encore, on observe une grande disparité entre les mesures de l'inégalité pour les 16 pays concernés. Il est intéressant de noter la forte tendance de l'élasticité intergénérationnelle en matière d'éducation à être supérieure à la corrélation, ce qui signifie que l'écart-type du nombre d'années d'éducation des parents est inférieur à celui du nombre d'années d'éducation des enfants. Ce schéma peut s'expliquer par la progression de l'enseignement postobligatoire, y compris l'enseignement supérieur, dans les années d'après-guerre. Comme pour l'inégalité intergénérationnelle des revenus, la Suède n'est pas aussi égalitaire qu'on pouvait s'y attendre. Les pays anglophones se répartissent sur tout l'éventail des résultats. En outre, sur la base des indications des tendances temporelles à long terme de l'inégalité intergénérationnelle en matière d'éducation sur la période 1930-70, on n'observe l'émergence d'aucun schéma temporel global clair (Hertz *et al.*, 2007).

Graphique 6.3. **L'inégalité intergénérationnelle du nombre d'années d'études**



Source : Calculs de l'OCDE fondés sur Hertz *et al.* (2007), « The Inheritance of Education Inequality: International Comparisons and Fifty-year Trends », *The B.E. Journal of Economic Analysis and Policy*, vol. 7, n° 2, pp. 1-46.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/712033228235

Causes de l'inégalité intergénérationnelle

Une première étape sur la voie de la vision d'une politique consiste à considérer les causes de l'inégalité intergénérationnelle. Cette information peut fournir des indications sur l'efficacité ou l'inefficacité sociale du degré existant d'inégalité intergénérationnelle. Elle peut également fournir des indications sur ce que pourrait être le degré d'inégalité existant.

Le bien-être des parents et celui de leurs enfants à l'âge adulte sont liés pour toute une série de raisons qui englobent à la fois les liens génétiques et les liens environnementaux entre les générations. Les liens environnementaux incluent les dimensions culturelles et les legs (Bowles et Gintis, 2002). Via le canal culturel, les parents créent activement ou passivement et choisissent pour leurs enfants des environnements leur permettant de reproduire les résultats des parents en termes de bien-être. Tout le monde s'accorde à reconnaître l'importance de la transmission culturelle. L'encadré 6.1 examine dans quelle mesure la quantité et la qualité du temps que les parents consacrent à leurs enfants pourrait être un véhicule important de transmission culturelle des inégalités intergénérationnelles[6]. De plus, les parents lèguent directement à leurs enfants des actifs qui produisent des revenus. Tous les chercheurs s'accordent à reconnaître qu'outre l'environnement postnatal des facteurs prénataux, dont les gènes qu'ils ont en commun, contribuent grandement à l'inégalité intergénérationnelle des gains (Bowles et Gintis, 2002 ; Bjorklund *et al.*, 2007). Les liens génétiques peuvent revêtir des formes diverses mais ce qui semble certain c'est que l'intelligence reçue en héritage n'est pas le seul ni même le véhicule dominant de ce lien : certains aspects hérités de la personnalité, l'apparence physique, la taille et l'attitude vis-à-vis du risque peuvent être tout aussi importants sinon plus (Bowles et Gintis, 2002).

Toute une série de théories environnementales plus détaillées cherchent à expliquer l'existence des inégalités intergénérationnelles[7]. Les principales théories voient dans ces inégalités une conséquence des imperfections des marchés de capitaux, de la ségrégation en communautés inégalitaires, des croyances constructives et de la discrimination (Piketty, 2000). Toutes ces causes sont une source d'inefficience pour la société. On peut donc avoir le formidable espoir d'améliorer en même temps l'efficience et l'équité en opérant les changements de politique appropriés.

L'éducation est un facteur majeur de persistance des gains entre les générations et peut-être aussi l'instrument d'action le plus direct dont disposent ceux qui souhaitent réduire les inégalités intergénérationnelles. Mais surtout, dans une perspective intergénérationnelle, la richesse des parents diminue l'importance des freins à l'éducation que constituent les marchés de capitaux. L'idéal serait que les individus puissent emprunter sur ces marchés pour financer des investissements en capital humain, de sorte que les ressources des parents ne devraient pas affecter la capacité des individus à se lancer dans ce type d'investissements ; la seule chose qui devrait importer devrait être de savoir s'ils pourront en retirer suffisamment de profits pour rembourser leur dette. Dans la pratique, il est difficile d'emprunter ainsi sur des gains futurs et le manque de moyens affecte l'investissement en capital humain (Becker et Tomes, 1986). Il se pourrait que les parents à revenus modestes n'investissent pas de manière optimale dans le capital humain que représentent leurs enfants : il est donc probable que les risques de pauvreté, de chômage et de manque d'instruction se cumulent et aboutissent à une proportion plus grande d'individus exposés à un risque plus grand d'exclusion sociale.

La richesse que les parents lèguent à leurs enfants affecte directement et indirectement les revenus des enfants (Gale et Scholz, 1994 ; Bowles et Gintis, 2002). Les effets directs résultent de la rentabilité du capital provenant des dons et legs. Mais à ces effets s'ajoutent des effets indirects. On pourrait s'attendre, par exemple, à ce que les gains « permanents » augmentent si les revenus générés par les actifs permettent de mieux s'alimenter, se soigner et s'éduquer mais aussi d'avoir accès à un meilleur logement (et à un meilleur voisinage) et au capital indispensable au démarrage de nombreuses activités (par exemple. Blanchflower et Oswald, 1998).

Encadré 6.1. **L'investissement en temps des parents : un facteur qui contribue aux inégalités intergénérationnelles**

Le temps que les parents passent avec leurs enfants est une forme importante d'investissement familial qui contribue à l'inégalité intergénérationnelle. Du point de vue de l'action publique, il est essentiel de savoir si l'investissement parental vient compléter ou se substituer à l'investissement des pouvoirs publics. Dans ce dernier cas, un accroissement de l'investissement public destiné à modifier les inégalités intergénérationnelles risque d'évincer celui que la famille fournit déjà en termes de temps et de n'avoir qu'un impact limité voire nul sur le bien-être des enfants.

Que savons-nous sur le temps que les parents passent avec leurs enfants ? Premièrement, comme nous l'avons noté par ailleurs, les parents consacrent directement plus de temps aux jeunes enfants qu'aux enfants plus âgés (Folbre *et al.,* 2005 ; Folbre, 2008 ; Bradbury, 2005, 2008). Ils concentrent donc leur investissement sur le début du cycle de vie des enfants, même si ce n'est pas ce que font la plupart des États de la zone OCDE.

Deuxièmement, à l'évidence le temps que les parents consacrent à leurs enfants et la ventilation de ce temps par sexe du parent varie considérablement dans la zone OCDE. Une étude récente a comparé l'investissement en temps des parents dans 15 pays dont neuf membres de l'OCDE (Allemagne, Autriche, Canada, États-Unis, France, Italie, Norvège, Pays-Bas et Royaume-Uni). Les données pour les pays membres de l'OCDE sont présentées dans le tableau ci-dessous. Des problèmes de comparabilité peuvent se poser entre les pays. Les données montrent une disparité considérable entre les pays, de l'investissement moyen en temps des parents : la Norvège et les États-Unis arrivent en tête tandis que la France se classe en queue. À cette disparité s'ajoutent des différences entre les pères et les mères dans la composition de l'investissement d'un pays à l'autre : le Canada, les États-Unis, la Norvège et les Pays-Bas sont les pays les plus égalitaires, l'Autriche et la France sont les moins égalitaires. En termes de répartition de ces heures, le schéma le plus courant est un investissement en temps qui augmente avec le niveau d'études des parents (Guryan *et al.,* 2008 ; voir également Sayer *et al.,* 2004 pour une étude incluant un sous-ensemble de ces pays constitué de l'Allemagne, du Canada, de l'Italie et de la Norvège). Si le niveau d'études des parents peut être pris comme indicateur de la qualité de l'investissement dans les enfants, les enfants issus de milieux plus favorisés bénéficient d'un investissement en temps plus important *et* de plus grande qualité.

Il est intéressant d'observer dans le tableau qu'en Norvège, pays où l'État investit fortement dans l'enseignement préscolaire et l'accueil extrascolaire des enfants, le temps d'investissement parental est semblable à celui observé aux États-Unis, pays où les pouvoirs publics investissent beaucoup moins dans l'enfance (voir chapitre 3). Dans ce cas, à tout le moins, l'État-providence n'élimine pas à l'évidence l'investissement en temps des parents dans leurs enfants.

Une partie de la transmission intergénérationnelle de revenus peut s'opérer *via* l'impact du revenu parental sur la santé des enfants. Enfin, les transferts de richesses peuvent également affecter indirectement la mobilité intergénérationnelle des revenus lorsqu'ils influent sur les traits de caractère importants pour le succès économique tels que la propension à épargner et à faire des études, l'éthique professionnelle et les comportements liés au risque[8].

Si une grande ambigüité persiste quant aux effets de causalité à long terme du voisinage, certaines études donnent à penser que les conditions sociales sont un élément important d'explication de la transmission intergénérationnelle de revenus. Toutefois, des expériences sur échantillon aléatoire récentes de grande qualité couvrant les programmes *Moving to Opportunities* d'aide personnelle au logement aux États-Unis, pays où la disparité spatiale de la qualité des quartiers est considérable, n'ont guère corroboré l'impact du voisinage sur le bien-être des enfants (Kling *et al.,* 2007 ; Ludwig et Mayer, 2006).

Encadré 6.1. **L'investissement en temps des parents : un facteur qui contribue aux inégalités intergénérationnelles** *(suite)*

Entre 1965 et 1998 aux États-Unis, le temps consacré aux enfants par les pères est passé de 0.4 à 1.0 heure par jour et celui consacré par les mères de 1.7 à 1.8 heure par jour (Gauthier *et al.*, 2004). Dans le même temps, des éléments indiquent, toujours pour les États-Unis, que la composition du temps parental a évolué vers des activités davantage orientées vers l'investissement. La proportion du temps consacré par les pères à leurs enfants au titre d'activités liées à l'éducation est passée de 8 % de leur temps total de garde des enfants en 1965 à 13 % en 2003. Pour les mères, les chiffres correspondants ont été de 10 % et 13 % (calculés à partir du tableau II de Aguiar et Hurst, 2007, p. 976). L'analyse par Hofferth et Sandberg (2001) du temps passé aux États-Unis avec les enfants âgés de 3 à 12 ans confirme le constat d'un investissement croissant des parents dans l'éducation de leurs enfants. Le temps consacré à la lecture est passé de 29 minutes par semaine en moyenne en 1981 à 1 heure 24 minutes en 1997 pour les 3-5 ans. Les données pour le Royaume-Uni montrent qu'entre 1961 et 1991 le temps passé par les pères avec leurs enfants est passé de 0.2 à 0.8 heure par jour et celui passé par les mères est passé de 0.7 à 1.7 heure par jour. Les données pour le Canada montrent une augmentation du temps passé par les parents avec leurs enfants entre 1981 et 1998, et celles pour la Suède entre 1984 et 1993 (résumées dans Gauthier *et al.*, 2004, pp. 647-648) suggèrent des conclusions similaires. Les données pour l'Australie pour la période 1974-1992 montrent également une progression du temps consacré par les mères et les pères (Bittman, 1999). Cette progression est particulièrement nette pour les pères et les pour mères ayant un niveau d'études élevé (Ramey et Ramey, 2007 ; Aguiar et Hurst, 2007).

Nombre hebdomadaire moyen d'heures consacrées par les parents à leurs enfants dans une sélection de pays de l'OCDE

	Hommes avec enfants	Femmes avec enfants	Ratio hommes/ femmes du temps consacré aux enfants
Autriche	3.6	12.3	3.4
Canada	5.6	11.2	2.0
France	1.8	6.8	3.8
Allemagne	3.9	10.5	2.7
Italie	4.0	10.4	2.6
Pays-Bas	4.4	8.9	2.0
Norvège	5.7	11.7	2.1
Royaume-Uni	4.2	9.8	2.4
États-Unis	5.6	11.6	2.1

Source : Adapté de Guryan *et al.* (2008), « Parental Education and Parental Time with Children », Document de travail du NBER n° 13993, mai.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/712041583273

Ces évolutions impliquent que 1) les enfants sans père ont probablement un déficit croissant d'investissement parental (on n'a guère la preuve que le parent isolé compense le temps du parent absent) et que 2) l'inégalité de l'investissement parental entre les enfants de parents à haut niveau d'études et les enfants de parents à faible niveau d'études va probablement s'accroître. Il est trop tôt pour dire si ces évolutions vont entraîner des inégalités intergénérationnelles plus grandes.

Les autres facteurs qui expliquent la transmission intergénérationnelle des revenus sont liés à la structure familiale. Dans une fratrie, par exemple, la ressemblance avec les gains des parents est plus grande pour les aînés que pour les plus jeunes. Si les personnes se marient ou ont des enfants avec des personnes qui leur ressemblent, les enfants sont plus susceptibles d'avoir des revenus similaires à ceux de leurs parents.

Le degré d'inégalité intergénérationnelle est-il trop élevé, trop faible ou juste comme il faut ?

Ceux qui élaborent les politiques sociales doivent comprendre comment les avantages et les handicaps se transmettent d'une génération à la génération suivante. Si l'on peut réduire le degré de transmission intergénérationnelle, on pourra utiliser plus efficacement les aptitudes et les capacités de chacun dans la société et, ce faisant, promouvoir la croissance et l'équité. Cependant, si atténuer les effets négatifs du contexte parental sur les résultats des enfants est quelque chose que les décideurs peuvent souhaiter encourager, il est important de noter qu'une société dans laquelle les comportements et le contexte des parents n'auraient aucune incidence sur les résultats de leurs enfants ne serait pas souhaitable. L'immense majorité des parents veulent faire du mieux qu'ils peuvent pour leurs enfants, en termes d'investissement (en temps et en argent) et d'engagement affectif. Certaines façons dont les parents influent sur le développement de leurs enfants sont à la fois souhaitables et acceptables d'un point de vue social.

Le problème du degré optimum d'inégalité intergénérationnelle, dans une perspective d'efficience ou dans une perspective d'équité, et la relation entre ce degré optimum et les degrés effectivement observés d'inégalité intergénérationnelle n'est pas simple à résoudre. Malheureusement pour les décideurs, les travaux décrivant l'ampleur des inégalités intergénérationnelles et leur variation dans le temps et entre les pays ne permettent pas d'en conclure que la valeur effectivement observée est supérieure ou inférieure au degré optimum pour des motifs d'efficience ni qu'il est sensé sur le plan de l'action publique de s'attaquer au problème. Comme l'observent Bowles et Gintis (2002, p. 23) dans leur tour d'horizon, « pour relever le défi des politiques à mettre en œuvre, il faudra… mieux prendre en compte les mécanismes de causalité à l'œuvre dans la production de degrés élevés de persistance intergénérationnelle de différences économiques ».

Les comparaisons internationales limitées disponibles pour un petit sous-ensemble de pays de l'OCDE donnent à penser que les pouvoirs publics de certains pays (en particulier États-Unis, Italie et Royaume-Uni) devraient peut-être se préoccuper davantage que d'autres (Australie, Canada, Danemark, Finlande et Norvège) de la mobilité intergénérationnelle. Le fait que l'on ait peu de preuves fortes d'une augmentation des inégalités intergénérationnelles indique que l'on n'a pas de raison majeure de voir là un problème se développant rapidement dans quelque pays que ce soit.

« Les actions proposées par les pouvoirs publics pour réduire la transmission intergénérationnelle de la pauvreté se focalisent sur trois grands domaines : l'école, le voisinage et la famille » (Ludwig et Mayer, 2006, p. 177). Les principaux canaux de causalité immédiate du QI, à savoir la scolarité, la richesse héritée, la personnalité et la race, pris en compte dans les décompositions grossières (Bowles et Gintis, 2002), conjointement aux travaux empiriques disponibles, suggèrent les conclusions provisoires suivantes.

Certaines politiques susceptibles d'affecter la transmission intergénérationnelle des inégalités de revenu ou des inégalités en termes d'éducation, comme l'éradication de la discrimination raciale, ne prêtent pas à controverse. Et pourtant, comme le soulignent Bowles et Gintis (2002), on ne dispose guère d'outils de politiques publiques se fondant sur des données probantes qui permettent d'éradiquer aisément la discrimination. Qui plus est, ce n'est pas la nature intergénérationnelle du racisme qui est moralement offensante ou économiquement inefficace mais le fait même qu'il existe.

On en sait plutôt plus sur l'amélioration des résultats scolaires et, dans une moindre mesure, sur la valorisation des capacités cognitives, en particulier *via* des programmes appropriés d'éducation et de visites à domicile des jeunes enfants. On observe actuellement un intérêt considérable des politiques pour une réduction des inégalités intergénérationnelles de revenu et d'éducation *via* ces canaux (pour une discussion, voir chapitre 4).

Les instruments de la politique fiscale permettent d'influencer la transmission intergénérationnelle de fortune d'une manière relativement directe. L'impôt sur la fortune est probablement un bon outil et il convient de poursuivre dans cette voie. Si les legs sont la conséquence passive d'une épargne de précaution, l'effet de distorsion du coût des droits de succession est négligeable. Mais s'ils résultent d'un altruisme intergénérationnel actif, l'effet de distorsion peut devenir plus important. On ne trouve guère dans la littérature de consensus sur l'équilibre relatif entre les motivations actives et passives des legs (Piketty, 2000). Cependant, le fait qu'aux États-Unis du moins, des sommes considérables de transmissions intergénérationnelles de fortune se fasse entre personnes vivantes suggère un rôle important de l'altruisme dynastique et donc un effet possible de distorsion de l'impôt (Gale et Scholz, 1994). Toujours sur le front de la fiscalité, l'un des objectifs de la forte progressivité de l'impôt sur le revenu est probablement de réduire les inégalités intergénérationnelles (in extremis, on pourrait envisager l'annulation par un impôt/une taxe de toute variation des revenus marchands, ce qui garantirait une transmission nulle du revenu après impôt et une égalité intra-générationnelle parfaite).

Les inégalités résultant de la transmission de la pauvreté ont des implications importantes en termes de politiques publiques. Les politiques de l'éducation, de l'investissement au stade de la petite enfance, de l'accès aux soins et de l'immigration affectent le degré de détermination de la situation socioéconomique des individus par leurs compétences et leurs ambitions plutôt que par des caractéristiques héritées. Les comparaisons internationales de la mobilité intergénérationnelle sont particulièrement utiles pour identifier les différentes institutions, milieux sociaux et structures du marché du travail susceptibles de lier le statut socioéconomique d'une génération à celui de la génération suivante.

Si les pays veulent promouvoir l'égalité des chances, ils peuvent prendre un certain nombre de mesures dont la plus importante est la réduction des différentes formes d'inégalités, dont les inégalités de revenu courant. Malgré l'absence de consensus dans la littérature, certains éléments donnent à penser que les pays à faible mobilité intergénérationnelle (des gains) sont également des pays dans lesquels le niveau des inégalités de revenus mesuré à un moment particulier est le plus élevé. On peut penser intuitivement que si le degré de mobilité varie en fonction du contexte parental, il est probable que les inégalités liées aux caractéristiques et aux ressources familiales se perpétueront également dans le temps. Ce qui signifie malheureusement qu'il y aura transmission des inégalités d'une génération aux générations ultérieures. On observe cependant quelques anomalies intéressantes. L'Australie et le Canada, pays dans lesquels les inégalités transversales de revenu courant des ménages sont plus grandes que dans de nombreux pays européens, sont également parmi les plus mobiles au plan intergénérationnel. Cela peut être dû à l'immigration qui, à l'évidence, accroît à la fois les inégalités et la mobilité des revenus. Mais les États-Unis, terre d'immigration de longue date, affichent une immobilité intergénérationnelle notoire. La mobilité canadienne et australienne peut être due également à des stratégies d'intervention précoces en matière d'accueil et d'éducation et ciblées sur les personnes défavorisées. Il pourrait être particulièrement intéressant d'avoir plus d'indications sur ce qui se passe dans ces trois pays.

Résumé

Le chapitre 6 a étudié les inégalités intergénérationnelles, en particulier en termes de revenus, de gains et d'éducation. Les résultats ont montré que ces inégalités sont plus grandes qu'on ne le pensait il y a une génération. Elles sont plus grandes aux États-Unis, en Italie et au Royaume-Uni ; elles le sont moins dans les pays nordiques. Et les preuves d'un changement de tendance sont minces. La transmission intergénérationnelle des inégalités n'est pas due simplement à un niveau moindre de revenu ou d'instruction des parents ; elle est également influencée par toute une série de facteurs médiateurs comme la santé, la localisation géographique, le capital informationnel et les réseaux sociaux mais aussi par la transmission génétique.

Un pays dans lequel les enfants apprennent que leurs chances dans la vie sont restreintes par leur environnement familial ne réussira pas à produire des enfants inspirés et innovants. Les aspirations des enfants affectent leur engagement dans le système éducatif et dans la communauté plus large à laquelle ils appartiennent. Les inégalités affectent également la manière dont certains parents s'investissent dans leurs enfants, limitant les opportunités qui autrement pourraient briser le cycle des inégalités. C'est en ce sens que les inégalités peuvent s'autoperpétuer. Les pays, comme les États-Unis et l'Italie, où le niveau des inégalités intergénérationnelles est élevé et ceux qui peuvent identifier les inégalités à certains niveaux d'études ou à certains groupes de revenus, comme les revenus modestes au Danemark et en Suède, peuvent envisager de s'attaquer aux inégalités intergénérationnelles pour éviter des problèmes sociaux et de bien-être futurs, ou pour promouvoir la croissance, la concurrence et le développement social.

Le chapitre 7, dernier chapitre de ce rapport, formule des recommandations pour améliorer le bien-être des enfants dans les pays de l'OCDE, et fait la synthèse des résultats des chapitres précédents.

Notes

1. Ce chapitre s'appuie pour partie sur l'étude exhaustive de D'Addio (2007).
2. L'étude canonique est celle de Becker et Tomes (1986). Pour plus de détails, voir D'Addio (2007, encadré 7, pp. 30-31).
3. Une autre mesure couramment utilisée de l'inégalité intergénérationnelle est la corrélation des résultats entre les générations. L'élasticité intergénérationnelle des revenus et la corrélation intergénérationnelle sont liées. La corrélation intergénérationnelle est égale au produit de l'élasticité intergénérationnelle des revenus par l'écart-type des résultats du parent rapporté à l'écart-type des résultats de l'enfant. Ainsi, si les écarts-types des deux générations sont égaux, les deux mesures coïncident. Si la dispersion des résultats des parents est plus grande que celle des résultats de l'enfant, la corrélation est supérieure à l'élasticité, si elle est moindre, la corrélation est inférieure à l'élasticité.
4. Des constats similaires ont été effectués au niveau des pays. Pour le Royaume-Uni, par exemple, voir Hertz (2005), Atkinson *et al.* (1983), Dearden *et al.* (2005), Blanden (2005) ; pour l'Italie, voir Piraino (2006) et pour la Norvège, voir Bratberg *et al.* (2005, 2007).
5. Les pays communs sont au nombre de sept : Danemark, Finlande, Royaume-Uni (Grande-Bretagne), Italie, Norvège, Suède et États-Unis. Pour ces sept pays, la corrélation entre l'élasticité des revenus et l'élasticité du niveau d'études est de 0.70.
6. Si les travaux empiriques sur le sujet n'en sont qu'à leurs débuts, il est probable qu'il y a entre les gènes et l'environnement des interactions qui conduisent à une transmission intergénérationnelle des résultats. Des preuves de ces interactions susceptibles de conduire à une persistance intergénérationnelle sont fournies dans Caspi *et al.* (2002).

7. La littérature économique se focalise principalement sur les inégalités de revenus et de gains entre les générations, mais la plupart des arguments sont repris pratiquement tels quels dans le domaine de l'éducation et d'autres domaines.

8. La littérature donne à penser que les traits de personnalité, les attitudes et les croyances persistent également de manière importante entre les générations. Il est important, pour un certain nombre de raisons, de savoir dans quelle mesure les parents transmettent ces caractéristiques. Premièrement, si les éléments probants de la manière dont se forment les préférences ou les convictions restent peu nombreux, ils peuvent façonner l'exercice du rôle parental et les résultats en termes de santé et de structure familiale ; la littérature donne à penser, par exemple, que le divorce se transmet entre générations. Deuxièmement, ces préférences peuvent, sur le long terme, créer des divergences au sein des sociétés. Enfin, la transmission des convictions et des attitudes peut être importante pour les politiques sociales dans la mesure où celles-ci peuvent conduire à une culture de dépendance, laquelle accroît le risque de pauvreté pour les générations futures (voir Mulligan, 1997 ; Bowles et Gintis, 2002).

Références

Aguiar, M. et E. Hurst (2007), « Measuring Trends in Leisure: The Allocation of Time over Five Decades », *Quarterly Journal of Economics*, vol. 122, n° 3, pp. 969-1006.

Atkinson, A.B., A.K. Maynard et C.G. Trinder (1983), *Parents and Children: Incomes in Two Generations*, Heinemann, Londres.

Becker, G. et N. Tomes (1986), « Human Capital and the Rise and Fall of Families », *Journal of Labor Economics*, vol. 4, n° 3, pp. S1-S39.

Bittman, M. (1999), « Parenthood without Penalty: Time Use and Public Policy in Australia and Finland », *Feminist Economics*, vol. 5, n° 3, pp. 27-42.

Bjorklund, A., M. Jannti et G. Solon (2007), « Nature and Nurture in the Intergenerational Transmission of Socioeconomic Status: Evidence from Swedish Children and their Biological and Rearing Parents », mars, *www-personal.umich.edu/~gsolon/workingpapers/intergen506.pdf*.

Blanchflower, D.G. et A.J. Oswald (1998), « What Makes an Entrepreneur? », *Journal of Labor Economics*, vol. 16, pp. 26-60.

Blanden, J. *et al.* (2004), « Changes in Inter-generational Mobility in Britain », chapitre 6 in M. Corak (dir. publ.), *Generational Income Mobility in North America and Europe*, Cambridge University Press, pp. 122-146.

Blanden, J., P. Gregg et S. Machin (2005), « Inter-generational Mobility in Europe and North America. A Report Supported by the Sutton Trust », Centre for Economic Performance, London School of Economics, Londres.

Blanden, J., P. Gregg et L. Macmillan (2006), « Explaining Inter-generational Income Persistence: Noncognitive Skills, Ability and Education », Working Paper n° 06/146, Centre for Market and Public Organisation.

Bowles, S et H. Gintis (2002), « The Inheritance of Inequality », *Journal of Economic Perspectives*, vol. 16, n° 3, pp. 3-30.

Bradbury, B. (2005), « Time Costs of Having Children », National Poverty Centre Working Paper Series, n° 05-4, avril.

Bradbury, B. (2008), « Time and the Cost of Children », *Review of Income and Wealth*, vol. 54, n° 3, pp. 305-323, septembre.

Bratberg, E., Ø.A. Nilsen et K. Vaage (2005), « Inter-generational Earnings Mobility in Norway: Levels and Trends », *The Scandinavian Journal of Economics*, vol. 107, n° 3, pp. 419-435.

Bratberg, E., Ø.A. Nilsen et K. Vaage (2007), « Trends in Inter-generational Mobility across Offspring's Earnings Distribution in Norway », *Industrial Relations*, vol. 46, n° 1, pp. 112-129.

Bratsberg, B. *et al.* (2007), « Nonlinearities in Inter-generational Earnings Mobility: Consequences for Cross-Country Comparisons », *Economic Journal*, vol. 117, n° 519, pp. C72-C92.

Caspi, A. *et al.* (2002), « Evidence that the Cycle of Violence in Maltreated Children Depends on Genotype », *Science*, vol. 297, pp. 851-854.

Chadwick, L. (2002), « Changes in Inter-generational Economic Mobility in the United States », Unpublished manuscript, Department of Economic, University of Michigan.

Corak, M. (2005), « Principles and Practicalities in Measuring Child Poverty for the Rich », Innocenti Working Paper n° 2005-01, UNICEF Centre de recherche Innocenti, Florence.

Corak, M. (2006), « Do Poor Children Become Poor Adults? Lessons from a Cross Country Comparison of Generational Earnings Mobility », IZA Discussion Paper n° 1993, Institute for the Study of Labor, Bonn.

Corak, M., B. Gustafsson et T. Österberg (2004), « Inter-generational Influences on the Receipt of Unemployment Insurance in Canada and Sweden », chapitre 11 in C. Miles (dir. publ.), *Generational Income Mobility in North America and Europe*, Cambridge University Press.

Corcoran, M. (2001), « Mobility, Persistence, and the Consequences of Poverty for Children: Child and Adult Outcomes », in S. Danziger et R. Haveman (dir. publ.), *Understanding Poverty*, Russell Sage Foundation and Harvard University Press.

D'Addio, A.-C. (2007), « Inter-generational Transmission of Disadvantage: Mobility or Immobility across Generations? », Document de travail de l'OCDE sur les affaires sociales, l'emploi et les migrations n° 52, Éditions de l'OCDE, Paris.

Dearden, L. *et al.* (2005), « Education, Subsidies and School Drop-Out Rates », IFS Working Paper, n° 11, Institute for Fiscal Studies, Londres.

Ermisch, J. et C. Nicoletti (2005), « Inter-generational Earnings Mobility: Changes across Cohorts in Britain », ISER Working Paper n° 2005-19, University of Essex.

Fertig, A.R. (2003), « Trends in Inter-generational Earnings Mobility in the US », *Journal of Income Distribution*, vol. 12, n° 3-4, pp. 108-130.

Folbre, N. (2008), *Valuing Children*, Harvard University Press, Cambridge, MA.

Folbre, N. *et al.* (2005), « By What Measure? Family Time Devoted to Children in the United States », *Demography*, vol. 42, n° 2, pp. 373-390.

Fortin, N.M. et S. Lefebvre (1998), « Inter-generational Income Mobility in Canada », in M. Corak (dir. publ.), *Labour Markets, Social Institutions and the Future of Canada's Children*, Statistics Canada, Ottawa.

Gale, M. et K. Scholz (1994), « Inter-generational Transfers and the Accumulation of Wealth », *Journal of Economic Perspectives*, vol. 8, pp. 145-160.

Gauthier, A., T. Smeeding et F. Furstenburg (2004), « Are Parents Investing Less Time in Children? Trend in Selected Industrialized Countries », *Population and Development Review*, vol. 30, n° 4, pp. 647-671.

Guryan, J., E. Hurst et M. Kearney (2008), « Parental Education and Parental Time with Children », Document de travail du NBER n° 13993, Cambridge, Massachusetts, mai.

Hauser, R.M. (1998), « Inter-generational Economic Mobility in the United States: Measures, Differentials and Trends », Working Paper, Department of Sociology, University of Wisconsin-Madison.

Hertz, T. (2005), « Rags, Riches, and Race: The Inter-generational Economic Mobility of Black and White Families in the United States », chapitre 5 in S. Bowles, H. Gintis et M. Osborne Groves (dir. publ.), *Unequal Chances: Family Background and Economic Success*, Princeton University Press, New York, pp. 165-191.

Hertz, T. (2006), « Understanding Mobility in America », Centre for American Progress.

Hertz, T. *et al.* (2007), « The Inheritance of Education Inequality: International Comparisons and Fifty-year Trends », *The B.E. Journal of Economic Analysis and Policy*, vol. 7, n° 2, pp. 1-46.

Hofferth, S. et J.F. Sandburg (2001), « How American Children Spend Their Time », *Journal of Marriage and the Family*, vol. 63, n° 2, pp. 295-308.

Hugalde Sánchez, A. (2004), « Movilidad intergeneracional de ingresos y educativa en España (1980-90) », Working Paper n° 2004/1, Institut d'Economia de Barcelona, Centre de Recerca en Federalismo Fiscal i Economia Regional.

Jäntti, M. *et al.* (2006), « American Exceptionalism in a New Light: A Comparison of Inter-generational Earnings Mobility in the Nordic Countries, the United Kingdom and the United States », IZA Discussion Paper, n° 1938, Institute for the Study of Labor, Bonn.

Kling, J., J. Liebman et L. Katz (2007), « Experimental Analysis of Neighborhood Effects », *Econometrica*, vol. 75, n° 1, pp. 83-119.

Lee, C.I. et G. Solon (2006), « Trends in Inter-generational Income Mobility », Document de travail du NBER n° 12007, Cambridge, Massachusetts, février.

Lefranc, A. et A., Trannoy (2005), « Inter-generational Earnings Mobility in France: Is France more Mobile than the US? », *Annales d'économie et de statistique*, vol. 78, pp. 57-77.

Leigh, A. (2006), « Inter-generational Mobility in Australia », Manuscript, Social Policy Evaluation, Analysis and Research Centre, Research School of Social Sciences, Australian National University.

Levine, D.I. (1999), « Choosing the Right Parents: Changes in the Inter-generational Transmission of Inequality between the 1970s and early 1990s », Working Paper n° 072-99, Institute of Industrial Relations, University of Berkley.

Levine, D.I. et M. Mazumder (2002), « Choosing the Right Parents: Changes in the Inter-generational Transmission of Inequality between 1980 and the early 1990s », Working Paper n° 2002-08, Federal Reserve Bank of Chicago.

Ludwig, J. et S.E. Mayer (2006), « Culture' and the Inter-generational Transmission of Poverty: The Prevention Paradox », *The Future of Children*, vol. 16, n° 2, pp. 175-196.

Mayer, S.E. et L.M. Lopoo (2004), « What do Trends in the Inter-generational Economic Mobility of Sons and Daughters in the United States Mean? », chapitre 5 in M. Corak (dir. publ.), *Generational Income Mobility in North America and Europe*, Cambridge University Press, Cambridge, pp. 90-121.

Mazumder, B. (2001), « Earnings Mobility in the US: A New Look at Inter-generational Inequality », Working Paper n° 2001-18, Federal Reserve Bank of Chicago.

Mazumder, B. (2002), « Analyzing Income Mobility over Generations », *Chicago Fed Letter*, vol. 181, septembre.

Mazumder, B. (2005), « Fortunate Sons: New Estimates of Inter-generational Mobility In the US Using Social Security Earnings Data », *Review of Economics and Statistics*, vol. 87, n° 2, pp. 235-255.

Mulligan, C.B (1997), *Parental Priorities*, University of Chicago Press, Chicago.

Österbacka, E. (2004), « Mechanisms behind Inter-generational Earnings Correlation in Finland 1985-1955 », Document présenté à la Conférence de 2004 de l'International Association for Research in Income and Wealth, Cork.

Pekkala, S. et R.E.B. Lucas (2007), « Differences across Cohorts in Finnish Inter-generational Income Mobility », *Industrial Relations*, vol. 46, n° 1, pp. 81-111.

Pekkarinen, T., R. Uusitalo et S. Pekkala (2006), « Education Policy and Inter-generational Income Mobility: Evidence from the Finnish Comprehensive School Reform », IZA Discussion Paper n° 2204, Institute for the Study of Labor, Bonn.

Piketty, T. (2000), « Theories of Persistent Inequality and Inter-generational Mobility », in A.B. Atkinson et F. Bourguinon (dir. publ.), *Handbook of Income Distribution*, North-Holland, Amsterdam, pp. 429-476.

Piraino, P. (2006), « Comparable Estimates of Inter-generational Income Mobility in Italy », Working Paper n° 471, Department of Economics University of Siena.

Ramey, G. et V. Ramey (2007), « The Rug Rat Race », Working Paper, University of San Diego.

Sandberg, J.F. et S.L. Hofferth (2001), « Changes in Children's Time with Parents: United States, 1981-1997 », *Demography,* vol. 38, pp. 423-436.

Sayer, L., A. Gauthier et F. Furstenburg (2004), « Educational Differences in Parents' Time with Children: Cross-National Variations », *Journal of Marriage and the Family*, vol. 66, n° 5, pp. 1152-1169.

Solon, G. (1992), « Inter-generational Income Mobility in the United States », *American Economic Review*, vol. 82, n° 3, pp. 393-408.

Solon, G. (2004), « A Model of Inter-generational Mobility Variation over Time and Place », chapitre 2 in M. Corak (dir. publ.), *Generational Income Mobility in North America and Europe*, Cambridge University Press, pp. 38-47.

Zimmerman, D. (1992), « Regression toward Mediocrity in Economic Stature », *American Economic Review*, vol. 82, n° 3, pp. 409-429.

© OCDE 2009

Chapitre 7

Améliorer le bien-être des enfants : quelques pistes

Ce chapitre formule à l'attention des pouvoirs publics toute une série de recommandations pour améliorer le bien-être des enfants : investir à un stade précoce de l'enfance ; se concentrer sur l'amélioration du sort des enfants vulnérables ; imaginer des stratégies d'intervention qui renforcent le développement positif tout au long du cycle de vie de l'enfant, pour tout une série de résultats en termes de bien-être ; établir des objectifs clairs et atteignables et collecter régulièrement des informations de qualité sur le bien-être des enfants qui soient comparables au plan national et international. Enfin, les États doivent expérimenter en continu des politiques et des programmes à destination des enfants, les évaluer de façon rigoureuse pour voir s'ils améliorent on non le bien-être des enfants et réorienter l'argent des programmes qui ne sont pas performants vers ceux qui le sont. Cette approche devrait permet de faire en sorte que les ressources allouées aux enfants améliorent progressivement leur bien-être.

Introduction

La question du bien-être des enfants est à l'ordre du jour des préoccupations des décideurs. Cette focalisation est due en partie à un regain d'intérêt pour les indicateurs sociaux qui mesurent le bien-être. Si une bonne partie du travail s'est concentrée sur la population adulte, l'attention s'est tout naturellement portée également sur la mesure du bien-être des enfants. La Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (UNCRC, 1989) a également donné une impulsion politique particulière à la question du bien-être des enfants.

L'amélioration de la recherche et de l'évaluation quantitatives est un autre facteur important du profil des politiques à destination des enfants qui reposent plus en plus sur des éléments probants. Ces éléments ont été fournis par les interventions à petite échelle des pouvoirs publics, en particulier celles impliquant des populations sélectionnées de façon aléatoire et un suivi sur le long terme. Des ensembles de données longitudinales, qui permettent une examen détaillé des enchaînements de causalité qui sous-tendent les résultats sociaux des enfants, et des ensembles de données internationales transversales comme PISA (acquis éducatifs des jeunes âgés de 15 ans) et l'étude des revenus du Luxembourg (pauvreté des enfants) ont également joué un rôle important dans l'information du débat politique.

L'objectif de ce dernier chapitre est d'apporter sa contribution au débat politique sur le bien-être des enfants, en faisant la synthèse des chapitres précédents et en s'appuyant sur la littérature et les travaux de recherche existants. Il examine le large éventail des choix politiques auquel sont confrontés les États qui cherchent à améliorer le bien-être des enfants et propose une synthèse des recommandations générales pour améliorer le bien-être des enfants dans les pays de l'OCDE.

Les résultats de cette synthèse confirment la nécessité d'une redistribution des dépenses au profit de la petite enfance et des enfants dont les résultats sont, ou risquent fort, d'être mauvais. De plus, il est essentiel que les pays réexaminent l'ensemble de leurs politiques à destination des enfants et qu'ils cherchent à comprendre la complémentarité des politiques dans une perspective de cycle de vie. Il est également essentiel de bien comprendre les effets sur le bien-être des enfants des autres politiques destinées à réaliser les objectifs en termes de marché du travail, de fécondité ou d'égalité hommes/femmes.

L'éventail de choix des politiques pour influer sur le bien-être des enfants

Les États ont à leur disposition un large choix de politiques susceptibles d'influer sur le bien-être des enfants. Nombre de ces choix n'affectent pas directement la dépense. La présente section examine cet éventail de choix.

La structure de l'offre de conseils et de services en matière de politiques publiques à destination des enfants

Cette offre peut être organisée selon les dimensions du bien-être (par exemple, ministères de la Santé, de l'Éducation et de la Protection sociale) ou selon les groupes de

population (ministères de l'Enfance et de la Jeunesse). Certains pays associent les deux[1]. D'autres ont également un commissaire aux droits de l'enfant ou un médiateur pour enfants dont l'objectif est d'améliorer le bien-être des enfants en offrant des services indépendants de défense et d'intervention au nom des enfants[2]. Mais on ne voit pas très clairement quels systèmes donnent les meilleurs résultats, et dans quels environnements.

Dans la plupart des pays de l'OCDE, la période qui va de la conception à l'âge de 3 ans environ est principalement confiée, en dehors de la famille, à des organismes de santé et à toute une série de professionnels de santé. Quelque part entre 3 et 6 ans, les organismes et les professionnels de l'éducation prennent le relais de l'investissement public dans les enfants. Les organismes et les professionnels de santé sortent d'une focalisation traditionnelle sur la santé physique pour s'intéresser au développement physique, intellectuel et social des enfants. Bien entendu, cela est plus ou moins vrai selon les pays et selon les individus. Néanmoins, il est frappant de constater que de nombreux pays de l'OCDE font appel à des professionnels de la médecine pour effectuer dans la petite enfance des interventions qui pourraient bien souvent être confiées à des acteurs sociaux.

Stratégies à destination des enfants

Pour améliorer le bien-être des enfants, certains pays ont adopté une autre approche de haut niveau qui a consisté à élaborer une stratégie à destination des enfants exposant les principaux objectifs d'action et les moyens à mettre en œuvre pour les atteindre. L'Irlande, par exemple, a mis en place *The National Children's Strategy. Our Children – Their Lives* (Ireland, 2000), la Nouvelle-Zélande le *New Zealand's Agenda for Children* (New Zealand Ministry of Social Development, 2002), et, plus récemment, le Royaume-Uni a élaboré *The Children's Plan: Building Brighter Futures* (Department for Children, Schools and Families, 2007). On ne sait pas très clairement si de telles stratégies sont efficaces pour coordonner et motiver des changements en vue d'améliorer le bien-être des enfants. Côté positif, leur coût est modique. Toutefois, il est plus facile d'établir des stratégies de niveau national pour les pays de l'OCDE où l'administration est plus centralisée. Dans certains pays à structure très fédérale, ces approches centralisées ne seront probablement pas envisagées.

Détermination des objectifs

La détermination des objectifs de bien-être des enfants est une option qu'ont adoptée un certain nombre de pays de l'OCDE. Les objectifs peuvent être le produit de stratégies ou ils peuvent être simplement annoncés. Ils sont souvent énoncés en termes de types d'indicateurs examinés au chapitre 2. Dans certains pays de l'OCDE par exemple, on peut citer comme objectifs le taux d'allaitement maternel, le taux de vaccination et le taux de grossesses adolescentes. Un certain nombre de pays ont fixé des objectifs sociaux en matière de bien-être des enfants liés à la pauvreté des enfants ; c'est le cas, par exemple, de la Grèce et du Royaume-Uni (Atkinson *et al.,* 2005, chapitre 6, pp. 152ff). Les objectifs peuvent servir à inscrire le bien-être des enfants dans le processus d'action, dans la mesure où politiciens et agents publics peuvent avoir à rendre compte de leurs succès ou de leurs échecs en la matière. Pour être utiles, les objectifs de bien-être des enfants doivent être systématiquement liés à des indicateurs du bien-être de bonne qualité. Or, de nombreux pays de l'OCDE manquent d'indicateurs du niveau de qualité requis. La définition des objectifs doit également être pensée avec soin. Pour fonctionner, les objectifs doivent être clairement énoncés et les résultats en termes de bien-être doivent être mesurés régulièrement et d'une manière transparente. On peut penser que si les objectifs

ont été mal conçus les réponses en termes de politiques ne seront pas appropriées. Par exemple, pour atteindre un objectif de pauvreté des enfants, la politique la plus facile et la moins coûteuse à mettre en œuvre consiste à faire passer les enfants qui sont légèrement en dessous du seuil de pauvreté juste au-dessus de ce seuil.

Transferts de compétences aux administrations régionales et locales

Des choix de politiques existent également pour ce qui est du degré de transfert de l'élaboration des politiques et de l'offre de services à destination des enfants du niveau national à l'échelon régional ou local. Pour les nombreux pays fédéraux de l'OCDE, le transfert de compétences peut être considérable pour des politiques susceptibles de contribuer au bien-être des enfants (par exemple, régimes différents de congé parental non rémunéré dans les différentes provinces canadiennes ou primes de naissance différentes dans les différents cantons suisses). Mais, même dans les pays les plus centralisés, une proportion considérable de l'offre de services pour les enfants est assurée au niveau régional ou local. Au niveau local, des équipements récréatifs publics tels que bibliothèques, parcs, terrains de jeux, musées, piscines et autres sont offerts aux enfants. Les administrations locales peuvent également jouer un rôle important dans la sécurité des enfants. Dans certaines juridictions, des services de protection des enfants sont assurés au niveau régional voire au niveau des villes.

Législation

De nombreuses législations, qui sont liées à l'âge, sont pertinentes pour le bien-être des enfants. Elles concernent pour la plupart la grande enfance. Elles donnent aux enfants ou aux jeunes adultes le droit de voter, d'avoir des rapports sexuels, de se marier, de quitter l'école, de fumer et de boire, de bénéficier de plein droit des prestations d'aide sociale, de conduire une voiture, de signer un contrat, de travailler, d'être pénalement responsables, d'être seuls chez eux sans adulte pour les surveiller, etc.[3]. Il va de soi que nombre de ces décisions concernant les droits des enfants sont importantes pour leur bien-être. Des chercheurs confirment également l'importance de ces configurations juridiques pour le développement de l'enfant. La réglementation juridique de la consommation de drogues et d'alcool est également importante. Watson et Fertig (2008) montrent, par exemple, qu'aux mouvements en faveur d'une réglementation moins restrictive de l'âge minimum de consommation d'alcool dans certains États des États-Unis sont associés des taux plus élevés d'insuffisance pondérale à la naissance et de prématurité pour les jeunes mères. Pour la première partie de la vie de l'enfant, les législations liées à l'âge sont moins nombreuses. La plus importante concerne l'âge du début de la scolarité obligatoire ou celui de l'accès universel et gratuit à l'enseignement préscolaire. Une étude récente de Nilsson (2008) s'appuie sur une modification de la législation expérimentée en Suède dans les années 60 et autorisant la vente de bière forte dans les épiceries de deux régions. La consommation de bière a décuplé dans ces deux régions, ce qui a eu pour effet d'abaisser le niveau d'études, de diminuer les gains et d'accroître la dépendance à l'égard des prestations de la cohorte exposée *in utero* au changement de politique. Même des réglementations modifiant les niveaux d'émissions de gaz d'échappement des engins motorisés peuvent avoir une incidence sur la mortalité infantile (Currie et Neidell, 2005).

La délimitation des droits respectifs du parent et de l'enfant, en particulier du droit pour les parents d'infliger des punitions physiques à leur enfant suppose également des choix juridiques. Les politiques ont été modifiées récemment dans un certain nombre de

pays de l'OCDE pour supprimer ce droit des parents[4]. Corrélativement, l'existence d'une législation sur les violences domestiques peut également influer sur les violences familiales auxquelles les enfants sont exposés.

Les autres dimensions juridiques susceptibles d'influer sur le bien-être des enfants sont les lois sur le divorce et la séparation, et le processus juridique autour de l'accès et de la garde des enfants après une séparation[5]. Ces lois peuvent être importantes non seulement pour la pauvreté des enfants mais aussi pour le bon fonctionnement des parents dans l'environnement postséparation. En influençant la capacité de négociation à l'intérieur d'une relation, le Droit de la famille peut être également important pour le bon fonctionnement des familles et donc le bien-être des enfants dans les familles biparentales existantes. De nombreux pays de l'OCDE ont également un cadre juridique qui donne au parent ayant obtenu la garde de l'enfant et à l'enfant lui-même le droit de recevoir, après la séparation, une pension alimentaire de l'autre parent (Skinner *et al.,* 2007). Ces cadres peuvent être importants pour atténuer la pauvreté des enfants dans les familles monoparentales.

D'autres législations sont pertinentes pour le bien-être des enfants. C'est le cas, par exemple, des réglementations relatives à la nutrition ou du contrôle par le législateur du contenu et de la forme des publicités télévisées à destination des enfants[6, 7]. Bien souvent, différents groupes de professionnels s'occupant des enfants, par exemple des médecins et des enseignants, sont contraints par la loi de signaler les violences observées ou soupçonnées faites aux enfants.

Les moyens que les pouvoirs publics vont consacrer à l'application du droit en cas de violations frappant les enfants relèvent aussi d'un choix politique. Ces moyens sont particulièrement importants en termes de systèmes de protection de l'enfant et de versement d'une pension alimentaire par le parent n'ayant pas la garde de l'enfant.

Des transferts sociaux pour améliorer le bien-être des enfants

Les politiques mises en œuvre dans de nombreux pays pour améliorer le bien-être des enfants se sont de tout temps focalisées sur la pauvreté des enfants. Il s'est agi pour partie d'une focalisation par défaut car la pauvreté des enfants est l'un des rares résultats que l'on peut aisément mesurer et comparer entre pays de l'OCDE et pour tous les enfants. Les transferts sociaux jouent un rôle important dans le soulagement de la pauvreté ; ils prennent des formes diverses englobant les primes de naissance, les prestations pour enfants, crédits d'impôts et autres. Ces transferts peuvent être universels ou sous conditions de ressources. Des problèmes se posent concernant l'utilisation des prestations, et le point de savoir si elles sont versées à la clôture de l'exercice ou à intervalles réguliers durant l'année.

Un problème supplémentaire est celui de l'impact des transferts sociaux *via* le revenu familial sur d'autres résultats en termes de bien-être des enfants. Du point de vue des politiques publiques, plusieurs questions intéressantes se posent. La première concerne le pourcentage des transferts sociaux marginaux aux familles dépensé au titre des enfants (et de quels enfants au sein de la famille) et pour l'amélioration de quels résultats ? La deuxième concerne la proportion des transferts sociaux marginaux dépensée au titre des enfants qui permet d'atteindre effectivement les objectifs poursuivis. Il est également important de savoir si la réponse à l'une ou l'autre de ces questions varie en fonction de la situation socio-économique de la famille. Un argument paternaliste souvent évoqué dans les discussions

sur les politiques est qu'in fine les transferts sociaux marginaux aux familles pauvres dysfonctionnelles sont dépensés pour l'acquisition de biens de consommation qui ne sont pas nécessairement bénéfiques pour les enfants. Une autre dimension qu'il convient de considérer est celle de l'adulte de la famille qui perçoit les transferts sociaux pour le compte des enfants. À l'évidence, si les transferts sont versés sur le compte bancaire de la mère, la proportion investie dans les enfants sera plus grande (Lundberg *et al.*, 1997).

Quels sont les liens de causalité entre le revenu familial d'un enfant et les autres résultats de l'enfant en termes de bien-être ? L'impact du revenu net familial sur le bien-être des enfants est un problème crucial. Les États peuvent assez aisément et très directement modifier le revenu net familial *via* le vaste cadre existant des politiques en matière d'impôts et de prestations. Pour que ces politiques améliorent efficacement le bien-être des enfants, il faut que la relation entre le revenu familial après impôts et transferts et les résultats en termes de bien-être des enfants soit une relation de causalité et que cette causalité soit orientée vers le bien-être des enfants.

En outre, plus la relation entre le revenu familial et les résultats en termes de bien-être des enfants sera forte, plus les politiques fiscales/de transferts seront efficaces pour promouvoir le bien-être des enfants. Un troisième problème se pose : c'est celui de la non-linéarité éventuelle de la relation. Si la réponse du bien-être des enfants au revenu familial est plus forte pour les familles plus modestes, on peut améliorer le bien-être moyen des enfants par des transferts monétaires des familles riches vers les familles pauvres avec enfants. On pourrait ainsi combiner une plus grande efficience avec une plus grande équité. Mais si la relation est linéaire, les transferts des familles riches vers les familles pauvres ont davantage pour effet de réduire les inégalités entre enfants, le niveau moyen de bien-être des enfants restant constant. Enfin, il est également pertinent pour les décideurs publics de savoir si l'influence du revenu familial est plus grande à certains stades qu'à d'autres du cycle de vie de l'enfant.

Le modèle d'investissement de Becker et Tomes (1986) pour une famille type montre que, lorsque les parents ont des difficultés à emprunter sur les gains futurs de leurs enfants, il y aura une relation entre leur revenu et celui de leur enfant à l'âge adulte et les autres résultats en termes de bien-être à long terme. Les parents pauvres disposent de moyens plus limités que les parents riches pour financer l'accumulation de capital humain de leurs enfants. L'autre théorie qui relie le revenu familial et le bien-être des enfants est le modèle dit du stress parental, dans lequel un revenu familial faible génère un stress parental lequel, à son tour, diminue le bien-être des enfants (Mayer, 1997, 2002 ; Duncan, 2006).

Il existe une relation entre le revenu familial et tout ce qui concerne les résultats actuels et futurs en termes de bien-être des enfants. Mais s'agit-il d'une relation de causalité ? Et si oui, quelle est sa force ? La littérature, essentiellement américaine, sur le sujet donne à penser qu'il existe un large consensus autour des conclusions suivantes (Haveman et Wolfe, 1995 ; Duncan et Brooks-Gunn, 1997 ; Mayer, 1997, 2002 ; Jenkins et Schluter, 2002 ; Blow *et al.*, 2005 ; Duncan, 2006) :

- Lorsque le revenu familial est mesuré sur plusieurs années, sa relation brute avec le bien-être des enfants est plus forte que lorsqu'il est mesuré sur une année. Ce constat peut être une conséquence des réductions des erreurs d'évaluation du résultat annuel véritable par le calcul de moyennes ou du fait que le revenu mesuré sur plusieurs années s'approche plus étroitement du revenu permanent, et que le revenu permanent est plus important pour les résultats des enfants.

- La neutralisation des covariables essentiellement prédéterminées, comme l'âge et le niveau d'études des parents, réduit la taille des effets bruts de revenu sur le bien-être des enfants.
- Après neutralisation des covariables, l'incidence du revenu sur le bien-être des enfants est faible comparé à d'autres facteurs liés aux résultats des enfants comme le niveau d'études des parents.
- Les effets sont habituellement plus grands au stade de la petite enfance qu'à celui de la grande enfance.
- Les effets du revenu sur le bien-être des enfants sont plus forts pour certains résultats que pour d'autres ; par exemple, ils apparaissent plus importants pour les capacités cognitives et le niveau d'études que pour le comportement et la santé (physique et mentale).
- Les effets du revenu sur le bien-être des enfants sont plus forts pour les enfants des familles plus modestes.

Le fait qu'une partie de la relation résiduelle entre le revenu et le bien-être des enfants soit une relation de causalité fait également consensus. Mais en termes de taille, les effets de causalité sont modestes. Ce qui ressort clairement des travaux des chercheurs c'est qu'en dépit de leur intérêt certain, les programmes de transfert de revenus en faveur des enfants des familles pauvres ne sont pas la baguette magique permettant de résoudre les problèmes (présents ou futurs) de bien-être des enfants pauvres.

Des travaux effectués aux États-Unis plus récents que ceux résumés dans Mayer (1997, 2002) ont utilisé toute une série de méthodes élaborées de neutralisation de la sélection au titre des caractéristiques non observées, dont les modèles fondés sur des fratries, les effets fixes, les variables instrumentales (VI) et les données tirées d'expériences randomisées de protection sociale et de lutte contre la pauvreté (voir Levy et Duncan, 2000 ; Morris *et al.,* 2004 ; Dahl et Lochner, 2005, pp. 4-5 ; Duncan, 2006). Globalement, ces travaux ont montré des effets qui, bien que généralement de taille encore modeste, sont parfois plus importants que ceux observés à l'aide des anciennes méthodes (Dahl et Lochner, 2005).

Une série d'études portant sur des enfants adoptés, donc réduisant la variable confusionnelle génétique non observable, présentent un intérêt particulier. À l'aide d'une série de régressions qui omettent de neutraliser la plupart des caractéristiques socio-économiques des parents, Sacerdote (2000) observe un effet significatif mais limité du revenu familial sur les résultats éducatifs d'un échantillon d'enfants adoptés aux États-Unis. Toujours aux États-Unis mais pour un échantillon plus important, Plug et Vijverberg (2005) montrent un effet important du revenu familial sur des enfants adoptés n'ayant entre eux aucun lien génétique, ceci même après neutralisation du niveau d'études et des capacités cognitives des parents. Là encore, les tailles d'effets sont faibles. Une autre étude américaine récente a utilisé une augmentation exogène importante (environ 25 %) du revenu familial pour examiner les effets du revenu sur des petits Américains natifs âgés de 9 ans (Akee *et al.,* 2008). La conséquence est un déclin des actes de délinquance à la fin de l'adolescence et une amélioration du niveau d'études à 21 ans. Pour les enfants démunis, les effets positifs sont plus grands avec un allongement d'un an de leur scolarité.

Qu'en est-il des constats pour les autres pays de l'OCDE ? Est-ce qu'ils renforcent ou est-ce qu'ils contredisent les résultats obtenus pour les États-Unis ?

De même que les travaux de Blau (1999) et Mayer (1997) aux États-Unis, la recherche canadienne n'étaye guère la notion d'un effet fort du revenu familial sur les résultats des

enfants (Lefebvre et Merrigan, 1998 ; Phipps et Lethbridge, 2006 ; Dooley et Stewart, 2007). En Pologne, Bebelo et Lauer (2004) ont observé, à l'aide de méthodes multivariées standards, un impact statistiquement significatif, mais là encore faible, du revenu familial sur le niveau d'études des enfants durant la période de transition des années 90. Si certains travaux économétriques menés au Royaume-Uni établissent un lien de causalité entre le revenu et les résultats des enfants en matière d'éducation et de santé, l'impact est faible (Blanden et Gregg, 2004 ; Burgess *et al.*, 2004). Toutefois, des travaux menés plus récemment au Royaume-Uni sur la relation entre le revenu des parents et le bien-être des enfants à l'aide de variables instrumentales pour prendre en compte l'endogénéité des niveaux d'études et de revenus des parents, ont mis en évidence un impact plus grand du revenu sur les performances scolaires des jeunes à 16 ans (Chevalier *et al.*, 2005) et sur leur état de santé (pathologies subjectives et chroniques) (Doyle *et al.*, 2007). On observe également des preuves de non-linéarité (effets plus importants pour les familles pauvres). Des recherches françaises sur le niveau d'études utilisant des méthodes semi-paramétriques en arrivent également à la conclusion que le revenu familial peut avoir des effets non linéaires importants sur les performances scolaires des enfants (Maurin, 2002). En revanche, une étude utilisant le boom pétrolier norvégien comme instrument de revenus pour déterminer l'effet causal des variations de revenus n'a rien constaté qui prouve un quelconque impact du revenu des parents sur le niveau d'études des enfants (Løken, 2007). Une étude suédoise de grande ampleur constate un effet très significatif du revenu du père (après neutralisation d'autres covariables, dont le niveau d'études des parents) sur les résultats scolaires des enfants biologiques et un coefficient moindre et non significatif sur ceux d'enfants adoptés étrangers, ce qui suggère la possibilité d'une variable génétique confusionnelle bien qu'aucun test formel n'ait été effectué pour les différences entre les coefficients de revenus (Bjorklund et Richardson, 2001).

Une autre question très intéressante, déjà évoquée ci-dessus, serait de savoir si le revenu affecte différemment les résultats des enfants selon le stade du cycle de vie. Deux hypothèses prédisent des schémas différents. L'une est que la petite enfance est une période déterminante pour le développement de l'enfant durant laquelle les bases essentielles sont acquises plus facilement et donc que le niveau de revenu à ce stade est plus déterminant (voir Heckman 1999, 2007). L'autre est que l'adolescence est une période durant laquelle les moyens de la réussite coûteront probablement plus cher et où le standing économique est plus important (Mayer, 2002, p. 50). Le revenu familial est donc probablement plus important pour les adolescents.

On peut trouver les preuves de l'importance du stade du cycle de vie de l'enfant pour les politiques d'impôts et de transferts dans les études américaines qui utilisent des données longitudinales traditionnelles, des modèles à effets fixes et des données expérimentales. Une majorité d'études utilisant ce type de méthodes montrent que ce qui importe c'est le revenu au début du cycle de vie des enfants, en particulier pour les enfants à haut risque (Duncan et Brooks-Gunn, 1997 ; Levy et Duncan, 2000 ; Morris *et al.*, 2004 ; voir également les citations dans Dahl et Lochner, 2005, p. 5). Une étude récente utilisant des modèles à effets fixes a montré que le revenu familial dans la petite enfance a un impact significatif sur les premiers résultats scolaires mais qu'il a également des effets sur le comportement dans la période intermédiaire de l'enfance (Votruba-Drzal, 2006). D'autres études montrent que la pauvreté entre 4 et 9 ans est plus importante que la pauvreté dans les trois premières années de la vie (NICHD, 2005), ou arguent que la preuve d'un « timing » des revenus durant le cycle de vie de l'enfant n'est pas forte, et qu'elle dépend des

spécifications (Mayer, 2002, pp. 49-52). La preuve de l'importance du revenu familial à un stade précoce est plus convaincante pour les performances scolaires et le développement cognitif des enfants.

Si la plupart des résultats nous viennent des États-Unis, des éléments de preuve en provenance de Nouvelle-Zélande corroborent l'hypothèse selon laquelle c'est le revenu précoce qui est plus important pour les résultats scolaires (Maloney, 2004). Mais celle-ci est contredite par des éléments en provenance d'Allemagne, selon lesquels c'est le revenu à un stade plus tardif qui importe (Jenkins et Schluter, 2002). À l'aide d'une estimation IV sur données britanniques, Doyle *et al.* (2007) constatent des preuves d'effets plus importants du revenu familial sur les pathologies chroniques pendant la petite enfance mais l'absence d'une telle relation pour la dimension de santé évaluée par l'enfant lui-même ou par ses parents. Les recherches canadiennes ne corroborent guère l'hypothèse selon laquelle c'est le revenu précoce qui est primordial, quoique les auteurs soulignent que leurs données ne leur permettent guère de répondre à cette question (Phipps et Lethbridge, 2006). Cependant, Phipps et Lethbridge constatent également que les non linéarités sont plus souvent observées pour les résultats concernant les jeunes enfants que pour ceux concernant des enfants plus âgés.

En termes de moyens destinés au bien-être des enfants, les indications confirment l'intérêt de l'investissement dans l'environnement familial, plutôt qu'un impact du revenu sur les résultats des enfants *via* l'atténuation du stress parental (voir, par exemple, Taylor *et al.,* 2004 ; Berger *et al.,* 2005).

Les discussions des questions relevant des pouvoirs publics sont moins nombreuses dans la littérature spécialisée. Mayer (1997, 2002) utilise les faibles effets sur le bien-être des enfants d'un accroissement du revenu des familles pauvres comparés à l'impact du niveau d'études de la mère pour minimiser le rôle de cet instrument. Mais les unités de mesure du revenu et du niveau d'études ne sont pas les mêmes, ce qui rend une telle comparaison délicate (Berger *et al.,* 2005). De surcroît, les instruments de politique utilisés pour modifier le revenu familial (impôts et prestations) sont beaucoup plus directement sensibles à l'action des pouvoirs publics que ceux utilisés pour améliorer le niveau d'études des mères. Leurs effets sont beaucoup plus rapides et donc les bénéfices pour les enfants se font sentir beaucoup plus rapidement. L'existence d'un taux d'actualisation positif rend également les politiques familiales immédiates en matière d'impôts et de prestations plus attractives que les actions à long terme en vue d'améliorer le niveau d'études des mères.

Taylor *et al.* (2004) et Berger *et al.* (2005) procèdent à une comparaison intéressante de l'impact sur les résultats des enfants dans le domaine éducatif 1) d'une élévation du revenu familial et 2) d'un accroissement de l'offre du programme *Early Head Start* de visites à domicile et d'aide à l'éducation du jeune enfant. Dans les deux cas, les transferts au profit des familles défavorisées d'un montant de revenus comparable à celui des programmes *Head Start* donne des résultats approximativement équivalents à ceux de ces programmes. Mais aucune des deux études ne considère les éventuels effets secondaires de la sortie du marché du travail des parents consécutive à ces transferts. Ces effets secondaires peuvent être négatifs pour la famille, du fait de la baisse de revenus qu'entraîne une moindre activité des parents, ou positifs pour les enfants du fait que les parents passent plus de temps avec eux. Ces études ne prennent pas non plus en considération l'impact possible sur le bien-être des enfants des effets positifs ultérieurs pour le revenu familial du programme *Head Start* qui encourage les parents à travailler lorsque les enfants bénéficient

de ce programme. Elles ne soulignent pas non plus le fait qu'il est beaucoup plus rapide d'accroître directement le revenu familial que d'étendre un programme de type *Early Head Start* sur une base également nationale lorsque cela suppose de régler d'importants problèmes d'infrastructure et d'effectifs.

De même, Duncan (2006, p. 13) argue que des indications pour les États-Unis donnent à penser qu'une augmentation de 3 000 USD pendant plusieurs années du revenu net d'un enfant de famille pauvre d'âge préscolaire améliore ses performances cognitives d'environ 1.5 point de pourcentage (le score moyen est habituellement de 100 et l'écart-type de 15). Ce chiffre est à comparer à des gains de 11 à 15 points de pourcentage pour un programme du type *Abecedarian Project* (visites à domicile plus éducation intensive de la petite enfance) d'un coût total de 40 000 USD et de 9 points de pourcentage pour une intervention de style *Perry* (éducation intensive de la petite enfance) d'un coût de 15 000 USD. Dans le Tennessee, une expérience randomisée de réduction des effectifs des classes, d'un coût de 7 500 USD, a amélioré les résultats de 3 points de pourcentage. En utilisant l'analyse de Duncan, en supposant que « plusieurs années » signifie deux ans et que les réponses obtenues sont linéaires, quel serait l'impact respectif sur les performances cognitives de la remise aux familles d'un montant en espèces de 40 000 USD (*Abecedarian*), de 15 000 USD (*Perry*) et de 7 500 USD (Tennessee) ? La remise directe à la famille d'un montant en espèces de 40 000 USD améliore de 10 points les performances cognitives de l'enfant. Avec le projet *Abecedarian*, l'amélioration est de 11-15 points. La remise de 15 000 USD améliore les performances cognitives d'environ 4 points. Avec le projet Perry, l'amélioration est de 9 points. La remise en espèces de 7 500 USD améliore les performances cognitives de l'enfant d'environ 2 points. Avec une réduction des effectifs des classes (Tennessee), l'amélioration obtenue est de 3 points.

Cette analyse montre que l'amélioration directe du revenu en tant qu'outil d'accroissement du bien-être des enfants défavorisés ne doit pas être rejetée purement et simplement. Mais c'est une analyse grossière, qui repose sur des hypothèses très fortes et dont l'applicabilité est limitée. Elle ne prend pas en compte l'évaluation des autres résultats possibles des différentes stratégies d'intervention et des modifications secondaires de l'offre de main-d'œuvre parentale sur le revenu familial et le temps parental (voir ci-dessus).

Un problème important pour l'information des politiques publiques, que n'aborde pas encore la littérature académique, est celui de savoir si les coefficients plus élevés pour le bien-être des enfants attribués au revenu familial moyen établi sur plusieurs années sont dus à une erreur de mesure moindre du revenu courant ou au fait que le revenu permanent est plus important pour le bien-être des enfants que le revenu courant. Il est assurément plus facile de modifier le revenu courant que le revenu permanent.

Il serait naïf d'encourager une augmentation du revenu familial des enfants par un système de transferts fiscaux en y voyant la solution universelle aux problèmes de bien-être des enfants. Néanmoins, les autres indications donnent à penser qu'il existe une relation de causalité, en particulier pour les résultats sur le plan éducatif et cognitif, et que cette relation sera probablement plus forte au début du cycle de vie de l'enfant. Les comparaisons limitées qui ont été effectuées donnent à penser qu'en gros les transferts sociaux tiennent leurs promesses, comparés à la fourniture de services éducatifs à la petite enfance. En conséquence, il est probable que l'augmentation du revenu des familles, en particulier de celles ayant de jeunes enfants défavorisés, s'inscrira dans un portefeuille de solutions mises en œuvre par les pouvoirs publics.

Politiques en faveur de l'emploi parental

À l'évidence un emploi parental rémunérateur est un moyen important pour sortir de la pauvreté les familles et donc les enfants. Pour promouvoir l'emploi parental, les États peuvent mettre en œuvre tout un arsenal de politiques dont beaucoup peuvent influer positivement sur le revenu familial. Citons notamment les politiques en matière d'impôts et de prestations pour encourager l'offre de main-d'œuvre, les politiques actives d'aide à l'emploi impliquant l'éducation et la formation, les programmes d'appariement sur le marché du travail ou aides à l'emploi et l'offre ou le subventionnement de services de garde ou d'accueil parascolaire des enfants dont les parents travaillent.

Lutter contre la pauvreté des enfants est une des grandes priorités des pouvoirs publics dans de nombreux pays de l'OCDE. Le problème majeur est de trouver le juste équilibre entre une stratégie fondée sur les prestations, qui implique d'accroître les revenus par le biais de réductions d'impôts ou d'augmentations des prestations pour les familles, et une stratégie du travail qui implique de développer l'emploi dans les familles pauvres avec enfants (Whiteford et Adema, 2006).

Si une stratégie anti-pauvreté fondée sur le travail s'inscrit dans un paquet de mesures visant à réduire la pauvreté des enfants, la question supplémentaire des implications de l'insertion des parents dans l'emploi pour d'autres dimensions plus larges du bien-être des enfants, se pose. Un certain nombre d'expériences sur échantillon aléatoire menées aux États-Unis ont étudié les conséquences pour le bien-être des enfants du passage d'une stratégie de prestations à une stratégie de travail. Citons notamment le Florida's Family Transition Program, le Minnesota Family Investment Program, le National Evaluation of Welfare-to-Work Strategies, New Hope et le projet d'autosuffisance (PAS) canadien. Ces programmes ont impliqué principalement les familles monoparentales.

Les programmes offrent habituellement des paiements liés à l'exercice d'une activité pour les demandeurs d'emploi acceptant un travail à plein-temps plus un soutien pour la garde des enfants et leur accueil en dehors des heures de classe, dans le but de sortir les familles de la pauvreté en encourageant le travail à plein-temps. En outre, un certain nombre de programmes offrent des services obligatoires d'éducation et de formation ou de recherche d'emploi, auxquels sont subordonnées les prestations.

Les preuves de l'impact de ces programmes sur le bien-être des enfants sont limitées ; nous en faisons ci-dessous la synthèse (en nous appuyant principalement sur les résumés de Morris *et al.*, 2004 ; et de Grogger et Karoly, 2007). Il convient d'insister sur le fait que le principal objectif des politiques n'était pas de promouvoir le bien-être des enfants mais de sortir les personnes de la pauvreté en les faisant passer d'une stratégie de prestations à une stratégie de travail.

L'impact sur la scolarité, le comportement et la santé des enfants a été examiné, généralement deux à quatre ans après l'entrée des parents dans un programme. Ce sont donc les résultats à court terme pour les enfants qui ont été mesurés. Une analyse comparative a montré que les trois programmes de suppléments de revenus offerts sans service obligatoire de l'emploi, ont eu des effets positifs généralement significatifs mais limités sur les résultats scolaires des enfants. Les effets sur le comportement des enfants à problèmes ont été moins encourageants. L'un des programmes a montré une diminution modeste mais statistiquement significative des comportements négatifs. Pour les comportements positifs des enfants, le tableau a été plus favorable. Pour deux des trois programmes, les gains ont été modestes mais statistiquement significatifs. L'un des deux

programmes de suppléments de revenus, qui mesurait la santé des enfants, évaluée par les parents, a montré une amélioration statistiquement significative. Certains éléments ont montré également que les programmes de suppléments de revenus ont eu des effets plus importants sur les enfants des familles bénéficiaires de prestations de longue durée. Parmi les études examinées, celle combinant un supplément de revenus et un service obligatoire de l'emploi a eu des effets minimes mais désirés et statistiquement significatifs sur les résultats scolaires et le comportement (mais pas sur la santé). Si les programmes offrant des services obligatoires de l'emploi mais aucun supplément de revenus ont accru l'emploi ils n'ont eu pratiquement aucune incidence sur le revenu familial. Ils n'ont eu que peu d'impact sur les performances scolaires, des effets mitigés sur le comportement et des effets neutres ou négatifs sur la santé de l'enfant. L'un des programmes a examiné la limitation dans le temps des prestations. Ces politiques ont eu les effets escomptés sur l'emploi parental et une faible incidence sur les revenus. Les effets sur les enfants ont été peu nombreux et mitigés.

Des chercheurs ont examiné l'impact au plan éducatif des programmes de transition de la protection sociale au marché du travail incluant un supplément de revenu, pour des enfants de 2-3 ans, 4-5 ans, 6-7 ans et 8-9 ans. Les effets positifs de faible ampleur sont généralement plus importants et plus susceptibles d'être statistiquement significatifs pour les moins de 5 ans. On observe également des signes d'une disparition progressive à plus long terme des effets lorsque les programmes se terminent (Morris *et al.,* 2004). Toutefois, les mêmes politiques ont pu avoir des effets préjudiciables légers sur la scolarité des adolescents, avec des tailles d'effets limitées, parfois statistiquement significatives, en particulier pour les adolescents ayant des frères et sœurs plus jeunes. Les effets durables à long terme ont été peu nombreux (Gennetian *et al.,* 2002).

Outre qu'elles réduisent la pauvreté des enfants, les expériences pilotes d'encouragement de l'emploi liées à la volonté de rendre le travail financièrement attractif ont globalement des effets à court terme positifs mais modestes sur quelques dimensions importantes du bien-être des enfants. Mais on ne sait pas si, dans le cadre de politiques permanentes, ces effets peuvent se traduire en meilleurs résultats à plus long terme pour les enfants.

Un certain nombre de pays de l'OCDE versent aux familles monoparentales des prestations sous condition d'emploi. Cette condition est habituellement vérifiée lorsque le plus jeune enfant atteint un certain âge. Cet âge varie considérablement d'un pays à l'autre de l'OCDE ; extrêmement bas aux États-Unis (habituellement un an voire moins), c'est dans les autres pays anglophones qu'il est le plus élevé (16 ans au Royaume-Uni, 18 ans en Irlande et en Nouvelle-Zélande). L'une des principales justifications des prestations versées aux familles monoparentales, prestations qui dissuadent le parent de chercher un emploi, est de favoriser le bien-être des enfants. Les preuves indirectes d'expériences de réinsertion dans l'emploi menées aux États-Unis donnent à penser que, jusqu'à un stade très avancé de l'enfance, l'éligibilité à ces prestations n'a pas d'effets positifs forts sur le bien-être des enfants. Assurément, des éléments en provenance de Nouvelle-Zélande, des États-Unis et du Royaume-Uni montrent que cette condition d'emploi a des effets positifs sur les taux d'emploi des familles monoparentales (Moffitt, 2008 ; Pronzato et Mogstad, 2008 ; Wilson, 2000). Une réforme votée en Norvège, en 1998, dans un contexte d'offre publique importante de services de garde d'enfants, a imposé aux parents isolés une condition d'emploi ou d'études lors du troisième anniversaire du plus jeune enfant. Parallèlement, elle a relevé les prestations de plus de 20 %. On a constaté que la réforme avait accru l'emploi et les revenus et réduit la pauvreté des enfants, ce qui est un résultat important (Pronzato et Mogstad, 2008).

Services en nature

Les États offrent toute une série de services en nature aux familles avec enfants. En termes de dépenses, les interventions liées à la santé représentent le principal service public au très jeune enfant (moins de 3 ans) dans la plupart des pays de l'OCDE. Dans de nombreux pays, ces interventions englobent l'offre universelle de soins prénataux et postnataux. Si l'on étudie les schémas par âge des dépenses publiques de santé, on note un niveau moyen élevé de dépenses autour de la naissance, qui reflète en partie le coût relativement élevé de l'hospitalisation normale de la majorité des femmes qui accouchent. De plus, ce niveau moyen sera grevé par les interventions médicales très coûteuses pratiquées sur un nombre relativement faible de bébés présentant des complications souvent liées à une naissance prématurée. La plupart des pays de l'OCDE ont mis en place des systèmes gratuits ou fortement subventionnés de soins de santé primaires pour les enfants.

À un stade ultérieur, le principal service en nature offert aux enfants est la gratuité de l'enseignement préobligatoire, obligatoire et postobligatoire. Dans la plupart des pays de l'OCDE, ces services universels absorbent un montant considérable de financements publics. En matière d'éducation, les États font des choix selon des dimensions multiples incluant le programme d'études (tant en termes d'enseignement que d'activités physiques) et le programme d'alimentation scolaire pour ne prendre que deux exemples. En outre, les gouvernements de certains pays investissent dans toute une série de programmes publics ciblés visant à améliorer le bien-être des enfants, en particulier le bien-être des jeunes enfants à haut risque social de désavantage intergénérationnel, *via* des programmes de formation au rôle de parent, des visites à domicile et des structures d'accueil et d'éducation du jeune enfant.

Les services en nature sont souvent encouragés parce que les décideurs publics craignent que les parents, en particulier les parents défavorisés, n'aient pas l'incitation, la compétence ou l'information appropriées pour prendre les décisions bénéfiques d'un point de vue social (justification paternaliste)[8]. Cependant, le simple fait qu'un service (ciblé ou universel) soit offert ne signifie pas que les familles éligibles à ce service et dont les enfants en tireraient profit l'utiliseront. C'est aux parents qu'il incombe d'utiliser un service pour leur enfant.

Un choix important s'impose ici entre une politique de transferts monétaires et une politique de services en nature. L'efficacité relative de chacune variera probablement avec l'âge de l'enfant, les transferts monétaires étant plus efficaces dans le cas de jeunes enfants tandis que les services en nature (par exemple *via* l'enseignement universel) seront plus efficaces pour des enfants plus âgés. Il s'agit là assurément de la préférence indiquée par de nombreux pays de l'OCDE. L'efficacité relative peut également varier en fonction de la distribution des risques ou des résultats d'enfants d'un âge donné. Les enfants plus à risque peuvent profiter davantage de services en nature, leurs parents n'étant pas nécessairement en mesure d'utiliser le montant des transferts monétaires[9] au mieux de leurs intérêts.

Information et campagnes de santé publique

Les campagnes (publicitaires) de santé publique qui peuvent influer sur le bien-être des enfants sont notamment les campagnes anti-tabac ciblées sur les parents (qu'il s'agisse du tabagisme prénatal ou postnatal), les campagnes de promotion de l'allaitement maternel et de la sécurité des enfants, des campagnes de prévention des violences domestiques, etc.

Ciblage

Dans les pays de l'OCDE, on a beaucoup débattu, y compris au plan philosophique, des mérites respectifs de l'offre ciblée et de l'offre universelle de services en nature et de prestations monétaires pour les enfants. Le ciblage peut se faire sur la base des caractéristiques individuelles ou familiales de l'enfant (approche fondée sur l'enfant) ou des caractéristiques moyennes de la région dans laquelle il vit (approche fondée sur la région).

Le ciblage permet une utilisation plus intensive de maigres ressources pour remédier à un problème. Il peut être plus équitable que l'universalisme. Le ciblage peut réduire les faux positifs de l'universalisme (service offert alors qu'il n'est pas nécessaire). Mais, dans le même temps, le ciblage oublie inévitablement des enfants qui auraient pu profiter du service mais ne satisfont pas aux critères imparfaits du ciblage (faux négatifs). Le ciblage dissuade également de travailler si les droits à prestations diminuent lorsque le revenu des parents augmente. Le ciblage peut stigmatiser les parents ou les enfants. On peut penser que les stigmates seront moindres chez les jeunes enfants, ceux-ci étant beaucoup moins sensibles aux pressions de leurs pairs ou de la société en dehors de chez eux que les adolescents. La stigmatisation est beaucoup plus probable dans le cas d'un service ciblé que dans celui de prestations monétaires dans la mesure où celles-ci sont anonymes alors que le service est plus visible.

Le ciblage peut également signifier que l'appel des classes moyennes à une amélioration de la qualité générale du service ne sera pas entendu. Autre problème : les régimes ciblés risquent de générer des coûts de transaction élevés qui, bien souvent, retombent sur les familles dans le besoin que cette politique vise à aider, ce qui risque de réduire sérieusement leur taux d'utilisation (Currie, 2006).

Une offre universelle de services pour les enfants peut éviter nombre des problèmes de ciblage mentionnés ci-dessus. L'utilisation d'un service universel peut être plus grande car les informations sur l'existence d'une prestation ou d'un service universel et du droit à ce service sont largement diffusées à la population. Mais l'universalité coûte cher. De plus, elle génère un gaspillage de ressources en offrant quelque chose à des enfants qui n'en ont pas besoin. Elle peut simplement fournir un service que les classes moyennes auraient pu s'offrir à titre privé, leur faisant ainsi un cadeau inespéré. Les services universels sont également plus enclins à une captation par les classes moyennes. Ces dernières ont les compétences voulues pour s'approprier des ressources universelles et les orienter vers leurs propres enfants. Un système universel peut avoir un impact moindre sur les inégalités dans la mesure où il conduit à un saupoudrage de ressources limitées. Un service universel comme l'éducation est souvent conçu de telle sorte que le montant affecté à la rémunération des enseignants ne peut être aisément utilisé pour récompenser des enseignants de qualité. Dans ces conditions, on récompense les enseignants plus performants en leur donnant des postes dans les établissements où les enfants sont bien préparés à l'école et c'est ainsi que des services universels ostensiblement égalitaires peuvent renforcer les inégalités pour les enfants.

Transferts monétaires conditionnels (CCT)

Les transferts monétaires conditionnels sont des transferts sociaux aux familles ou aux personnes qui sont conditionnés à un comportement (De Janvry et Sadoulet, 2004, p. 9 ; De Janvry, 2006, p. 49). Le but d'un transfert monétaire conditionnel est souvent d'accroître la demande pour un service gratuit qui n'est pas pleinement utilisé par tous.

Dans un programme de transferts monétaires conditionnels, les bénéficiaires des paiements doivent en échange avoir un comportement qui les rapproche d'un comportement social optimum. Si le montant des paiements est suffisamment élevé, ces transferts accessibles aux familles pauvres peuvent également contribuer de façon significative à atténuer la pauvreté et à améliorer d'autres dimensions du bien-être des enfants en augmentant le revenu familial.

Dans les pays de l'OCDE, le CCT le plus connu est le programme mexicain *Oportunidades*[10]. Lancé en 1997 sous le nom de *Progresa* pour soulager l'extrême pauvreté des populations rurales et briser le cercle de la transmission intergénérationnelle de la pauvreté, ce programme a été étendu en 2001 à l'ensemble du pays à l'exception des plus grosses agglomérations urbaines et rebaptisé *Oportunidades*. À l'heure actuelle, environ une famille mexicaine sur cinq en bénéficie. Les transferts monétaires que les familles pauvres reçoivent dans le cadre d'*Oportunidades* sont conditionnés à leur participation à des examens prénataux, cours de puériculture, vaccinations, suivi et complémentation nutritionnelle, check-up préventifs, éducation au rôle de parents et scolarisation des enfants. Ce programme réduit directement la pauvreté des revenus tout en augmentant l'utilisation des services, générant vraisemblablement des avantages positifs et durables pour les enfants. L'éligibilité au programme est déterminée en deux temps. Dans un premier temps, les communautés géographiques à forte concentration de familles pauvres sont identifiées. Les familles à revenu modeste sont identifiées ensuite à l'aide d'une série de variables approchées facilement observables et fortement corrélés à la pauvreté. Des prestations en espèces sont versées aux mères qui, à l'évidence, semblent plus susceptibles de les affecter à des dépenses pour les enfants.

Les conditions à remplir pour percevoir les prestations dépendent de l'âge de l'enfant. Avant la naissance, les femmes enceintes doivent se rendre dans des centres de consultation prénatale pour y recevoir des soins, des compléments nutritionnels et des cours d'éducation sanitaire. Les visites prénatales obligatoires sont au nombre de cinq et commencent dans les trois premiers mois de la grossesse. De la naissance à 2 ans, les enfants doivent être vaccinés, présentés tous les deux mois dans des centres de nutrition pour obtenir des compléments nutritionnels, et mesurés. Leurs parents doivent recevoir une formation sanitaire. Les femmes qui allaitent doivent se rendre dans des dispensaires pour y recevoir des soins postnataux, des compléments nutritionnels et une formation sanitaire. Entre 2 et 5 ans, les enfants doivent être amenés dans un dispensaire tous les quatre mois pour y être mesurés et recevoir des compléments nutritionnels si leur croissance est jugée insuffisante. Des certificats médicaux délivrés par des professionnels de la santé sont exigés pour avoir droit aux prestations monétaires.

Les évaluations de l'impact du programme *Oportunidades* sur la réduction de la pauvreté, la morbidité, la taille et l'anémie des enfants, leurs capacités motrices et leur scolarisation ont été largement positives. Pour les enfants de moins de 5 ans participant au programme, on a enregistré une réduction de l'incidence des maladies de 12 %, un plus grand nombre de visites dans les dispensaires et une progression de la présentation aux visites prénatales dans les trois premiers mois de la grossesse (Behrman et Skoufias, 2006, pp. 261-263). On a enregistré en outre une augmentation de la taille moyenne de 16 % entre un et 3 ans (Behrman et Skoufias, 2006, p. 263) et une amélioration importante de la motricité et du développement socio-émotionnel. Mais on n'a guère eu d'indications d'une amélioration des capacités cognitives. On n'a pas constaté un quelconque avantage à faire démarrer les prestations pendant la période prénatale plutôt que dans les deux premières

années de vie de l'enfant (Gertler et Fernald, 2004). Des simulations donnent à penser que le programme a réduit le taux de pauvreté de 10 %. Les chiffres bien supérieurs obtenus pour la profondeur de la pauvreté (réduction de 20 %) et pour sa sévérité (réduction de 45 %) reflètent la focalisation sur l'extrême pauvreté (Behrman et Skoufias, 2006, p. 253).

En Turquie, le Fonds social de solidarité (CCT) a été mis en place en 2001 dans le but de rompre la chaîne intergénérationnelle de la pauvreté en permettant aux enfants pauvres d'être en bonne santé et de rester scolarisés. Dans un premier temps, le CCT a été expérimenté dans six des 850 districts turcs. Il a ensuite été étendu à l'ensemble du pays. Il est ciblé sur les 6 % d'enfants les plus pauvres. Les familles sont identifiées *via* un critère supplétif de ressources. Le programme compte quelque 2.6 millions de bénéficiaires[11]. En 2005, il a été étendu aux femmes enceintes pauvres qui doivent se soumettre à des contrôles prénataux réguliers. Les femmes perçoivent une prime de naissance d'environ 40 USD à la condition d'accoucher dans un établissement de santé. Les enfants de 0 à 6 ans doivent être présentés régulièrement dans un dispensaire selon des protocoles médicaux basés sur l'âge comme la couverture vaccinale totale. Les enfants de 6 à 18 ans doivent être scolarisés dans des établissements adaptés à leur âge et leur un taux de présence doit être d'au minimum 80 %. Le programme impose également aux femmes de faire enregistrer leur mariage ce qui leur confère des droits légaux. Les naissances doivent être enregistrées à l'état-civil, ce qui confère aux enfants des droits de citoyenneté. Des allocations sont versées aux mères tous les deux mois. Leur montant est de 8 USD par mois pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 6 ans ; il augmente avec l'âge. Pour des garçons scolarisés dans le primaire, le montant est de 9 USD par mois. Pour les filles, il est plus élevé (12 USD par mois) afin de lutter contre les préjugés sexistes en matière de scolarisation. Au niveau du secondaire, il est de 18 USD par mois pour les garçons et de 26 USD par mois pour les filles. Les évaluations initiales de la réduction de la pauvreté et de la consommation des familles pauvres ont été favorables. Les effets en termes de vaccination des enfants, de scolarisation/présence à l'école dans le primaire et le secondaire ont été faibles mais mesurables ; ils ont été légèrement plus marqués pour les filles (Ahmed *et al.*, 2006).

Les évaluations concordent sur le fait que les CCT sont parvenus à faire en sorte que les services soient utilisés. Les preuves d'une amélioration des résultats à plus long terme sont beaucoup moins nombreuses. Cela signifie sans doute que l'on devrait se soucier davantage de la qualité du service. En outre, on ne connait pas très bien l'impact relatif des transferts monétaires sur l'utilisation des services ou de leur caractère conditionnel (Banque mondiale, 2006).

Les transferts monétaires conditionnels ayant des implications pour les enfants sont également courants dans d'autres pays de l'OCDE. New York expérimente actuellement le programme *Opportunity NYC* qui conditionne les transferts monétaires à la scolarisation obligatoire des enfants. Contrairement aux programmes turc et mexicain, *Opportunity NYC* n'a pas de composante petite enfance ou santé. Comme le soulignent Grogger et Karoly (2007, p. 1), un certain nombre de pays de l'OCDE (Canada, États-Unis et Royaume-Uni, par exemple) conditionnent l'aide sociale aux familles à l'emploi par le biais du crédit d'impôt dont bénéficient les revenus du travail. Depuis le milieu des années 90, les transferts monétaires conditionnés à l'emploi se sont développés dans de nombreux pays de l'OCDE (voir discussion ci-dessus).

Les allocations ou primes de naissance versées aux adultes qui ont des enfants répondent à la qualification de transferts monétaires conditionnels. Dans les pays de l'OCDE, l'efficacité globale de ces politiques pour la fécondité n'est pas très claire mais une bonne évaluation émanant d'Israël montre des effets positifs (Cohen *et al.*, 2007).

D'autres pays de l'OCDE ont également des programmes comportant une composante de transfert conditionnel pour les femmes enceintes ou les jeunes enfants. L'Australie, l'Autriche, la Finlande, la France, la Hongrie, le Luxembourg et le Royaume-Uni ont des programmes de protection sociale dans lesquels certains paiements sont conditionnés à l'utilisation de certains services pré ou postnataux universels et gratuits. En Autriche, le paiement de l'allocation universelle pour enfants suppose la présentation à dix contrôles sanitaires prénataux et postnataux (suivi du développement de l'enfant) tandis qu'en Hongrie le paiement de la prime universelle de naissance, qui était en 2006 de 230 EUR, impose aux futures mères de se soumettre à quatre examens prénataux. En Finlande, le versement d'une petite prime universelle de naissance de 140 EUR ou d'une subvention en nature plus importante est également conditionné à un examen médical prénatal. Au Luxembourg, le paiement d'une prime de 1 740 EUR, se décomposant en trois versements de même montant (le premier avant la naissance, le second à la naissance et le troisième après) est conditionné à la présentation de la mère et de l'enfant aux examens médicaux requis (cinq avant la naissance dont le premier avant le troisième mois de grossesse, un autre autour de la naissance de l'enfant et le troisième entre six mois et deux ans). Au Royaume-Uni, l'octroi de la *Sure Start Maternity Grant*, prime à la naissance sous condition de ressources d'un montant d'environ 728 EUR, est conditionné à la présentation d'un certificat signé par un professionnel de santé agréé, confirmant que la mère a bénéficié de conseils sanitaires prénataux et de conseils sur les besoins en termes de santé et de bien-être du bébé[12]. En France, trois examens postnataux de l'enfant, l'un dans la semaine suivant la naissance, le deuxième à 9 mois et le troisième à 2 ans permettent l'établissement du certificat de bonne santé requis pour percevoir l'allocation de base de la *Prestation d'accueil du jeune enfant* (PAJE), prestation sous condition de ressources versée jusqu'au troisième anniversaire de l'enfant[13]. En Australie, la *Maternity Immunisation Allowance* est une allocation universelle de vaccination effectuée en deux versements de 122 AUD chacun au titre d'enfants de 18 mois et d'environ 4 ans dûment vaccinés (au 1er janvier 2009). Pour recevoir en plus la *ChildCare Benefit*, il faut respecter le calendrier de vaccination établi[14]. Une évaluation méthodologiquement peu complexe mais favorable des mesures australiennes est disponible (voir Lawrence *et al.*, 2004).

Le maintien du versement des allocations pour enfants à la condition que « l'enfant » (qui peut parfois avoir plus de 18 ans) poursuive des études supérieures, est un autre programme de transferts conditionnels. Les pays de l'OCDE qui ont adopté ce type de politique de prestations conditionnelles sont notamment l'Allemagne, l'Autriche et l'Australie. Enfin, le programme de transferts monétaires conditionnels le plus important est celui du congé parental rémunéré qui verse aux parents des sommes importantes à la condition que ceux-ci sortent d'un emploi rémunéré pour s'occuper de leurs enfants.

Le modèle des « services en cascade »

Le modèle en cascade est une sorte de modèle hybride entre le régime universel et le régime ciblé. Il offre un point d'entrée universel et un traitement universel. Toutefois, il ajuste l'intensité du traitement aux risques sociaux observés durant le traitement universel. Globalement, si les ressources doivent être ciblées sur les individus à haut

risque, il est à maints égards justifié de mettre au point des systèmes sur tout le cycle de vie de l'enfant, offrant un service universel qui englobe toute la population, et collecte ensuite des informations pertinentes pour permettre un traitement plus intensif lorsque cela se justifie. En englobant toute la population, on a moins de chance que le service en lui-même soit stigmatisant. L'ensemble de la population est également soumis à examens de dépistage des sujets à risque. Les ressources ne sont pas ciblées de manière inefficace sur des personnes qui ont beaucoup moins besoin d'un service en cascade. Les problèmes de faux positifs et de faux négatifs continuent toutefois de se poser concernant les choix d'intensification. Un autre problème que posent les systèmes en cascade est celui du degré de délégation de pouvoir des prestataires (qui reçoit quel traitement). On n'a peu de preuves empiriques solides de l'efficacité des systèmes en cascade pour les résultats en termes de bien-être des enfants.

Le programme *Every Chance for Every Child* de visites à domicile pour les jeunes enfants mis en place par le gouvernement sud-australien (Government of South Australia, 2005) est un bon exemple de système en cascade pour les enfants. Il comporte un point de contact universel juste après la naissance (visite à domicile de chaque enfant) puis un service de suivi beaucoup plus intensif pour les enfants jugés à risque, qui utilise des informations pour l'essentiel recueillies au cours de la visite universelle.

Mesures du bien-être des enfants et politiques de l'enfance dans la zone OCDE

Nous allons examiner à présent la relation qui existe entre les indicateurs du bien-être des enfants et les politiques publiques de l'enfance. L'objectif est d'établir un premier lien entre les résultats en termes de bien-être des enfants et les choix des décideurs publics et d'examiner les associations générales qui peuvent être observées. Il faut préciser, dès le départ, qu'il ne s'agit pas d'analyser la relation de causalité entre les politiques de l'enfance et le bien-être des enfants. De simples associations bivariées appliquées à une coupe transversale d'au maximum 30 pays ne permettent pas de procéder à une analyse causale sérieuse des politiques. Toutefois, elles illustrent quelques faits stylisés intéressants sur la relation entre la dépense et les résultats en termes de bien-être des enfants.

Le tableau 7.1 regroupe les données sur les dépenses sociales au titre des enfants, discutées au chapitre 3 et les résultats pour six dimensions du bien-être des enfants, discutés au chapitre 2. Il établit une corrélation simple entre les résultats en termes de bien-être par pays et l'ensemble des dépenses au titre de tous les enfants, puis les dépenses au titre des enfants au cours des trois phases de la petite enfance, de la période intermédiaire de l'enfance et de la grande enfance. Lorsqu'on considère en premier lieu l'ensemble des dépenses au titre de tous les enfants, on observe une corrélation positive forte avec la dimension Santé et sécurité mais pas avec les autres mesures. Lorsqu'on considère les dépenses par âge de l'enfant, la corrélation avec la dimension Santé et sécurité demeure importante pour la petite enfance. De fait, la corrélation entre le total des dépenses dans la petite enfance et la dimension Santé et sécurité devient un peu plus forte. Aucune dimension du bien-être n'est fortement corrélée avec les dépenses engagées dans la période intermédiaire de l'enfance. Seule la dimension du bien-être matériel est importante pour les dépenses effectuées dans la grande enfance. Les autres corrélations sont de faible ampleur.

Tableau 7.1. **Les schémas de dépenses par âge et par type présentent des associations variées avec les différentes mesures du bien-être des enfants**

Corrélations entre les dimensions du bien-être des enfants et les dépenses sociales par stade de l'enfance et par type, en proportion du revenu médian, 2003

Dépenses selon le stade de l'enfance	Dimensions du bien-être des enfants					
	Bien-être matériel	Logement et environnement	Éducation	Santé et sécurité	Comportements à risque	Qualité de la vie scolaire
Pour tous les enfants (0-17ans)	0.29	0.13	–0.13	0.32	–0.04	0.02
Pour la petite enfance (0-5 ans)	0.28	0.13	–0.06	0.41	–0.16	0.02
Pour la période intermédiaire (6-11 ans)	0.09	0.02	–0.26	0.22	–0.07	0.16
Pour la grande enfance (12-17ans)	0.38	0.17	–0.07	0.22	0.13	–0.10

Association significative au niveau $p < 0.05$ Association significative au niveau $p < 0.10$

Source : Calculs de l'OCDE.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/712057615701

Recommandations de politiques pour améliorer le bien-être des enfants

De l'analyse effectuée aux chapitres précédents, on peut tirer quelques recommandations d'ordre général pour améliorer le bien-être des enfants dans les pays de l'OCDE. Il convient de considérer l'élaboration d'un système exhaustif de bien-être et de développement des enfants basé sur le cycle de vie de l'enfant. Ce système doit favoriser le bien-être présent et futur des enfants pour toute une série de dimensions du bien-être. Dans la mesure où les enfants constituent le groupe social dont l'espérance de vie est la plus grande, les politiques à destination des enfants doivent être plus fortement centrées sur l'avenir que s'agissant de tout autre groupe de population. Le système requiert une stratégie claire, simple et globale (pouvant inclure des objectifs de résultats pour le bien-être des enfants), une structure robuste de conseils et d'offre de services pour la mise en œuvre de la stratégie, une bonne compréhension de la situation existante des interventions dans le contexte de recherche et d'évaluation pertinent et une bonne connaissance des résultats existants en termes de bien-être des enfants. On pourrait commencer par une cartographie du système national existant dans un contexte de risque et de cycle de vie de l'enfant. On pourrait ensuite considérer, en se fondant sur des données probantes, les changements de politiques discrets et spécifiques, qui visent à élaborer un ensemble cohérent de politiques complémentaires, se renforçant mutuellement. Ces politiques pourraient avoir une approche multiniveaux du risque sur le cycle de vie, impliquant un mix d'interventions universelles, ciblées et cliniques. Elles viseraient à réduire le risque et à encourager les facteurs de protection. Le système mesurerait et contrôlerait les dépenses mais aussi les résultats intermédiaires et finals en termes de bien-être des enfants.

Ce qu'il faut faire tout au long du cycle de vie de l'enfant

Les États devraient concentrer leurs dépenses sur le début du cycle de vie de l'enfant (Center on the Developing Child at Harvard University, 2007). Or, dans la plupart des pays de l'OCDE ces dépenses se concentrent sur un stade plus tardif du cycle de vie de l'enfant. Les pays devraient investir davantage durant la période de plus grande malléabilité qui va de la conception de l'enfant à son entrée dans la scolarité obligatoire car c'est pendant ces années que se construisent les bases de sa réussite future. Sous réserve d'être bien conçues, des stratégies d'intervention des pouvoirs publics concentrées sur la petite enfance amélioreront à la fois l'efficacité et l'équité sociales.

En concentrant davantage les investissements sur un stade précoce de l'enfance, on s'attaque également à une préoccupation commune à de nombreux pays, à savoir les inégalités intergénérationnelles. En outre, des États soucieux d'atténuer les inégalités intergénérationnelles devraient également concentrer un montant disproportionné de dépenses sur les jeunes enfants à risque. Ils devraient dépenser relativement plus pour les enfants à haut risque de bien-être médiocre à tous les stades de leur cycle de vie. Ils devraient également faire en sorte que les investissements ultérieurs dans les enfants à haut risque complètent les investissements dans ces mêmes enfants effectués à un stade plus précoce. Il ne faut pas que les premiers succès obtenus pour ces enfants soient sans lendemain. Bien entendu, la façon d'identifier ces enfants et de les définir comme « à risque » pose des problèmes complexes (on trouvera au chapitre 4 une discussion de quelques approches simples et pratiques pour l'établissement des profils de risques).

La conclusion selon laquelle il est souhaitable d'intervenir à un stade plus précoce et de faire davantage pour les enfants les plus à risque n'est pas nouvelle. Un grand nombre de recherches récentes encouragent les interventions précoces en faveur des enfants à risque. L'argument est qu'il vaut peut-être mieux dépenser pendant la petite enfance en raison 1) d'un temps de retour plus long, 2) de la plus grande malléabilité des résultats cognitifs en début de vie et 3) de la complémentarité des dépenses précoces avec celles déjà engagées à un stade ultérieur du cycle de vie de l'enfant, en particulier dans le domaine de la scolarité obligatoire (Heckman 1999 ; Heckmann et Masterov, 2007). En outre, l'investissement dans le bien-être des enfants défavorisés au stade de la petite enfance présente des avantages considérables en termes de politique. Les taux de rendement de la constitution de compétences pour les jeunes enfants défavorisés sont plus élevés en raison des coûts sociaux à long terme importants, dont la criminalité, qui peuvent résulter de trajectoires négatives de développement auxquelles ils sont davantage exposés. Comme le montrent Heckman et Masterov (2007, p. 2) « l'investissement en faveur des enfants défavorisés est une des rares politiques sans arbitrage entre équité et efficacité. Il réduit l'inégalité associée au hasard de la naissance tout en augmentant la productivité de la société au sens large ». L'examen récent par Waldfogel des politiques de l'enfance souhaitables aux États-Unis, examen dans lequel 62 % de l'analyse de fond est consacré à l'examen d'un changement de politique au stade de la petite enfance, alors que 24 % seulement de la discussion porte sur la période intermédiaire de l'enfance et 14 % sur la grande enfance (Waldfogel, 2006b), est une bonne indication de ce recentrage sur l'investissement précoce. De plus, l'analyse des profils nationaux de dépenses par âge (chapitre 3) confirme le point de vue selon lequel c'est probablement au stade de la petite enfance que se situent les faiblesses de l'action des pouvoirs publics.

Mais intervenir tôt n'est pas tout (Rutter, 2007). Les interventions ciblées au stade de l'adolescence peuvent être très payantes (Aos *et al.,* 2004). Il serait logique que les États commencent à investir autant dans les moins de 5 ans que dans les enfants d'âge scolaire (Waldfogel, 2006b, p. 184).

Si les pouvoirs publics des pays de l'OCDE veulent vraiment réduire la transmission intergénérationnelle des handicaps et les coûts sociaux élevés, ils doivent peser sérieusement l'engagement de ressources plus importantes pendant la petite enfance par rapport au spectre des risques élevés de cette période. Les risques élevés peuvent se définir en termes de permutations des circonstances familiales, telles que niveau d'études des parents, faiblesse des revenus, absence parentale, jeunesse de la mère, famille nombreuse, parents souffrant de troubles mentaux, de dépendance à l'égard de la drogue ou de l'alcool,

isolement social, frères ou sœurs plus âgés ayant des problèmes ou dépendance des parents vis-à-vis des allocations. Les risques élevés peuvent également se définir en termes de résultats précoces de l'enfant. Ils peuvent s'analyser en termes de manifestation précoce de problèmes, en particulier d'externalisation de problèmes comportementaux ou de difficultés cognitives et liées à l'apprentissage. Toutefois, la pondération se fera inévitablement beaucoup plus en fonction des facteurs de risques familiaux, puisqu'on ne peut vraiment diagnostiquer les problèmes cognitifs ou comportementaux qu'à partir de trois ans.

Les interventions dans la petite enfance doivent se faire à la fois en nature et en espèces. Il vaut mieux que les politiques visant un spectre plus large de risques donnent lieu à des versements en espèces, ce qui permet aux parents d'utiliser les informations décentralisées dont ils disposent concernant leurs enfants pour construire plus efficacement leur bien-être actuel et futur. Concernant les suppléments de revenus, il est probablement préférable, du point de vue du développement de l'enfant, de les verser à la mère (ou au principal dispensateur de soins). Ces versements, qu'il vaut mieux effectuer à un stade précoce de l'enfance, peuvent atténuer l'incapacité des familles à réunir des fonds pour investir dans leurs enfants (imperfections du marché du crédit) (Dahl et Lochner, 2005 ; Duncan et Brooks-Gunn, 1997 ; Morris *et al.,* 2004). Toutefois, pour certaines familles, l'argent n'est pas forcément dépensé judicieusement pour les jeunes enfants ou il peut ne pas suffire. Plus le risque lié à la situation familiale est élevé, plus l'offre de services en nature sera efficace.

Même si un service gratuit est fourni aux jeunes enfants des familles à risques très élevés, il arrive que certains parents n'en profitent pas. Dans ce cas, il peut être utile d'expérimenter des transferts monétaires conditionnels. Les parents à haut risque pourraient percevoir des allocations supplémentaires pour accéder à un service gratuit universel pour leur enfant.

Programmes en vue d'améliorer l'environnement intra-utérin

L'environnement intra-utérin est important pour le bien-être des enfants après la naissance. Il faudrait donc étudier des politiques visant à améliorer sa qualité, en particulier à réduire le tabagisme des parents et à améliorer le régime alimentaire des futures mères (par exemple Melvin *et al.*, 2000). De nombreux pays pourraient réduire le nombre des visites universelles prénatales et s'efforcer de développer un système dans lequel des soins prénataux plus intensifs sont accordés en fonction des besoins. En outre, la période prénatale peut être un moment propice à une intervention en faveur des familles à haut risque pour leur inculquer les compétences parentales qui leur seront bien utiles pendant les premières années de vie de leur enfant (voir chapitre 4).

L'utilisation des services prénataux gratuits par les femmes enceintes à haut risque peut constituer un problème particulier. Au lieu de simplement conditionner l'accès aux allocations à l'utilisation des services, comme le font certains pays, les décideurs pourraient envisager de mettre en place un système incitatif de transfert monétaire conditionnel supplémentaire ou de transfert conditionnel (coupon alimentaire, par exemple) pour les mères qui répondent à certains critères de risques (parent isolé, parents jeunes, pauvres, etc.). L'aspect positif d'un transfert monétaire conditionnel peut être plus attractif que le non-versement de prestations en cas de non- utilisation de services gratuits. En outre, les enfants ne sont pas pénalisés par la perte d'allocations par les parents si ceux-ci n'utilisent pas des services gratuits.

Changement de politique pour encourager le choix de l'allaitement maternel

Étant donné les nombreuses indications de ses effets bénéfiques importants pour le développement cognitif des enfants, il peut être approprié de changer de politique afin d'encourager le choix de l'allaitement maternel. Les politiques à mettre en œuvre pour permettre de faire le choix d'un allaitement maternel exclusif de six mois, conformément aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé, peuvent inclure l'adoption d'une législation encourageant l'allaitement maternel sur le lieu de travail, une modification de l'offre de services de maternité des hôpitaux et un aménagement de la durée du congé parental (voir chapitre 4).

Programmes visant à améliorer les soins postnataux

Comme les soins prénataux, les soins postnataux doivent être davantage ciblés dans le cadre global d'un système universel. Le nombre des visites postnatales pourrait être réduit dans de nombreux pays et les ressources ainsi libérées pourraient être affectées à une intensification accrue des services en présence de premiers résultats médiocres ou de facteurs de risque défavorables (voir chapitre 4).

Programmes ciblés d'éducation et de visite à domicile des jeunes enfants

Pour les enfants nécessitant des améliorations précoces plus importantes de leur environnement, il faudrait envisager des programmes d'éducation et de visite à domicile des jeunes enfants ciblés, de qualité, et intensifs. Une forte focalisation des programmes éducatifs sur les résultats cognitifs pourrait être nécessaire parce que, d'une part, ces résultats seront probablement plus malléables au début du cycle de vie et que, d'autre part, tous les programmes évalués comme des succès se sont focalisés sur les résultats cognitifs.

Pour les pays où le système des visites à domicile existe, il est en outre recommandé de créer et de renforcer des services en cascade sur la base du risque observé. À cet effet, il peut être utile, au stade prénatal ou postnatal, d'avoir une forte composante visites à domicile lorsque le contexte culturel du pays le permet. Les visites à domicile peuvent jouer un rôle important dans l'utilisation des services dans la mesure où elles réduisent le coût pour la famille d'un contact extérieur et permettent à un visiteur qualifié d'évaluer par lui-même l'environnement familial et les besoins de services plus intensifs.

Pour les enfants extrêmement défavorisés, les pays pourraient envisager, entre la naissance et l'âge de la scolarité obligatoire, des interventions plus intensives encore que la cascade de systèmes postnataux de santé et de développement de l'enfant, qui pourraient alors fonctionner comme principal point de référence. Ces interventions pourraient offrir aux enfants défavorisés un mélange de programmes de formation au rôle de parent, d'éducation du jeune enfant et de visites à domicile. L'objectif serait d'offrir aux enfants défavorisés un environnement plus riche hors du cadre familial tout en travaillant parallèlement à améliorer la qualité de l'environnement familial.

Améliorer la qualité de l'éducation du jeune enfant

Pour certains pays dans lesquels la plupart des enfants suivent un enseignement préscolaire, une amélioration de la qualité des services offerts s'impose (OCDE, 2006 et 2007a).

Réaffecter aux enfants défavorisés les ressources allouées à la scolarité obligatoire

L'école constitue un environnement d'une importance primordiale pour la phase intermédiaire de l'enfance et la grande enfance. Tous les pays de l'OCDE dépensent déjà des sommes considérables au titre de la scolarité obligatoire. Les enfants favorisés ayant reçu des bases solides sont les plus à même de tirer parti de cette dépense. Compte tenu des recommandations d'accroissement du poids relatif du portefeuille d'investissement dans la petite enfance, les politiques mises en œuvre dans la phase intermédiaire de l'enfance et la grande enfance doivent s'attacher à améliorer la qualité des dépenses de base du portefeuille d'investissement dans les enfants.

Lorsque les enfants entrent dans la scolarité obligatoire, les politiques doivent compléter les interventions précoces en faveur des enfants à risque, ce qui signifie, dans une large mesure, réorienter les ressources scolaires existantes des enfants favorisés vers les enfants défavorisés.

Une façon d'encourager les investissements complémentaires pourrait être de réallouer à l'enseignement obligatoire le stock existant d'enseignants du système éducatif, là encore *via* une cascade de services universels. Les preuves de l'importance de la qualité des enseignants pour les résultats éducatifs pendant la phase intermédiaire de l'enfance et la grande enfance sont innombrables (Haskins et Loeb, 2007). La cascade pourrait être considérée en termes de service scolaire universel l'intensification s'opérant en affectant les meilleurs enseignants aux écoles dont les élèves sont le plus à risque, et à l'intérieur des écoles aux élèves les plus défavorisés (Haskins et Loeb, 2007). Le versement de primes en est une autre. Dans certaines régions des États-Unis, par exemple, les enseignants travaillant dans des établissements défavorisés perçoivent des primes ; cette possibilité mérite d'être étudiée de plus près (Murname, 2007 ; Murname et Steele, 2007).

Dans les pays de l'OCDE où la scolarité obligatoire s'arrête avant 18 ans, des politiques visant à relever l'âge légal de fin de scolarité sont parfois proposées pour parvenir à plus d'égalité. Des politiques alternatives, telles qu'un accès accru et moins onéreux à des programmes parascolaires de grande qualité, mais aussi l'allongement de la journée et de l'année scolaires et des programmes de mentorat peuvent être d'autres manières plus efficaces d'atteindre le même objectif (Waldfogel, 2006b). De même, un investissement plus précoce et mieux pensé peut être à la fois un moyen plus efficace et plus équitable d'encourager les enfants défavorisés à utiliser effectivement l'investissement complémentaire actuellement à leur disposition dans le système scolaire postobligatoire de la plupart des pays de l'OCDE.

Ce qu'il faut éviter de faire

Il est également des choses que les États devraient moins faire. Ainsi, certains pourraient moins dépenser au titre des politiques universelles de surmédicalisation de la naissance. La durée d'hospitalisation de la mère après une naissance normale en est un bon exemple. Une journée d'hôpital coûte cher. Or, tout donne à penser que les journées d'hospitalisation supplémentaires n'améliorent en rien le bien-être de l'enfant (voir chapitre 4). L'argent ainsi dépensé pourrait être mieux utilisé ailleurs.

Dans un grand nombre de pays de l'OCDE, les calendriers actuels de soins prénataux universels se focalisent trop sur le risque médical et pas assez sur le risque social. Bien souvent, ils imposent à des femmes enceintes à faible risque un trop grand nombre d'examens. En outre, le nombre effectif d'examens postnataux est souvent supérieur au

nombre programmé dans de nombreux pays de l'OCDE (voir chapitre 4). Une réduction du nombre des examens prénataux universels permettrait de financer des services intensifs plus ciblés sur les mères à haut risque. La démédicalisation et un recours accru aux infirmières et sages-femmes plutôt qu'à des obstétriciens et pédiatres pourraient également réduire les coûts dans de nombreux pays sans entraîner de diminution correspondante de la qualité des soins prénataux, dégageant ainsi des ressources pour des soins prénataux plus intensifs lorsque cela se justifie.

De surcroît, les États doivent étudier le moyen d'éviter d'engager des ressources dans des programmes que s'approprient les enfants privilégiés, en particulier des programmes s'adressant à des enfants qui ont passé l'âge de la scolarité obligatoire. De tels programmes sont susceptibles de renforcer les inégalités intergénérationnelles car les enfants qui suivent un enseignement postobligatoire ont déjà bénéficié d'années d'investissements publics très lourds. Les montants dépensés au titre de l'enseignement public postobligatoire sont extrêmement inéquitables dans la mesure où ils bénéficient de façon disproportionnée aux enfants issus de familles privilégiées. L'argument d'équité invoqué pour le versement d'allocations, comme le font de nombreux pays de l'OCDE, aux familles dont les enfants suivent un enseignement postobligatoire, est très mince. On a également peu d'indications que l'argent dépensé à ce stade du cycle de vie encourage la participation à l'enseignement supérieur des enfants issus de milieux défavorisés. L'aide publique à l'enseignement postobligatoire est déjà importante dans la plupart des pays de l'OCDE et les externalités économiques et sociales de l'enseignement postobligatoire sont probablement moindres que celles de l'enseignement préobligatoire ou de l'enseignement obligatoire précoce. On peut penser qu'il serait plus efficace et plus équitable d'envisager l'arrêt des prestations pour enfants à la fin de la scolarité obligatoire et d'affecter les ressources ainsi libérées à un relèvement du taux de paiement moyen, voire d'effectuer des paiements plus importants juste pendant la petite enfance.

Un certain nombre de pays de l'OCDE versent des prestations pour enfants plus élevées lorsque les enfants sont grands. L'augmentation des prestations avec l'âge de l'enfant se justifie habituellement par le fait qu'en grandissant les enfants coûtent plus cher. Ces coûts sont mesurés par le coût des biens et services marchands, pas par un coût d'opportunité global incluant le renoncement à un temps de loisirs. Si les prestations pour enfants sont établies sur la base de ce que coûtent les enfants, elles devraient refléter ces coûts. Des coûts d'opportunité plus élevés pour les parents de jeunes enfants sont un argument supplémentaire en faveur d'un basculement des dépenses publiques au titre des enfants sur les jeunes enfants plutôt que sur les enfants plus âgés.

Certains pays dépensent des sommes considérables au titre des prestations de longue durée aux familles monoparentales. Or, on a peu d'indications, sinon aucune, que ces prestations aient une influence positive sur le bien-être des enfants. Leur durée pourrait donc être réduite et les ressources correspondantes concentrées sur l'amélioration du revenu familial dans la première partie du cycle de vie de ces enfants.

Les choses à surveiller

L'impact sur le bien-être des enfants des structures familiales monoparentales suscite un intérêt considérable, du fait notamment de leur nombre grandissant dans les pays de l'OCDE. Les preuves que ces structures diminuent le bien-être des enfants comparées à des structures dans lesquelles les parents restent ensemble ne sont pas flagrantes mais elles ne peuvent pas non plus être négligées. S'il existe un lien de causalité entre le fait d'être

élevé dans une famille monoparentale et le bien-être des enfants, il est probablement faible. Il faut être attentif à l'évaluation, notamment en termes de résultats pour les enfants, des politiques actuellement expérimentées aux États-Unis pour maintenir la cohésion des familles.

Comment investir dans les enfants

La plupart des pays de l'OCDE dépensent des sommes considérables au titre des enfants. Il est courant de comparer ces dépenses à un investissement, ce qui reflète la forte focalisation future sur les politiques de l'enfance (voir, par exemple, Gabel et Kamerman, 2006). La métaphore de l'investissement est utile car elle rend compte du fait qu'une grande partie du bien-être de l'enfant se manifestera dans l'avenir. Elle peut conduire utilement à réfléchir sur l'investissement dans les enfants en termes de portefeuille d'investissements de types différents (Aos *et al.*, 2004). Comme le bien-être des enfants a des causes diverses, il existe de multiples façons de parvenir au même résultat en termes de bien-être. En conséquence, il n'existe certainement pas d'intervention ou d'investissement magique pour s'attaquer à tous les problèmes de bien-être des enfants (Waldfogel, 2004) et tout un arsenal d'interventions touchant à leur environnement (portefeuille d'investissements dans le bien-être des enfants) sont souhaitables.

Une approche systémique consisterait à soumettre le portefeuille d'investissements dans les enfants à un processus itératif et continu d'évaluations, de réaffectations et de réévaluations pour s'assurer qu'il génère effectivement des profits et qu'il améliore le bien-être des enfants. Des actions fortes de recherche et de suivi dans la zone OCDE, et en particulier une évaluation des résultats des politiques en termes de bien-être des enfants est nécessaire pour s'assurer que les portefeuilles d'investissement deviennent plus efficaces au fil du temps et que le bien-être des enfants s'améliore progressivement. Il est important d'évaluer la qualité des interventions à destination de l'enfance pour améliorer la qualité du portefeuille initial d'investissement dans les enfants par le biais d'un processus itératif dans le temps (Berlin, 2007). Les ratés doivent être éliminés et les succès renforcés sur la base des informations fournies par une bonne évaluation. Les informations tirées de dépenses additionnelles marginales au titre des enfants peuvent être utilisées dans cette phase pour permettre à l'avenir une meilleure affectation de la dépense initiale mais aussi pour que les demandes de dépenses supplémentaires futures se fondent sur des preuves de meilleure qualité.

Deux grandes dimensions sont essentielles lorsqu'on considère la réaffectation du portefeuille d'investissement dans les enfants. La première est la dépense de base existante au titre des enfants et la seconde les inscriptions marginales effectuées à ce titre au cours d'un cycle budgétaire annuel. Les dépenses additionnelles impliquent moins d'intérêts acquis et sont plus faciles à influencer. En revanche, la réaffectation des dépenses existantes est un point d'appui plus important pour actionner le levier du changement. Des examens de base systématiques, réguliers et bien informés des dépenses au titre des enfants peuvent contribuer grandement à l'amélioration du bien-être des enfants. Mais l'objectif de ces examens devrait être l'amélioration des résultats pour les enfants et non pas la recherche bien informée d'une réduction des dépenses, ce qui est leur motivation habituelle.

Les objectifs de bien-être des enfants sont d'un grand intérêt pour focaliser l'attention sur un problème. Ils incitent fortement politiciens et responsables de l'élaboration des politiques à atteindre leurs objectifs déclarés. Ils doivent être clairs et atteignables *via* un

changement de politique. Pour assurer une forte focalisation sur les résultats et les réalisations, les pays devraient fixer des objectifs de bien-être des enfants à moins que l'on puisse démontrer que ceux-ci ont de forts effets pervers comme celui d'inciter à faire passer les enfants de juste en dessous à juste au-dessus du seuil de pauvreté.

Les analyses coûts-avantages des programmes évalués fournissent des informations complémentaires pour le choix des meilleurs programmes. Ces analyses monétisent les coûts et avantages, dans toute la mesure du possible, déterminent leur schéma temporel et appliquent un taux d'actualisation approprié pour permettre la comparaison des coûts et avantages globaux. L'analyse coûts-avantages est donc un outil qui aide à choisir les investissements souhaitables pour les enfants. Mais elle n'est pas le seul outil. Des investissements ne produisant pas d'avantages positifs peuvent néanmoins être souhaitables s'ils modifient les trajectoires d'enfants dont les résultats médiocres sont jugés inéquitables. Les analyses coûts-avantages de l'investissement dans les enfants ont leurs atouts et leur limites (Karoly *et al.*, 2005, chapitre 5). En pratique, il n'existe qu'un petit nombre d'analyses coûts-avantages des interventions en faveur des enfants et certaines ont un degré limité de comparabilité du fait de l'utilisation de méthodes différentes (Karoly *et al.*, 2005 ; Aos *et al.*, 2004).

Améliorer les données sur les résultats en termes de bien-être des enfants

On a beaucoup débattu de l'invisibilité statistique des enfants (Casas, 1997). Les informations comparatives sur le bien-être des enfants dans les pays de l'OCDE sont très minces comparées à la masse d'informations dont on dispose pour les adultes. La coordination de la collecte de données internationalement comparables sur le bien-être des enfants est donc d'une importance cruciale pour l'élaboration de meilleures politiques en faveur des enfants. Ces données doivent être collectées à tous les stades du cycle de vie des enfants et pour toutes les dimensions du bien-être. Les données internationalement comparables actuellement disponibles sont fortement centrées sur les résultats scolaires à la fin de l'enfance. Les données régulièrement disponibles et internationalement comparables sur le bien-être au stade de la petite enfance et du début de la période intermédiaire de l'enfance sont minces voire inexistantes. Pourtant, des éléments donnent à penser que c'est à ce stade que se forment les trajectoires des résultats en termes de bien-être à long terme d'un grand nombre d'enfants, à la fois en tant qu'enfants et que futurs adultes.

Suivi et rapports réguliers et indépendants sur le bien-être des enfants

Pour savoir comment évolue le bien-être des enfants et élaborer des politiques plus performantes, il est essentiel de produire des rapports réguliers sur le sujet. La collecte d'informations de grande qualité et internationalement comparables sur le bien-être des enfants doit s'appuyer sur des rapports réguliers des résultats des enfants.

Comprendre le processus causal dynamique du bien-être et du développement des enfants

Pour comprendre les processus causaux du bien-être et du développement des enfants, les pays de l'OCDE doivent impérativement élaborer des enquêtes longitudinales sur les résultats en termes de bien-être des enfants et une information détaillée sur leurs expériences micro, meso et macroenvironnementales mais également encourager les recherches sur ces ensembles de données. De telles enquêtes coûtent cher et les modèles utilisés dans les différents pays de l'OCDE sont divers et variés, avec notamment les enquêtes sur échantillon et les ensembles de données administratives liées. Un certain

nombre de pays ont mis en place ce type d'enquêtes[15]. Les ensembles de données longitudinales englobant des fratries sont particulièrement précieux dans la mesure où ils permettent de prendre en compte la variation du bien-être au sein de la famille aussi bien qu'entre familles, permettant ainsi d'analyser l'importance des environnements familiaux partagés pour les résultats des enfants.

Évaluation de la qualité

Comme nous l'avons exposé, l'adoption d'une approche de portefeuille pour examiner l'investissement dans les enfants requiert des évaluations de qualité du changement de politique. Pour tester un grand nombre de changements de politique, il faut utiliser des essais contrôlés randomisés mais d'autres méthodes peuvent fournir aux décideurs une masse considérable d'informations précieuses. À titre d'exemple, des changements de politique ont été utilisés conjointement aux enquêtes longitudinales auprès des enfants pour examiner l'impact sur les résultats d'un changement de politique. Plusieurs études de Baker et Milligan (2007, 2008), qui ont utilisé l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) canadiens pour examiner différents impacts sur le bien-être des enfants d'allongements importants et onéreux pour le budget du congé de maternité, sont de bons exemples récents. Le fait que de telles enquêtes peuvent, si elles sont bien conçues, être utilisées pour évaluer les politiques, est un argument supplémentaire de leur intérêt, en plus de leur utilité pour l'examen des processus causaux plus larges du bien-être et du développement des enfants. Enfin, l'OCDE a un rôle à jouer dans la documentation et, lorsque cela sera possible, le codage détaillé des changements de politique pouvant affecter les résultats en termes de bien-être des enfants. Cela devrait encourager l'utilisation des données nationales recueillies au moyen de panels pour examiner l'influence des changements de politique sur les résultats des enfants. Tanaka (2005), qui étudie l'impact sur la santé du jeune enfant et des enfants, par pays et par année, de politiques modifiant la durée du congé parental rémunéré pour 18 pays de l'OCDE, est un bon exemple d'évaluation de politique.

Notes

1. Les seules informations comparatives aisément disponibles sur les structures gouvernementales de conseil, de financement et d'offre de politiques de la famille et des enfants proviennent des différents profils de pays du Columbia Clearinghouse on International Developments in Child, Youth, and Family Policies (*www.childpolicyintl.org/*) dans lequel on trouve les profils de 22 pays de l'OCDE. Bien souvent, ces profils ne distinguent pas clairement les responsabilités (tant principales que secondaires) en matière de conseil des politiques, et comportent un certain nombre d'erreurs, ce qui est à peu près inévitable. Les descriptifs indiquent que, dans la plupart des cas, une nébuleuse d'agences est en charge des politiques de l'enfance et de la famille, de leur financement et de l'offre de services à différents niveaux de l'administration.

2. Par exemple, l'Autriche, la Belgique, le Danemark, l'Espagne, la Finlande, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Islande, le Luxembourg, la Pologne, le Portugal, le Royaume-Uni et la Suède ont un médiateur (ombudsman) pour les enfants ou une institution similaire. Des services de ce type existent également ou sont actuellement proposés aux États-Unis dans plus de la moitié des États. Un grand nombre d'États australiens, plusieurs provinces canadiennes, mais également le Mexique et la Nouvelle-Zélande, ont des institutions similaires (voir *www.ombudsnet.org/enoc/network/index.asp*).

3. Pour les pays européens, voir Conseil de l'Europe (1998). Cette publication est incomplète en termes d'intervalles d'âge considérés. Elle n'indique pas, par exemple, l'âge légal des rapports sexuels consensuels (mais indique l'âge auquel une personne est en droit de se marier), non plus que l'âge auquel un individu est en droit d'obtenir son permis de conduire.

4. Les pays de l'OCDE énumérés ci-après ont supprimé (date entre parenthèses) le droit pour les parents d'infliger à leurs enfants un châtiment corporel : Allemagne (2000), Autriche (1989), Danemark (1997), Espagne (2007), Finlande (1983), Grèce (2006), Hongrie (2004), Islande (2003), Nouvelle-Zélande (2007), Norvège (1987 mais en 2005 une interprétation de la Cour suprême a autorisé les « petites claques »), Pays-Bas (2007), Portugal (2007) et Suède (1979). En Italie (1996), les châtiments corporels ont été interdits par décision de la Cour suprême. L'Irlande, le Luxembourg, la République slovaque et la République tchèque ont pris des engagements oraux dans ce sens mais aucune réforme n'a été enregistrée jusqu'ici. Pour une compilation mondiale d'informations sur la question, aller sur le site *www.endcorporalpunishment.org/pages/pdfs/charts/Chart-Global.pdf* (accès 17 mars 2008).

5. Pour une discussion d'une série d'effets potentiels pour le bien-être des enfants des modifications de la législation sur le divorce, voir Cáceres-Delpiano et Giolito (2008, pp. 7-10).

6. Pour un exemple concernant la nutrition, le United Kingdom Royal College of Obstetricians and Gynecologists a recommandé récemment l'addition d'acide folique dans la farine dans le but de réduire le nombre des naissances prématurées (*www.guardian.co.uk/society/2008/jan/31/health.medicalresearch*). Aux États-Unis, cette addition est obligatoire depuis 1998.

7. Pour la publicité visant les enfants en Europe, voir l'Observatoire européen de l'audiovisuel/European Audiovisual Observatory (2000). Si de nombreux pays de l'OCDE s'en remettent très largement à une autorégulation volontaire de l'industrie, la Suède a totalement interdit la publicité à destination des moins de 12 ans.

8. L'internalisation d'une externalité est parfois invoquée pour justifier une offre en nature. Toutefois, s'il existe une externalité positive, théoriquement la meilleure politique est habituellement de subventionner le bien.

9. On trouvera dans Currie et Gahvari (2007) une discussion des justifications des prestations en nature ; une partie de la discussion (pp. 48-51) traite explicitement des programmes pour les enfants et des preuves de ces justifications. Les justifications examinées sont le paternalisme, la compensation de distorsions fiscales par l'offre de services complémentaires à l'offre de main-d'œuvre (en particulier avec l'offre de services de garde d'enfants), l'offre en nature étant une forme effective d'autociblage, les coûts sociaux des prestations en nature connus des planificateurs sociaux, l'inadéquation des taux d'actualisation appliqués par les parents, le manque d'informations des parents, des considérations d'économie politique et des problèmes de représentation avec des parents qui imposent une redistribution à l'intérieur de la famille. Bien entendu, l'acquisition de services par les pouvoirs publics souffre également de nombreux problèmes d'information et de représentation.

10. Sur ce programme et sur d'autres programmes de transferts monétaires conditionnels en dehors de la zone OCDE, dont le programme *Bolsa Familia* au Brésil, voir le site de la Banque mondiale (*http://info.worldbank.org/etools/icct06/welcome.asp*).

11. Pour replacer ce chiffre dont on ne sait pas très bien s'il fait référence au nombre de familles ou au nombre d'enfants, dans un contexte plus large, l'édition 2007 de « L'OCDE en chiffres » fait état d'environ 20 millions de Turcs de moins de 15 ans en 2005.

12. Pour l'Autriche, la Finlande, la Hongrie et le Luxembourg voir les tableaux correspondants dans MISSOC *http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/2006* respectivement aux pages 91, 96, 40 et 92 et pour plus de détails sur la conditionnalité, *www.cnpf.lu/Pages/APO.HTM*; pour le Royaume-Uni, voir MISSOC p. 96. Les informations complémentaires pour le Luxembourg proviennent de *www.cnpf.lu/Pages/APO.HTM*, accès mars 2008.

13. Voir *www.caf.fr/cataloguepaje/BasePaje.htm#visites* (téléchargé en février 2008).

14. Voir *www.familyassist.gov.au/Internet/FAO/fao1.nsf/content/payments-mia* sur le paiement de la vaccination et *www.centrelink.gov.au/internet/internet.nsf/payments/qual_how_ccb.htm* sur la prestation pour garde d'enfants.

15. Pour les listes de ces études, voir Kogevinas *et al.* (2004) et Centre for Longitudinal Studies (2006).

Références

Ahmed, A., A. Kudat et R. Colasan (2006), « Evaluating the Conditional Cash Transfer Program in Turkey », 3e Conférence internationale sur les transferts monétaires conditionnels, Istanbul, *http://info.worldbank.org/etools/icct06/DOCS/English/Day1/Akhter_Turkey %20CCT %20Evaluation_EN.pdf*.

Akee, R. *et al.* (2008), « Parents' Incomes and Children's Outcomes: A Quasi-Experiment », IZA Discussion Paper n° 3520, Institute for the Study of Labor, Bonn, mai.

Aos, S. *et al.* (2004), *Benefits and Costs of Prevention and Early Intervention Programs for Youth*, Washington State University for Public Policy, Olympia.

Atkinson, A.B. *et al.* (2005), « Taking forward the EU Social Inclusion Process Report », rapport indépendant commandité par la Présidence luxembourgeoise du Conseil de l'Union européenne, version finale en date du 31 juillet 2005, *www.ceps.lu/eu2005_lu/report/final_report.pdf*.

Baker, M. et K. Milligan (2007), « Maternal Employment, Breastfeeding, and Health: Evidence from Maternity Leave Mandates », Document de travail du NBER n° 13188, juin.

Baker, M. et K. Milligan (2008), « Evidence from Maternity Leave Expansions of the Impact of Maternal Care on Early Childhood Development », Document de travail du NBER n° 13826, février.

Bebelo, M. et C. Lauer (2004), « Do Family Resources Matter? Educational Attainment during Transition in Poland », *Economics of Transition*, vol. 12, n° 3, pp. 537-558.

Becker, G. et N. Tomes (1986), « Human Capital and the Rise and Fall of Families », *Journal of Labor Economics*, vol. 4, n° 3, pp. S1-S39.

Behrman, J. et E. Skoufias (2006), « Mitigating Myths about Policy Effectiveness: Evaluation of Mexico's Antipoverty and Human Resource Investment Program », *Annals of the American Association of Political and Social Science*, vol. 606, pp. 244-275, juillet.

Belsky, J., J. Barnes et E. Melhuish (2007), *The National Evaluation of Sure Start: Does Area-based Early Intervention Work?,* The Policy Press, University of Bristol.

Berger, L.M., C. Paxson et J. Waldfogel (2005), « Income and Child Well-being », Center for Research on Child Well-being Working Paper n° 05-16-FF, Columbia University, juin.

Berlin, G. (2007), « Experimentation and Social Welfare Policy Making in the United States », MDRC, New York, novembre.

Björklund, A. et K. Richardson (2001), « The Educational Attainment of Adopted Children Born Abroad: Swedish Evidence », Miméo, University of Stockholm.

Blanden, J. et P. Gregg (2004), « Family Income and Educational Attainment: A Review of Approaches and Evidence for the UK », University of Bristol, Centre for Market and Public Organisation Working Paper n° 04/101.

Blau, D. (1999), « The Effect of Income on Child Development », *The Review of Economics and Statistics*, vol. 81, n° 2, pp. 261-276.

Blow, L. *et al.* (2005), « Parental Background and Child Outcomes: How Much Does Money Matter and What Else Matters? », Department for Education and Skills, Research Report n° RR660.

Bradshaw, J. (2006), « International Differences in Policies Towards Child Well-being », Plenary paper to the International Conference on child Cohort Studies, St Catherine's College, Oxford, 12-14 septembre.

Bradshaw, J. et N. Finch (2002), « A Comparison of Child Benefit Packages in 22 Countries », Department for Work and Pensions Research Report n° 174, Corporate Document Services, Leeds.

Burgess, S., C. Propper et J. Rigg (2004), « The Impact of Low Income on Child Health: Evidence from a Birth Cohort Study », CASE Paper n° 85, Centre for Analysis of Social Exclusion, London School of Economics, mai.

Cáceres-Delpiano, J. et E. Giolito (2008), « How Unilateral Divorce Affects Children », IZA Discussion Paper n° 3344, Institute for the Study of Labor, Bonn.

Casas, F. (1997), « Children's Rights and Children's Quality of Life: Conceptual and Practical Issues », *Social Indicators Research*, vol. 42, pp. 283-298.

Center on the Developing Child at Harvard University (2007), *A Science-Based Framework for Early Childhood Policy: Using Evidence to Improve Outcomes in Learning, Behavior, and Health for Vulnerable Children, www.developingchild.harvard.edu*.

Centre pour la recherche et l'innovation dans l'enseignement (2007), *Evidence in Education: Linking Research and Policy*, OCDE, Paris.

Centre for Longitudinal Studies (2006), « International Conference on Child Cohort Studies », 12 au 14 septembre 2006, St Catherine's College, Oxford, Programme and Abstracts.

Chevalier, A. *et al.* (2005), « The Impact of Parental Income and Education on the Schooling of their Children », IZA Discussion Paper n° 1496, Institute for the Study of Labor, Bonn.

Cohen, A., R. Dehejia et D. Romanov (2007), « Do Financial Incentives Affect Fertility? », Document de travail du NBER n° 13700, décembre.

Conseil de l'Europe (1998). *Ages at which Children are Legally Entitled to Carry out a Series of Acts in Council of Europe Member Countries,* Council of Europe, Strasbourg.

Currie, J. (2006), *The Invisible Safety Net: Protecting the Nation's Poor Children and Families*, Princeton University Press, New York.

Currie, J. et F. Gahvari (2007), « Transfers in Cash and In Kind: Theory Meets Data », Document de travail du NBER n° 13557, octobre.

Currie, J. et M. Neidell (2005), « Air Pollution and Infant Health: What Can We Learn from California's Recent Experience? », *Quarterly Journal of Economics*, vol. 120, n° 3, pp. 1003-1030.

Dahl, G.B. et L. Lochner (2005), « The Impact of Family Income on Child Achievement », *Document de travail du NBER n°* 11279, avril.

De Janvry, A. (2006), « Conditional Cash Transfer Programs in the Bigger Picture of Social Policy: Where do they fit? How can they be made to be more effective? », 3e Conférence internationale sur les transferts monétaires conditionnels, Istanbul, Turquie, 26-30 juin 2006, *http://info.worldbank.org/etools/icct06/DOCS/English/Day1/Alain_CCT_keynote_AM.pdf*.

De Janvry, A. et E. Sadoulet (2004), « Conditional Cash Transfer Programs: Are They Really Magic Bullets? », *ARE Update*, vol. 7, n° 6, pp. 9-11.

Department for Children, Schools and Families (2007), *The Children's Plan. Building Brighter Futures* (2007), Department for Children, Schools and Families, Londres, décembre.

Dooley, M. et J. Stewart (2007), « Family Income, Parenting Styles and Child Behavioural-Emotional Outcomes », *Health Economics*, vol. 16, pp. 145-162.

Doyle, O., C. Harmon et I. Walker (2007), « The Impact of Parental Income and Education on Child Health. Further Evidence for England », *Working Paper* n° 200706, Geary Institute, University College Dublin.

Duncan, G. (2006), « Income and Child Well-Being », 2005 Geary Lecture, The Economic and Social Research Institute, Dublin.

Duncan, G. et J. Brooks-Gunn (1997), *The Consequences of Growing Up Poor*, Russell Sage, New York.

Duncan, G. et J. Brooks-Gunn (éd.) (1997), *Consequences of Growing Up Poor*, Russell Sage Foundation, New York.

Duncan, G. et K. Magnuson (2002), « Policies to Promote the Healthy Development of Infants and Preschoolers », *www.northwestern.edu/ipr/publications/papers/2004/duncan/16childpolicy.pdf*. Une version révisée de ce rapport a été publiée sous le titre : Duncan, G. et K. Magnuson (2003), « Promoting the Healthy Development of Young Children », in I. Sawhill (dir. publ.), *One Percent for Kids,* Brookings, Washington DC, pp. 16-39.

Duncan, G. et K. Magnuson (2004), « Individual and Parent-based Intervention Strategies for Promoting Human Capital and Positive Behaviour », *www.northwestern.edu/ipr/publications/papers/2004/duncan/17jacobsconference.pdf*. Une version révisée de ce rapport a été publiée sous le titre : Duncan, G. et K. Magnuson (2004), « Individual and Parent-based Intervention Strategies for Promoting Human Capital and Positive Behavior », in P. Lindsay Chase-Lansdale, K. Kiernan and R. Friedman (dir. publ.), *Human Development Across Lives and Generations: The Potential for Change*, Cambridge University Press, Cambridge, pp. 93-135.

Duncan, G. *et al.* (1998), « How Much Does Childhood Poverty Affect the Life Chances of Children? », *American Sociological Review*, vol. 63, n° 3, pp. 406-423.

Duncan, G., J. Ludwig et K. Magnuson (2007), « Reducing Poverty through Preschool Interventions », *Future of Children*, vol. 17, n° 2, pp. 143-160.

Esping-Andersen, G. (2002), *Why We Need a New Welfare State*, Oxford University Press, New York.

Observatoire européen de l'audiovisuel (2000), « Regulation on Advertising Aimed at Children in EU Member States and Some Neighbouring States », *www.obs.coe.int/online_publication/reports/childadv.pdf.en*.

Folbre, N. (2008), *Valuing Children*, Harvard University Press, Cambridge, MA.

Folbre, N. *et al.* (2005), « By What Measure? Family Time Devoted to Children in the United States », *Demography*, vol. 42, n° 2, pp. 373-390.

Gabel, S. et S. Kamerman (2006), « Investing in Children: Public Commitment in Twenty-one Industrialized Countries », *Social Service Review*, vol. 80, n° 2, pp. 239-263, juin.

Gennetian, L. *et al.* (2002), *How Welfare and Work Policies for Parents Affect Adolescents: A Synthesis of Research*, MDRC, New York, mai.

Gertler, P. et L. Fernald (2004), « The Medium Term Impact of *Oportunidades* on Child Development in Rural Areas », Final Report (Fourth draft), *www.sarpn.org.za/documents/d0001264/P1498-Child_dev_terminado_1dic04.pdf*.

Government of South Australia (2005), *Family Home Visiting Service Outline*, Child, Youth and Women's Health Service, June, *http://cyh.com/library/CYWHS_FHV_Service_Outline.pdf*.

Greenwood, P. (2008), « Prevention and Intervention Programs for Juvenile Offenders », *The Future of Children*, vol. 18, n° 2, pp. 185-210.

Grogger, J. et L. Karoly (2007), « The Effects of Work-Conditioned Transfers on Marriage and Child Well-Being: A Review », NBER Working Paper n° 13485, octobre.

Haskins, R. et S. Loeb (2007), « A Plan to Improve the Quality of Teaching in American Schools », *The Future of Children Policy Brief*, Printemps, 8 pages.

Haveman, R. et B. Wolfe (1995), « The Determinants of Children's Attainments: A Review of Methods and Findings », *Journal of Economic Literature*, vol. 33, n° 4, pp. 1829-1878.

Heckman, J. (1999), « Policies to Foster Human Capital », document de travail du NBER n° 7288, août.

Heckman, J. (2007), « The Economics, Technology and Neuroscience of Human Capability Formation », IZA Discussion Paper n° 2875, Institute for the Study of Labor, Bonn.

Heckman, J. et D. Masterov (2007), « The Productivity Argument for Investing in Young Children », document de travail du NBER n° 13016, avril.

Ireland (2000), *The National Children's Strategy. Our Children – Their Lives*, Government Publications, Dublin, novembre.

Jenkins, S. et C. Schluter (2002), « The Effect of Family Income during Childhood on Later-life Attainment: Evidence from Germany », Institute for Social and Economic Research Working Paper n° 2002-20, University of Essex.

Karoly, L., R. Kilburn et J. Cannon (2005), « Early Childhood Interventions. Proven Results, Future Promise », Rand Corporation, Labor and Population, Santa Monica.

Kogevinas, M., A.-M. Nybo Andersen et J. Olsen (2004), « Collaboration is Needed to Co-ordinate European Birth Cohort Studies », *International Journal of Epidemiology*, vol. 33, n° 6, pp. 1172-1173.

Lawrence, G. *et al.* (2004), « Effectiveness of the Linkage of Child Care and Maternity Payments to Childhood Immunization », *Vaccine*, vol. 22, pp. 2345-2350.

Lefebvre, P. et P. Merrigan (1998), « Les antécédents familiaux, le revenu familial, le travail de la mère et le développement de l'enfant », Cahier de recherche n° 78, Université du Québec à Montréal, août.

Levy, D. et G. Duncan (2000), « Using Sibling Samples to Assess the Effect of Childhood Family Income », Joint Center for Poverty Research Working Paper n° 168, avril.

Løken, K. (2007), « Family Income and Children's Education: Using the Norwegian Oil Boom as a Natural Experiment », Document présenté à la XXIe Conférence annuelle de l'European Society for Population Economics, 14-16 juin.

Lundberg, S., R. Pollak et T. Wales (1997), « Do Husbands and Wives Pool Resources?: Evidence from the UK Child Benefit », *Journal of Human Resources*, vol. 32, pp. 463-380, été.

Maloney, T. (2004), « Are the Outcomes of Young Adults Linked to Family Income Experienced during Childhood? », *Social Policy Journal of New Zealand*, vol. 22, pp. 55-82, juillet.

Mayer, S. (1997), *What Money Can't Buy: Family Income and Children's Life Chances*, Harvard University Press, Cambridge, MA.

Maurin, E. (2002), « The Impact of Parental Income on Early Schooling Transitions: A Re-examination using Data over Three Generations », Journal of Public Economics, vol. 85, n° 3, pp. 301-332.

Mayer, S. (2002), *The Influence of Parental Income on Children's Outcomes*, Ministry of Social Development, Wellington, Nouvelle-Zélande.

Melvin, C. *et al.* (2000), « Recommended Cessation Counselling for Pregnant Women who Smoke. A Review of the Evidence », *Tobacco Control*, vol. 9, Suppl. III, pp. iii80-iii84.

Moffitt, R. (2008), « Welfare Reform: The US Experience », Working Paper n° 2008:13, Institute for Labour Market Policy Evaluation.

Morris, P., G. Duncan et C. Rodrigues (2004), « Does Money Really Matter? Estimating Impacts of Family Income on Children's Achievement with Data from Random-Assignment Experiments », downloaded from *www.cerforum.org/conferences/200406/papers/MorrisDuncanRodrigues.pdf,4,* décembre.

Murname, R. (2007), « Improving the Education of Children Living in Poverty », *The Future of Children*, vol. 17, n° 2, pp. 161-182.

Murname, R. and J. Steele (2007), « What is the Problem? The Challenge of Providing Effective Teachers for All Children », *The Future of Children*, vol. 17, n° 1, pp. 15-43.

New Zealand Ministry of Social Development (2002), *New Zealand's Agenda for Children*, Ministry of Social Development, Wellington.

OCDE (2006), *Petite enfance, grands défis II : Éducation et structures d'accueil*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2007a), *Bébés et employeurs – Comment réconcilier travail et vie de famille : Synthèse des résultats dans les pays de l'OCDE,* Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2007b), *L'OCDE en chiffres,* Éditions de l'OCDE, Paris.

Olds, D., L. Sadler et H. Kitzman (2007), « Programs for Parents of Infants and Toddlers: Recent Evidence from Randomized Trials », *Journals of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 48, n° 3/4, pp. 355-391.

Phipps, S. et L. Lethbridge (2006), « Income and the Outcomes of Children », *Analytical Studies*, Research Paper Series, Statistics Canada, Ottawa, mai.

Plug, E. et W. Vijverberg (2005), « Does Family Income Matter for Schooling Outcomes? », *Economic Journal*, vol. 115, pp. 879-906, octobre.

Pronzato, C. et M. Mogstad (2008), « Are Lone Mothers Responsive to Policy Changes? The Effects of a Norwegian Workfare Reform on Earnings, Education and Poverty », Institute for Economic and Social Research Working Paper n° 2008-15, avril.

Rutter, M. (2007), « Sure Start Local Programmes: An Outsider's Perspective », in Belsky *et al.* (dir. publ.), *The National Evaluation of Sure Start: Does Area-based Early Intervention Work?,* The Policy Press, University of Bristol.

Sacerdote, B. (2000), « The Nature and Nurture of Economic Outcomes », Document de travail du *NBER n° 7949*, octobre.

Santos, R. (2005), « Voices from the Field – Research on Home Visiting: Implications for Early Childhood Development (ECD) Policy and Practice across Canada », in R.E. Tremblay, R.G. Barr et RDeV Peters (dir. publ.), *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Centre of Excellence for Early Childhood Development, Montréal, Québec, disponible sur : *www.excellence-earlychildhood.ca/documents/SantosANG.pdf,* consulté en janvier 2008.

Skinner, C., J. Bradshaw. et J. Davidson (2007), *Child Support Policy: An International Perspective*, Department for Work and Pensions Research Report, vol. 405, Corporate Document Services, Leeds.

Tanaka, S. (2005), « Parental Leave and Child Health Across OECD Countries », *The Economic Journal*, vol. 115, pp. F7-F28, février.

Taylor, B., E. Dearing et K. McCartney (2004), « Incomes and Outcomes in Early Childhood », *Journal of Human Resources,* vol. 34, n° 4, pp. 980-1007.

Votruba-Drzal, E. (2006), « Economic Disparities in Middle Childhood Development: Does Income Matter? », *Developmental Psychology*, vol. 42, n° 6, pp. 1154-1167.

Waldfogel, J. (2001), « International Policies towards Parental Leave and Child Care », *The Future of Children*, vol. 11, n° 1, pp. 99-111.

Waldfogel, J. (2004), « Social Mobility, Life Chances, and the Early Years », Centres for Analysis of Social Exclusion, CASE Paper n° 88, novembre.

Waldfogel, J. (2006a), « What Do Children Need? », *Public Policy Research*, pp. 26-34, mars-mai.

Waldfogel, J. (2006b), *What Children Need*, Harvard University Press, Cambridge.

Waldfogel, J. (2006c), « Early Childhood Policy: A Comparative Perspective », in K. McCartney et D. Phillips (dir. publ.), *The Handbook of Early Childhood Development*, Blackwell, Londres.

Watson, T. et A. Fertig (2008), « Minimum Drinking Age Laws and Infant Health Outcomes », document de travail du NBER n° 14118, juin.

Whiteford, P. et W. Adema (2006), « Combating Child Poverty in OECD Countries: Is Work the Answer? », *European Journal of Social Security*, vol. 8, n° 3, pp. 235-256.

Wilson, M. (2000), « The Policy Response to the Employment Taskforce and Changing Patterns of Domestic Purpose Benefit Receipt: A Cohort Analysis », *Social Policy Journal of New Zealand*, vol. 14, pp. 78-103.

World Bank (2006), « Third International Conditional Cash Transfers Conference, Conference Proceedings », Istanbul, juin.

ÉDITIONS OCDE, 2, rue André-Pascal, 75775 PARIS CEDEX 16
IMPRIMÉ EN FRANCE
(81 2009 03 2 P) ISBN 978-92-64-05935-1 – n° 56878 2009

Assurer le bien-être des enfants

Le bien-être des enfants est l'une des grandes priorités des politiques publiques dans les pays de l'OCDE. Mais quel est le degré réel de bien-être des enfants aujourd'hui ? Quels sont les montants dépensés par les États au titre de l'enfance et ces dépenses interviennent-elles à un stade approprié ? Quelles sont les politiques sociales familiales qui ont le plus d'impact dans les premières années de la vie des enfants ? Le fait de grandir dans une famille monoparentale est-il préjudiciable pour les enfants ? Et les inégalités qui persistent d'une génération à l'autre menacent-elles le bien-être des enfants ?

Cette publication traite de ces questions et de bien d'autres. S'appuyant sur un large éventail de sources de données, elle construit et analyse différents indicateurs du bien-être des enfants dans les pays de l'OCDE. Ces indicateurs couvrent six dimensions essentielles : le bien-être matériel, le logement et l'environnement, l'éducation, la santé et la sécurité, les comportements à risque et la qualité de la vie scolaire. Ils montrent qu'aucun pays de l'OCDE n'est performant dans tous les domaines et que chacun d'eux pourrait faire davantage pour améliorer la vie de ses enfants et adolescents.

Elle analyse également les montants dépensés par les pays au titre de l'enfance et à quel stade interviennent ces dépenses ; c'est la première fois qu'un tel exercice comparatif est entrepris pour l'ensemble de la zone OCDE. D'autres chapitres examinent dans le détail les politiques à destination des enfants de moins de trois ans, l'impact de la monoparentalité sur les enfants et l'effet des inégalités intergénérationnelles. En conclusion, elle fait un certain nombre de recommandations d'ordre général en vue d'améliorer le bien-être des enfants.

À lire également

Croissance et inégalités : Distribution des revenus et pauvreté dans les pays de l'OCDE (2008)

Bébés et employeurs – Comment réconcilier travail et vie de famille : Synthèse des résultats pour les pays de l'OCDE (2007)

Le texte complet de cet ouvrage est disponible en ligne aux adresses suivantes :
www.sourceocde.org/enseignement/9789264059351
www.sourceocde.org/questionssociales/9789264059351

Les utilisateurs ayant accès à tous les ouvrages en ligne de l'OCDE peuvent également y accéder *via* :
www.sourceocde.org/9789264059351

SourceOCDE est une bibliothèque en ligne qui a reçu plusieurs récompenses. Elle contient les livres, périodiques et bases de données statistiques de l'OCDE. Pour plus d'informations sur ce service ou pour obtenir un accès temporaire gratuit, veuillez contacter votre bibliothécaire ou **SourceOECD@oecd.org**.

éditions OCDE
www.oecd.org/editions

ISBN 978-92-64-05935-1
81 2009 03 2 P