

UNICEF
Centre de recherche Innocenti

Bilan Innocenti 7

La pauvreté des enfants en perspective :

Vue d'ensemble du bien-être des enfants dans les pays riches

Une évaluation, la plus complète à ce jour, de la vie et du bien-être des enfants et des adolescents dans les pays économiquement avancés

Pour chaque enfant
Santé, Education, Egalité, Protection
FAISONS AVANCER L'HUMANITE

unicef 

Cette publication est la septième de la série des *Bilans Innocenti* qui visent à suivre et à comparer les résultats obtenus par les pays de l'OCDE pour garantir les droits de leurs enfants.

Tout extrait de ce *Bilan Innocenti* peut être librement reproduit en utilisant les références suivantes :

UNICEF, La pauvreté des enfants en perspective :
Vue d'ensemble du bien-être des enfants dans les pays riches,
Bilan Innocenti 7, 2007
Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF, Florence

© Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2007

Le texte complet et la documentation justificative peuvent être téléchargés à partir du site Internet du Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF.

Nous sommes reconnaissants au Comité allemand de l'UNICEF de sa contribution à la réalisation du *Bilan 7*, et remercions également le Comité suisse de l'UNICEF pour son aide.

Le Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF, situé à Florence, Italie, a été créé en 1988 pour renforcer la capacité de recherche du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et soutenir son engagement en faveur des enfants du monde entier.

Le Centre (connu auparavant sous le nom de Centre international pour le développement de l'enfant) anime la recherche dans les domaines d'activité de l'UNICEF présents et futurs. Ses principaux objectifs consistent à améliorer la compréhension internationale des questions liées aux droits de l'enfant et à promouvoir la pleine application de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant tant dans les pays industrialisés que dans les pays en développement.

Les publications du Centre constituent des contributions à un débat global sur des questions relatives aux droits de l'enfant et comportent de multiples opinions. Il se peut donc que le Centre produise des publications qui ne reflètent pas forcément les politiques ou les approches de l'UNICEF sur certains sujets.

Les opinions exprimées sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les politiques ou les points de vue de l'UNICEF.

Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF
12 Piazza SS. Annunziata
50122 Florence, Italie
Tél : (+39) 055 20 330
Fax : (+39) 055 2033 220
florence@unicef.org
www.unicef.org/irc

UNICEF
Centre de recherche Innocenti

Le niveau réel d'un pays se mesure à l'attention qu'il accorde à ses enfants, à leur santé et à leur sécurité, à leur situation matérielle, à leur éducation et à leur socialisation, ainsi qu'à leur sentiment d'être aimés, appréciés et intégrés dans les familles et les sociétés au sein desquelles ils sont nés.

LE BIEN-ÊTRE DES ENFANTS DANS LES PAYS RICHES

TABLEAU RECAPITULATIF

Le tableau ci-dessous présente les résultats de ce *Bilan* sous forme succincte. Les pays sont classés en fonction de la moyenne obtenue pour les six dimensions du bien-être de l'enfant qui ont été évaluées.¹ Un fond bleu clair indique une position dans le tiers supérieur, un fond bleu moyen indique une position moyenne et un fond bleu foncé indique une position dans le tiers inférieur.

		Dimension 1	Dimension 2	Dimension 3	Dimension 4	Dimension 5	Dimension 6
Dimensions du bien-être de l'enfant	Classement moyen (pour toutes les 6 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
Danemark	7.2	4	4	8	9	6	12
Finlande	7.5	3	3	4	17	7	11
Espagne	8.0	12	6	15	8	5	2
Suisse	8.3	5	9	14	4	12	6
Norvège	8.7	2	8	11	10	13	8
Italie	10.0	14	5	20	1	10	10
Irlande	10.2	19	19	7	7	4	5
Belgique	10.7	7	16	1	5	19	16
Allemagne	11.2	13	11	10	13	11	9
Canada	11.8	6	13	2	18	17	15
Grèce	11.8	15	18	16	11	8	3
Pologne	12.3	21	15	3	14	2	19
République tchèque	12.5	11	10	9	19	9	17
France	13.0	9	7	18	12	14	18
Portugal	13.7	16	14	21	2	15	14
Autriche	13.8	8	20	19	16	16	4
Hongrie	14.5	20	17	13	6	18	13
Etats-Unis	18.0	17	21	12	20	20	-
Royaume-Uni	18.2	18	12	17	21	21	20

Pays de l'OCDE ne disposant pas de données suffisantes pour être inclus dans la vue d'ensemble: Australie, Islande, Japon, Luxembourg, Mexique, Nouvelle-Zélande, République slovaque, Corée du Sud, Turquie.

Ce *Bilan* présente une estimation détaillée des conditions de vie et de bien-être des enfants et des adolescents dans 21 pays du monde industrialisé. Il vise à encourager le suivi, à permettre des comparaisons, et à promouvoir le débat et la mise en place de politiques d'amélioration de la vie des enfants.

Ce rapport marque un progrès important relativement aux *Bilans* précédents qui ont utilisé la pauvreté de revenu comme indicateur représentatif pour le bien-être général des enfants dans les pays de l'OCDE. Il vise en particulier à mesurer et à

comparer le bien-être des enfants sous six différents thèmes ou dimensions : bien-être matériel, santé et sécurité, éducation, rapports avec la famille et les pairs, comportements et risques, et enfin sentiment personnel de bien-être des intéressés eux-mêmes. Il se base en tout sur 40 indicateurs divers concernant la vie et les droits des enfants (voir pages 42 à 45).

Tout en dépendant fortement des données disponibles, cette évaluation est également guidée par une conception du bien-être de l'enfant inspirée à son tour par la *Convention relative aux droits de l'enfant* des Nations Unies (voir encadré page 40).

A notre avis, la définition implicite du bien-être de l'enfant utilisée dans ce rapport correspond aux points de vue et aux expériences d'un vaste public.

Chaque chapitre commence par une présentation aussi claire que possible des méthodes utilisées pour évaluer les différentes dimensions.

Principales constatations

- Les Pays-Bas sont en tête du tableau du bien-être général de l'enfant et se classent parmi les dix premiers pour toutes les six dimensions du bien-être de l'enfant couvertes par ce rapport.
- Les pays européens prévalent dans la moitié supérieure du tableau de classement général, quatre pays de l'Europe du Nord occupant les quatre premières places.
- Tous les pays ont des carences à combler et aucun d'eux ne figure dans le tiers supérieur du classement pour toutes les six dimensions du bien-être de l'enfant (bien que les Pays-Bas et la Suède n'en soient guère loin).
- Le Royaume-Uni et les Etats-Unis figurent dans le tiers inférieur du classement pour cinq des six dimensions examinées.
- Aucune dimension n'apparaît valable à elle seule comme indicateur du bien-être général de l'enfant et plusieurs pays de l'OCDE obtiennent un classement qui varie considérablement selon les diverses dimensions.
- Il n'y a pas de rapport direct entre le niveau de bien-être de l'enfant et le PIB par habitant. La République tchèque, par exemple, obtient un bien meilleur classement général que plusieurs pays nettement plus riches dont la France, l'Autriche, les Etats-Unis et le Royaume-Uni.

Evaluation et politiques

Qu'a-t-on à gagner à mesurer et à comparer le bien-être des enfants dans différents pays ?

Un axiome nous donne la réponse : *'Pour améliorer quelque chose, prends en d'abord la mesure'*. Déjà en soi la décision de mesurer incite à établir des orientations et des priorités du fait de la nécessité d'un certain consensus sur ce qui doit être mesuré, c'est-à-dire sur ce qui constitue un progrès. A longue échéance, l'évaluation sert de garde-fou aux politiques,

maintient l'action dans la ligne des objectifs, encourage la persévérance, signale rapidement l'échec ou le succès, entretient l'engagement, aiguise le sens des responsabilités, et contribue à une affectation plus efficace des ressources.

Sur le plan international, l'évaluation et la comparaison donnent un aperçu des forces et des faiblesses de chaque pays, montrant ce qui est réalisable *en pratique* et fournissant tant au gouvernement qu'à la société civile l'information nécessaire pour défendre et promouvoir l'application des droits des enfants et l'amélioration de leur existence. Avant tout, de telles comparaisons font apparaître que des niveaux donnés de bien-être de l'enfant ne sont pas inévitables mais conditionnés par les politiques; on peut donc interpréter les considérables différences en matière de bien-être de l'enfant relevées tout au long de ce rapport comme un guide élémentaire et réaliste d'amélioration possible pour tous les pays de l'OCDE.

Etant donné l'importance potentielle de cet exercice, tout a été fait pour surmonter les problèmes relatifs aux données limitées. Cependant on constate partout que les données disponibles sont souvent rien moins qu'idéales et présentent de considérables lacunes. On n'a pas pu inclure, par exemple, l'exposition des enfants à la violence domestique, tant comme victimes que comme témoins,² du fait des problèmes de définition et d'évaluation à l'échelle internationale. On n'a peut-être pas assez considéré, non plus, la santé mentale et le bien-être affectif des enfants, malgré les tentatives de refléter ce type de dimension difficile à mesurer (voir, par exemple, les résultats des enquêtes sur la façon dont les enfants eux-mêmes perçoivent leur existence, pages 34 et 38). Les différences d'âge et de genre ont également été insuffisamment abordées, à nouveau du fait de l'absence de ventilation des données ainsi que du fait que la plupart des statistiques disponibles concernent la vie d'enfants déjà grands. Le niveau de participation des enfants de trois et quatre ans à l'éducation préscolaire (pour lequel, là aussi, on ne dispose pas de données comparables sur le plan international) constitue une omission particulièrement regrettable.

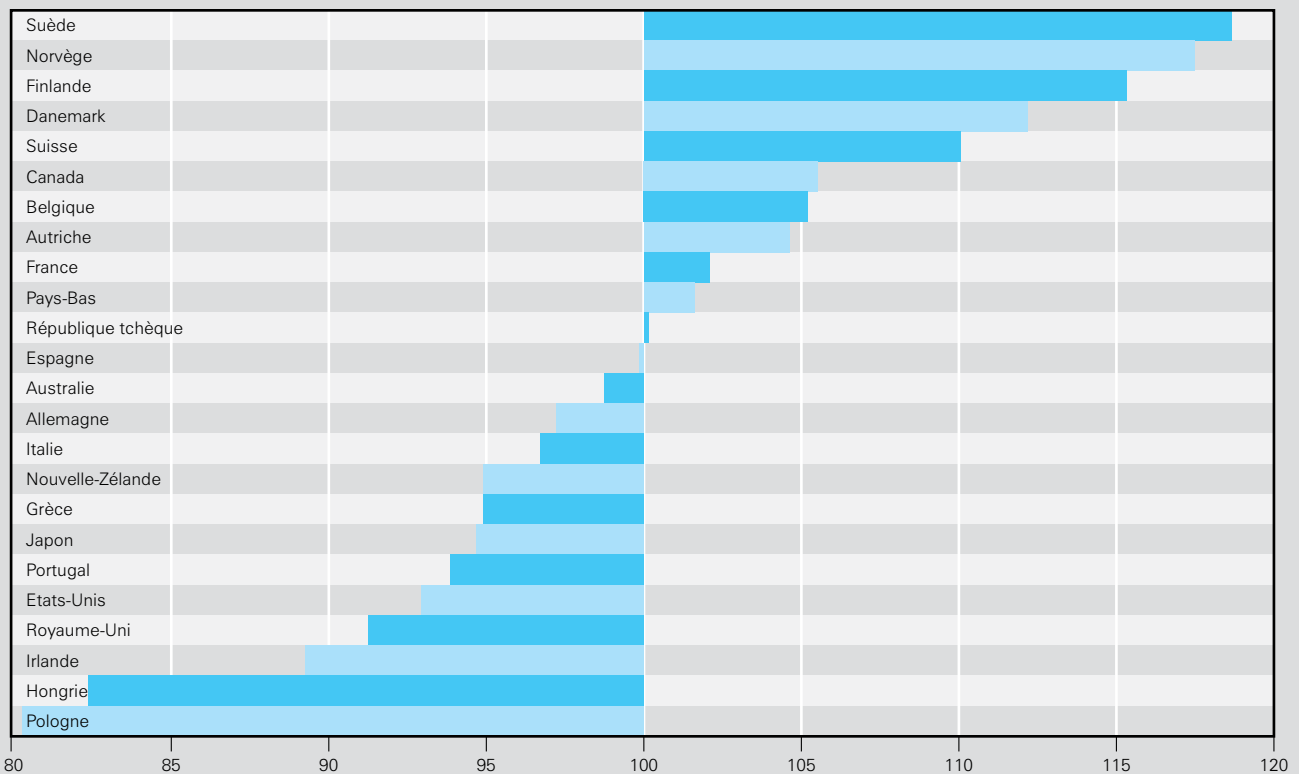
En dépit de ces limites, le *Bilan 7* invite à la discussion, ouvre de nouveaux horizons en rassemblant les meilleures données actuellement disponibles, et marque une avancée importante vers une vue d'ensemble multidimensionnelle de l'enfance dans une majorité de pays économiquement avancés.

Dimension 1

BIEN-ÊTRE MATÉRIEL

Tableau 1.0 Le bien-être matériel des enfants, vue d'ensemble de l'OCDE

Trois composantes ont été retenues pour représenter le bien-être matériel de l'enfant (voir encadré ci-dessous). Le tableau 1.0 indique la moyenne du résultat de chaque pays pour les trois composantes et met en évidence l'écart de chaque pays par rapport à la moyenne pour les 24 pays représentés.



Note: chaque pays a été placé sur une échelle déterminée par le score moyen du groupe dans son ensemble. L'unité utilisée est l'écart-type. Pour faciliter l'interprétation, les résultats sont présentés sur une échelle avec une moyenne de 100 et un écart-type de 10.

Evaluation du bien-être matériel

Le tableau de droite montre la façon dont on a établi l'indice de bien-être matériel de l'enfant. Le choix des indicateurs individuels reflète la disponibilité de données comparables au niveau international.

Pour chaque indicateur les pays ont reçu un score qui révèle dans quelle mesure ils se placent au-dessus ou au-dessous de la moyenne de l'OCDE. Lorsqu'on a utilisé plus d'un indicateur, on a calculé la moyenne des scores. De même, on a calculé la moyenne des scores des trois composantes pour obtenir le classement général de chaque pays en matière de bien-être de l'enfant (voir encadré page 5).

Bien-être matériel	COMPOSANTES	INDICATEURS
	pauvreté de revenu relative	– pourcentage d'enfants vivant dans des ménages avec des revenus équivalents inférieurs de 50% à la médiane nationale
	ménages sans travail	– pourcentage d'enfants vivant dans des familles où aucun adulte n'a d'emploi
dénuement	– pourcentage d'enfants indiquant une aisance familiale réduite – pourcentage d'enfants indiquant des moyens éducatifs insuffisants – pourcentage d'enfants indiquant la présence de moins de 10 livres dans la maison	

Le bien-être matériel des enfants

Cette vue d'ensemble du bien-être de l'enfant considère tout d'abord le bien-être matériel.

Trois composantes distinctes ont été prises en compte, la pauvreté de revenu relative, les ménages où aucun adulte n'a d'emploi, et les carences directes. Le tableau 1.0 (en face) réunit ces trois composantes dans un tableau de classement général du bien-être matériel de l'enfant.

Constatations principales

- Les taux les plus bas de pauvreté de revenu relative (moins de 5%) ont été relevés dans les quatre pays nordiques.
- Au total neuf pays – tous en Europe du Nord – ont porté le taux de pauvreté des enfants à moins de 10%.
- Le taux de pauvreté des enfants reste supérieur à 15% dans trois pays d'Europe du Sud (Portugal, Espagne, Italie) et dans trois pays anglophones (Etats-Unis, Royaume-Uni et Irlande).
- La République tchèque se classe devant plusieurs des pays les plus riches du monde dont l'Allemagne, l'Italie, le Japon, les Etats-Unis et le Royaume-Uni.
- L'Irlande, malgré la forte croissance économique des années 90 et son action soutenue contre la pauvreté, arrive 22ème sur 25 pays.

Pauvreté de revenu

Deux numéros antérieurs des *Bilans* ont été consacrés à la pauvreté des enfants dans les pays de l'OCDE (voir encadré page 7).

Des éléments en provenance de nombreux pays apportent continuellement la preuve que les enfants qui grandissent dans l'indigence sont plus vulnérables, généralement plus exposés à la maladie,

aux difficultés d'apprentissage et de comportement, à l'échec scolaire, aux grossesses précoces, à de médiocres qualifications et aspirations, aux bas salaires, au chômage, et à la dépendance de l'assistance publique. Cette liste de maux entraînés par la pauvreté ne doit cependant pas masquer le fait que de nombreux enfants issus de familles pauvres ne relèvent d'aucune de ces catégories. Mais en général les enfants élevés dans la misère sont en butte à des désavantages prononcés et évidents.

Le meilleur moyen d'évaluer la pauvreté des enfants serait de rassembler des données relatives à divers types de pauvreté, notamment la pauvreté relative, l'indigence absolue, ainsi que

l'étendue de la pauvreté (ce qui indiquerait non seulement combien d'enfants vivent en dessous du seuil de pauvreté mais aussi dans quelle mesure et depuis combien de temps).

Pauvreté de revenu relative

La pauvreté des enfants peut être mesurée dans un sens absolu, à savoir l'absence d'un ensemble minimum donné de biens et de services. Elle peut aussi être mesurée dans un sens relatif, à savoir le fait d'avoir un niveau de vie inférieur, de plus d'un certain degré, au niveau de vie moyen de la société dans laquelle ils vivent.

L'Union européenne a donné en 1984 cette définition de la pauvreté: "Les

Une échelle commune

- Tout au long de ce *Bilan*, les pays ont reçu un score général pour chaque dimension du bien-être de l'enfant, établi sur la moyenne des scores obtenus dans les trois composantes retenues pour représenter cette dimension. Si plus d'un indicateur a été utilisé pour évaluer une composante, on a fait la moyenne des scores relatifs à chaque indicateur. Cela donne une pondération équivalente pour les composantes qui forment chaque dimension, de même que pour les indicateurs à la base de chaque composante. Ce système de pondération équivalente est couramment employé en l'absence de raison impérative d'appliquer des pondérations différentes, mais cela ne signifie pas que tous les éléments utilisés sont considérés comme ayant la même importance.
- Dans tous les cas les scores ont été calculés selon la méthode du 'z-score', c'est-à-dire en utilisant une échelle commune dont les limites supérieures et inférieures sont définies par tous les pays du groupe. Cette méthode a l'avantage de révéler dans quelle mesure un pays se situe au-dessus ou au-dessous de la moyenne du groupe dans son ensemble. L'unité de mesure utilisée dans cette échelle est l'écart-type. En d'autres mots, un score de +1,5 signifie que le score du pays correspond à 1,5 fois l'écart moyen par rapport à la moyenne. Pour faciliter la compréhension, les scores relatifs à chaque *dimension* sont présentés sur une échelle avec une moyenne de 100 et un écart-type de 10.

Tableau 1.1 Pauvreté de revenu relative: pourcentage d'enfants (0-17 ans) dans des ménages au revenu équivalent de moins de 50% de la médiane

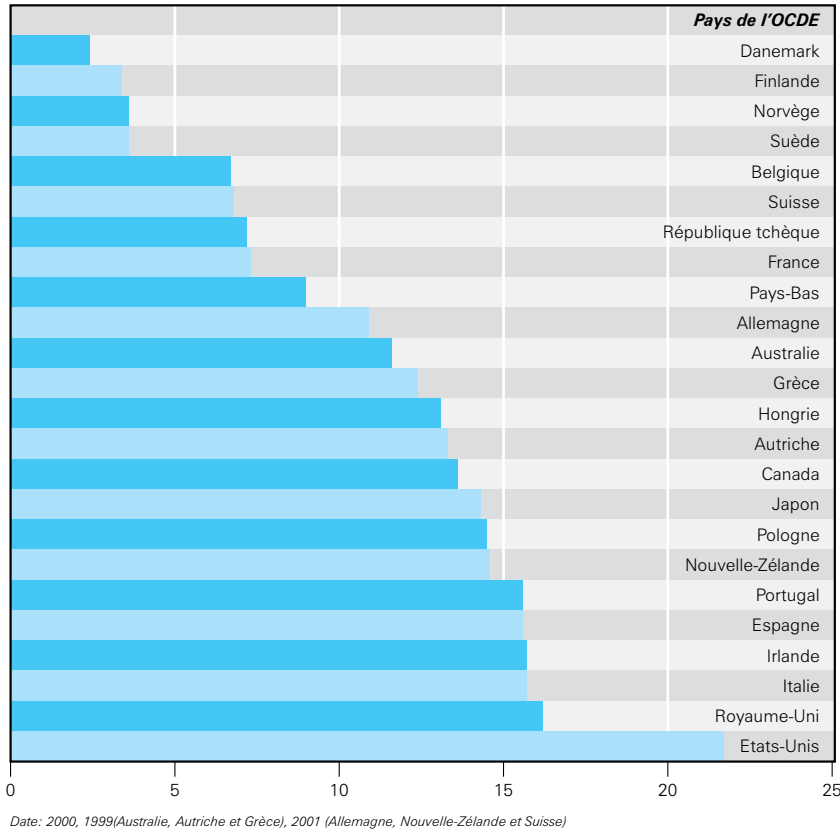
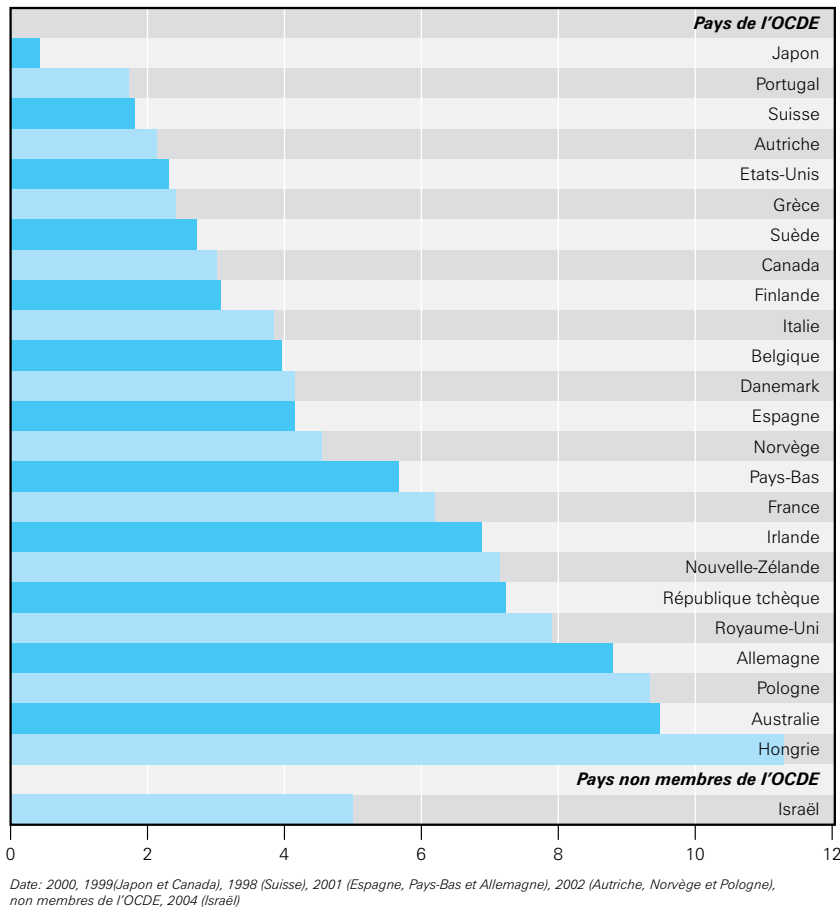


Tableau 1.2 Pourcentage de ménages en âge de travailler, avec des enfants, où aucun des parents n'a d'emploi



pauvres sont ceux dont les ressources (matérielles, culturelles, et sociales) sont limitées au point de les exclure du mode de vie minimum acceptable dans les Etats membres dans lesquels ils vivent". A des fins pratiques et statistiques, cela s'est généralement traduit par l'établissement des seuils de pauvreté à un certain pourcentage du revenu médian national.

Le tableau 1.1 indique le pourcentage d'enfants élevés dans une pauvreté relative – définie comme la vie au sein d'un ménage dont le revenu équivalent est inférieur à 50% de la médiane nationale – dans 24 pays de l'OCDE.³

Des critiques ont été avancées sur ce que la pauvreté relative n'est pas la pauvreté 'réelle', soulignant le fait que beaucoup de ceux vivant au-dessous des seuils de pauvreté relative ont un niveau de vie plus élevé que jamais auparavant ou que la plupart de celui des enfants dans le monde actuel. Toutefois ce point de vue méconnaît le fait que l'élément incisif de la pauvreté, de nos jours, dans les pays de l'OCDE, est le contraste quotidien entre la vie des pauvres et celle des autres.

Cependant une comparaison internationale basée sur un seuil de pauvreté établi à 50% du revenu médian national présente une image incomplète en ce qu'elle ne tient pas compte des différences en matière de richesse nationale. Elle fait apparaître, par exemple, que le taux de pauvreté des enfants est plus élevé aux Etats-Unis qu'en Hongrie, mais ne révèle pas que 50% du revenu médian (pour un couple avec deux enfants) correspondent à environ 7.000 \$ en Hongrie et à 24.000 \$ aux Etats-Unis. Le fait qu'un moindre pourcentage d'enfants soient élevés dans la pauvreté en République tchèque qu'en France, ou en Pologne qu'en Italie, ne signifie pas que les enfants tchèques ou polonais sont plus aisés, mais que leurs pays connaissent une plus juste répartition des revenus. En d'autres mots le tableau 1.1 nous apprend

beaucoup sur l'inégalité et l'exclusion mais peu sur l'indigence matérielle absolue.

Même au sein des divers pays, la pauvreté de revenu relative ne révèle pas *dans quelle mesure* les familles se situent en dessous du seuil de pauvreté, ni pour quelle durée. En outre un tel mode de mesurer la pauvreté des enfants se base sur le revenu du ménage et part de l'hypothèse d'une famille bien organisée au sein de laquelle les ressources disponibles sont distribuées avec une certaine équité, et où le nécessaire l'emporte sur le superflu. Un enfant souffrant de dénuement matériel extrême du fait de l'alcoolisme ou de la toxicomanie d'un de ses parents, par exemple, n'est pas classé comme pauvre si le revenu familial est supérieur à 50% de la médiane nationale.

La pauvreté relative est donc un indicateur nécessaire mais non suffisant du bien-être matériel des enfants, et doit être complétée par une autre façon de mesurer le dénuement.

Chômage

Plusieurs études ont constaté que le fait de grandir dans un ménage où aucun adulte n'a d'emploi est étroitement lié au dénuement, en particulier en cas de chômage persistant. C'est pourquoi on a choisi comme deuxième composante la proportion d'enfants élevés dans des ménages où aucun adulte n'a d'emploi, pour obtenir une image plus étoffée de la pauvreté matérielle des enfants.

Le tableau 1.2 mesure un autre aspect de la pauvreté. Les Etats-Unis, par exemple, sont passés de la dernière place au tableau 1.1 à la cinquième au tableau 1.2, alors que la Norvège est tombée de la troisième à la quatorzième place. Ces changements pourraient refléter de bas salaires pour les adultes ayant un emploi dans certains pays, comme de généreuses indemnités pour les chômeurs dans d'autres pays. Dans les deux cas, cela vient compléter l'image de la pauvreté

Extraits de Bilans antérieurs

Les Bilans 1 (2000) et 6 (2005) abordaient la question de la pauvreté de revenu des enfants dans les pays de l'OCDE. Voici quelques-unes de leurs constatations principales:

- Ces dernières années, la pauvreté des enfants a augmenté dans 17 des 24 pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données.
- La Norvège est le seul pays de l'OCDE où la pauvreté des enfants peut être définie très faible et en baisse.
- Des dépenses publiques plus élevées en faveur de la famille et du progrès social vont de pair avec des taux de pauvreté des enfants plus bas. Aucun pays de l'OCDE consacrant 10% ou plus du PIB aux dépenses sociales ne présente un taux de pauvreté des enfants supérieur à 10%. Aucun pays consacrant moins de 5% du PIB aux dépenses sociales ne présente un taux de pauvreté des enfants inférieur à 15%.
- Les différences des politiques publiques s'avèrent être à l'origine de la plupart des différences du niveau de pauvreté des enfants parmi les pays de l'OCDE.
- On constate qu'il y a peu de rapport entre le niveau de l'emploi et le niveau de pauvreté des enfants. Les différences de taux de pauvreté des enfants à travers les pays sont dues principalement à la distribution de l'emploi parmi les divers types de ménage, à la proportion des bas salaires parmi ceux qui travaillent, et au niveau des prestations sociales publiques en faveur des chômeurs et des petits salariés.
- Les variations entre les pays quant à la proportion d'enfants grandissant dans une famille monoparentale n'expliquent pas les taux de pauvreté nationaux. En Suède, par exemple, où la proportion d'enfants vivant dans une famille monoparentale est plus élevée qu'aux Etats-Unis ou au Royaume-Uni, le taux de pauvreté des enfants est beaucoup plus bas que dans chacun des deux autres pays.
- Il y a de grandes différences dans les taux de pauvreté des enfants même parmi des pays dont les niveaux de dépenses publiques sont à peu près semblables.
- Tous les pays de l'OCDE pourraient envisager avec réalisme de porter à moins de 10% les taux de pauvreté relative des enfants. Les pays qui y sont déjà arrivés pourraient se donner pour nouvel objectif de rattraper les quatre pays nordiques en portant le taux de pauvreté des enfants à moins de 5%.
- Dans de nombreux pays de l'OCDE on constate une forte tendance vers des revenus relatifs plus bas pour les travailleurs les plus mal payés.
- Les pays de l'OCDE tendent à allouer toute augmentation des dépenses sociales principalement aux retraites et à la santé au détriment d'autres investissements en faveur des enfants.

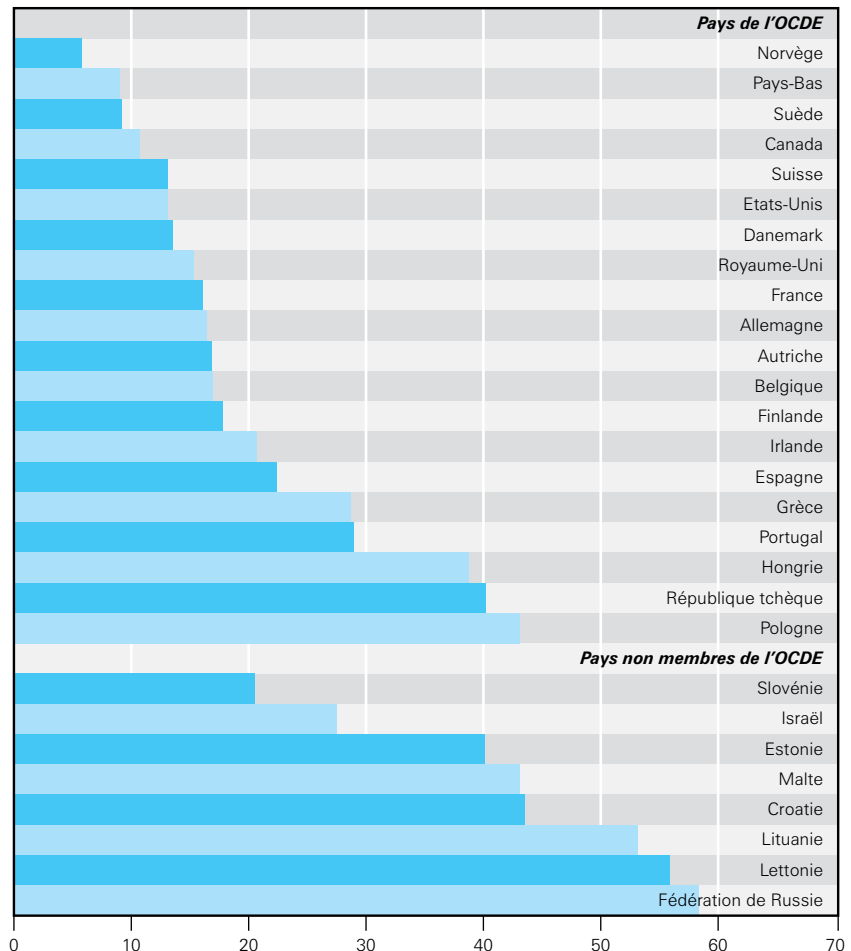
des enfants. Il manque toutefois une mesure plus directe du dénuement matériel des enfants.

Dénuement

Malheureusement, il n'existe pas de mesures de dénuement matériel comparables sur le plan international, ni de définition convenue de ce que signifie 'le droit à un niveau de vie approprié'. Il n'est donc pas possible de comparer la proportion d'enfants de chaque pays qui souffrent de dénuement matériel en ce sens qu'ils manquent des biens essentiels comme une alimentation, des vêtements et un logement convenables. A nouveau, les divers gouvernements peuvent disposer d'indicateurs reflétant ce type de dénuement au niveau national, mais en l'absence de définitions et de données internationales, trois indicateurs ont été retenus qui, rassemblés, peuvent fournir des éclaircissements valables (tableaux 1.3a, 1.3b, et 1.3c).

Le tableau 1.3a utilise l'*Echelle d'aisance familiale* employée dans le contexte de

Tableau 1.3a Pourcentage d'enfants de 11, 13 et 15 ans déclarant une aisance familiale réduite



Date: 2001/02

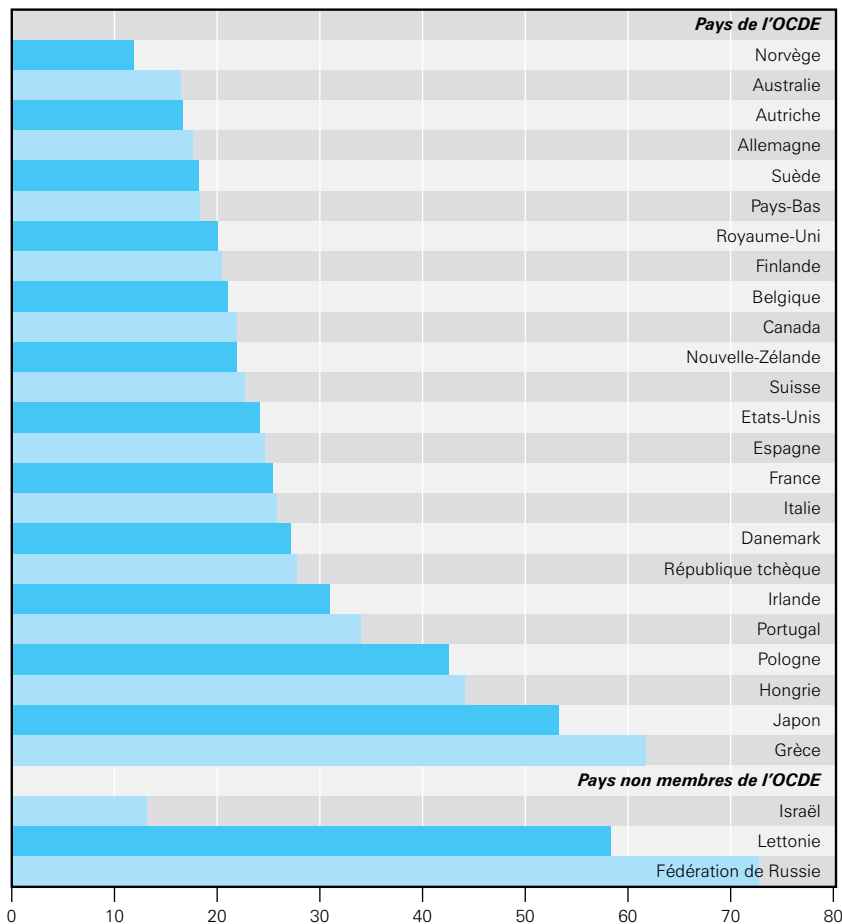
Pauvreté relative

Ces dernières années, la pauvreté relative des enfants est devenue un indicateur-clé pour les gouvernements de nombreux pays de l'OCDE. L'Union européenne, par exemple, dans le processus de contrôle de son *Programme d'inclusion sociale*, retient la pauvreté relative des enfants et le pourcentage d'enfants avec des parents chômeurs comme seuls indicateurs concernant spécifiquement les enfants (établissant le seuil de pauvreté comme la proportion d'enfants de chaque pays vivant dans des ménages avec un revenu équivalent de moins de 60% de la médiane de ce pays).

Presque toujours, la médiane nationale est utilisée comme base pour mesurer la pauvreté relative. Mais du point de vue de l'enfant on pourrait avancer que la base de comparaison devrait être une entité différente, par exemple la région, l'Etat, la ville ou le voisinage. On peut se demander si l'image de la pauvreté de l'enfant changerait sensiblement si on répondait de ces différentes façons à la question 'pauvreté relative par rapport à quoi ?'.

On dispose de peu de données pour répondre à une telle question, mais le *Bilan 1* s'appuyait sur les éléments d'appréciation disponibles en 2000 pour suggérer quelques réponses. Il soulignait, par exemple, que le taux de pauvreté des enfants dans l'Etat le plus riche d'Amérique, le New Jersey, aurait grimpé de 14% à 22% si la base comparative avait été le revenu médian du New Jersey et non celui des Etats-Unis dans leur ensemble. Sur la même base, le taux de pauvreté de l'enfant, en Arkansas, aurait chuté de 26% à 14%. De tels changements se manifesteraient sans nul doute dans d'autres pays où le revenu moyen régional diffère considérablement du revenu moyen national. Par exemple, la région la plus pauvre d'Espagne, l'Estrémadure, aurait vu son taux de pauvreté de l'enfant presque divisé par deux si le seuil de pauvreté avait été redéfini de cette façon. Dans des pays comme l'Australie et le Canada, où le revenu moyen varie moins d'une région à l'autre, les modifications seraient moins prononcées.

Tableau 1.3b Pourcentage d'enfants de 15 ans déclarant posséder moins de six articles éducationnels



Date: 2003. Non membres de l'OCDE 2003,2000 (Israël)

l'enquête de l'OMS sur les *Comportements liés à la santé des enfants en âge scolaire* (voir encadré page 17).

L'enquête comprenait quatre questions posées à des échantillons représentatifs d'enfants âgés de 11, 13 et 15 ans dans chacun des 35 pays. Les questions étaient:

- Votre famille possède-t-elle une voiture, un fourgon ou un camion ?
- Avez-vous une chambre à vous ?
- Au cours des 12 derniers mois, combien de fois êtes-vous partis en vacances avec votre famille ?
- Combien d'ordinateurs possède votre famille ?

Les résultats étaient notés et classés de façon à aboutir à un score d'aisance maximum de 8, tandis qu'une aisance familiale réduite correspondait à un score de 0 à 3. Le tableau 1.3a présente le pourcentage d'enfants de chaque pays indiquant 'une aisance familiale réduite' selon cette définition.

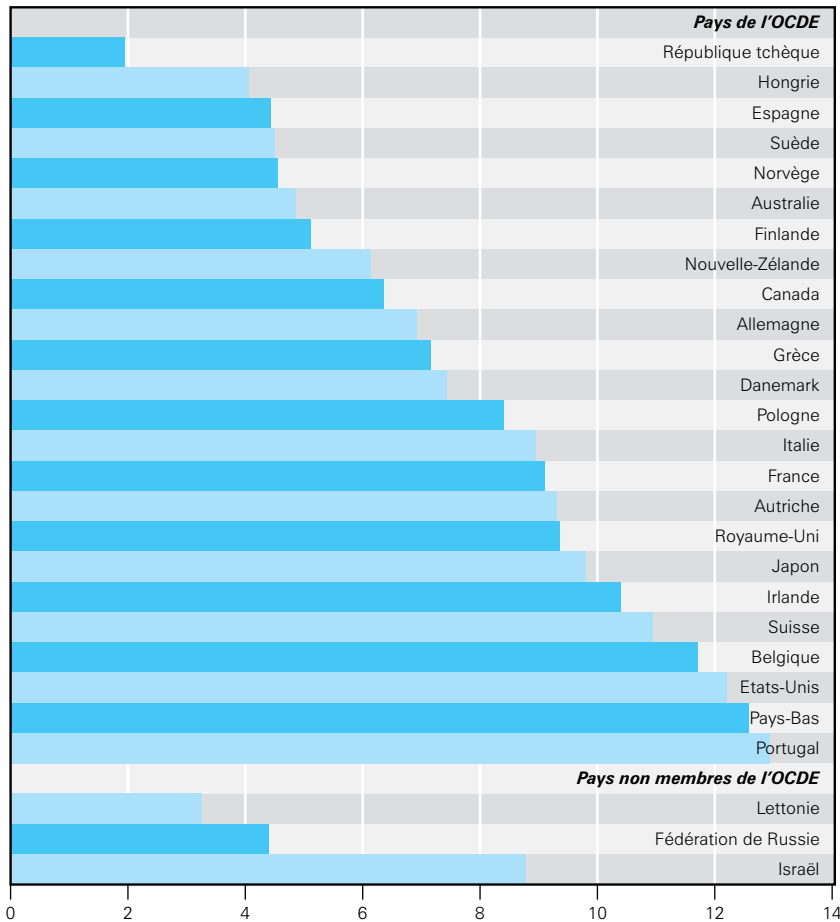
L'*Echelle d'aisance familiale* présente des faiblesses. Les variations concernant le

Parmi les pays les plus riches du monde, c'est en Italie que le changement de base comparative produit les résultats les plus remarquables. En 2000, les seuils de pauvreté établis à l'échelle nationale indiquaient un taux de pauvreté de l'enfant quatre fois plus élevé au Centre-Sud qu'en Lombardie, tandis que les seuils de pauvreté établis au niveau régional ne montraient pratiquement aucune différence entre les deux. En d'autres mots, une famille vivant en Sicile ou en Calabre pouvait se situer en dessous du seuil de pauvreté national tout en n'étant pas plus démunie que la plupart des autres Siciliens ou Calabrais (le taux de pauvreté relative de l'enfant en Sicile et en Calabre a chuté de plus de moitié, passant de 45% à 19%, lorsqu'on a utilisé la médiane régionale au lieu de la médiane nationale).

Il faut tenir compte du propre contexte de comparaison de l'enfant, et il serait utile de disposer de davantage de données sur les différences quant au bien-être de l'enfant existant aussi bien *au sein des nations* qu'entre les

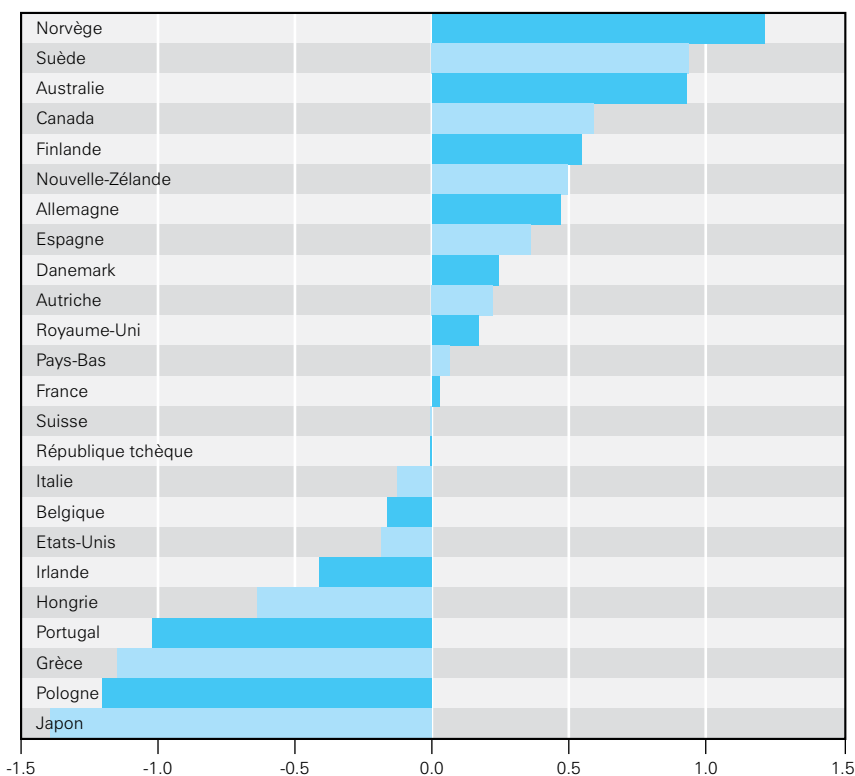
nations. Mais les politiques sont élaborées au niveau national et pour des raisons pratiques, il est le plus souvent logique d'établir les seuils de pauvreté par rapport aux médianes nationales. Comme concluait le *Bilan 1*: "Dans un monde où les médias nationaux et internationaux élargissent la société que les personnes perçoivent comme la leur – uniformisant les attentes et unifiant le concept du 'mode de vie minimum acceptable' – il est probable que la nation restera la base de comparaison la plus communément utilisée. Les enfants d'Arkansas, de Sicile, ou d'Estrémadure regardent les mêmes programmes télévisés que leurs contemporains du New Hampshire, d'Emilie-Romagne ou de Madrid. Cela nous amène à la considération dérangeante que les mêmes programmes et les mêmes publicités sont vus également de nos jours par les enfants de Lagos, de Delhi et de Mexico. En théorie, il y a autant de raisons d'élargir l'unité comparative de base que de la restreindre".

Tableau 1.3c Pourcentage d'enfants de 15 ans déclarant la présence de moins de 10 livres chez eux



Date: 2003. Non membres de l'OCDE 2003, 2000 (Israël)

Tableau 1.3 Tableau composite du dénuement matériel de l'enfant (combinant les tableaux 1.3a, 1.3b et 1.3c)



nombre de véhicules possédés par une famille, par exemple, peuvent être significatives des niveaux d'urbanisation, ou de la qualité des transports publics. Le nombre de vacances peut refléter des traditions comme des vacances régulièrement passées chez des parents. Avoir une chambre à soi peut également correspondre à des traditions culturelles différentes, à des familles moyennes plus ou moins nombreuses, ou à des contrastes entre la vie rurale et la vie urbaine.⁴

Pour nos objectifs actuels, le grand problème du tableau 1.3a est qu'il ne nous apporte guère d'informations sur les formes de dénuement plus graves. Malgré cela, l'Echelle d'aisance familiale a l'avantage d'être basée sur des définitions concrètes correspondant à des notions largement reconnues de bien-être matériel.

Pour nos objectifs actuels, le tableau 1.3a fournit également un instantané nettement différent de l'image de pauvreté relative qui apparaît au tableau 1.1. On voit tout de suite, par exemple, que la Hongrie, la République tchèque et la Pologne, toutes classées à mi-parcours sur la base de la pauvreté de revenu relative, se retrouvent en bas du classement sur la base de l'*Echelle d'aisance familiale*. Inversement, les Etats-Unis et le Royaume-Uni qui se trouvaient au bas de l'échelle, se situent parmi les dix premiers.

Ressources culturelles et éducatives

Une autre façon importante de considérer le bien-être matériel de l'enfant est de vérifier si, selon les termes de la *Convention relative aux droits de l'enfant*, la situation de l'enfant est telle qu'elle permet '*l'épanouissement de la personnalité de l'enfant et le développement de ses dons et de ses aptitudes mentales et physiques, dans toute la mesure de leurs potentialités*'. A cet égard, de nombreux commentateurs ont avancé qu'on devrait accorder autant

d'importance au manque de ressources culturelles et éducatives qu'au manque de revenu, et que les ressources éducatives du ménage, en particulier, jouent un rôle décisif dans les résultats scolaires des enfants.

Malgré la difficulté évidente de mesurer le 'dénouement culturel et éducatif', les tableaux 1.3b et 1.3c nous donnent un aperçu de cet aspect de la pauvreté de l'enfant. Tous deux s'appuient sur des données tirées du *Programme international pour le suivi des acquis des élèves* (voir encadré page 17) qui, entre autres, demandent à des groupes représentatifs d'adolescents de 15 ans, dans 41 pays, s'ils disposent, chez eux, des éléments suivants:

- un bureau pour étudier
- un endroit tranquille pour travailler
- un ordinateur pour les devoirs de classe
- un logiciel didactique
- une liaison internet
- une calculatrice
- un dictionnaire
- des manuels scolaires.

Le tableau 1.3b indique le pourcentage d'adolescents disposant de moins de six de ces ressources.

Sur la base des mêmes sources, le tableau 1.3c indique le pourcentage d'enfants déclarant disposer de moins de 10 livres dans la maison, critère retenu significatif de dénuement culturel.

Le tableau 3, qui combine ces trois indicateurs, montre que les enfants apparaissent les plus privés de ressources éducatives et culturelles dans certains des pays économiquement les plus développés.

Conclusion

Les données disponibles ne suffisent pas pour saisir toute la complexité de la pauvreté de l'enfant, du fait, par exemple, qu'elles ne rendent pas compte de certains aspects importants comme

l'étendue et la durée de la pauvreté, ou l'ampleur des formes de dénuement plus extrêmes. Il est évident qu'il est nécessaire de mieux comprendre les liens entre la pauvreté de revenu et le dénuement matériel. En particulier, il faut approfondir les connaissances sur les liens entre la pauvreté de revenu, le dénuement, et le type d'exclusion sociale qui inhibe le développement des capacités et augmente le risque que la pauvreté ne se perpétue d'une génération à l'autre.

En dépit de ces réserves nécessaires, nous considérons que les indicateurs utilisés et combinés dans le tableau analytique de ce chapitre (tableau 1.0) représentent une amélioration importante par rapport aux seules mesures de la pauvreté de revenu, et qu'ils offrent la meilleure vue d'ensemble comparative disponible à ce jour du bien-être matériel des enfants dans les économies avancées.

Données

- Les résultats d'études comparatives en provenance de multiples sources, couvrant autant de pays de l'OCDE que possible, ont été rassemblés et analysés pour ce rapport. On trouvera dans la note d'information citée à la page 13 la description complète des sources de données et des méthodologies (y compris les analyses de sensibilité).
- Toutes les données brutes utilisées dans ce rapport sont présentées aux pages 42-45. Dans tous les cas, les ensembles de données utilisés sont les derniers disponibles à ce jour et concernent généralement la période 2000-2003 (voir pages 46-47 en ce qui concerne les dates auxquelles se rapportent les ensembles de données individuels).
- On ne dispose malheureusement pas de données comparables en ce qui concerne plusieurs pays de l'OCDE tels que le Mexique et la Turquie.
- Quelques pays non-membres de l'OCDE ont été inclus sous forme de liste séparée dans certains tableaux utilisés dans ce *Bilan*. Ils ont été sélectionnés en fonction de la disponibilité de données (et dans l'espoir de prouver l'utilité potentielle de cette approche à de nombreux pays à revenu intermédiaire actuellement non membres l'OCDE).

Dimension 2

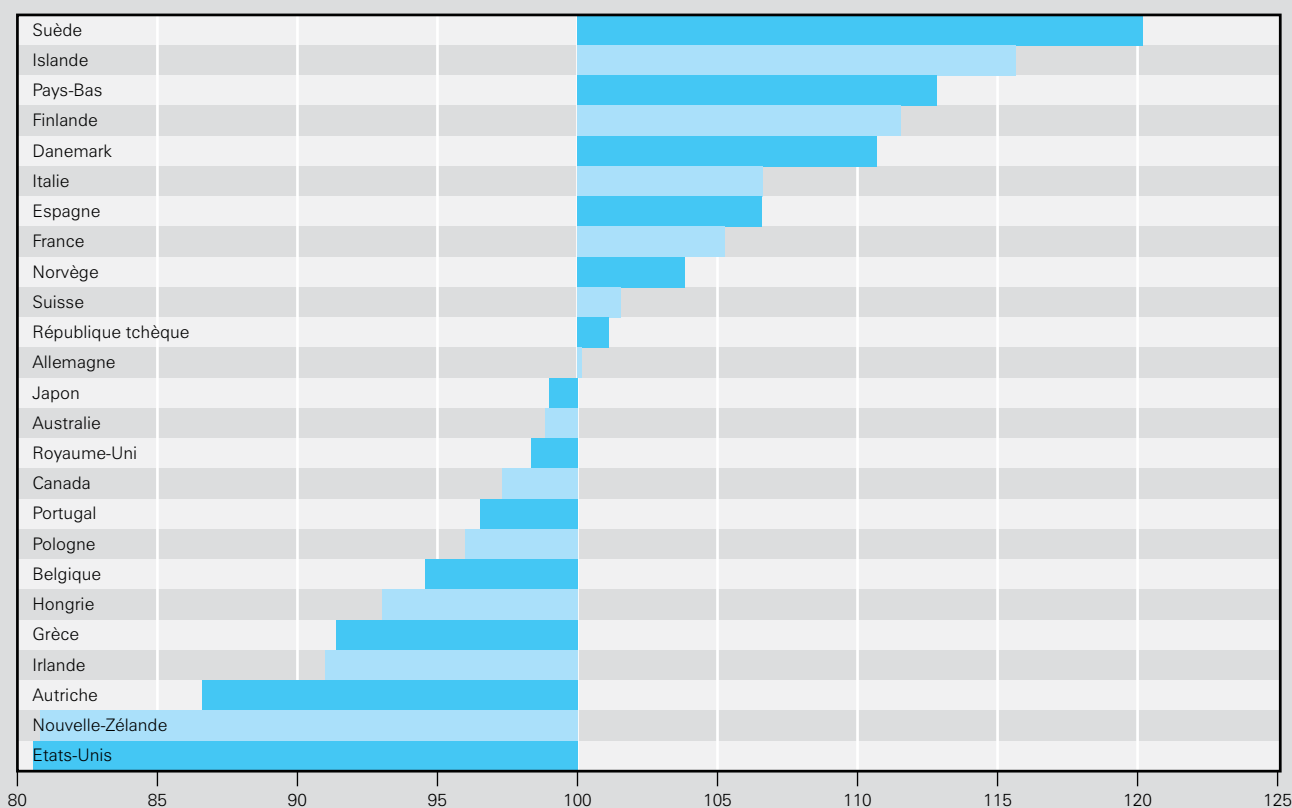
SANTÉ ET SÉCURITÉ

Tableau 2.0 La santé et la sécurité des enfants, vue d'ensemble de l'OCDE

Le tableau de classement de la santé et de la sécurité des enfants montre les résultats de chaque pays par rapport à la moyenne des pays de l'OCDE examinés.

Le score général de chaque pays est constitué par la moyenne des scores des trois composantes choisies pour représenter la santé et la sécurité des enfants – santé infantile, services de prophylaxie, et sécurité des enfants (voir encadré ci-dessous).

Le tableau est agencé de façon à indiquer la distance de chaque pays par rapport à la moyenne de 100 de l'OCDE.



Evaluation de la santé et de la sécurité

Le tableau de droite montre la façon dont on a établi l'indice de santé et de sécurité des enfants. Le choix des indicateurs individuels reflète la disponibilité de données comparables au niveau international.

Pour chaque indicateur, les pays ont reçu un score qui révèle dans quelle mesure chacun d'eux se trouve au-dessus ou au-dessous de la moyenne des pays de l'OCDE examinés. Lorsqu'on a utilisé plus d'un indicateur, on a calculé la moyenne des scores. De même, on a calculé la moyenne des trois composantes pour obtenir le classement général de chaque pays en matière de santé et de sécurité de l'enfant.

Santé et sécurité

COMPOSANTES	INDICATEURS
santé à l'âge de 0 à 1 an	<ul style="list-style-type: none"> – nombre de décès avant l'âge de 1 an sur 1.000 naissances – pourcentage d'enfants nés avec une insuffisance pondérale (<2.500g)
services de prophylaxie	– pourcentage d'enfants de 12 à 23 mois vaccinés contre rougeole, DCT et polio
sécurité	– décès accidentels et non accidentels sur 100.000 enfants de 0 à 19 ans

La santé et la sécurité des enfants

Selon presque toutes les mesures disponibles, la grande majorité des enfants nés aujourd'hui dans les sociétés développées bénéficient de niveaux de santé et de sécurité sans précédent.

Pratiquement de mémoire d'homme, un enfant sur cinq, dans les villes européennes, était destiné à mourir avant l'âge de 5 ans; actuellement ce risque est de moins de un sur cent. Pour les enfants plus âgés la mort est encore plus rare; moins d'un jeune sur 10.000 meurt avant l'âge de 19 ans pour cause d'accident, de meurtre, de suicide ou de violence, ce qui représente également un niveau de sécurité jamais atteint dans l'histoire.

Il n'en reste pas moins que la santé et la sécurité restent un souci essentiel des familles, ainsi qu'une dimension fondamentale du bien-être des enfants. On peut dire aussi que les niveaux de santé et de sécurité atteints dans un pays particulier indiquent le niveau général d'engagement de cette société en faveur de ses enfants.

La santé et la sécurité sont évaluées ici en fonction de trois composantes pour lesquelles on dispose de données comparables au niveau international: la santé de l'enfant à la naissance, les taux de vaccination parmi les enfants de 12 à 23 mois, et les décès du fait d'accidents et de blessures chez les jeunes de 0 à 19 ans.

Le diagramme ci-contre (tableau 2.0) rassemble ces composantes et fournit une vue d'ensemble de la santé et de la sécurité de l'enfant dans 25 pays de l'OCDE. Les pays européens occupent la moitié supérieure du tableau, les cinq premières places revenant aux quatre pays nordiques et aux Pays-Bas. La République tchèque se classe devant

certains pays plus riches tels que l'Allemagne, le Japon, le Royaume-Uni, le Canada et les Etats-Unis.

Survie et santé des nourrissons

La première composante de l'indice, la santé de l'enfant à la naissance, a été mesurée à l'aide de deux éléments distincts: le taux de mortalité infantile (le nombre de décès avant l'âge de un an pour mille naissances vivantes), et la prévalence d'insuffisance pondérale à la naissance (le pourcentage de bébés nés avec un poids inférieur à 2.500 g).

Le taux de mortalité infantile (TMI) est un indicateur standard de santé de l'enfant⁵ et reflète une disposition essentielle de la *Convention relative aux droits de l'enfant* qui demande à tous les pays 'de garantir le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible, notamment en réduisant la mortalité parmi les nourrissons et les enfants'. Dans le monde développé, en particulier, le TMI reflète dans quelle mesure les droits de l'enfant sont réalisés sur des points aussi essentiels que l'alimentation, l'eau salubre, des installations sanitaires sûres, ainsi que la possibilité de bénéficier de services de prévention sanitaire de base. On pourrait dire que dans les pays de l'OCDE les décès d'enfants ont diminué à tel point que le TMI ne constitue plus un indicateur révélateur. Mais comme le montre le tableau 2.1b, il existe encore des différences considérables entre les pays de l'OCDE, le TMI allant de moins de 3 pour 1.000 naissances en Islande et au Japon à plus de 6 pour 1.000 en Hongrie, en Pologne et aux Etats-Unis.

Significatif en soi, le taux de mortalité infantile peut aussi être interprété

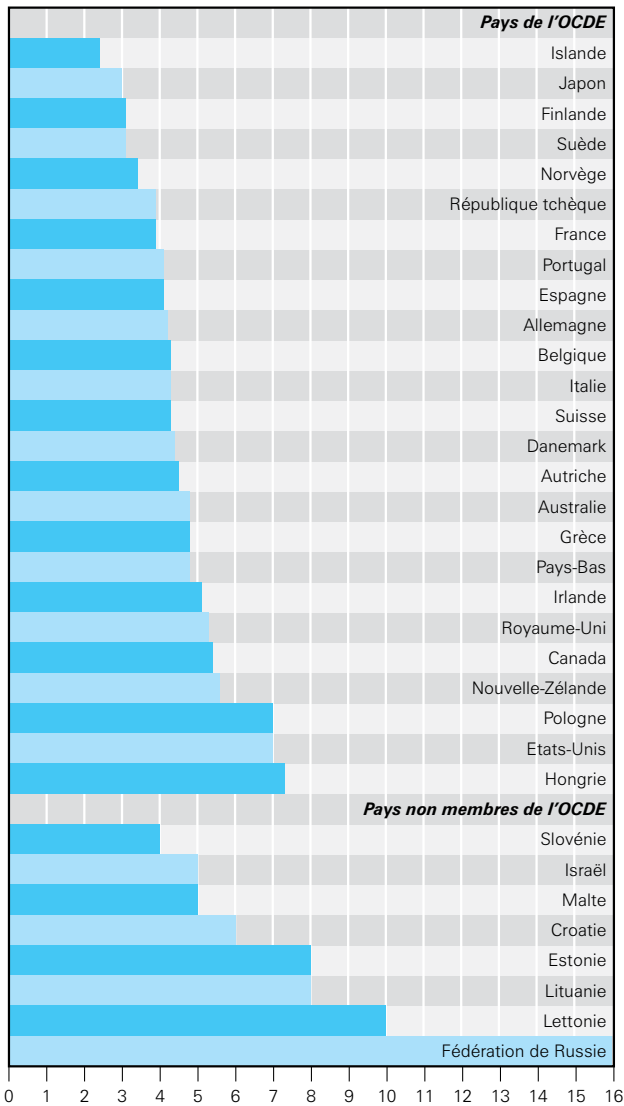
comme une façon de mesurer le degré de fidélité des pays à leur idéal de protéger chaque grossesse, y compris au sein des populations marginalisées, en prenant toutes les mesures de précaution et de prévention nécessaires – des contrôles prénatals réguliers à la possibilité de soins obstétricaux d'urgence – qui ont permis la réduction spectaculaire des taux de mortalité infantile au cours des derniers 80 ans. Une société qui réussit à porter le nombre de décès des nourrissons à moins de 5 pour 1.000 naissances vivantes est sans nul doute une société qui a la possibilité et le devoir de répondre à d'autres critères fondamentaux de santé de l'enfant.

Genèse du Bilan 7

Ce Bilan est étayé par un document d'information intitulé *Une comparaison du bien-être de l'enfant à travers les pays de l'OCDE: concepts et méthodes*, Document de travail Innocenti N° 2006-03, Jonathan Bradshaw, Petra Hoelscher et Dominic Richardson, Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF, Florence, 2006.

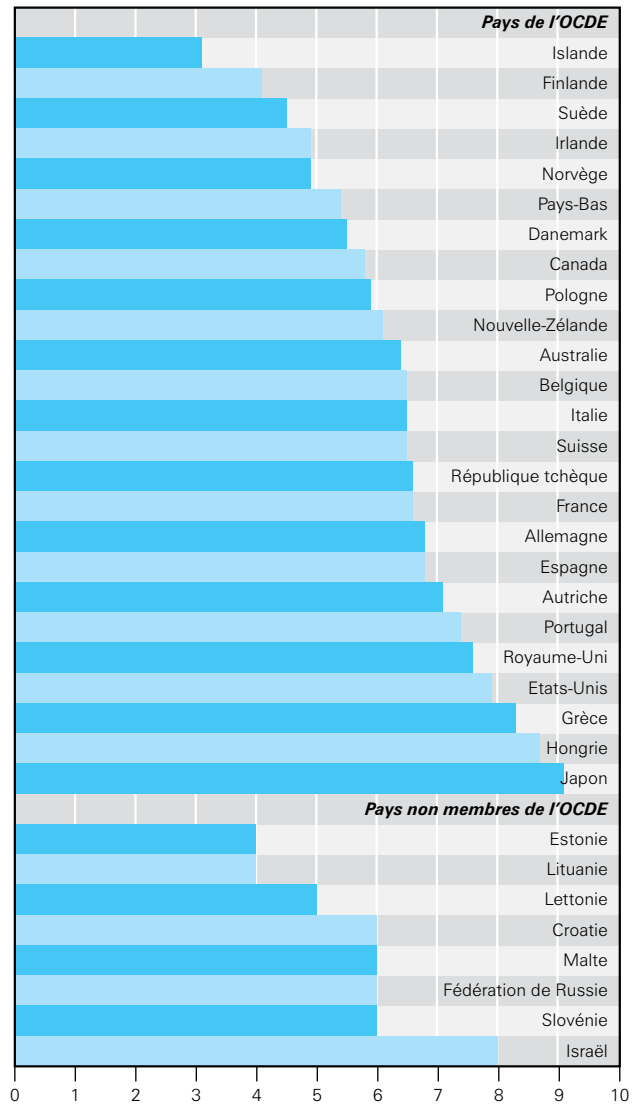
Le document, qui présente de façon plus détaillée les méthodes et les sources utilisées dans cette vue d'ensemble, est disponible sur le site internet de l'UNICEF (www.unicef.org/irc).

Tableau 2.1a Taux de mortalité infantile (décès avant l'âge de 12 mois pour 1.000 naissances vivantes)



Date: 2003, 2002 (Canada et Etats-Unis), 2001 (Nouvelle-Zélande). Non membres de l'OCDE 2003

Tableau 2.1b Taux d'insuffisance pondérale à la naissance (% de bébés de moins de 2.500g à la naissance)



Date: 2003, 2002 (Australie, Canada, Grèce, Suisse), 2001 (Espagne, Irlande, Italie, Pays-Bas), 1995 (Belgique). Non membres de l'OCDE 2001, 2000 (Croatie)

Le second des deux indicateurs retenus pour représenter la santé dans la petite enfance est la prévalence d'insuffisance pondérale à la naissance (tableau 2.1a). Ce critère bien établi de risque accru en matière de survie et de santé au cours des premiers jours et semaines de vie a également été associé à un risque majeur concernant le développement cognitif et physique tout au long de l'enfance.⁶ Il peut également être rapporté à des questions plus vastes car on sait que l'insuffisance pondérale à la naissance est liée à la santé et à la situation socio-économique de la mère. Les mères mal nourries pendant l'adolescence et la grossesse, ou qui fument et consomment de l'alcool pendant la grossesse, ont

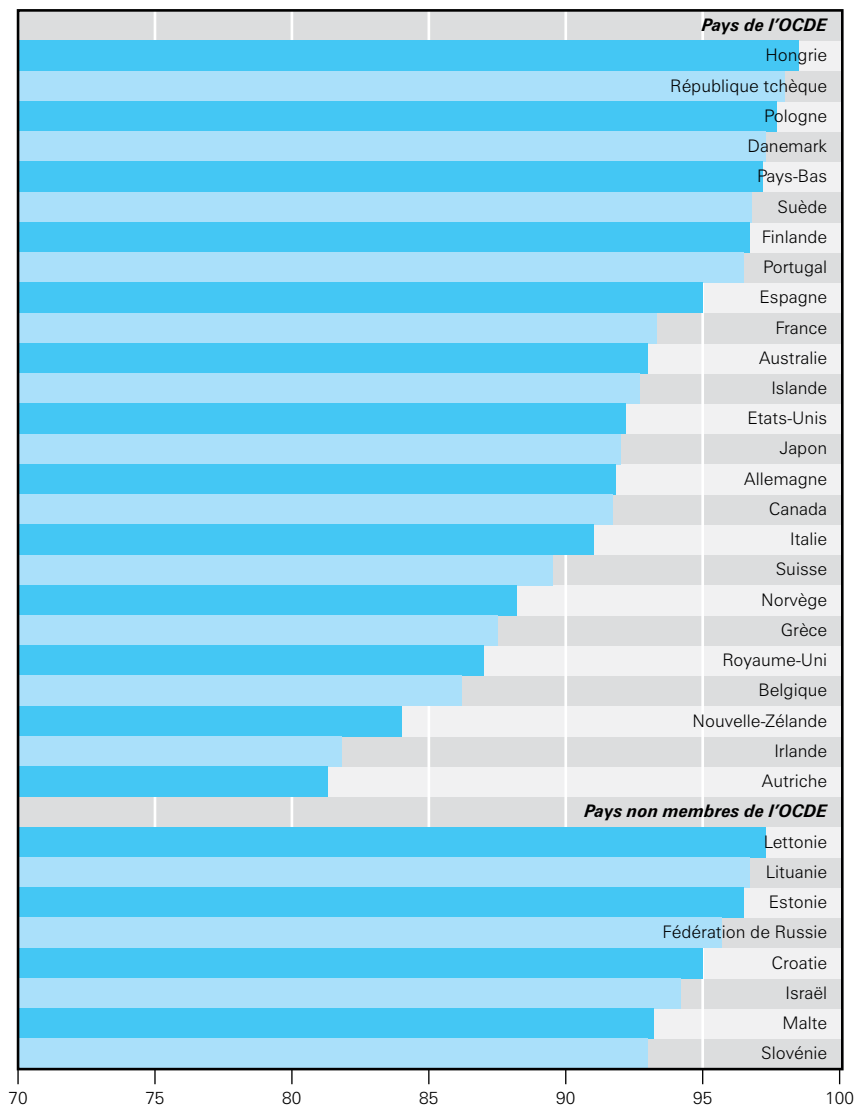
beaucoup plus de probabilités de mettre au monde des bébés au poids insuffisant. Cet indicateur reflète donc également le bien-être des mères, décisif en ce qui concerne presque tous les aspects du bien-être de l'enfant.

Immunisation

La deuxième composante choisie pour évaluer la santé de l'enfant est le taux national d'immunisation, qui reflète non seulement le niveau de protection contre les maladies que l'on peut prévenir grâce à un vaccin, mais aussi l'ampleur des services de prophylaxie pour enfants.⁷ Les niveaux d'immunisation constituent également une mesure de l'engagement national

d'un pays, en matière de soins de santé primaire, en faveur de tous les enfants (article 24 de la *Convention relative aux droits de l'enfant*). Le tableau 2.2 classe 25 pays de l'OCDE en fonction du pourcentage d'enfants de 12 à 23 mois immunisés contre la rougeole, la poliomyélite, ainsi que contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (DCT3). Dans l'ensemble, il indique des niveaux de couverture élevés, sans un seul pays au-dessous d'un taux moyen de 80%. Mais en matière d'immunisation la barre doit assurément être placée très haut. En effet, la vaccination est bon marché, efficace, sûre, et protège contre plusieurs des maladies les plus communes et les plus

Tableau 2.2 Pourcentage d'enfants de 12 à 23 mois immunisés contre les principales maladies évitables grâce à un vaccin



Date: Rougeole, tous les pays (2003), Pol3 et DCT3, tous les pays (2002)

graves de l'enfance (ne pas obtenir un niveau d'immunisation élevé peut signifier que l'immunité du groupe, pour certaines maladies, ne sera pas réalisée et que beaucoup plus d'enfants seront atteints).

En outre, les taux d'immunisation peuvent signifier davantage dans la mesure où les petites différences de niveau marquent les efforts de chaque pays pour atteindre les oubliés et offrir à chaque enfant, en particulier aux enfants des groupes marginalisés, des services de prophylaxie de base.

Si on avait disposé de données en ce sens, on aurait également inclus le

pourcentage d'enfants de six mois nourris au sein dans ce cadre de la santé infantile au cours de la première année de vie. Outre ses incontestables avantages nutritifs et immunologiques immédiats, le lait maternel a également été associé à d'autres bénéfices à long terme allant d'un meilleur développement cognitif à un moindre risque de maladies cardiaques. Le pourcentage d'enfants nourris au sein dans chaque pays peut aussi nous apprendre dans quelle mesure le grand public connaît et assimile les résultats de la recherche actuelle en matière de santé. Malheureusement, des problèmes de définition et un manque de données pour la majorité des pays de l'OCDE

nous ont amenés à exclure cet indicateur (notons cependant au passage que des données disponibles sur l'allaitement maternel, au moins partiel, à l'âge de six mois' présentent des variations d'une ampleur inhabituelle au sein de l'OCDE, allant d'un maximum de 80% en Norvège à un minimum d'à peine un peu plus de 10% en Belgique).

Sécurité

La troisième et dernière composante utilisée pour évaluer la santé et la sécurité des enfants est le taux de décès parmi les enfants et les jeunes à la suite d'accidents, de crimes, de suicides ou de violences. Bien que cette composante amalgame des risques de nature très différente, elle constitue cependant un guide approximatif des niveaux généraux de sécurité pour les jeunes d'un pays.

A partir de la base de données sur la mortalité de l'Organisation mondiale de la santé, le tableau 2.3 classe 25 pays de l'OCDE en fonction du nombre annuel de décès dus aux causes énumérées ci-dessus pour 100.000 personnes de 0 à 19 ans. Comme la mort à cet âge est heureusement rare, des variations aléatoires d'une année à l'autre ont été ajustées en faisant la moyenne des statistiques des trois dernières années pour lesquelles on dispose de données.

Quatre pays – la Suède, le Royaume-Uni, les Pays-Bas et l'Italie – présentent une réduction de l'incidence des décès à la suite d'accidents et de blessures, arrivant au niveau remarquablement bas de moins de 10 pour 100.000. A l'exception de deux pays, tous les autres membres de l'OCDE présentent des taux inférieurs à 20 pour 100.000.

Ces chiffres correspondent à des progrès remarquables et rapides; au cours des 30 dernières années, le nombre d'enfants décédés à la suite de blessures dans les pays de l'OCDE a diminué d'environ 50%.⁸ Certains pays, cependant, ont atteint des normes de sécurité de l'enfant nettement plus élevées que

d'autres et les différences sont significatives. Si tous les pays de l'OCDE avaient le même taux de décès d'enfants à la suite de blessures que la Suède, par exemple, cela représenterait 12.000 décès d'enfants en moins chaque année. Comme c'est bien souvent le cas, la probabilité qu'un enfant soit blessé ou tué est liée à la pauvreté, à une famille monoparentale, à un niveau d'éducation de la mère peu élevé, à une maternité précoce, à de mauvaises conditions de logement, à des relations familiales médiocres, ainsi qu'à l'alcoolisme ou à la toxicomanie des parents.⁹

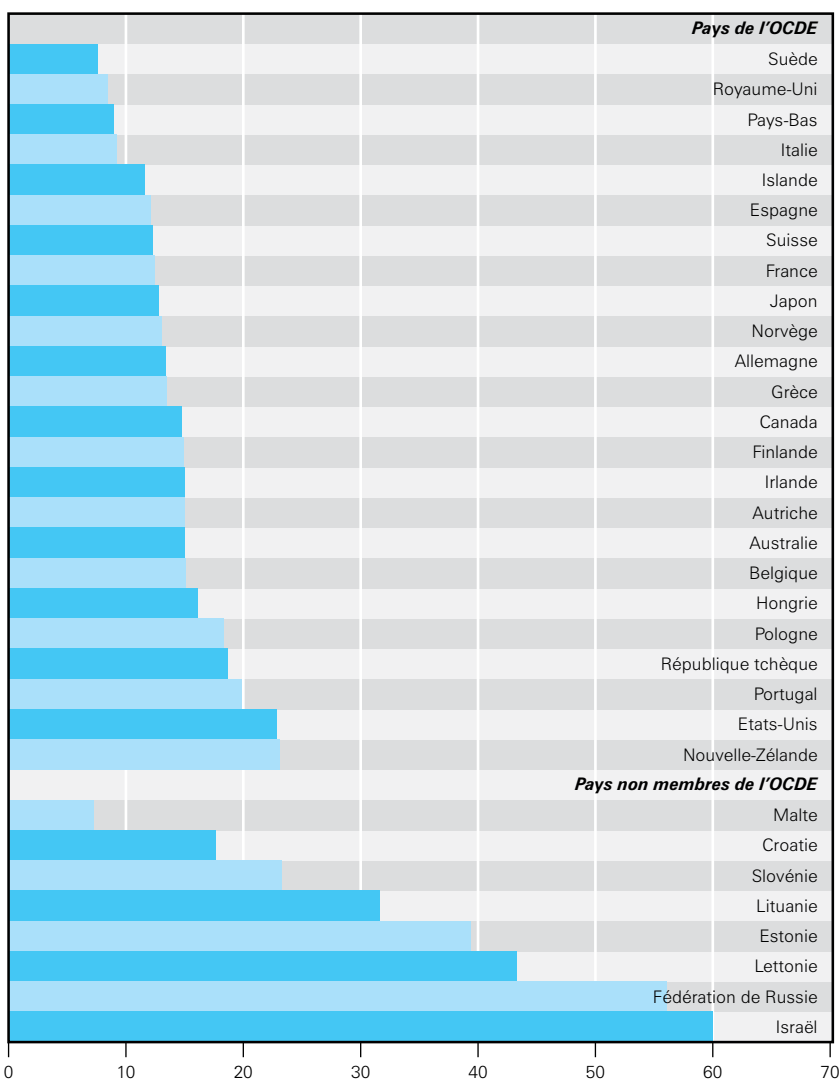
Lacunes

Cette illustration de la santé et de la sécurité de l'enfant présente d'importantes lacunes. En particulier, un indicateur direct de la santé mentale et émotionnelle de l'enfant aurait constitué un apport précieux. Les taux de suicide nationaux des adolescents ont été pris en considération, mais la recherche amène à classer le suicide davantage comme une manifestation isolée liée à des circonstances particulières que comme un indicateur de la santé mentale générale des jeunes d'un pays donné.

Un indicateur du niveau de maltraitance et d'abandon d'enfants aurait également permis de préciser la vue d'ensemble. Mais l'absence de définitions et de méthodologies de recherche communes ainsi que des disparités entre les pays en matière de classification et de déclaration de maltraitance des enfants, ont momentanément exclu cette option. Le *Bilan 5* (septembre 2003) indiquait qu'un petit groupe de pays de l'OCDE – Espagne, Grèce, Italie, Irlande et Norvège – ont les taux les plus bas de décès d'enfants pour cause de mauvais traitements. Une fois de plus, les facteurs de risque régulièrement et étroitement associés à la maltraitance et à l'abandon d'enfants sont la pauvreté, le stress, ainsi que la toxicomanie ou l'alcoolisme des parents.

Au total, environ 3.500 enfants (de moins de 15 ans) meurent chaque année dans les pays de l'OCDE à la suite de mauvais traitements, de violences physiques, et d'abandon. Les accidents de la route, les noyades, les chutes, les incendies et les empoisonnements portent ce total à plus de 20.000 décès d'enfants par an.¹⁰ Ces chiffres peuvent sembler modestes par rapport à la population totale des jeunes dans les pays de l'OCDE, mais comme le déclarait le *Bilan 2* en 2001, il faut les lire en pensant à l'anxiété et à la douleur des familles concernées ainsi qu'au fait que le nombre de décès n'est que la partie visible d'un iceberg de traumatismes et d'infirmités.

Tableau 2.3 Décès pour cause d'accidents et blessures pour 100.000 enfants de moins de 19 ans (moyenne des trois dernières années disponibles)



Date : 1993-1995 (Finlande, Hongrie, Islande, Pays-Bas, Norvège). 1994-1996 (Pologne, Suède). 1995-1997 (Australie, Belgique, Allemagne). 1996-1998 (Espagne, Etats-Unis). 1997-1999 (Canada, France, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni). 1999-2001 (Autriche, Irlande, Italie, Portugal). 2000-2002 (Suisse, Grèce). Non membres de l'OCDE: Israël (2003), Fédération de Russie (2000-2002), Lituanie (1995-1997), Estonie, Slovaquie (1994-1996), Lettonie (1993-1995), Malte, Croatie (1992-1994)

PISA et HBSC

Deux des sources abondamment utilisées dans ce *Bilan* sont le *Programme international pour le suivi des acquis des élèves (PISA)* de l'OCDE et l'enquête de l'Organisation mondiale de la santé sur les *Comportements liés à la santé des enfants en âge scolaire (HBSC)* de 2001.

PISA

Lancé en 2000, le PISA est repris chaque trois ans dans le but d'évaluer le savoir et les connaissances pratiques des jeunes dans les pays économiquement développés.* Les quatre principaux domaines d'évaluation sont:

- la lecture, les mathématiques et les sciences
- les techniques d'étude et d'apprentissage
- les ressources et la structure familiales (y compris la perception qu'ont les enfants eux-mêmes de leur vie scolaire et de leurs pairs)
- l'organisation et le milieu scolaires

En 2000 des données ont été rassemblées pour 43 pays, notamment tous les pays représentés dans cette étude. Lors du deuxième PISA (2003), l'étude comprenait des données en provenance de 41 pays ainsi qu'une nouvelle évaluation sur l'aptitude à résoudre des problèmes.

Les données sont recueillies à partir d'échantillons représentatifs d'élèves autour de 15 ans (l'âge qui marque la fin de la scolarité obligatoire dans la plupart des pays). Les écoles sont sélectionnées en fonction de leur effectif à raison d'un échantillon aléatoire de 35 élèves pour chacune. Le total des échantillons est généralement de 4.000 à 10.000 élèves par pays.

Pour garantir la comparabilité, les systèmes de recueil des données utilisent des procédures de traduction et d'évaluation standardisées, et une fenêtre de recueil est établie afin que les données soient rassemblées à des périodes comparables au cours de l'année scolaire. Quand les taux de réponse sont faibles, les agents du PISA collaborent avec les écoles et les directeurs de projet nationaux pour organiser des séances de suivi. Lors de chaque édition du PISA, des contrôleurs internationaux examinent les centres nationaux et se rendent dans au moins 25% des écoles sélectionnées dans chaque pays afin de garantir la qualité et l'uniformité des procédures de recueil des données. Les données du PISA ont contribué à divers aspects de cette vue d'ensemble, notamment le bien-être matériel, éducatif, subjectif, et les rapports entre enfants.

HBSC 2001

Depuis plus de 20 ans, l'enquête de l'Organisation mondiale de la santé sur les *comportements liés à la santé des enfants en âge scolaire* sert de base et de guide aux politiques et aux programmes de santé en fournissant des informations sur des questions comme le stress, les ressources et la structure des familles, les phénomènes d'interdépendance entre pairs, les comportements à risque, la santé subjective, la santé sexuelle, l'activité physique ainsi que les habitudes alimentaires et auto-protectrices. La dernière enquête HBSC, menée en 2001, couvrait 21 des 35 pays de l'OCDE (l'Australie, la Nouvelle-Zélande, le Japon et l'Islande n'y ont pas participé).

Dans chaque pays concerné la HBSC utilise des techniques d'enquête en grappes pour sélectionner 1.500 jeunes dans les groupes d'âge respectifs de 11, 13 et 15 ans. Des procédures uniformisées sont employées pour garantir la comparabilité des méthodes d'enquête et des techniques d'élaboration des données. Des agents qualifiés sont présents dans les classes pour la gestion de tous les questionnaires.

Les données HBSC ont contribué à divers aspects de cette vue d'ensemble, notamment le bien-être matériel des enfants, les relations entre enfants, les comportements, et le bien-être subjectif.

*Les résultats du PISA 2006 n'ont pas été disponibles à temps pour être inclus dans cette vue d'ensemble.

Sources:

Adams, R & Wu, M. (ed) (2002) PISA 2000 Document technique Paris, OCDE

Currie, C. et al (ed) (2004) La santé des jeunes en contexte, *Enquête sur les comportements liés à la santé des enfants en âge scolaire (HBSC): rapport international de l'enquête réalisée en 2001/2002*. Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

HBSC (2005) *Site internet sur les comportements liés à la santé des enfants en âge scolaire* (<http://www.hbsc.org/index.html>), novembre 2006.

OCDE (2004) *Apprendre aujourd'hui, réussir demain: premiers résultats du PISA 2003*. Paris. OCDE

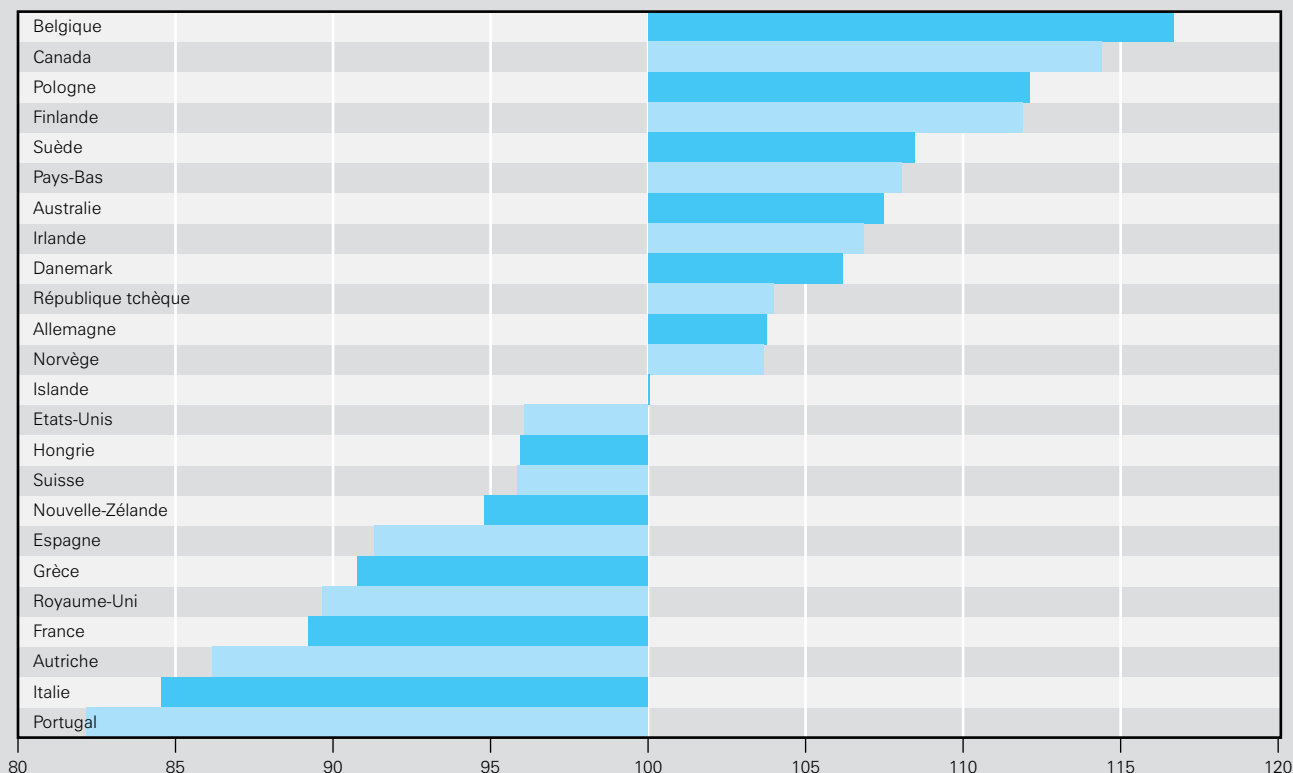
Dimension 3

BIEN - ETRE EDUCATIONNEL

Tableau 3.0 Le bien-être éducationnel des enfants, vue d'ensemble de l'OCDE

Le tableau de classement ci-dessous vise à indiquer les performances de chaque pays en matière de 'bien-être éducationnel des enfants' par rapport à la moyenne des pays de l'OCDE examinés. Les scores donnés sont constitués par la moyenne des scores des trois composantes sélectionnées pour représenter le bien-être éducationnel des enfants (voir encadré ci-dessous).

Ce tableau est agencé de façon à indiquer l'écart de chaque pays par rapport à la moyenne de 100 de l'OCDE.



Evaluation du bien-être éducationnel

Le tableau de droite montre comment on a évalué le bien-être éducationnel de l'enfant. Le choix des indicateurs individuels reflète la disponibilité de données comparables sur le plan international.

Pour chaque indicateur les pays ont reçu un score qui révèle dans quelle mesure ils se placent au-dessus ou au-dessous de la moyenne des pays examinés. Lorsqu'on a utilisé plus d'un indicateur, on a calculé la moyenne des scores. De même, on a calculé la moyenne des scores des trois composantes pour obtenir le classement général de chaque pays en matière de bien-être éducationnel des enfants (voir encadré page 5).

Bien-être éducationnel	COMPOSANTES	INDICATEURS
	résultats scolaires à l'âge de 15 ans	<ul style="list-style-type: none"> – niveau moyen en lecture – niveau moyen en mathématiques – niveau moyen en sciences
	au-delà du savoir de base	<ul style="list-style-type: none"> – pourcentage des jeunes de 15 à 19 ans qui continuent des études
transition vers l'emploi	<ul style="list-style-type: none"> – pourcentage des jeunes de 15 à 19 ans non engagés dans des études, une formation ou un travail – pourcentage des jeunes de 15 à 19 ans en attente d'un travail peu spécialisé 	

Bien-être éducationnel

Une évaluation du bien-être général des enfants ne peut manquer d'inclure une réflexion sur la question de savoir si les enfants sont bien servis par les systèmes éducatifs qui conditionnent une si grande partie de leur enfance et, en principe, de leur bien-être futur. De façon idéale une telle évaluation devrait refléter dans quelle mesure chaque pays respecte l'engagement envers l'article 29 de la *Convention relative aux droits des enfants* qui appelle à '*favoriser l'épanouissement de la personnalité de l'enfant et le développement de ses dons et de ses aptitudes mentales et physiques, dans toute la mesure de leurs potentialités*'.

Le tableau 3.0, qui réunit les trois différentes composantes retenues pour représenter le bien-être éducationnel, offre une vue d'ensemble de l'OCDE. La Belgique et le Canada arrivent en tête. Le Royaume-Uni, la France et l'Autriche rejoignent les quatre pays d'Europe du Sud en bas du classement. Mais le résultat le plus remarquable est sûrement celui de la Pologne qui se situe en troisième position bien qu'elle soit de loin le pays le plus pauvre parmi les 24 examinés (avec un PIB¹¹ inférieur à la moitié de celui des seuls deux pays la devançant dans le classement).

Résultats

La première composante choisie pour représenter le bien-être éducationnel se base sur les résultats scolaires des jeunes en lecture, en mathématiques et en sciences. Cela est possible grâce au *Programme international pour le suivi des acquis des élèves (PISA)* qui vise à mesurer, chaque trois ans, '*dans quelle mesure les pays participants préparent leurs élèves à une vie d'apprentissage et à un rôle constructif en tant que citoyens d'une*

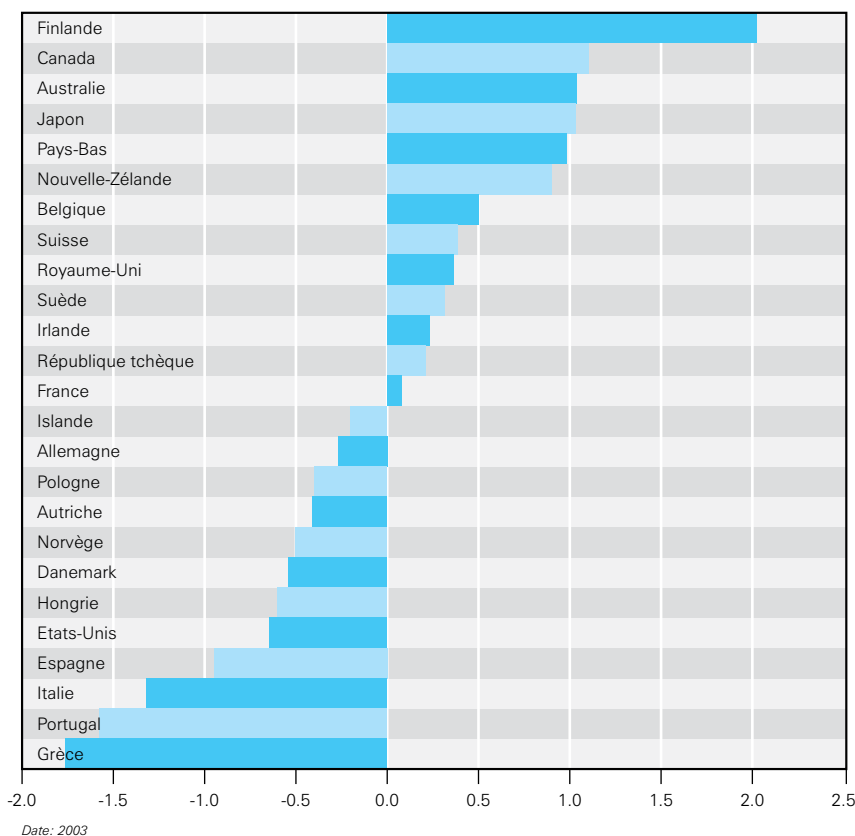
société donnée.'¹² A cette fin, quelque 250.000 élèves dans 41 pays sont soumis pendant deux heures à un examen visant à mesurer leurs capacités en lecture, en mathématiques et en sciences. L'examen, établi par un groupe d'experts internationaux, comprenant tant des employeurs que des spécialistes de l'éducation, se base sur l'aptitude à appliquer les mécanismes élémentaires de la lecture et de l'écriture, de l'arithmétique et des sciences à la gestion de la vie quotidienne.

Le tableau 3.1 rassemble les résultats pour fournir un tableau de classement général de la réussite scolaire.

Quelques remarques:

- La Finlande, le Canada, l'Australie et le Japon sont en tête.
- Quatre pays d'Europe du Sud – Grèce, Italie, Espagne et Portugal – occupent les dernières places.
- La Norvège et le Danemark, généralement remarquablement bien situés dans les tableaux de classement d'indicateurs sociaux, se situent respectivement aux 18ème et 19ème places.
- La République tchèque occupe une position confortable au-dessus de la plupart des pays de l'OCDE, notamment par rapport à un grand nombre de ses voisins européens plus vastes et plus riches.

Tableau 3.1 Résultats scolaires des enfants de 15 ans, vue d'ensemble de la maîtrise de la lecture, des mathématiques et des sciences



De façon idéale, une vue d'ensemble du bien-être éducationnel aurait dû examiner également dans quelle mesure les différents pays de l'OCDE empêchent les élèves en difficulté scolaire de trop s'éloigner de la moyenne. Cette question faisait l'objet du *Bilan 4* (2002) qui a constaté de grandes variations en matière d'inégalité scolaire au sein des pays de l'OCDE. Cette même étude a également relevé que des standards absolus élevés de réussite scolaire n'étaient pas incompatibles avec de bas niveaux de désavantage relatif, c'est-à-dire que les meilleurs systèmes éducatifs permettent aux élèves performants de réaliser leurs potentialités tout en empêchant les autres de rester trop en arrière.

Au-delà du savoir de base

Les jeunes d'aujourd'hui, dans les pays de l'OCDE, affrontent un monde dans lequel la gestion de la vie quotidienne – travail et carrière, famille et logement,

budget et banque, loisir et citoyenneté – devient de plus en plus complexe. Il en résulte que les personnes peu compétentes et peu qualifiées sont d'autant plus désavantagées. La maîtrise des mécanismes élémentaires de la lecture et de l'écriture, de l'arithmétique et des sciences évaluée à la figure 3.1 constitue la base permettant de répondre à ces exigences. Mais les jeunes ont de plus en plus besoin de compétences majeures pour répondre de façon satisfaisante aux exigences du marché du travail. Une évaluation 'au-delà du savoir de base' est présentée à la figure 3.2 qui indique le pourcentage d'enfants qui continuent à étudier après la scolarité obligatoire. Une fois de plus, la moitié supérieure du tableau est occupée par les pays de l'Europe du Nord.

Transition vers l'emploi

La troisième composante choisie pour représenter le bien-être éducationnel est

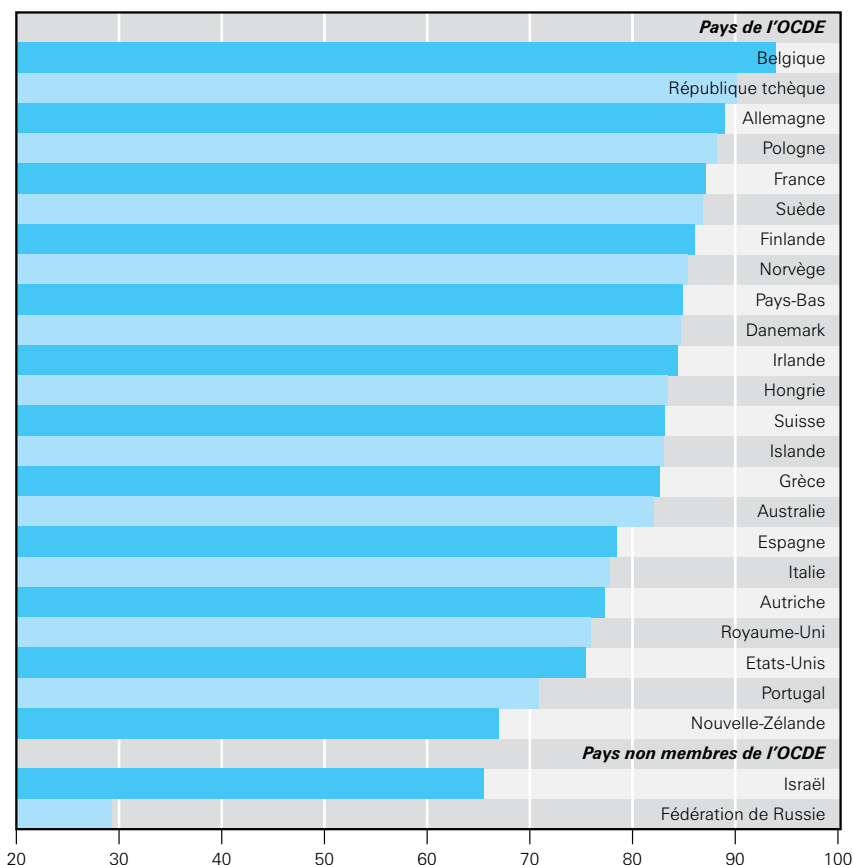
constituée par le degré de réussite avec lequel les jeunes affrontent le passage des études à l'emploi.

Il est évident que la transition vers un travail rémunéré ne dépend pas seulement des compétences et des qualifications acquises à l'école mais aussi des possibilités de formation et d'emploi successives. Toutefois, le passage à l'indépendance économique est l'un des principaux débouchés de l'instruction et constitue une phase décisive dans la vie de presque tous les jeunes. Deux indicateurs complémentaires ont été retenus pour représenter la transition.

Le premier est le pourcentage national de jeunes de 15 à 19 ans non engagés dans des études, un emploi ou une formation (tableau 3.3a). Le deuxième est le pourcentage national de jeunes qui, interrogés sur un éventuel emploi lorsqu'ils auront atteint la trentaine, envisagent un travail peu spécialisé (tableau 3.3b). Un travail peu spécialisé, défini selon un indice standard international, est un travail 'ne demandant pas de formation ou de qualifications ultérieures'.

Les jeunes qui, après la scolarité obligatoire, ne bénéficient ni d'un emploi ni d'une formation sont évidemment davantage exposés à l'exclusion ou à la marginalisation. Les résultats du tableau 3.3a sont donc inquiétants pour les pays en bas du classement, y compris la France et l'Italie. Un pourcentage élevé de jeunes de 15 ans qui s'attendent à des emplois peu spécialisés est également préoccupant sur un marché du travail où de nombreux emplois non spécialisés sont menacés soit par l'externalisation soit par l'innovation technologique, soit par les deux. Dans des pays comme la France, l'Allemagne et le Royaume-Uni, la proportion de jeunes n'envisageant pas autre chose qu'un travail peu spécialisé est supérieure à 30%. Aux Etats-Unis, elle est inférieure à 15%.

Tableau 3.2 Pourcentage des jeunes de 15 à 19 ans suivant des études à temps plein ou à temps partiel



Date: 2003. Non membres de l'OCDE 2003, 2002 (Fédération de Russie)

Tableau 3.3a Pourcentage de jeunes de 15 à 19 ans non engagés dans des études, une formation ou un emploi

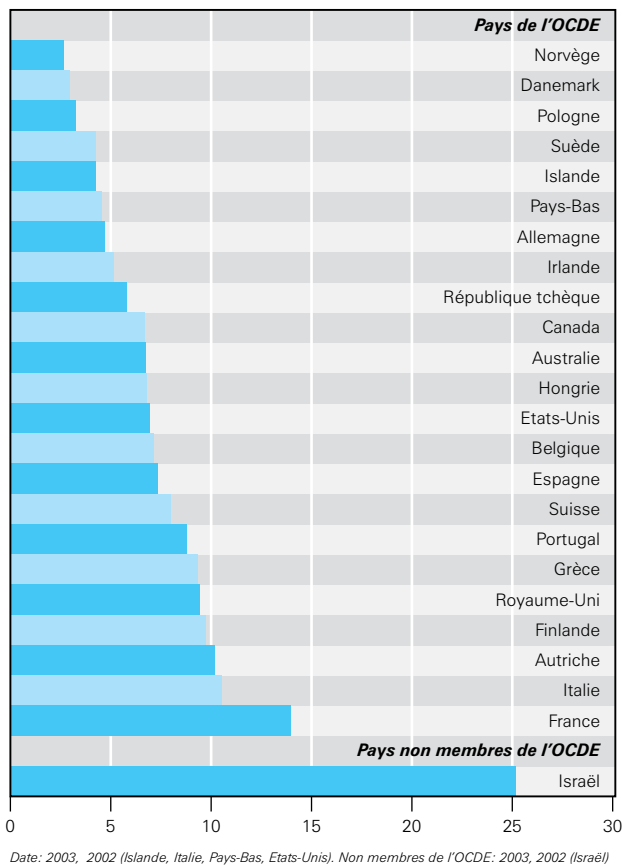
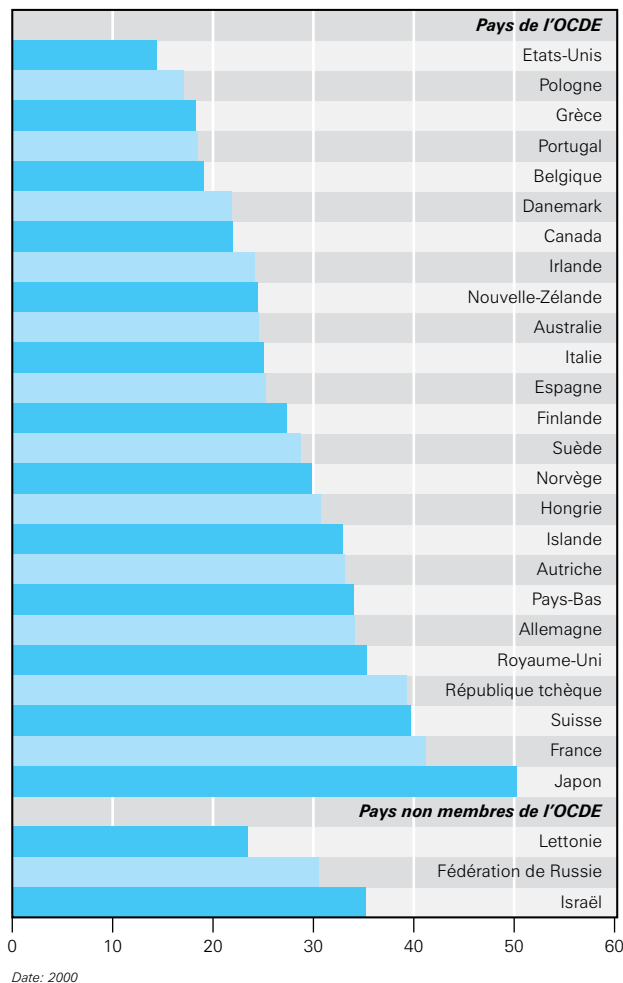


Tableau 3.3b Pourcentage d'élèves de 15 ans s'attendant à trouver un travail peu spécialisé



La petite enfance

Il y a là une lacune flagrante dans cette tentative d'obtenir une vue d'ensemble du bien-être éducationnel des enfants dans les pays de l'OCDE.

Pendant plusieurs décennies, la recherche éducationnelle a régulièrement insisté sur le fait que les bases de l'apprentissage se forment au cours des premiers mois et des premières années de vie et qu'il faut s'employer à donner à un enfant les meilleures chances possibles bien avant les années d'enseignement régulier. Cette prise de conscience croissante, associée à d'autres changements comme l'augmentation rapide de la main-d'oeuvre féminine et du nombre des familles monoparentales, a hissé la puériculture au premier rang des préoccupations des familles et des gouvernements dans les pays de l'OCDE de nos jours. Il faut donc la considérer

comme un des principaux facteurs du bien-être éducationnel de l'enfant.

Malheureusement, on ne dispose pas de données adéquates et comparables suffisantes pour inclure la qualité et l'accessibilité des systèmes de puériculture de divers pays dans cette vue d'ensemble. On dispose de statistiques internationales indiquant le pourcentage d'enfants de 0 à 2 ans confiés à des structures d'accueil agréées, mais ces données en disent davantage sur le niveau de main-d'oeuvre féminine que sur la qualité des prestations fournies aux enfants; elles n'apportent rien non plus au grand débat actuel sur les avantages de la garderie pour les enfants de moins de deux ans. De façon idéale, il aurait fallu inclure des données sur les systèmes de garderies ou d'écoles maternelles pour les enfants de 3 à 6 ans,

ce qui représente un domaine évident d'amélioration ultérieure de cette vue d'ensemble.

Sur la question de la définition d'une 'puériculture de qualité', le consensus est vaste mais vague. La propre revue de l'OCDE sur les services de puériculture a décrit l'essence d'une approche de qualité comme "une interaction stimulante, étroite, chaleureuse et solidaire avec les enfants". Une revue semblable, aux Etats-Unis, a conclu qu' "une interaction chaleureuse, sensible et réceptive entre l'adulte et l'enfant est considérée comme la pierre angulaire de la qualité", caractéristiques qu'il est aussi difficile de définir et d'évaluer que de réaliser.

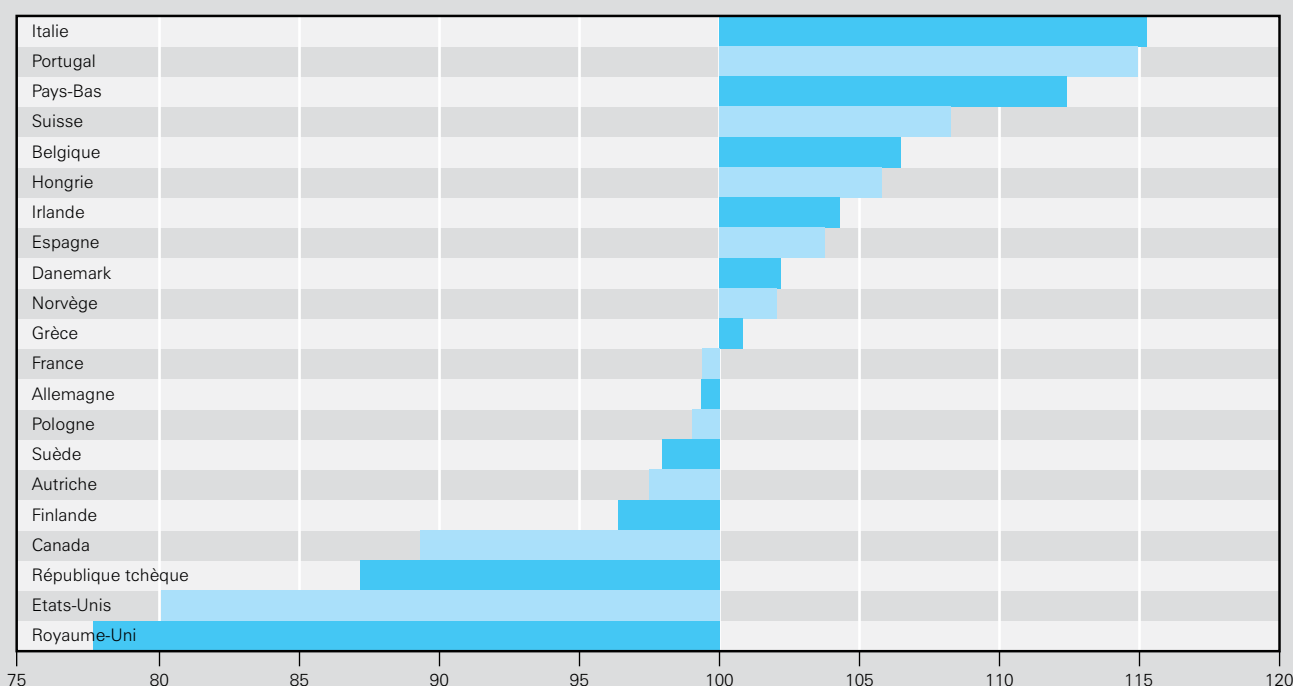
Dimension 4

RELATIONS

Tableau 4.0 Relations des jeunes avec la famille et les pairs

La qualité des relations des jeunes est aussi difficile à mesurer qu'elle est fondamentale pour leur bien-être. Elle a été toutefois considérée comme un facteur trop important pour ne pas être retenu et on s'est donc efforcé de mesurer la qualité des 'relations avec la famille et les pairs' à partir de données sur les structures familiales, ainsi que sur les réponses des enfants eux-mêmes aux questionnaires de l'enquête. Le tableau ci-dessous présente la situation approximative de chaque pays par rapport à la moyenne de l'OCDE dans son ensemble.

Le tableau est agencé de façon à indiquer l'écart de chaque pays par rapport à la moyenne de 100 de l'OCDE.



Evaluation des relations des jeunes

L'encadré de droite montre la façon dont on a établi 'l'indice de relation des enfants'. Les indicateurs utilisés reflètent la disponibilité réduite de données comparables sur le plan international.

Pour chaque indicateur les pays ont reçu un score qui révèle dans quelle mesure ils se placent au-dessus ou au-dessous de la moyenne des pays de l'OCDE examinés. Lorsqu'on a utilisé plus d'un indicateur, on a calculé la moyenne des scores. De même, on a calculé la moyenne des scores des trois composantes pour obtenir le classement général de chaque pays en ce qui concerne cette dimension relationnelle sur le bien-être des enfants (voir encadré page 5).

Relations	COMPOSANTES	INDICATEURS
	structure familiale	<ul style="list-style-type: none"> – pourcentage d'enfants vivant dans des familles monoparentales – pourcentage d'enfants vivant dans des familles reconstituées
	relations familiales	<ul style="list-style-type: none"> – pourcentage d'enfants qui déclarent prendre le principal repas de la journée avec leurs parents plus d'une fois par semaine – pourcentage d'enfants qui déclarent que leurs parents prennent le temps de 'bavarder avec eux'
	relations avec les pairs	<ul style="list-style-type: none"> – pourcentage de jeunes de 11, 13 et 15 ans qui déclarent trouver leurs pairs 'aimables et serviables'

Les relations des enfants

Les relations avec la famille et les amis comptent beaucoup pour les enfants dans l'immédiat et sont également très importantes pour leur développement affectif et psychologique à long terme. C'est pourquoi, malgré d'évidents problèmes de définition et d'évaluation, on s'est efforcé de saisir quelques éléments de cette dimension fondamentale du bien-être de l'enfant.

A partir de données disponibles réduites, on a retenu trois composantes pour représenter cette dimension: la structure familiale, les relations avec les parents, et les relations avec les amis et les pairs. Le tableau 4 les rassemble en essayant de fournir une vue d'ensemble de l'OCDE en ce qui concerne la dimension 'relations' du bien-être de l'enfant.

Structure familiale

Utiliser des données sur la proportion d'enfants vivant dans des familles monoparentales et reconstituées comme indicateur de bien-être peut sembler injuste et indélicat. Beaucoup d'enfants vivant avec leurs deux parents sont traumatisés par les relations de ces derniers; beaucoup d'enfants vivant dans une famille monoparentale ou reconstituée grandissent dans la sécurité et le bonheur. De même les termes 'monoparental' et 'reconstitué' ne peuvent rendre les multiples versions familiales qui se sont répandues au cours des dernières décennies. Mais les statistiques établissent un lien entre l'appartenance à une famille monoparentale ou reconstituée et un risque majeur de mal-être, qui se traduit notamment par l'abandon scolaire, l'abandon précoce du foyer, la maladie, des compétences peu spécialisées et de bas salaires. De plus, de tels risques semblent persister même lorsqu'on tient

compte de l'effet de niveaux majeurs de pauvreté dans les familles monoparentales ou reconstituées (il faut cependant signaler que la recherche établissant ces liens a été menée principalement aux Etats-Unis et au Royaume-Uni et qu'il n'est pas certain que les mêmes schémas prévalent à travers l'OCDE).

C'est dans ce contexte que les tableaux 4.1a et 4.1b présentent des données en provenance de 25 pays de l'OCDE, qui indiquent la proportion nationale d'enfants de 11, 13 et 15 ans appartenant à une famille monoparentale ou reconstituée.

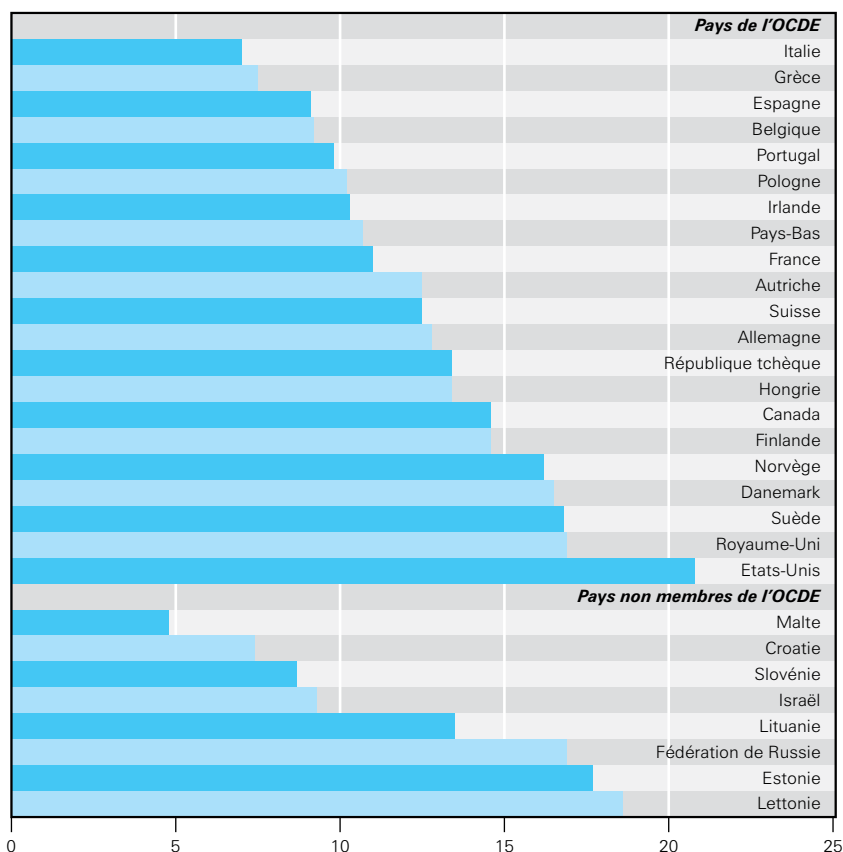
Ces deux tableaux présentent des groupements de pays plutôt différents des

autres tableaux de classement de ce rapport, les pays d'Europe du Sud se situant majoritairement en tête. En général, environ 80% des enfants des pays examinés vivent avec leurs deux parents. Mais l'éventail est considérable, allant de 90% en Grèce et en Italie à moins de 70% au Royaume-Uni et moins de 60% aux Etats-Unis.¹³

Disponibilité des parents

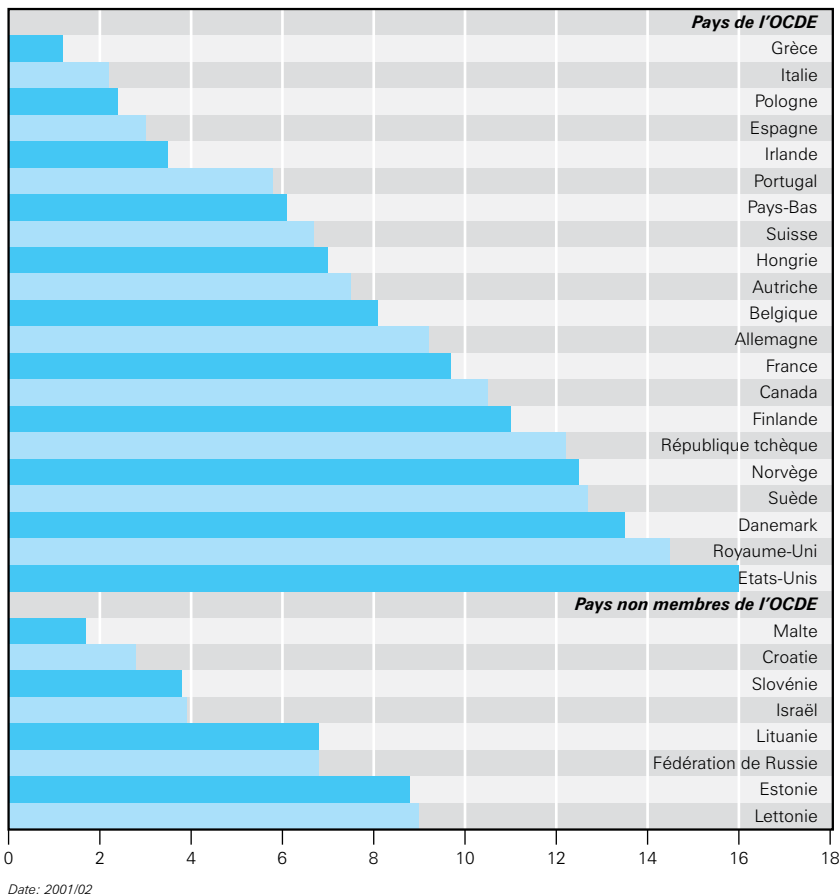
Afin de mieux cerner la *qualité* des relations familiales, les tableaux 4.2a et 4.2b offrent une évaluation du temps que les familles consacrent à la conversation et à l'échange avec les enfants. Les données de ces deux tableaux s'appuient sur le *Programme international pour le suivi des acquis des élèves (PISA)* mentionné plus haut, qui,

Tableau 4.1a Pourcentage de jeunes vivant dans une famille monoparentale (âgés de 11, 13 et 15 ans)



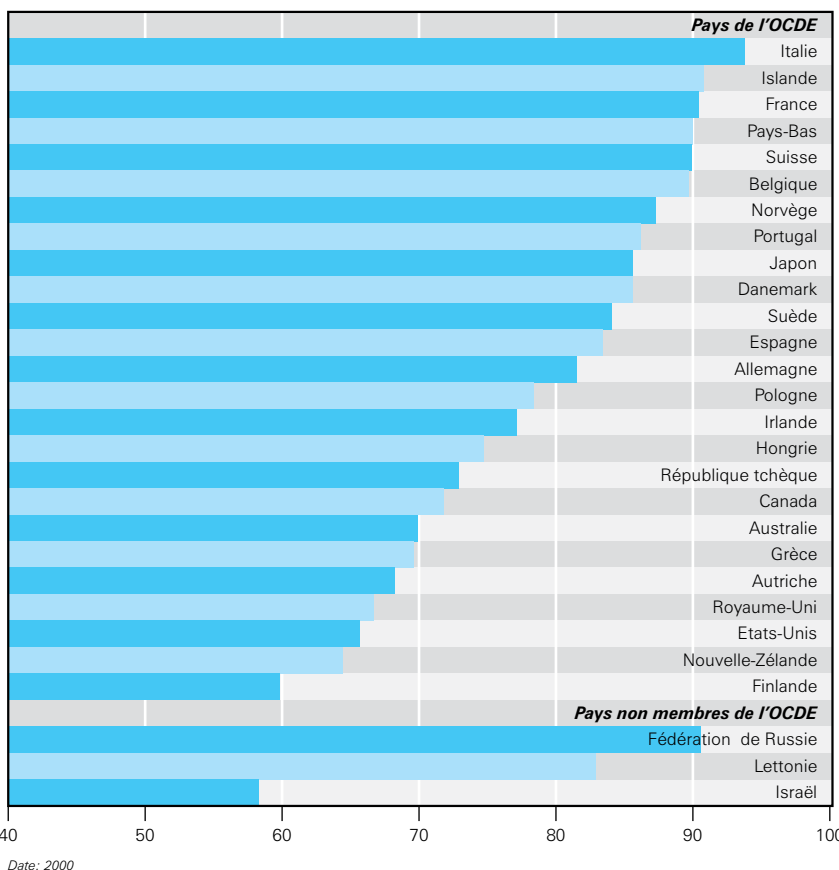
Date: 2001/02

Tableau 4.1b Pourcentage de jeunes (âgés de 11, 13 et 15 ans) vivant dans une famille reconstituée



Date: 2001/02

Tableau 4.2a Pourcentage de jeunes de 15 ans qui prennent le principal repas de la journée avec leurs parents 'plusieurs fois par semaine'



Date: 2000

outre à tester les résultats scolaires, pose également une série de questions sur la vie familiale des participants.

Parmi ces questions:

- Généralement, chaque combien vos parents prennent-ils le repas principal avec vous autour d'une table ?
- Généralement, chaque combien vos parents passent-ils du temps avec vous juste pour parler ?

Les tableaux 4.2a et 4.2b indiquent le pourcentage de jeunes de chaque pays qui ont répondu à ces questions en cochant la case 'plusieurs fois par semaine'.

Même dans les pays tout en bas du classement, presque deux tiers des enfants prennent régulièrement le principal repas de la journée en famille, la France et l'Italie restant les plus fidèles à la tradition. Mais il y a d'importantes différences entre les deux tableaux. Un nombre bien plus réduit d'enfants déclarent *parler régulièrement* avec leurs parents, dans une proportion approchant les 50% en Allemagne, en Islande et au Canada. Le Royaume-Uni et les Etats-Unis se situent dans la moitié supérieure du tableau de 'ceux qui parlent régulièrement'. L'Italie est le seul pays de l'OCDE qui se situe en tête dans les deux tableaux.

D'autres données sur ce sujet sont disponibles à partir de l'enquête de l'Organisation mondiale de la santé sur les *comportements liés à la santé des jeunes d'âge scolaire (HBSC)*. Cette étude constate entre autres que les jeunes, en particulier les filles, parlent plus facilement avec leur mère qu'avec leur père et que les problèmes de communication avec les parents augmentent considérablement de l'âge de 11 à 15 ans.

Relations avec les amis

Les relations en dehors de la famille revêtent de plus en plus d'importance à mesure que les enfants grandissent. Selon l'Organisation mondiale de la santé, 'Etre apprécié et accepté par les pairs' est 'crucial pour la santé et le développement des jeunes, et ceux qui ne sont pas intégrés socialement risquent beaucoup plus de présenter des

problèmes de santé physique et émotionnelle'. On a donc essayé d'inclure dans cette vue d'ensemble un indicateur des relations des enfants avec leurs amis et les jeunes de leur âge.

Le tableau 4.3, à partir de l'étude HBSC, indique les résultats d'une enquête auprès des jeunes de 11, 13 et 15 ans dans plus de 30 pays, qui demandait 'Trouvez-vous vos pairs généralement aimables et serviables?'. Plus de la moitié ont répondu affirmativement dans tous les pays de l'OCDE hormis la République tchèque et le Royaume-Uni. La Suisse et le Portugal se situent en tête avec des scores autour de 80%.

Ces différents ensembles de données essaient de représenter une dimension du bien-être de l'enfant difficile à définir, à mesurer et à comparer à travers les pays. Dans certains pays de l'OCDE, cependant, on commence à disposer de plus d'informations en ce sens. L'Institut national de la famille et des parents au Royaume-Uni, par exemple, a mené des enquêtes pour estimer le nombre d'enfants qui pourraient s'identifier à des énoncés tels que:

- mes parents (ou un d'eux) sont toujours là pour moi quand j'ai besoin d'eux (76%)
- mes parents (ou un d'eux) me font sentir aimé et entouré (65%)
- je peux parler à mes parents (ou à un d'eux) de n'importe quel ennui qui puisse m'arriver (56%)
- mes parents (ou un d'eux) et moi nous disputons beaucoup (20%)
- mes parents (ou un d'eux) ne m'accordent pas l'attention dont j'ai besoin (11%)
- mes parents (ou un d'eux) me font sentir mal dans ma peau (7%)

En l'absence de données aussi détaillées pour d'autres pays de l'OCDE, cette tentative d'inclure les 'relations' dans la vue d'ensemble du bien-être des enfants doit être considérée comme un premier pas vers le suivi de la dimension du bien-être de l'enfant.

Tableau 4.2b Pourcentage de jeunes de 15 ans avec lesquels les parents prennent le temps de 'bavarder' plusieurs fois par semaine

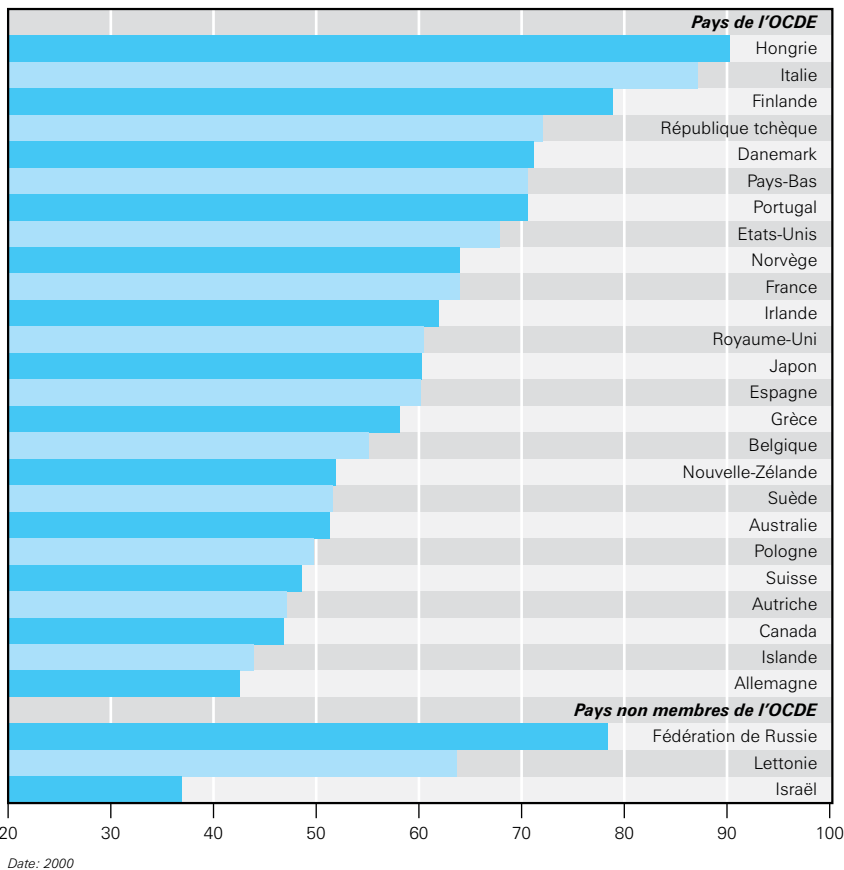
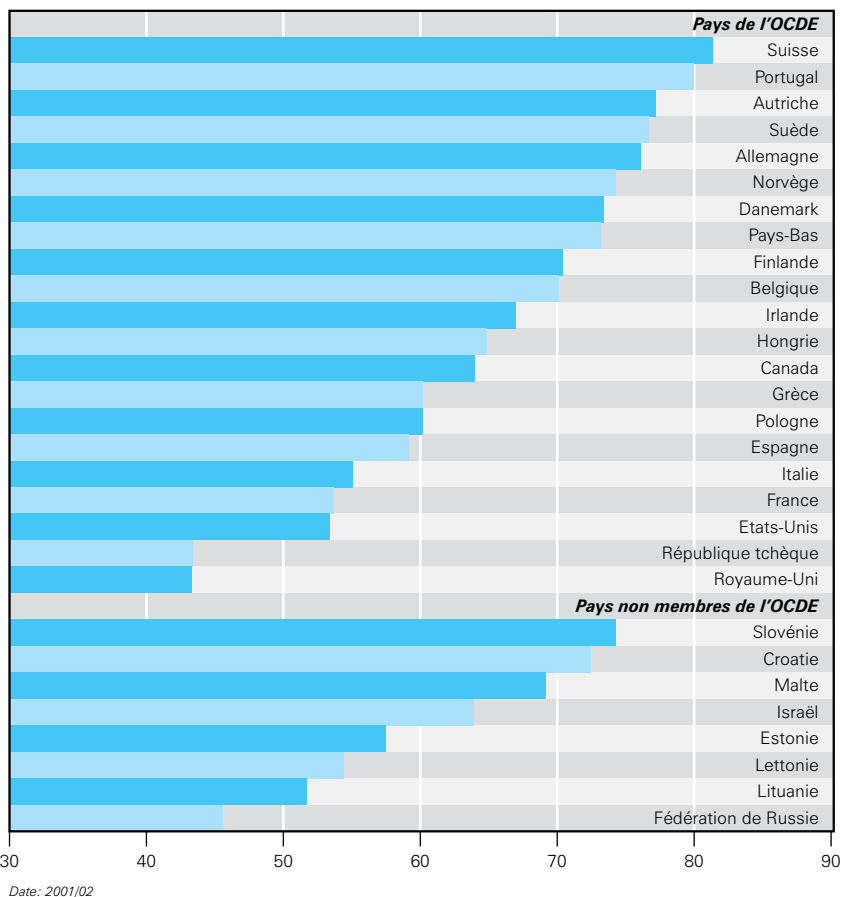


Tableau 4.3 Pourcentage de jeunes âgés de 11, 13 et 15 ans qui jugent leurs pairs 'aimables et serviables'



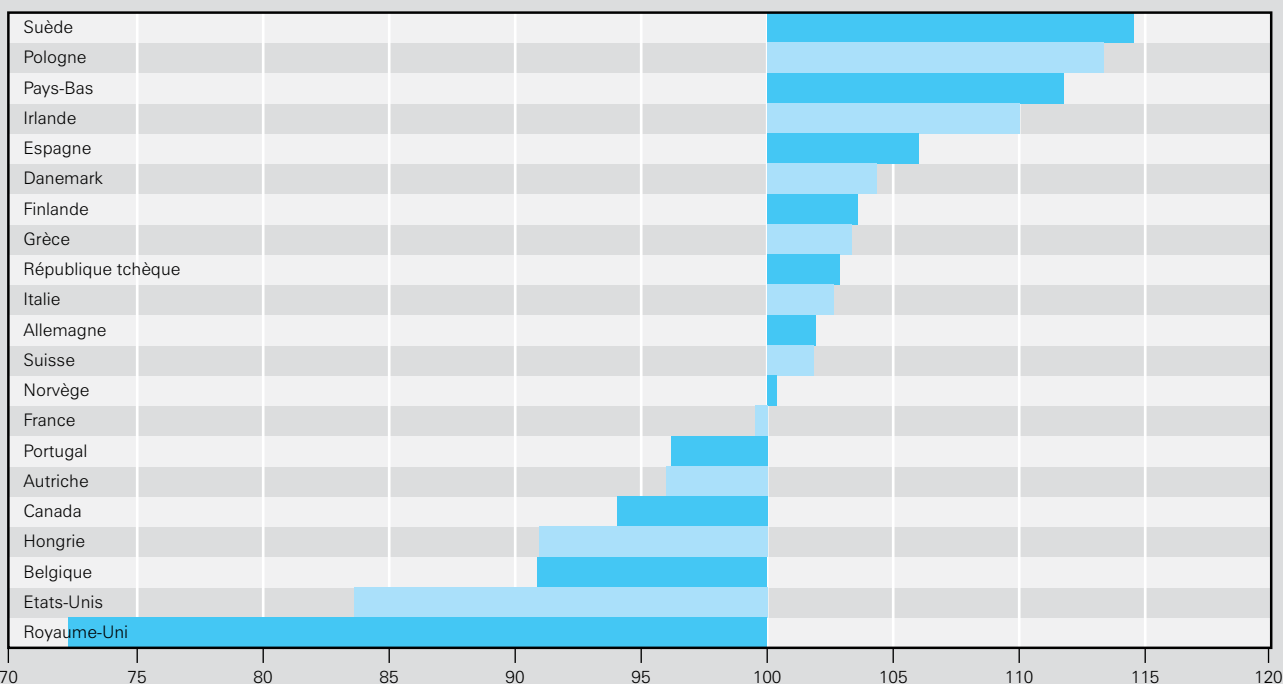
Dimension 5

COMPORTEMENTS ET RISQUES

Tableau 5.0 Comportements des jeunes et risques qu'ils prennent, une vue d'ensemble de l'OCDE

Toute vue d'ensemble du bien-être des enfants doit tenter d'inclure certains aspects comportementaux qui préoccupent tant les jeunes eux-mêmes que la société dans laquelle ils vivent. Cette section rassemble donc les données de l'OCDE disponibles sur des questions telles que l'obésité, la consommation de drogues, la violence, et les comportements sexuels à risque.

Le tableau ci-dessous classe chaque pays de l'OCDE en fonction de son score moyen en matière de 'comportements et risques' (c'est-à-dire en fonction de la moyenne de ses scores pour les trois composantes choisies pour représenter cette dimension du bien-être des enfants, voir encadré ci-dessous). Le tableau est agencé de façon à montrer l'écart de chaque pays par rapport à la moyenne de 100 de l'OCDE.



Evaluation des comportements et des risques

Le tableau de droite indique la façon dont a été établi l'indice des comportements des enfants. Le choix des indicateurs reflète la disponibilité de données comparables sur le plan international.

Pour chaque indicateur les pays ont reçu un score qui révèle dans quelle mesure ils se placent au-dessus ou au-dessous de la moyenne de l'OCDE. Lorsqu'on a utilisé plus d'un indicateur, on a calculé la moyenne des scores. De même, on a calculé la moyenne des scores des trois composantes pour obtenir le classement général de chaque pays en matière de comportements des enfants et des risques qu'ils prennent (voir encadré page 5).

COMPOSANTES INDICATEURS	
Comportements et risques	comportements liés à la santé <ul style="list-style-type: none"> - pourcentage d'enfants qui prennent le petit-déjeuner - pourcentage d'enfants qui mangent des fruits chaque jour - pourcentage d'enfants qui ont une activité physique - pourcentage d'enfants trop gros
	comportements à risque <ul style="list-style-type: none"> - pourcentage de jeunes de 15 ans qui fument - pourcentage de ceux qui ont été ivres plus de deux fois - pourcentage de ceux qui font usage de cannabis - pourcentage de ceux qui ont des rapports sexuels dès 15 ans - pourcentage de ceux qui utilisent des préservatifs - taux de fécondité des adolescentes
	expérience de la violence <ul style="list-style-type: none"> - pourcentage de jeunes de 11, 13 et 15 ans ayant participé à des bagarres au cours des 12 derniers mois - pourcentage de jeunes déclarant avoir subi des brimades au cours des deux derniers mois

Comportements et risques

Les comportements et les risques traités dans cette section sont présentés non comme une liste de problèmes sociaux mais comme une tentative de mesurer une dimension importante et insaisissable du bien-être de l'enfant. Il peut y avoir de nombreuses raisons pour lesquelles les enfants et les jeunes consomment des drogues, ont des modes de vie malsains, ou connaissent des grossesses bien trop précoces; mais ces raisons reflètent souvent des circonstances, des contraintes et des perceptions de soi qui détruisent le bien-être. De façon encore obscure, elles sont significatives de problèmes et de contraintes communs à une considérable proportion de jeunes dans les pays examinés. Les résultats, exposés dans les tableaux ci-après, reflètent dans une certaine mesure leur impréparation et leur incapacité à faire face à de telles contraintes.

Grâce aux études *PISA* et *HBSC* précédemment citées, on a pu disposer de plusieurs indicateurs de comportement et de risque dans la plupart des pays de l'OCDE. Le tableau 5.0 réunit 12 de ces indicateurs dans les trois composantes retenues pour représenter cette dimension du bien-être de l'enfant, à savoir les comportements liés à la santé, les comportements à risque, et l'expérience de la violence.

Comportements liés à la santé

Comme plusieurs des mesures de cette étude, les habitudes alimentaires des enfants et des adolescents constituent des indicateurs de leur bien-être présent et futur. Ceux qui mangent de façon malsaine durant les premières

années risquent davantage de continuer sur cette voie une fois devenus adultes et d'être ainsi majeurement exposés à des problèmes de santé comme le diabète, les maladies cardiaques et le cancer.

Les tableaux 5.1a et 5.1b rassemblent les données relatives aux deux indicateurs choisis pour représenter 'des habitudes alimentaires saines'. Le tableau 5.1a indique le pourcentage de jeunes de 11, 13 et 15 ans qui prennent régulièrement le petit-déjeuner. La valeur de cet indicateur repose sur la constatation que le fait de sauter le petit-déjeuner entraîne une sensation de fatigue au milieu de la matinée, une concentration réduite et une probabilité majeure de grignoter pendant la journée des aliments riches en graisses et pauvres en fibres. Une différenciation en fonction de l'âge et du genre montre que les garçons tendent davantage que les filles à prendre le petit-déjeuner.

Le tableau 5.1b indique le pourcentage de jeunes qui déclarent manger des fruits tous les jours. Dans l'ensemble, environ seulement un tiers des jeunes mangent des fruits chaque jour (dans les 35 pays examinés). Une proportion encore plus réduite déclare manger des légumes chaque jour. Les tableaux 5.1c et 5.1d abordent les 'comportements liés à la santé' sous un angle différent en se penchant sur l'activité physique et l'obésité.

Des directives établies par un comité international sous la direction de l'Organisation mondiale de la santé recommandent que tous les jeunes participent à des activités physiques d'intensité au moins modérée une heure par jour ('l'intensité modérée' étant définie comme 'laissant l'intéressé avec une sensation de chaleur et de léger essoufflement'). Le tableau 5.1c indique la proportion de jeunes de 11, 13 et 15 ans répondant à ce critère. Une fois

Tableau 5.1 Comportements liés à la santé, vue d'ensemble des tableaux 5.1a à 5.1d

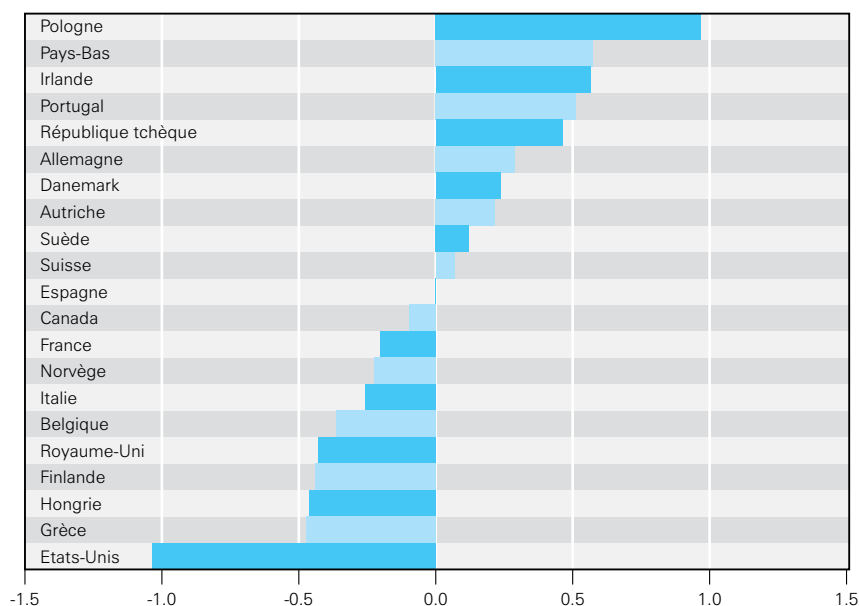


Tableau 5.1a Pourcentage de jeunes de 11, 13 et 15 ans déclarant prendre le petit-déjeuner chaque jour quand ils vont à l'école

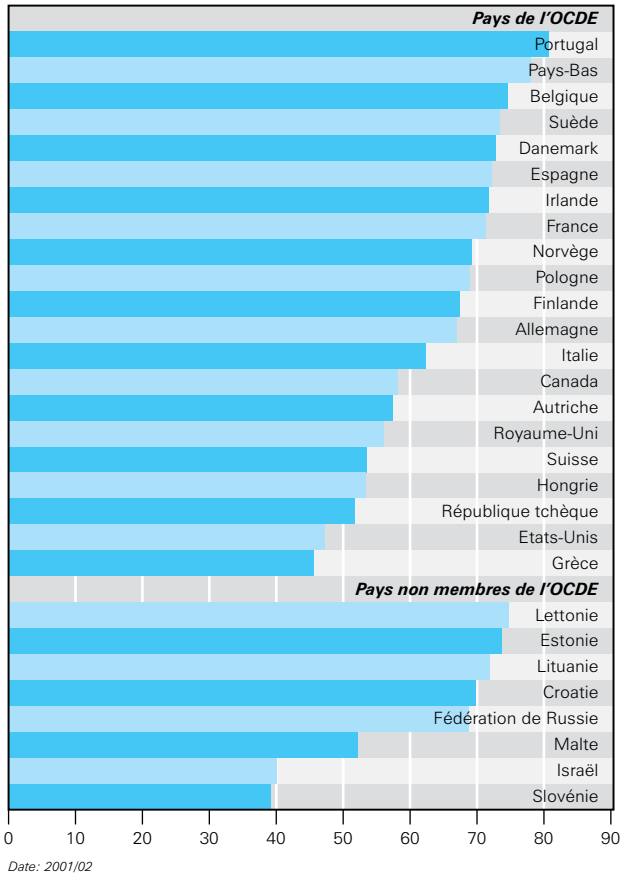


Tableau 5.1c Moyenne des jours durant lesquels les jeunes de 11, 13 et 15 ans déclarent avoir pratiqué/pratiquer une ou plusieurs heures d'activité physique au cours de la semaine précédente/type

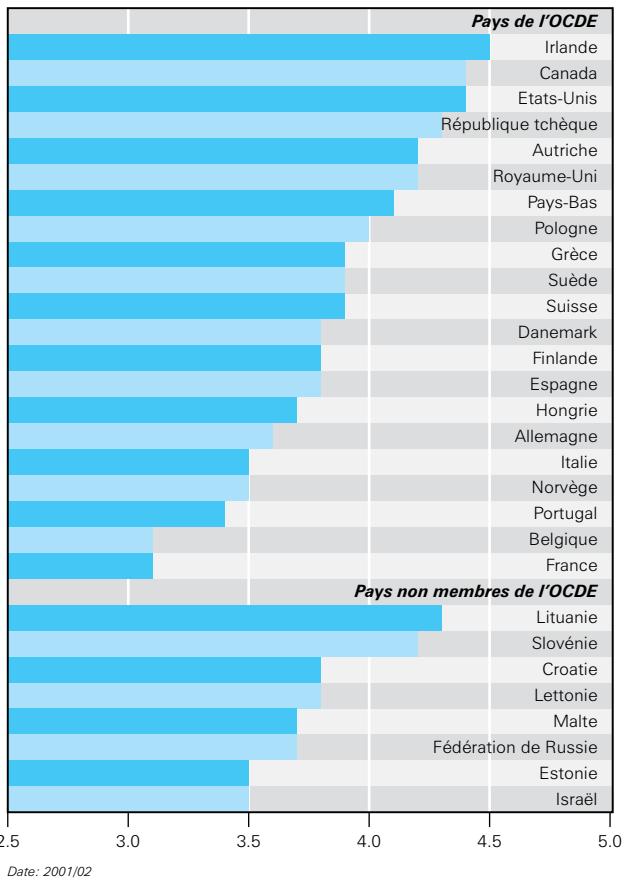


Tableau 5.1b Pourcentage de jeunes de 11,13 et 15 ans déclarant manger des fruits tous les jours

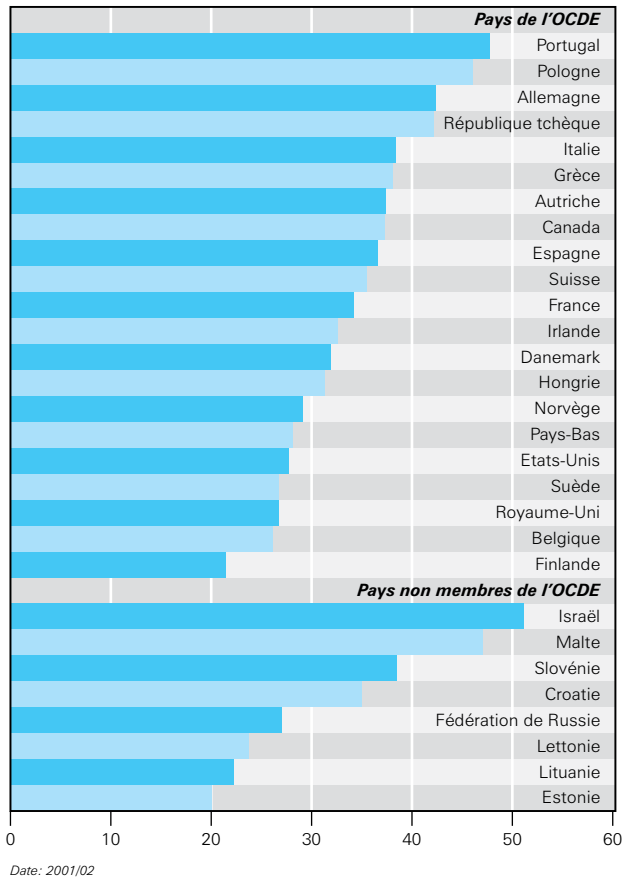
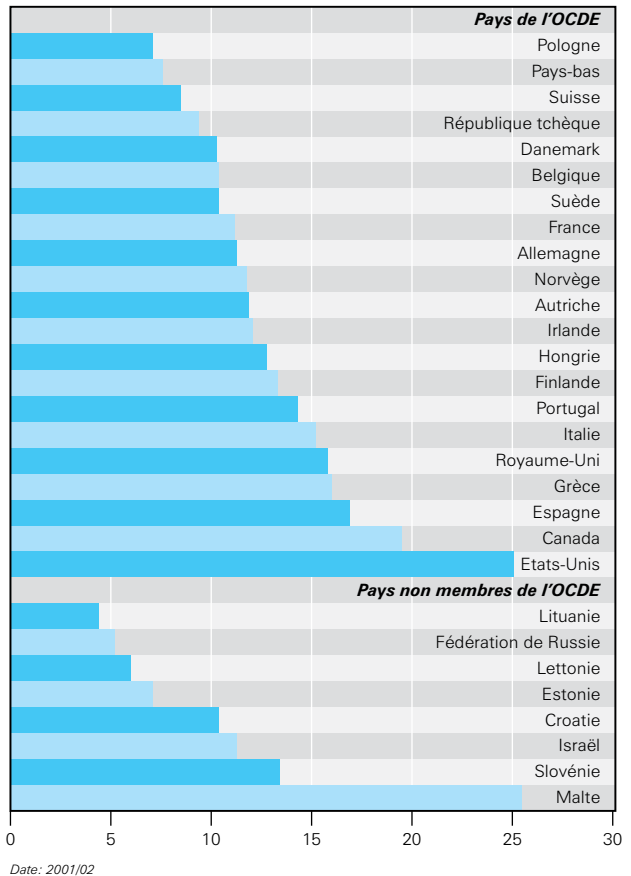


Tableau 5.1d Pourcentage de jeunes de 13 et 15 ans se déclarant en surpoids



encore la réponse est ‘faible’. Dans l’ensemble des pays de l’OCDE, environ un tiers des jeunes seulement s’entraînent une heure ou plus cinq jours ou plus par semaine. C’est en Irlande, au Canada et aux Etats-Unis que les jeunes font le plus d’exercice, et c’est en Belgique et en France qu’ils en font le moins.

Dans tous les pays et dans tous les groupes d’âge examinés, les garçons pratiquent généralement plus d’activités physiques que les filles.

Le tableau 5.1d, qui indique la prévalence de l’obésité chez les jeunes de 13 et 15 ans dans 21 pays de l’OCDE, se base sur les résultats d’un questionnaire demandant aux jeunes leur poids et leur taille (lequel a produit de faibles taux de réponses, ce qui suggère un risque de sous-estimation des chiffres). C’est en Pologne et aux Pays-Bas qu’on trouve la proportion la plus basse de jeunes trop gros. C’est dans les quatre pays d’Europe du Sud (Espagne, Grèce, Italie et Portugal) ainsi qu’aux Etats-Unis, au Canada et au Royaume-Uni qu’on trouve les niveaux d’obésité les plus élevés. Les pays en bas du classement peuvent s’attendre à des problèmes dans l’avenir, selon les termes de la commission sanitaire de l’UE: *“Les adolescents en surpoids d’aujourd’hui sont les victimes des crises cardiaques de demain”*.

Le tableau 5.1 rassemble tous ces facteurs et montre que dans la plupart des pays les comportements liés à la santé chez les jeunes ne s’éloignent guère de la moyenne générale de l’OCDE. Font exception la Pologne, où les comportements liés à la santé chez les jeunes sont nettement meilleurs que la moyenne, et les Etats-Unis où le classement général est pénalisé par les niveaux élevés d’obésité.

Comportements à risque

La deuxième composante retenue pour représenter cette dimension est la prévalence des risques pris par les jeunes, notamment la consommation de tabac, de

drogues et d’alcool, les rapports sexuels hasardeux, et les grossesses précoces.

Le tableau 5.2 réunit les données disponibles sur tous ces risques en un tableau de classement général de l’OCDE relatif aux comportements à risque des jeunes. Trois des cinq dernières places sont occupées par des pays anglophones, le Royaume-Uni se situant de loin en bas du classement.

Le tableau 5.2 présente les données sur le tabagisme, cause première clairement établie des maladies et des décès prématurés dans le monde riche. Généralement, il montre que 10% ou plus des jeunes dans les pays de l’OCDE fument au moins une fois par semaine dès l’âge de 15 ans. L’enquête HBSC dont sont tirées les données présentent les résultats de manière plus positive: *“84% des jeunes déclarent ne pas fumer. Environ un tiers des 16% restants déclarent fumer moins d’une fois par semaine.”* La même enquête constate que dans 23 des 35 pays, les filles ont davantage tendance à fumer que les garçons.

Alcool, cannabis, rapports sexuels

Le tableau 5.2b indique le pourcentage de jeunes de 11, 13 et 15 ans ayant répondu ‘deux fois ou plus’ à la question

‘Combien de fois avez-vous bu de l’alcool au point d’être vraiment ivre ?’. Dans la majorité des pays de l’OCDE, moins de 15% des jeunes déclarent avoir été ivres en deux occasions ou plus. Aux Pays-Bas la proportion s’élève à plus d’un quart et au Royaume-Uni presque à un tiers.

Le pourcentage de jeunes de 15 ans ayant consommé du cannabis (tableau 5.2c) varie aussi considérablement d’un pays à l’autre de l’OCDE, allant de moins de 5% en Grèce et en Suède à plus de 30% au Canada, en Espagne, en Suisse et au Royaume-Uni. Le Canada est le seul pays où le taux de consommation de cannabis des jeunes de 15 ans dépasse 40%. La consommation régulière de cannabis s’accompagne de dépression, de mauvaise santé physique, de difficultés scolaires ainsi que d’autres formes de risques. Elle peut aussi entraîner des psychoses, en particulier chez les jeunes déjà enclins à de tels états.

Les variations, bien que toujours significatives, sont plutôt moins marquées en ce qui concerne le pourcentage de jeunes ayant eu des rapports sexuels dès l’âge de 15 ans (tableau 5.2d). Pour 16 des 17 pays de l’OCDE disposant de données, la

Tableau 5.2 Comportements à risque des jeunes, vue d’ensemble des tableaux 5.2a à 5.2f

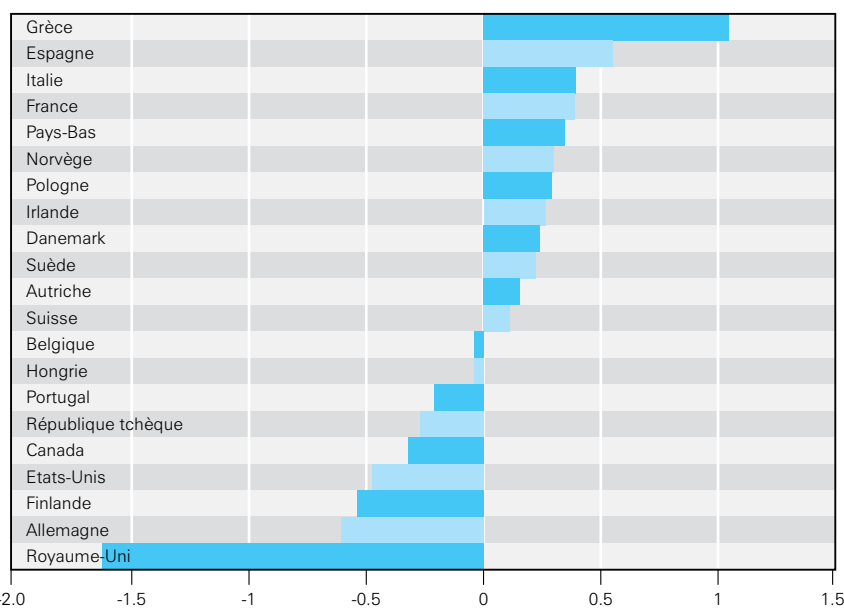
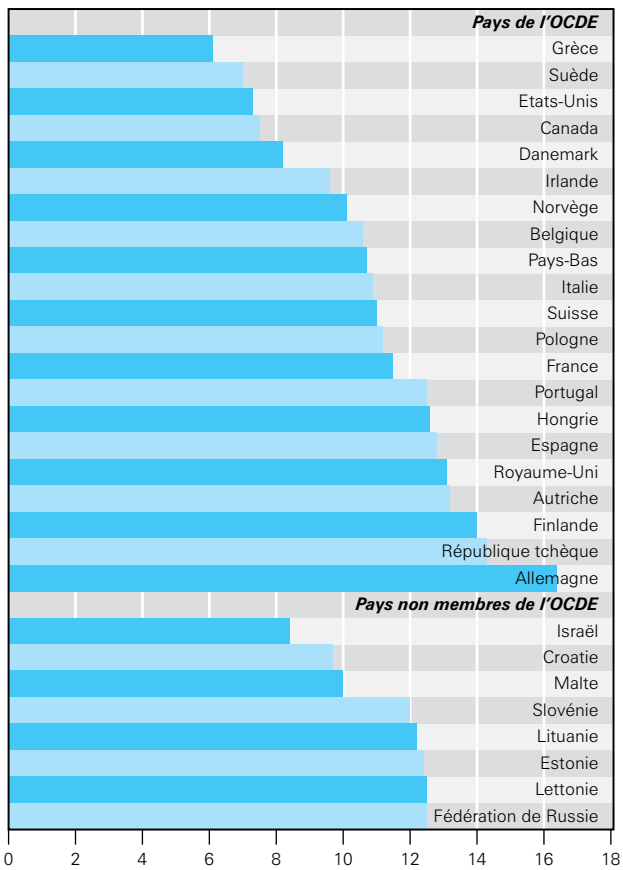
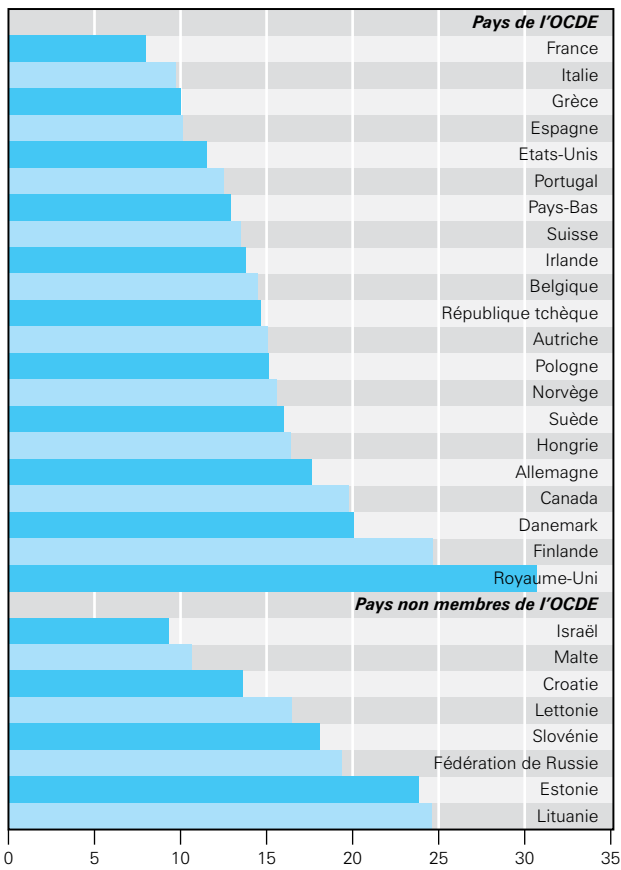


Tableau 5.2a Pourcentage d'élèves de 11, 13 et 15 ans qui fument des cigarettes au moins une fois par semaine



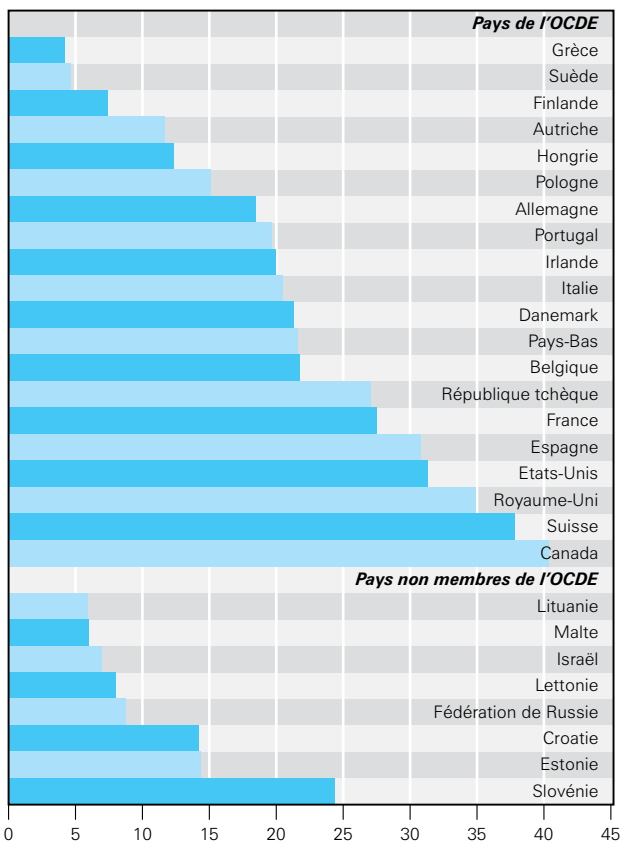
Date: 2001/02

Tableau 5.2b Pourcentage d'élèves de 11, 13 et 15 ans déclarant avoir été ivres deux fois ou plus



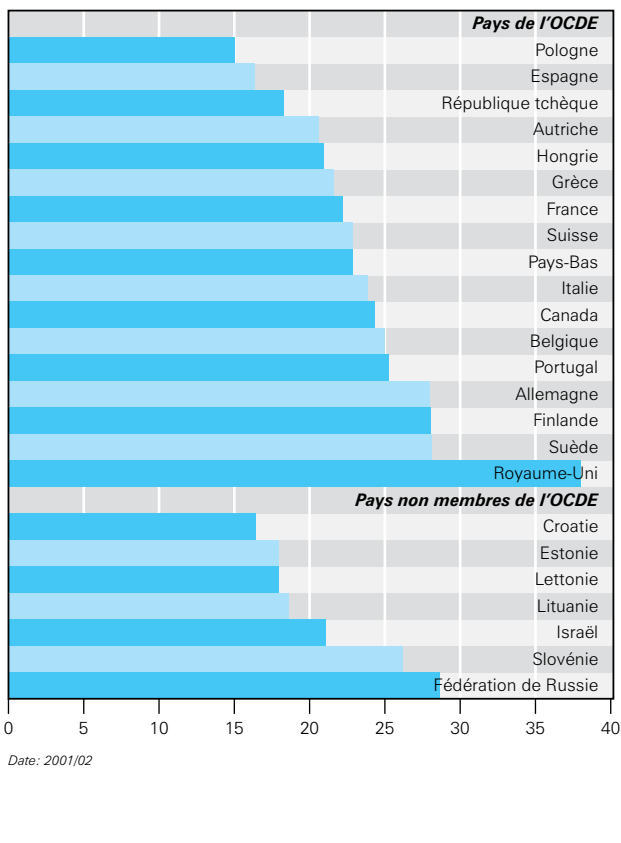
Date: 2001/02

Tableau 5.2c Pourcentage d'élèves de 11, 13 et 15 ans déclarant avoir consommé du cannabis au cours des 12 mois précédents



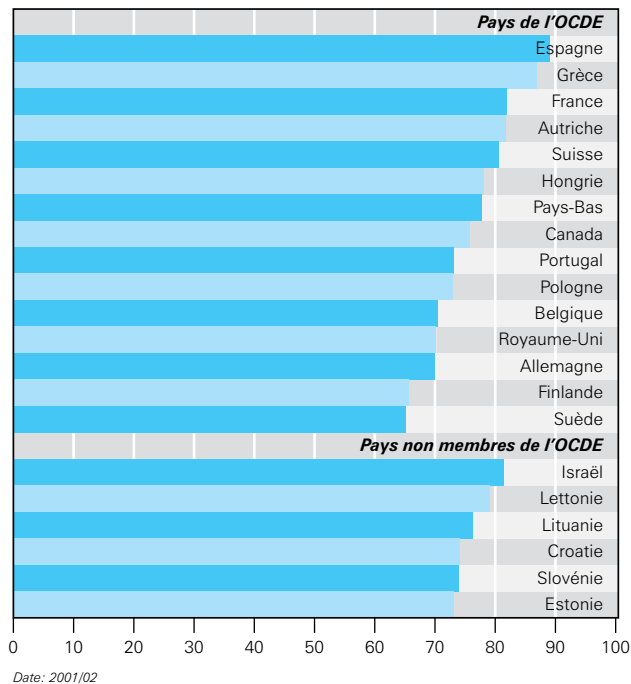
Date: 2001/02

Tableau 5.2d Pourcentage de jeunes de 15 ans déclarant avoir eu des rapports sexuels



Date: 2001/02

Tableau 5.2e Pourcentage de jeunes de 15 ans ayant utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel



Date: 2001/02

proportion varie entre 15% et 28%; au Royaume-Uni elle est de presque 40%. Les efforts de la plupart des pays pour informer les jeunes des dangers du VIH/SIDA et des maladies sexuellement transmissibles se reflètent dans le taux d'utilisation du préservatif. La grande majorité des jeunes de 15 ans ayant eu des rapports sexuels (entre 65% et 90%) ont utilisé un préservatif (tableau 5.2e).

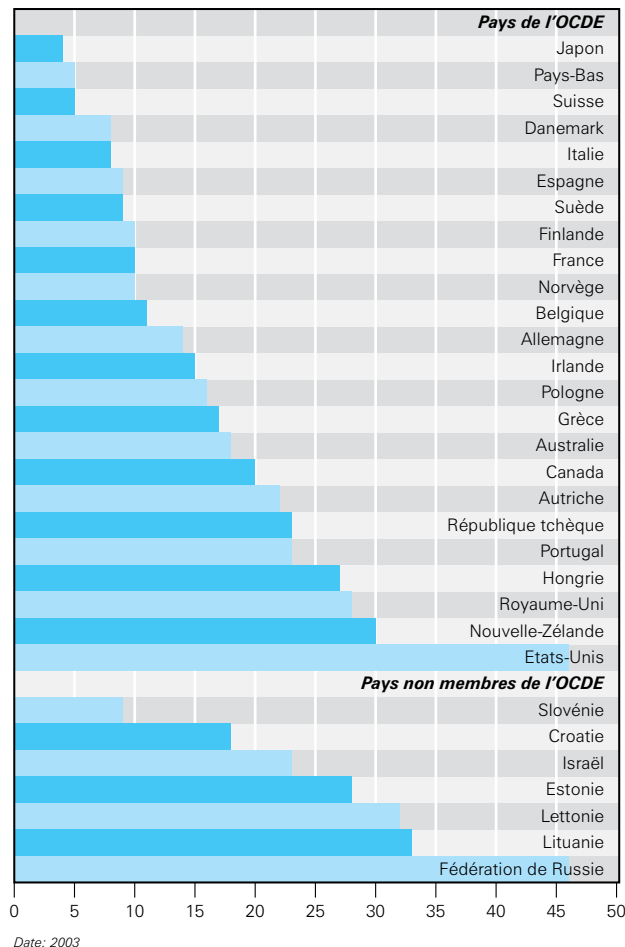
Beaucoup de comportements à risque représentés dans ces tableaux sont liés ou coexistent. Les jeunes qui fument des cigarettes, par exemple, sont environ trois fois plus susceptibles de consommer de l'alcool régulièrement, et huit fois plus susceptibles de faire usage de cannabis.

Grossesses adolescentes

Les taux de fécondité des adolescentes dans les pays de l'OCDE (tableau 5.2f) varient aussi considérablement, allant d'un minimum de 5 à un maximum de 45 naissances pour 1.000 adolescentes de 15 à 19 ans.

Pour la plupart des filles élevées dans un pays de l'OCDE, la norme actuelle est représentée par une éducation prolongée,

Tableau 5.2f Taux de fécondité des adolescentes: naissances pour 1.000 mères de 15 à 19 ans



Date: 2003

une carrière, un ménage à deux revenus, la maternité différée et une famille peu nombreuse. C'est dans ce contexte que la grossesse adolescente est devenue un problème significatif: la maternité précoce est maintenant associée à une série de difficultés pour la mère et l'enfant, notamment un risque majeur d'abandonner l'école, d'avoir peu ou pas de qualifications, d'être au chômage ou de gagner peu, ainsi que de vivre dans de médiocres conditions de logement. Mais comme toujours, l'association ne renvoie pas à la cause. Beaucoup de mères adolescentes ont elles-mêmes connu le type de pauvreté et de problèmes susceptibles d'entraîner les mêmes conséquences négatives, qu'elles attendent ou non d'avoir une vingtaine d'années pour avoir un enfant. Une grossesse précoce aggravera peut-être ces difficultés, mais même sans grossesse, les difficultés ne disparaîtront pas.

Au-delà du problème immédiat, les niveaux de fécondité des adolescentes peuvent également servir d'indicateur pour un aspect de la vie des jeunes souvent difficile à saisir. Pour un être jeune pas très bien dans sa peau, malheureux et peut-être malmené à la maison, mal intégré et médiocre à l'école, avec pour seule perspective un travail non qualifié et mal payé, l'idée d'avoir un bébé qu'on aime et qui vous aime, plus quelques allocations familiales et un chez-soi, peut sembler une option plus attrayante que le reste. Une bonne élève qui envisage une profession intéressante et bien payée, entourée d'une famille et d'amis ayant les mêmes attentes, juge probablement que la maternité mettrait fin au bien-être actuel et aux espoirs futurs.

La mesure approximative de la proportion d'adolescentes de part et

d'autre de cette ligne, selon les taux de fécondité des adolescentes présentés à la figure 5.2f, peut être un indicateur particulièrement significatif du bien-être de la jeunesse.

Expérience de la violence

L'agressivité et la violence sous toutes leurs formes – brimades, bagarres, sévices – pèsent sur l'existence de nombreux jeunes, faisant d'une époque de la vie que les adultes se plaisent à définir heureuse et insouciant une période d'angoisse et de détresse. En particulier, l'exposition à la violence domestique – directement en subissant des sévices ou indirectement en assistant à des scènes d'agressivité et de violence entre adultes – peut provoquer des traumatismes persistants chez les enfants de tout âge.¹⁴

Malheureusement il est difficile de définir l'exposition à la violence et les indicateurs disponibles ne sont aptes à refléter ni la détresse présente ni les conséquences futures. Les tableaux 5.3a et 5.3b rassemblent les quelques données recueillies sur l'opinion des enfants eux-mêmes à cet égard.

Dans 18 des 21 pays examinés, la proportion des jeunes impliqués dans

une bagarre au cours des 12 mois précédents (tableau 5.3a) est de plus d'un tiers, allant de moins de 30% en Finlande et en Allemagne à plus de 45% en République tchèque et en Hongrie. Dans l'ensemble, environ 40% de tous les jeunes des pays examinés déclarent avoir participé à au moins une lutte physique au cours de l'année précédente.

La prévalence des brimades (tableau 5.3b) varie davantage; environ 15% des enfants déclarent avoir subi des brimades en Suède et en République tchèque contre plus de 40% en Suisse, en Autriche et au Portugal. Environ un tiers des jeunes des pays examinés déclarent avoir subi des brimades au moins une fois au cours des deux mois précédant l'enquête. Une proportion égale déclare avoir fait subir des brimades aux autres.

Ces deux tableaux doivent être considérés avec précaution. Le fait que les enfants tchèques apparaissent à la fois en tête du tableau des 'bagarres' et en bas de celui des 'brimades', par exemple, n'est pas forcément incohérent. La distinction entre infliger des brimades et se battre est, en fin de compte, une question de perception, et les subtilités de la distinction peuvent éventuellement

être effacées par la traduction. La définition utilisée dans l'enquête et soumise aux interviewés en tant que préliminaire à la question sur les brimades, illustre cette difficulté: *“On dit qu'un élève subit des brimades quand un autre élève, ou groupe d'élèves, lui dit ou lui fait des choses méchantes et déplaisantes. C'est aussi infliger des brimades que de taquiner constamment un élève d'une façon qu'il n'apprécie pas, ou de le tenir délibérément à l'écart. Mais il ne s'agit pas de brimades quand deux élèves de force à peu près égale se disputent ou se battent, pas plus que quand on taquine quelqu'un de façon amicale et enjouée”*.

Le tableau 5.3 rassemble les indicateurs 'bagarres' et 'brimades' en un tableau composite, mais reste une représentation insuffisante de la violence vécue par les jeunes dans les pays concernés. Davantage d'informations sont nécessaires sur l'exposition des enfants à la violence domestique en tous genres. Des études nationales montrent que les enfants souvent témoins de violence entre les membres de la famille risquent davantage d'être eux-mêmes victimes de violence, et les deux formes d'exposition représentent des niveaux inimaginables de souffrance présente et de préjudices à long terme pour le développement et le bien-être de plusieurs millions d'enfants. Le *Bilan 5* (septembre 2003) concluait que de nos jours, dans certains pays industrialisés, jusqu'à un enfant sur 15 est victime de maltraitance grave, et que la question doit être tirée des placards des divers pays et portée au grand jour devant le public et les gouvernements.

Tableau 5.3 Jeunes déclarant n'être pas impliqués dans des bagarres ou ne pas subir de brimades, vue d'ensemble des tableaux 5.3a à 5.3b

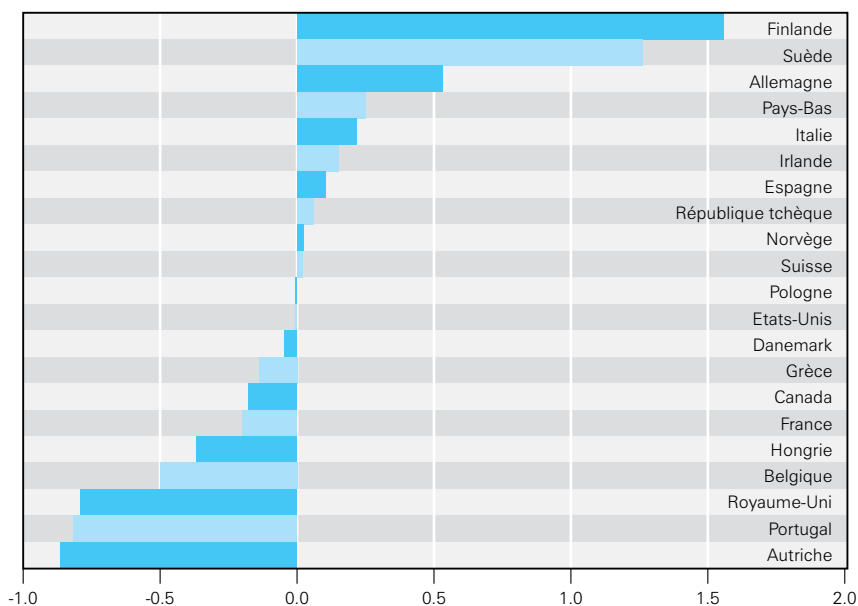
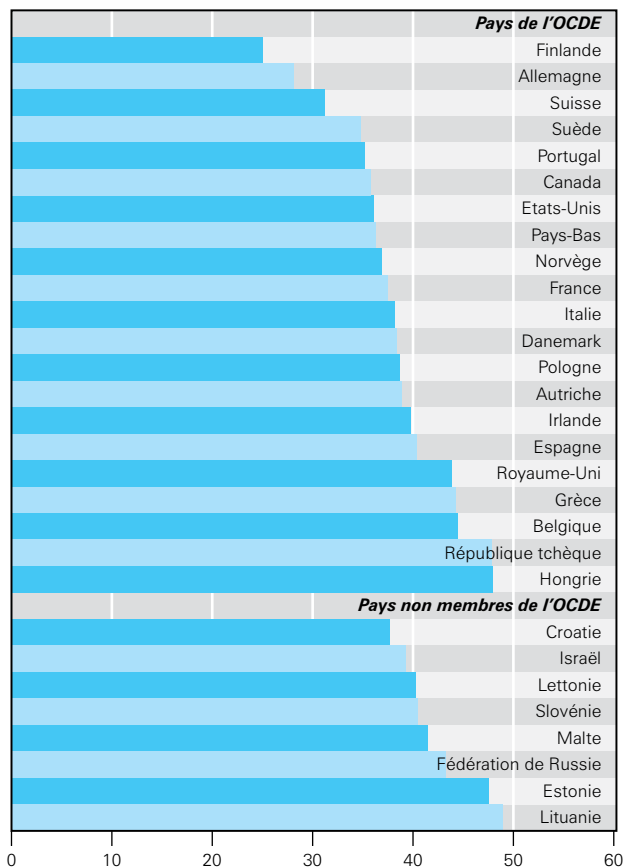
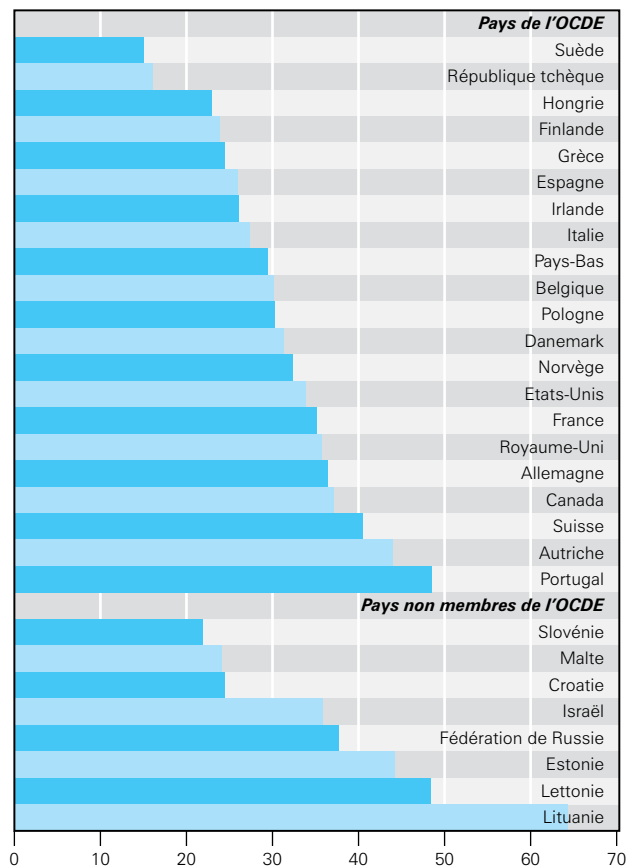


Tableau 5.3a Pourcentage de jeunes de 11,13 et 15 ans déclarant avoir participé à des bagarres au cours des 12 mois précédents



Date: 2001/02

Tableau 5.3b Pourcentage de jeunes de 11, 13 et 15 ans déclarant avoir subi des brimades au cours des deux mois précédents



Date: 2001/02

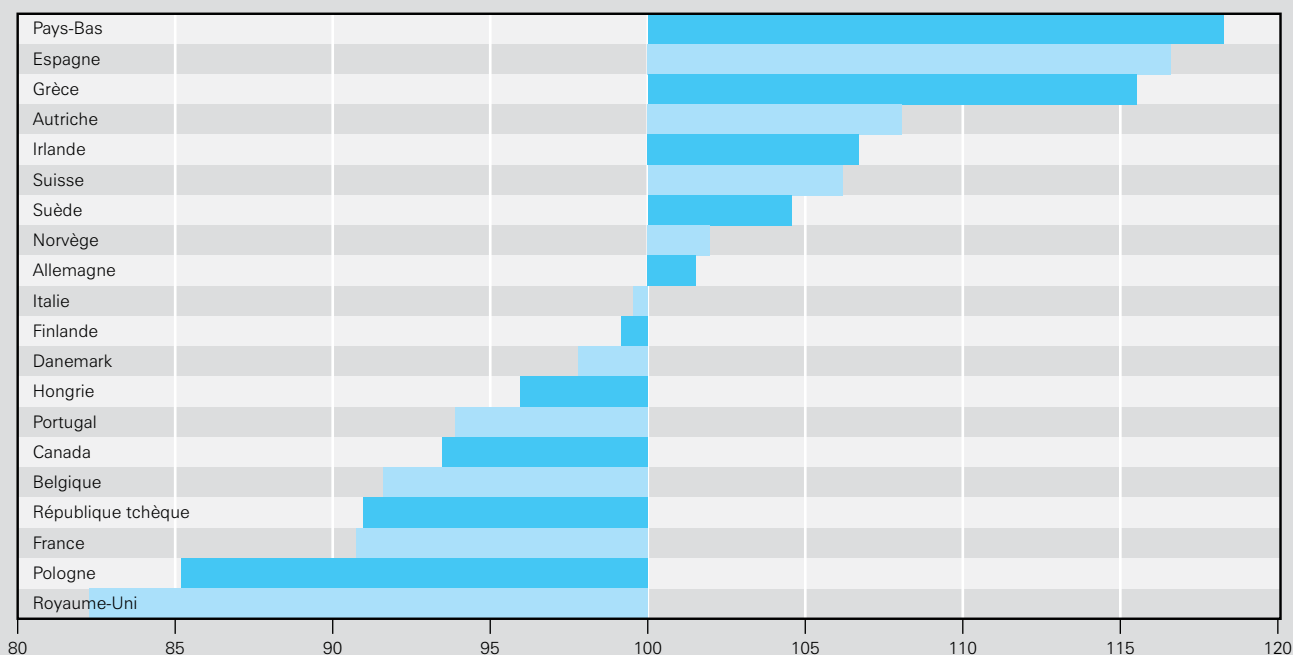
Dimension 6

BIEN - ETRE SUBJECTIF

Tableau 6.0 Bien-être subjectif des jeunes, vue d'ensemble de l'OCDE

Cette section tente d'approfondir cette vue d'ensemble du bien-être des enfants en tenant compte des propres perceptions des enfants, à partir d'études internationales sur les opinions des enfants et des jeunes. Le tableau ci-dessous réunit les résultats en une vue d'ensemble commune de la perception subjective qu'ont les enfants de leur propre bien-être.

Le tableau est agencé de façon à indiquer l'écart de chaque pays par rapport à la moyenne de 100 de l'OCDE et montre la situation de chaque pays par rapport à la moyenne de l'OCDE dans son ensemble.



Bien-être subjectif

Le tableau de droite indique la façon dont on a établi l'indice de bien-être subjectif des enfants. Le choix des indicateurs individuels reflète la disponibilité de données comparables sur le plan international.

Pour chaque indicateur, les pays ont reçu un score qui révèle dans quelle mesure ils se placent au-dessus ou au-dessous de la moyenne des pays de l'OCDE examinés. Lorsqu'on a utilisé plus d'un indicateur, on a calculé la moyenne des scores. De même, on a calculé la moyenne des scores des trois composantes pour le classement général de chaque pays en matière de bien-être subjectif des enfants (voir encadré 5).

Bien-être subjectif	COMPOSANTES	INDICATEURS
	santé	– pourcentage de jeunes jugeant leur propre santé tout au plus 'correcte' ou 'médiocre'.
	vie scolaire	– pourcentage de jeunes 'aimant beaucoup l'école'
bien-être personnel	– pourcentage d'enfants se plaçant au-dessus du point médian 'd'une échelle de satisfaction existentielle' – pourcentage d'enfants portant un jugement négatif sur leur bien-être personnel	

Jugements subjectifs des jeunes sur leur bien-être

Au moyen de divers éléments de cette vue d'ensemble sur le bien-être de l'enfant on a essayé de rendre l'opinion et le discours des enfants eux-mêmes, par exemple à travers les enquêtes sur la perception de l'aisance familiale, de l'expérience des brimades, ou de l'intensité de la communication avec les parents. L'introduction du 'bien-être subjectif' en tant que dimension distincte constitue une tentative de cerner plus directement la perception qu'ont les enfants de leur propre bien-être.

Trois composantes ont été retenues pour représenter cette dimension, à savoir la proportion de jeunes jugeant leur santé tout au plus 'correcte' ou 'médiocre', la proportion déclarant 'aimer beaucoup l'école', ainsi qu'une mesure de satisfaction générale des enfants à l'égard de leur vie.

Le rassemblement des données disponibles (tableau 6.0) indique une perception subjective de bien-être des enfants nettement plus prononcée aux Pays-Bas, en Espagne, et en Grèce, et nettement inférieure en Pologne et au Royaume-Uni. Malheureusement nous ne disposons pas de données suffisantes pour les Etats-Unis qui n'ont donc pas pu être inclus dans cette section.

Perception que les jeunes ont de leur santé

Les enquêtes sur la perception que les jeunes ont de leur santé montrent que, dans presque tous les pays de l'OCDE où on dispose de données, les filles indiquent des niveaux de santé inférieurs à ceux des garçons, cet écart se creusant progressivement avec l'âge. Cette constatation ne varie guère à travers les divers contextes nationaux sociaux et

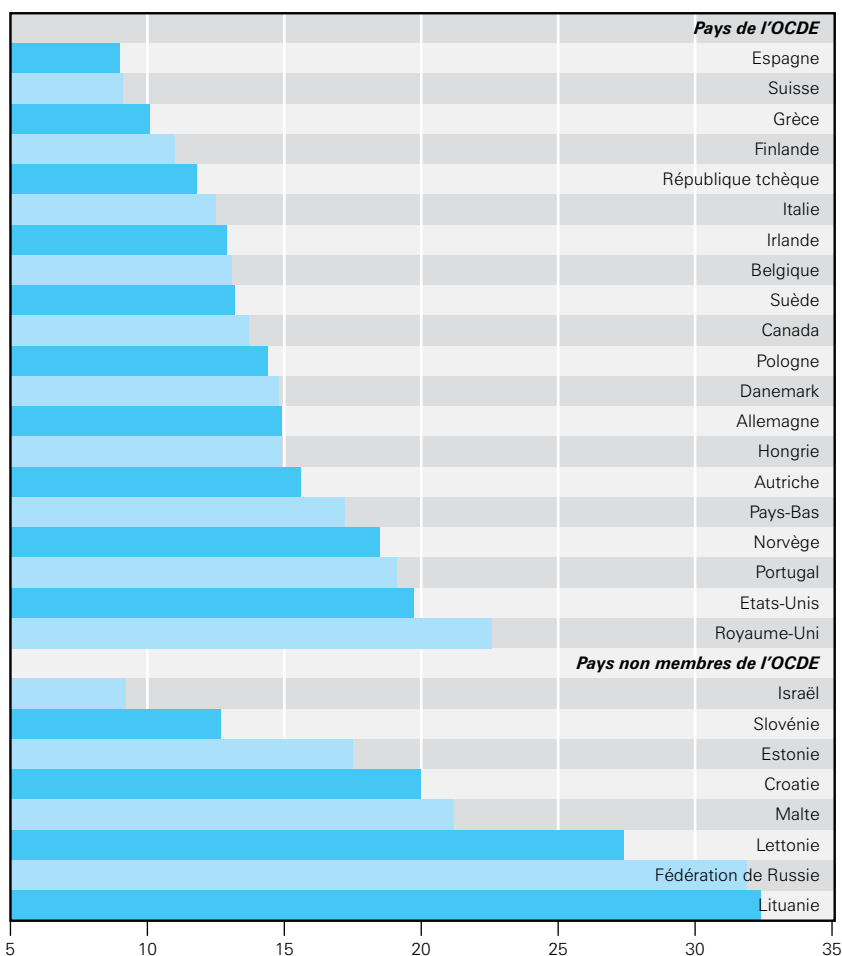
Evaluation subjective de l'état de santé pourcentage de jeunes jugeant leur santé 'correcte ou médiocre'			
	à 11 ans	à 13 ans	à 15 ans
filles	15.7	20.8	27.2
garçons	12.1	13.6	16.1

Source: *La santé des jeunes en contexte*. Enquête sur les comportements liés à la santé des enfants en âge scolaire (HBSC): rapport international de l'enquête réalisée en 2001/2002. OMS, 2004, p. 57

culturels et il semble donc que les différences de genre en matière de jugement sur le propre état de santé correspondent à des contraintes physiologiques et psychologiques différentes lors de la puberté. Les filles,

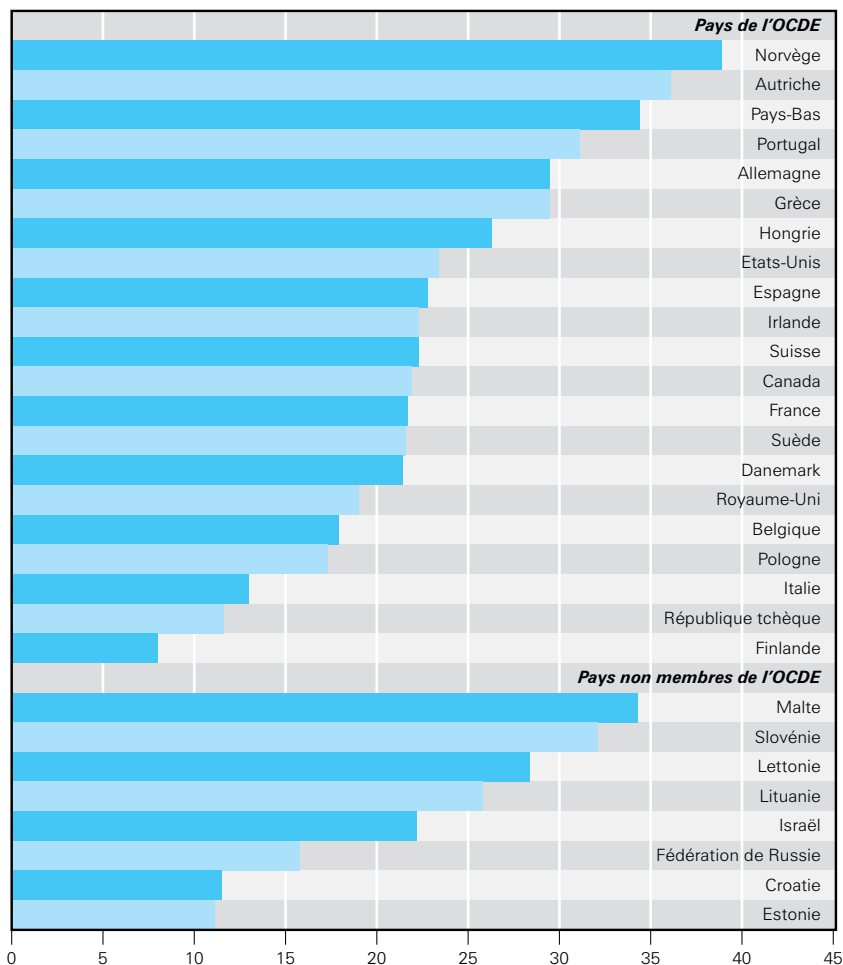
par exemple, sont peut-être davantage tributaires de l'apparence physique et plus conscientes et/ou préoccupées de leur état physique et émotionnel (ce qui fait que leur seuil de représentation de santé médiocre est peut-être plus bas).

Tableau 6.1 Pourcentage de jeunes de 11, 13 et 15 ans jugeant leur santé 'correcte ou médiocre'



Date: 2001/02

Tableau 6.2 Pourcentage de jeunes de 11, 13 et 15 ans déclarant 'aimer beaucoup l'école'



Date: 2001/02

Le tableau 6.1 indique le pourcentage de jeunes de 11, 13 et 15 ans de chaque pays ayant répondu 'correcte' ou 'médiocre' à la question 'Selon vous, votre santé est excellente, bonne, correcte, ou médiocre ?'. En général, environ 80% des jeunes dans chaque pays de l'OCDE jugent leur santé bonne ou excellente, excepté au Royaume-Uni.

L'école

Une mesure sommaire du degré de satisfaction des jeunes au cours de leur scolarité nous est fournie par l'enquête HBS qui a interrogé des groupes représentatifs d'enfants de 35 pays sur leur attitude envers l'école. En particulier on demandait à des enfants de 11, 13 et 15 ans de cocher une des quatre possibilités: 'J'aime beaucoup l'école, un peu, pas beaucoup, pas du tout'.

Les Pays-Bas et la Norvège, de même que l'Autriche, se situent à nouveau en tête du tableau avec plus d'un tiers de leurs élèves déclarant 'aimer beaucoup l'école'. La proportion tombe au-dessous de 15% en Finlande, en République tchèque et en Italie.

De meilleures données pour les pays de l'UE

Depuis 2004, les 25 pays de l'Union européenne élaborent une nouvelle source de données statistiques sous l'appellation *Statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie* (EU-SILC).

EU-SILC vise à devenir la source de référence des statistiques comparatives sur la distribution des revenus et les conditions de vie au sein de l'UE. Un de ses objectifs principaux consiste à contrôler les indicateurs communs (dits *Indicateurs de Laeken*) par lesquels l'UE est convenue de mesurer ses progrès vers la réduction de la pauvreté et de l'exclusion sociale.

EU-SILC remplace donc le *Panel des ménages de la Communauté européenne* (PCM) qui a constitué la première source de données de ce genre de 1994 à 2001 (pour les 15 Etats membres de l'UE de l'époque). Conçu pour combler certaines lacunes et faiblesses reconnues du PCM, EU-SILC recueille chaque année des données transversales comparables et actualisées sur le revenu, la pauvreté, l'exclusion sociale et autres aspects des conditions de vie, de même que des données

longitudinales sur un ensemble limité d'indicateurs non monétaires de l'exclusion sociale.

Les premières données EU-SILC relatives aux 25 Etats membres plus la Norvège et l'Islande devraient être disponibles d'ici la fin de 2006. Les premières données longitudinales sur 4 ans relatives aux 'personnes à risque continu de pauvreté' seront disponibles au début de 2010.

Outre à remplir ces indicateurs fondamentaux, chaque édition de l'EU-SILC recueille également des données sur un sujet particulier, dont le premier a été, en 2005, la transmission de la pauvreté de génération en génération.

Pour plus d'informations sur l'EU-SILC et les indicateurs de Laeken, de même que pour une analyse approfondie des principaux défis à relever par le *Processus d'inclusion sociale* de l'UE, voir E. Marlier, A.B. Atkinson, B. Cantillon et B. Nolan (2006), *The UE and social Inclusion: Facing the challenges*, Policy Press, Bristol

Voir également:
Bradshaw, J., Hoelscher, P. and Richardson, D. (2007) *An index of child well-being in the European Union*, Journal of Social Indicators Research. 1, 2007

Une fois de plus, cette vue d'ensemble masque les différences de genre et d'âge, les filles tendant à aimer davantage l'école que les garçons, et les enfants plus grands tendant à l'aimer moins que les plus jeunes.

A quelques exceptions près, dont la Finlande, on constate un lien positif entre l'amour de l'école et la réussite scolaire. Il existe probablement un rapport autorenforçant entre ces deux éléments, les élèves qui travaillent bien tendant à aimer l'école et ceux qui aiment l'école tendant à bien travailler.

Satisfaction existentielle

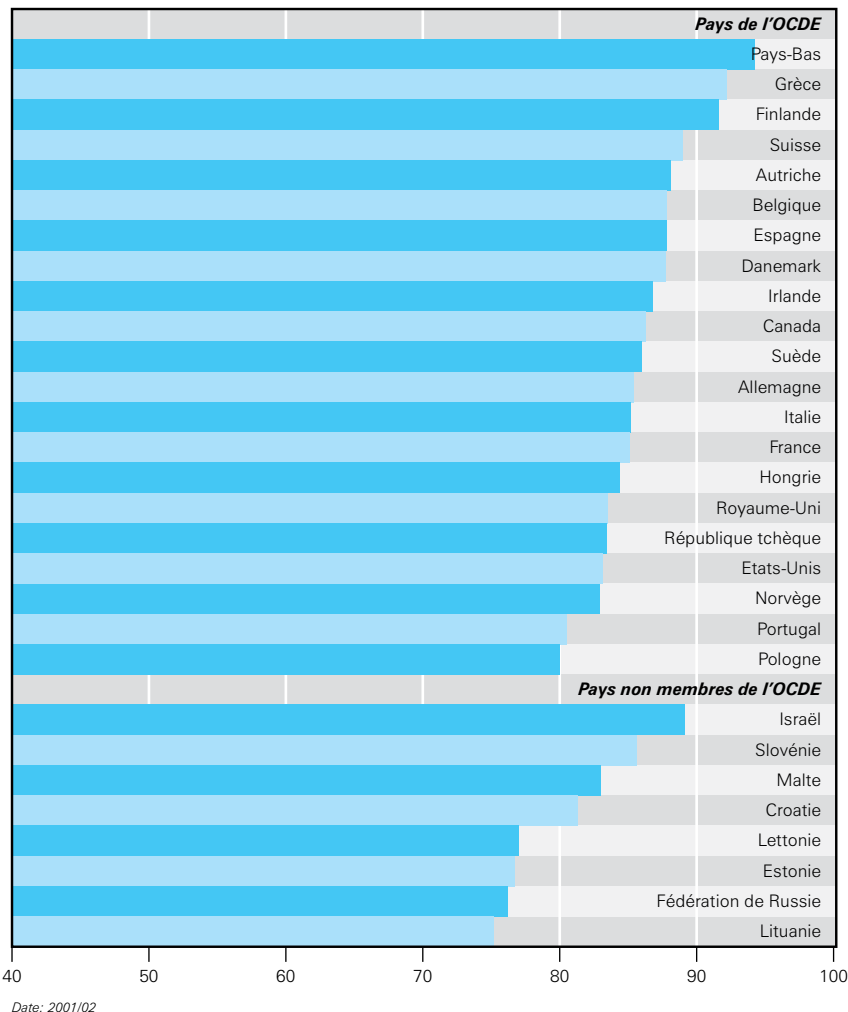
Les tableaux 6.3a et 6.3b tentent d'établir dans quelle mesure les enfants sont globalement satisfaits d'eux-mêmes et de leur vie.

Le premier (tableau 6.3a) est basé sur la question suivante adressée à des enfants de 11, 13 et 15 ans:

'Voici l'image d'une échelle. Le haut de l'échelle, 10, représente la meilleure vie possible pour vous, et le bas, 0, la pire vie possible. Dans l'ensemble, à quel niveau de l'échelle avez-vous l'impression d'être en ce moment ? Cochez la case à côté du nombre qui correspond à votre niveau.'

Un score de 6 ou plus a été considéré comme un niveau positif de satisfaction existentielle, et le tableau 6.3a démontre clairement que la grande majorité des jeunes des pays de l'OCDE se situent au-dessus de ce point de 'l'échelle de satisfaction'.

Tableau 6.3a Pourcentage de jeunes de 11, 13 et 15 ans qui se classent au-dessus du milieu de l'échelle de satisfaction existentielle



Dans les pays de l'OCDE dans leur ensemble, le degré de satisfaction existentielle tend à baisser légèrement entre 11 et 15 ans, en particulier chez les filles.

Mal-être

Le tableau 6.3b tente d'explorer les aspects psychologiques et sociaux d'états subjectifs, tels que sensations de malaise,

de solitude et de différence, signes d'exclusion sociale qui peuvent affecter grandement la qualité de vie des jeunes. Le tableau rassemble les résultats des réponses des jeunes auxquels on demandait s'ils se reconnaissaient ou non dans ces déclarations:

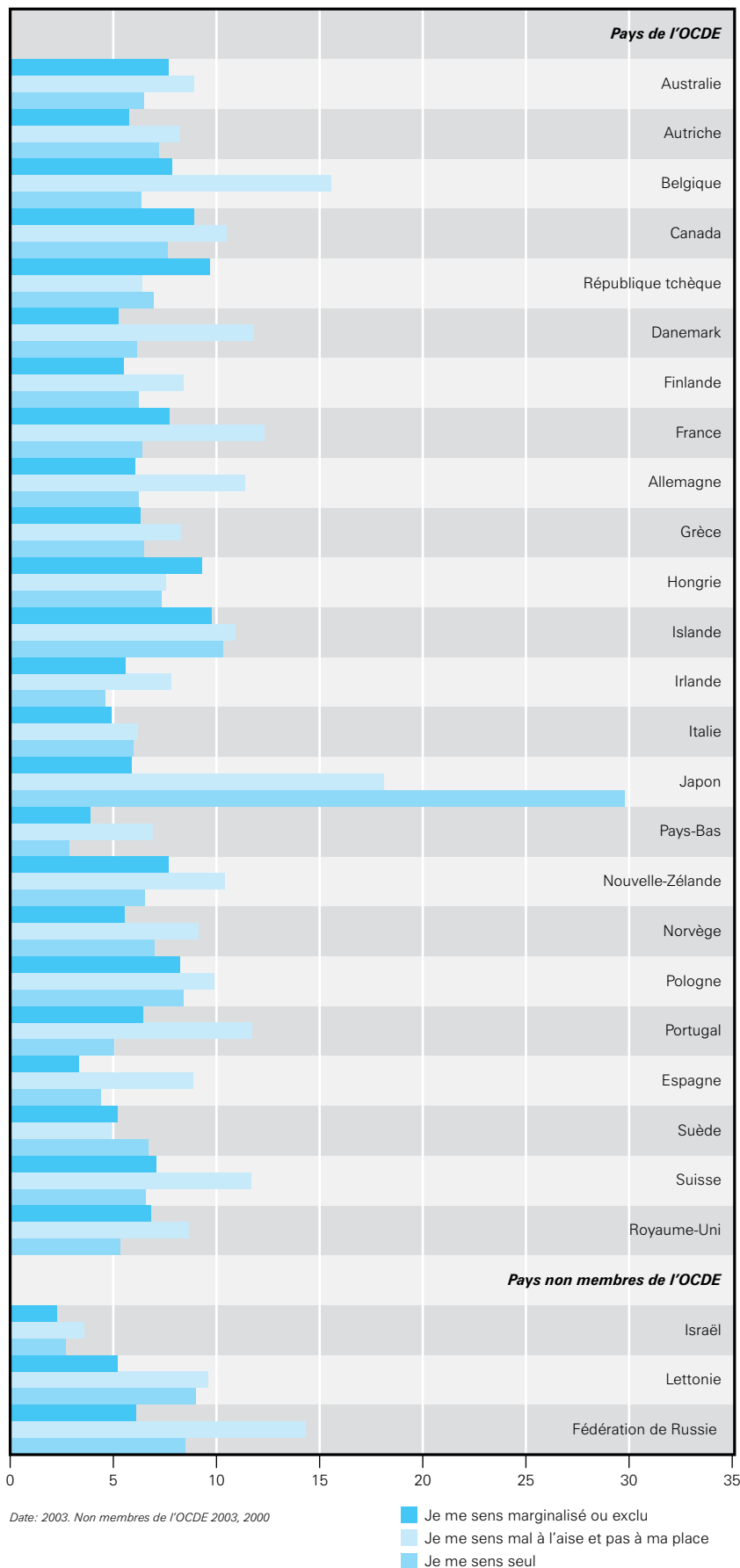
- Je me sens marginalisé ou exclu
- Je me sens gêné et pas à ma place
- Je me sens seul

Dans l'ensemble, les réponses révèlent une remarquable concordance à travers la plupart des pays de l'OCDE et un niveau élevé de satisfaction existentielle des jeunes. Dans la plupart des pays la proportion de jeunes se reconnaissant dans les déclarations ci-dessus se situe en bas du classement entre 5% et 10%. Une proportion majeure d'enfants se reconnaît dans la déclaration 'Je me sens

'Echelle de satisfaction existentielle'			
pourcentage de jeunes se situant au-dessus du milieu			
	à 11 ans	à 13 ans	à 15 ans
Filles	87.1	82.5	77.4
Garçons	88.1	86.9	84.5

Source: *La santé des jeunes en contexte*. Enquête sur les comportements liés à la santé des enfants en âge scolaire (HBSC): rapport international de l'enquête réalisée en 2001/2002. OMS, 2004, p 57 (note: le tableau ne s'appuie pas seulement sur les données en provenance des pays de l'OCDE mais en provenance des 35 pays examinés dans le cadre du programme HBSC).

Tableau 6.3b Pourcentage de jeunes de 15 ans se reconnaissant dans des énoncés spécifiques de mal-être personnel



géné et pas à ma place, mais ne dépasse 10% que dans 8 des 24 pays de l'OCDE. Le résultat individuel le plus frappant est représenté par la proportion de jeunes Japonais (30%) qui se reconnaissent dans la déclaration *Je me sens seul*, proportion presque trois fois plus élevée que celle du pays le plus proche sur l'échelle. Il se peut que cela reflète soit un problème linguistique et culturel au niveau de la traduction, soit un malaise requérant une étude approfondie, soit les deux. ■

CONCLUSION

Dans l'ensemble, les six dimensions du bien-être des enfants évaluées dans ces pages représentent un progrès significatif dans l'entreprise de mesurer et de comparer le bien-être des enfants à travers les pays de l'OCDE.

Il existe des liens importants entre certaines des dimensions choisies. La pauvreté, par exemple, affecte de nombreux aspects du bien-être de l'enfant sur lesquels existe une documentation fournie; il est prouvé que la pauvreté, en particulier si elle persiste, peut influencer la santé, le développement cognitif, les résultats scolaires, les aspirations, la perception de soi, les rapports avec autrui, les comportements à risque et les perspectives d'emploi. Il est tout aussi clairement établi que la pauvreté à elle seule ne constitue pas une mesure adéquate de bien-être général de l'enfant. Une approche multidimensionnelle du bien-être est nécessaire pour améliorer la compréhension, le suivi, et l'efficacité des politiques.

Il est tentant de porter le processus au stade suivant et d'assembler les scores de tous les pays dans toutes les dimensions en un tableau de classement général du bien-être de l'enfant dans l'OCDE. À part l'établissement d'une liste des pays en fonction de leur moyenne de classement (page 2), nous n'avons pas cédé à cette tentation, en partie pour maintenir l'opacité et éviter de ne pas trop s'appuyer sur des données limitées; les indicateurs composites, largement utilisés dans ce rapport, doivent être aussi

transparents que possible afin de garder le processus ouvert à la discussion et d'éviter d'investir les données d'une autorité excessive. Mais nous avons également résisté à la tentation, en partie, de peur que réduire la vue d'ensemble à un score unique ne diminue l'importance accordée au bien-être de l'enfant en tant que question multidimensionnelle nécessitant toute une série de réponses politiques. Il arrive que le tout soit inférieur à la somme des parties.

Cette première vue d'ensemble multidimensionnelle doit être considérée comme un travail en cours, nécessitant de meilleures définitions et données. Mais dans la foulée il est facile de se laisser captiver par les données et de perdre de vue ce qu'on souhaite saisir. Quand on essaie de mesurer le bien-être des enfants, on cherche en fait à savoir si les enfants sont convenablement vêtus, logés, nourris, protégés, si leurs conditions de vie sont telles qu'ils ont des chances de devenir tout ce qu'ils ont la capacité de devenir, ou si au contraire ils sont tellement défavorisés qu'il leur est difficile ou impossible de participer à plein titre à la vie et aux possibilités du monde qui les entoure. Avant tout on cherche à savoir si les enfants se sentent aimés, choyés, appréciés et soutenus au sein de la famille et de la communauté, et si la famille et la communauté sont soutenues dans cette tâche par les politiques et les ressources publiques.

Les mesures utilisées dans ce rapport échouent à apporter une information

aussi nuancée. Les résultats enregistrés et les moyennes établies peuvent donner une impression de précision mais correspondent en réalité à une tentative de représenter une vaste chaîne de montagnes dénichetées par des formes géométriques relativement simples. En outre, le processus de comparaison internationale n'est jamais exempt de problèmes au niveau de la traduction, des cultures et des usages.

Mais c'est un début.

Toutes les familles, dans les pays de l'OCDE de nos jours, sont conscientes de ce que le monde de l'enfance est revu et corrigé par des forces dont l'objectif premier n'est pas nécessairement le bien-être supérieur de l'enfant. Parallèlement, un vaste public prend de plus en plus conscience qu'une grande partie des problèmes sociaux corrosifs qui affectent la qualité de la vie ont leur origine dans l'écologie changeante de l'enfance. C'est pourquoi, de l'avis de beaucoup, il est temps d'essayer de regagner dans une certaine mesure la compréhension, le contrôle et la maîtrise des événements qui se produisent durant les années les plus importantes et les plus vulnérables de la vie de nos enfants.

Ce processus commence par l'évaluation et le suivi. Et c'est en tant que contribution à ce processus que le *Centre de recherche Innocenti* publie cette première tentative d'une vue d'ensemble multidimensionnelle du bien-être de l'enfant dans les pays de l'OCDE. ■

Sources d'inspiration

Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant

Le choix des indicateurs de cette évaluation du bien-être de l'enfant dans les pays de l'OCDE a été fortement limité par la disponibilité réduite de données comparables sur le plan international. Mais la sélection et la présentation des données disponibles reflètent une conception du bien-être de l'enfant qui doit être clairement exposée.

Son point de départ est la *Convention relative aux droits de l'enfant* reconnue par presque tous les pays.

Bien qu'universelle quant à son statut, la *Convention* admet que les droits économiques, sociaux et culturels de l'enfant doivent être réalisés progressivement en tenant compte du contexte spécifique de chaque nation. Le droit à '*un niveau de vie suffisant*' (article 27) ou le droit '*au meilleur état de santé possible*' (article 24), par exemple, demandent des définitions nationales et dépendent des ressources et des engagements de la société dans laquelle vit l'enfant.

En se concentrant sur le bien-être des enfants dans un groupe de pays économiquement développés, ce *Bilan* est apte à rendre dans une certaine mesure l'expression concrète de cet idéal: on ne peut pas dire qu'un pays garantisse à ses enfants '*le meilleur état de santé possible*', ou investisse dans ses enfants '*dans toute la mesure des ressources dont il dispose*' si les enfants ne font pas partie de ses priorités politiques ou si d'autres pays au même stade de développement économique présentent de meilleurs niveaux de santé et investissent davantage en faveur des enfants.

Malheureusement, du fait d'une insuffisance de données comparables sur le plan international, ce rapport n'a pas pu aborder de la manière voulue quelques importantes dimensions de la vie des enfants. En gros, les données comparables sur le plan international tendent à illustrer la situation des enfants qui vivent en famille et suivent un enseignement traditionnel, alors que la *Convention* demande qu'on accorde une attention particulière aux enfants exclus et défavorisés tels que les enfants handicapés, réfugiés, appartenant à des minorités ethniques ou à des familles d'immigrés, ainsi qu'à ceux placés en établissement.

A d'autres égards, le rapport est en mesure de suivre de plus près la *Convention*, par exemple lorsqu'il insiste sur l'importance d'un environnement familial aimant et heureux, sur le droit de l'enfant à un niveau de vie suffisant, à la sécurité sur le plan social, à la protection contre la

violence et l'exploitation, au meilleur niveau de santé possible, aux services sociaux, et à l'égalité des chances en matière d'éducation. Le rapport essaie également de refléter le point de vue de la *Convention* selon lequel la promotion des droits de l'enfant est importante en soi mais qu'elle constitue également un investissement décisif pour la société de demain.

Enfin, le rapport prend acte du droit de l'enfant à être entendu et, à cette fin, inclut une dimension basée uniquement sur la perception subjective qu'ont les enfants de leur propre bien-être.

Mesures nationales

Cette vue d'ensemble s'appuie également sur d'autres mesures multidimensionnelles du bien-être de l'enfant expérimentées par les gouvernements, les organisations non gouvernementales et les institutions académiques dans les divers pays. Aux Etats-Unis, par exemple, un indice composite du bien-être des enfants, annuellement mis à jour, existe depuis plus de 30 ans. Regroupant 28 indicateurs en sept catégories (bien-être matériel, santé, sécurité/problèmes comportementaux, activité productive, place dans la communauté, rapports sociaux, et bien-être émotionnel/spirituel), l'indice permet des comparaisons entre les Etats et non, bien entendu, entre les pays.

Le Royaume-Uni a également développé son propre système d'évaluation et de suivi du bien-être des enfants. Conçu principalement pour évaluer les performances des différents ministères, le système utilise 25 indicateurs distincts pour cinq rubriques: *santé; sécurité; satisfaction et réussite; contribution positive; bien-être économique*. Ce cadre met l'accent sur les aspects positifs tout en insistant sur les droits et les responsabilités des enfants et des familles. Une vue d'ensemble indépendante plus détaillée du bien-être des enfants au Royaume-Uni a également été publiée par l'ONG *Save the Children**.

Une vue d'ensemble tout aussi détaillée, élaborée dans les années 90 en république d'Irlande, a associé les enfants au choix des 42 indicateurs utilisés. Les enfants, en général, n'ont pas considéré les biens matériels et les loisirs comme prioritaires. Pour eux les principaux facteurs de bien-être étaient les rapports avec la famille, puis les rapports avec les amis, l'école et les animaux domestiques (le fait qu'ils n'aient guère mentionné 'la santé et la sécurité' démontre que les adultes ont encore leur mot à dire dans le choix des indicateurs).

L'Autriche, la France et l'Allemagne (où les indicateurs sont basés sur le concept de *Lebenslage*, lequel définit le bien-être de l'enfant en fonction de l'importance donnée au développement des intérêts et des capacités de chaque enfant) s'emploient aussi actuellement à élaborer des indicateurs multidimensionnels. L'UNICEF a également soutenu des initiatives d'élaboration d'indicateurs multidimensionnels non seulement dans les pays les plus pauvres du monde, mais en Equateur, en Argentine et au Mexique (pays de l'OCDE qui aurait été inclus dans ce *Bilan* s'il avait disposé de données comparables sur le plan international).

Evaluation internationale

Le suivi et la comparaison du bien-être de l'enfant rencontrent des problèmes de données encore majeurs lorsqu'ils visent, comme ici, la comparaison internationale. Mais cela change peu à peu. Les études HBSC et PISA, abondamment citées dans ce rapport (voir encadré) ont énormément contribué à notre appréhension du bien-être de l'enfant et de ce qui, en pratique, constitue 'le niveau le plus élevé possible' dans des domaines comme la santé et l'éducation.

En plus de ces initiatives, un groupe d'experts internationaux appartenant à différentes disciplines scientifiques a lancé le *Programme multinational de suivi et d'évaluation du bien-être de l'enfant* (<http://multinational-indicators.chapinhall.org>). Cette action a vu le jour en partie en réponse au rapport de l'UNICEF sur *Le progrès des nations* qui a essayé de suivre le bien-être des enfants dans les pays développés en utilisant des critères de base comme les taux de malnutrition, d'immunisation et de fréquentation de l'enseignement primaire. De telles mesures se sont révélées sans grand intérêt dans des pays où les principaux besoins physiques de base sont satisfaits pour la grande majorité, ce qui a conduit à rechercher des façons et des moyens de suivre les progrès 'au-delà des nécessités de base'. Après de premières discussions à la fin des années 90, le travail s'est concentré sur un protocole scientifique de recueil des données sur le bien-être des enfants, ainsi que sur la mise en place d'un réseau de chercheurs collaborant au recueil et à la diffusion des données nécessaires. Les participants au projet ont sélectionné environ 50 indicateurs, divisés en cinq rubriques, à savoir sécurité et condition physique, vie personnelle, vie civile, ressources et contributions économiques des enfants, activités des enfants. Après plus de dix ans de travail, le

projet a finalement abouti, en 2006, à l'établissement d'une *Société internationale pour les indicateurs concernant les enfants* (ISCI) qui a pour but de développer un réseau visant à améliorer les évaluations, le recueil de données, les analyses, ainsi que la diffusion de l'information sur la situation des enfants. Elle vise également à valoriser le potentiel des pays pendant la période initiale d'élaboration d'indicateurs du bien-être des enfants, et à renforcer les liens entre évaluation, analyse et politiques.

Six dimensions

La vue d'ensemble du bien-être des enfants présentée dans ce *Bilan*, s'est inspirée et nourrie de toutes ces initiatives (qui ont évidemment beaucoup de points communs).

En pratique, les données permettant d'établir des 'indicateurs idéals' des différents aspects du bien-être de l'enfant étaient souvent inexistantes (ou du moins non disponibles sur une base de comparaison internationale). Dans de tels cas, on a décidé d'aller de l'avant en utilisant les meilleures données disponibles pour les pays examinés.

Il en résulte une vue d'ensemble qui, en dépit des lacunes et des insuffisances reconnues, représente un progrès significatif pour toute évaluation internationale du bien-être général de l'enfant actuellement non disponible.

Le *Bilan* vise la plus grande transparence possible quant à la méthode d'évaluation de chaque dimension. De plus amples informations ainsi que des notes de synthèse, y compris les références aux données brutes utilisées, sont disponibles sur le site internet du Centre Innocenti de l'UNICEF www.unicef.org/irc.

*Bradshaw, J. et Mayhew, E. (éd) (2005) *The well-being of children in the UK*, Save the Children, Londres.

Dimensions		Bien-être matériel				Santé et sécurité				
Composantes	Pauvreté de revenu de l'enfant	Dénouement			Travail	Santé à la naissance		Immunisation		
Indicateurs / Pays	Pourcentage d'enfants (0-17 ans) dans des ménages au revenu équivalent inférieur à 50% de la médiane: données les plus récentes.	Pourcentage d'enfants de 11, 13 et 15 ans déclarant une aisance familiale réduite: 2001.	Pourcentage d'enfants de 15 ans déclarant posséder moins de six articles éducationnels: 2003	Pourcentage d'enfants de 15 ans déclarant la présence de moins de dix livres chez eux: 2003	Pourcentage de ménages en âge de travailler, avec des enfants, où aucun des parents n'a d'emploi. OCDE: données les plus récentes.	Taux de mortalité infantile (pour 1.000 naissances vivantes): données les plus récentes.	Taux d'insuffisance pondérale (% de bébés de moins de 2.500 g à la naissance): données les plus récentes	Rougeole, % d'enfants de 12 à 23 mois: 2003	DCT3, % d'enfants de 12 à 23 mois: 2002	Pol3, % d'enfants de 12 à 23 mois: 2002
Australie	11.6		16.4	4.9	9.5	4.8	6.4	93	93	93
Autriche	13.3	16.8	16.7	9.3	2.1	4.5	7.1	79	83	82
Belgique	6.7	16.9	21.0	11.7	4.0	4.3	6.5	75	90	95
Canada	13.6	10.7	21.9	6.4	3.0	5.4	5.8	95	91	89
République tchèque	7.2	40.2	27.8	1.9	7.2	3.9	6.6	99	98	97
Danemark	2.4	13.5	27.2	7.4	4.1	4.4	5.5	96	98	98
Finlande	3.4	17.8	20.5	5.1	3.1	3.1	4.1	97	98	95
France	7.3	16.1	25.4	9.1	6.2	3.9	6.6	86	97	98
Allemagne	10.9	16.4	17.6	6.9	8.8	4.2	6.8	92	89	95
Grèce	12.4	28.7	61.8	7.2	2.4	4.8	8.3	88	88	87
Hongrie	13.1	38.7	44.1	4.1	11.3	7.3	8.7	99	99	99
Islande			8.4	3.3		2.4	3.1	93	95	91
Irlande	15.7	20.7	31.0	10.4	6.9	5.1	4.9	78	85	84
Italie	15.7		25.8	9.0	3.8	4.3	6.5	83	96	96
Japon	14.3		53.3	9.8	0.4	3.0	9.1	99	96	81
Pays-Bas	9.0	9.0	18.3	12.6	5.7	4.8	5.4	96	98	98
Nouvelle-Zélande	14.6		21.9	6.1	7.1	5.6	6.1	85	90	82
Norvège	3.6	5.8	11.9	4.6	4.6	3.4	4.9	84	91	91
Pologne	14.5	43.1	42.5	8.4	9.3	7.0	5.9	97	99	98
Portugal	15.6	28.9	33.9	12.9	1.7	4.1	7.4	96	98	96
Espagne	15.6	22.4	24.7	4.4	4.2	4.1	6.8	97	96	96
Suède	3.6	9.2	18.2	4.5	2.7	3.1	4.5	94	98	99
Suisse	6.8	13.1	22.7	10.9	1.8	4.3	6.5	82	95	94
Royaume-Uni	16.2	15.3	20.1	9.4	7.9	5.3	7.6	80	91	91
Etats-Unis	21.7	13.1	24.2	12.2	2.3	7.0	7.9	93	94	90
Moyenne	11.2	19.8	27.0	7.9	5.0	4.6	6.4	90	94	93
Ecart type	5.1	10.7	12.2	3.1	2.9	1.2	1.4	8	5	6
INVERSE	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NON
Pays non membres de l'OCDE										
Croatie		43.5				6.0	6.0	95	95	95
Estonie		40.1				8.0	4.0	95	97	98
Israël		27.5	13.1	8.8	5.0	5.0	8.0	95	97	93
Lettonie		55.9	58.4	3.3		10.0	5.0	99	97	98
Lituanie		53.1				8.0	4.0	98	95	97
Malte		43.1				5.0	6.0	90	95	95
Fédération de Russie		58.3	72.7	4.4		16.0	6.0	96	96	97
Slovénie		20.5				4.0	6.0	94	92	93

Les chiffres en italique indiquent des données non utilisées dans le tableau de classement correspondant parce que d'autres données relatives à cette composante n'étaient pas disponibles.

Mortalité infantile	Bien-être éducationnel						Relations avec la famille et les pairs			Dimensions
	Acquis			Participation	Aspirations		Structure familiale		Relations familiales	Composantes
Décès accidentels et non accidentels de jeunes de moins de 19 ans pour 100.000, moyenne des trois dernières années disponibles	Acquis en lecture chez les jeunes de 15 ans: 2003	Acquis en mathématiques chez les jeunes de 15 ans: 2003	Acquis en sciences chez les jeunes de 15 ans: 2003	Élèves de 15 à 19 ans à temps plein et à temps partiel dans des institutions publiques ou privées en tant que pourcentage de la population de 15 à 19 ans: 2003	Pourcentage de jeunes de 15 à 19 ans non engagés dans des études ou un emploi par rapport à la population totale: 2003	Pourcentage d'élèves de 15 ans aspirant à un travail peu spécialisé: 2003	Pourcentage de jeunes de 11, 13 et 15 ans vivant dans une famille monoparentale: 2001	Pourcentage de jeunes de 11, 13 et 15 ans vivant dans une famille reconstituée: 2001	Pourcentage d'élèves de 15 ans qui prennent le repas principal à table avec leurs parents plusieurs fois par semaine: 2000	Indicateurs / Pays
15.1	525	524	525	82.1	6.8	24.6			69.9	Australie
15.0	491	506	491	77.3	10.2	33.1	12.5	7.5	68.2	Autriche
15.1	507	529	509	93.9	7.1	19.1	9.2	8.1	89.7	Belgique
14.8	528	532	519		6.7	22.0	14.6	10.5	71.8	Canada
18.7	489	516	523	90.1	5.8	39.3	13.4	12.2	72.9	République tchèque
	492	514	475	84.7	3.0	21.9	16.5	13.5	85.6	Danemark
14.9	543	544	548	86.0	9.8	27.3	14.6	11.0	59.8	Finlande
12.5	496	511	511	87.2	14.0	41.2	11.0	9.7	90.4	France
13.4	491	503	502	89.0	4.7	34.1	12.8	9.2	81.5	Allemagne
13.5	472	445	481	82.6	9.3	18.3	7.5	1.2	69.6	Grèce
16.1	482	490	503	83.4	6.8	30.7	13.4	7.0	74.7	Hongrie
11.6	492	515	495	83.0	4.3	32.9			90.8	Islande
15.0	515	503	505	84.4	5.2	24.2	10.3	3.5	77.1	Irlande
9.2	476	466	486	77.8	10.5	25.1	7.0	2.2	93.8	Italie
12.8	498	534	548			50.3			85.6	Japon
9.0	513	538	524	84.9	4.6	34.0	10.7	6.1	90.0	Pays-Bas
23.1	522	523	521	67.0		24.5			64.4	Nouvelle-Zélande
13.0	500	495	484	85.3	2.7	29.8	16.2	12.5	87.3	Norvège
18.3	497	490	498	88.2	3.3	17.1	10.2	2.4	78.4	Pologne
19.9	478	466	468	70.9	8.8	18.5	9.8	5.8	86.2	Portugal
12.1	481	485	487	78.5	7.3	25.3	9.1	3.0	83.4	Espagne
7.6	514	509	506	86.8	4.2	28.7	16.8	12.7	84.1	Suède
12.3	499	527	513	83.1	8.0	39.7	12.5	6.7	89.9	Suisse
8.4	507	508	518	75.9	9.4	35.3	16.9	14.5	66.7	Royaume-Uni
22.9	495	483	491	75.4	7.0	14.4	20.8	16.0	65.7	Etats-Uni
14.3	500	505	504	82.5	6.9	27.5	12.7	8.3	79.4	Moyenne
4.1	18	24	19	6.3	2.8	7.6	3.5	4.4	9.8	Ecart type
OUI	NON	NON	NON	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	INVERSE
										Pays non membres de l'OCDE
17.7							7.4	2.8		Croatie
39.4							17.7	8.8		Estonie
60.0	452	433	434	65.6	25.2	35.2	9.3	3.9	58.3	Israël
43.3	491	483	489			23.5	18.6	9.0	82.9	Lettonie
31.7							13.5	6.8		Lituanie
7.3							4.8	1.7		Malte
56.1	442	468	489	29.3		30.5	16.9	6.8	90.6	Fédération de Russie
23.3							8.7	3.8		Slovénie

Dimensions	Relations avec les pairs et la famille		Comportements et risques							
	Relations familiales	Relations avec les pairs	Comportements à risque						Expérience de la violence	
Indicateurs / Pays	Pourcentage d'élèves de 15 ans avec lesquels les parents prennent le temps de bavarder plusieurs fois par semaine: 2000	Jeunes de 11, 13 et 15 ans jugeant leurs pairs 'aimables et serviables': 2001	Jeunes de 11, 13 et 15 ans fumant des cigarettes au moins une fois par semaine: 2001	Jeunes de 11, 13 et 15 ans ayant été ivres deux fois ou plus: 2001	Jeunes de 15 ans ayant consommé du cannabis au cours des 12 mois précédents: 2001	Grossesses adolescentes (taux de fécondité des adolescentes), naissances pour mille mères âgées de 15 à 19 ans: 2003	Jeunes de 15 ans ayant eu des rapports sexuels: 2001	Jeunes de 15 ans ayant utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel: 2001	Jeunes de 11, 13 et 15 ans ayant participé à des luttes physiques au cours des 12 mois précédents: 2001	Jeunes de 11, 13 et 15 ans ayant subi des brimades au moins une fois au cours des deux mois précédents: 2001
Australie	<i>51.3</i>					<i>18.0</i>				
Autriche	47.1	77.2	13.2	15.1	11.7	22.0	20.6	81.9	38.9	44.0
Belgique	55.1	70.1	10.6	14.5	21.8	11.0	25.0	70.5	44.5	30.1
Canada	46.9	64.0	7.5	19.8	40.4	20.0	24.4	75.8	35.8	37.2
République tchèque	72.0	43.4	14.3	14.7	27.1	23.0	18.3		47.9	16.1
Danemark	71.2	73.4	8.2	20.1	21.3	8.0			38.4	31.3
Finlande	78.8	70.4	14.0	24.7	7.5	10.0	28.1	65.6	25.1	23.9
France	63.9	53.7	11.5	8.0	27.5	10.0	22.2	82.0	37.5	35.1
Allemagne	42.5	76.1	16.4	17.7	18.5	14.0	28.0	70.0	28.1	36.5
Grèce	58.1	60.2	6.1	10.0	4.2	17.0	21.6	86.9	44.3	24.5
Hongrie	90.2	64.9	12.6	16.4	12.4	27.0	21.0	78.2	48.0	23.0
Islande	<i>43.9</i>									
Irlande	62.0	67.0	9.6	13.8	20.0	15.0			39.8	26.1
Italie	87.2	55.1	10.9	9.7	20.5	8.0	23.9		38.2	27.3
Japon	<i>60.2</i>					<i>4.0</i>				
Pays-Bas	70.6	73.2	10.7	12.9	21.6	5.0	22.9	77.9	36.3	29.4
Nouvelle-Zélande	<i>51.9</i>					<i>30.0</i>				
Norvège	64.0	74.3	10.1	15.6		10.0			36.9	32.3
Pologne	49.7	60.2	11.2	15.2	15.1	16.0	15.1	73.0	38.7	30.2
Portugal	70.6	80.0	12.5	12.6	19.7	23.0	25.3	73.2	35.2	48.5
Espagne	60.2	59.2	12.8	10.2	30.8	9.0	16.4	89.1	40.4	26.0
Suède	51.6	76.7	7.0	16.1	4.7	9.0	28.1	65.3	34.8	15.0
Suisse	48.6	81.4	11.0	13.6	37.8	5.0	22.9	80.7	31.2	40.5
Royaume-Uni	60.5	43.3	13.1	30.8	34.9	28.0	38.1	70.2	43.9	35.8
Etats-Unis	67.9	53.4	7.3	11.6	31.4	46.0			36.1	33.9
Moyenne	62.8	65.6	11.0	15.4	21.4	16.0	23.6	76.0	38.1	31.0
Ecart type	13.1	11.3	2.7	5.2	10.4	9.8	5.3	7.2	5.8	8.2
INVERSE	NON	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI
Pays non membres de l'OCDE										
Croatie		72.5	9.7	13.6	14.3	18.0	16.5	74.2	37.7	24.5
Estonie		57.5	12.4	23.9	14.4	28.0	18.0	73.2	47.6	44.2
Israël	36.9	63.9	8.4	9.3	7.0	23.0	21.1	81.5	39.3	35.8
Lettonie	63.7	54.4	12.5	16.5	8.0	32.0	18.0	79.2	40.3	48.4
Lituanie		51.7	12.2	24.7	6.0	33.0	18.6	76.3	49.0	64.3
Malte		69.2	10.0	10.7	6.0				41.5	24.1
Fédération de Russie	78.4	45.6	12.5	19.4	8.8	46.0	28.7		43.3	37.7
Slovénie		74.3	12.0	18.2	24.4	9.0	26.2	74.0	40.5	21.9

Les chiffres en italique indiquent des données non utilisées dans le tableau de classement correspondant parce que d'autres données relatives à cette composante n'étaient pas disponibles

				Bien-être subjectif						Dimensions
Comportements liés à la santé				Santé	Bien-être personnel				Bien-être éducationnel	Composantes
Jeunes de 11, 13 et 15 ans qui mangent des fruits tous les jours: 2001	Jeunes de 11, 13 et 15 ans qui prennent le petit-déjeuner quand ils vont à l'école: 2001	Moyenne des jours durant lesquels les jeunes de 11, 13, 15 ans ont pratiqué/pratiquent une heure ou plus d'activité physique durant la semaine précédente/type: 2001	Jeunes de 13 et 15 ans en surpoids selon l'IMC: 2001	Jeunes de 11, 13 et 15 ans jugeant leur santé 'correcte ou médiocre': 2001	Jeunes de 11, 13 et 15 ans se classant au-dessus du milieu de l'échelle de satisfaction existentielle: 2001	Elèves de 15 ans se reconnaissant dans l'énoncé 'Je me sens marginalisé ou exclu': 2003	Elèves de 15 ans se reconnaissant dans l'énoncé 'Je me sens gêné et pas à ma place': 2003	Elèves de 15 ans se reconnaissant dans l'énoncé 'Je me sens seul': 2003	Jeunes de 11, 13 et 15 ans 'aimant beaucoup l'école': 2001	Indicateurs / Pays
						7.7	8.9	6.5		Australie
37.4	57.4	4.2	11.9	15.6	88.1	5.8	8.2	7.2	36.1	Autriche
26.2	74.6	3.1	10.4	13.1	87.8	7.9	15.6	6.4	17.9	Belgique
37.3	58.2	4.4	19.5	13.7	86.3	8.9	10.5	7.6	21.9	Canada
42.2	51.8	4.3	9.4	11.8	83.4	9.7	6.4	7.0	11.6	République tchèque
31.9	72.8	3.8	10.3	14.8	87.7	5.3	11.8	6.2	21.4	Danemark
21.5	67.5	3.8	13.3	11.0	91.6	5.5	8.4	6.2	8.0	Finlande
34.2	71.4	3.1	11.2		85.1	7.7	12.3	6.4	21.7	France
42.4	67.0	3.6	11.3	14.9	85.4	6.1	11.4	6.2	29.5	Allemagne
38.1	45.6	3.9	16.0	10.1	92.2	6.3	8.3	6.5	29.5	Grèce
31.3	53.4	3.7	12.8	14.9	84.4	9.3	7.6	7.3	26.3	Hongrie
						9.8	10.9	10.3		Islande
32.6	71.8	4.5	12.1	12.9	86.8	5.6	7.8	4.6	22.3	Irlande
38.4	62.4	3.5	15.2	12.5	85.2	4.9	6.2	6.0	13.0	Italie
						5.9	18.1	29.8		Japon
28.1	78.0	4.1	7.6	17.2	94.2	3.9	6.9	2.9	34.4	Pays-Bas
						7.7	10.4	6.6		Nouvelle-Zélande
29.1	69.3	3.5	11.8	18.5	82.9	5.6	9.1	7.0	38.9	Norvège
46.1	69.0	4.0	7.1	14.4	80.0	8.2	9.9	8.4	17.3	Pologne
47.8	80.8	3.4	14.3	19.1	80.5	6.4	11.7	5.0	31.1	Portugal
36.6	72.2	3.8	16.9	9.0	87.8	3.3	8.9	4.4	22.8	Espagne
26.7	73.4	3.9	10.4	13.2	86.0	5.2	4.9	6.7	21.6	Suède
35.5	53.5	3.9	8.5	9.1	89.0	7.1	11.7	6.6	22.3	Suisse
26.7	56.1	4.2	15.8	22.6	83.5	6.8	8.7	5.4	19.0	Royaume-Uni
27.7	47.2	4.4	25.1	19.8	83.1				23.4	Etats-Uni
34.2	64.4	3.9	12.9	14.1	85.8	6.7	9.8	7.4	23.3	Moyenne
7.0	10.4	0.4	4.2	3.5	4.5	1.7	3.0	5.0	8.1	Ecart type
NON	NON	NON	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	NON	INVERSE
Pays non membres de l'OCDE										
35.0	69.9	3.8	10.4	20.0	81.3				11.5	Croatie
20.1	73.7	3.5	7.1	17.5	76.7				11.1	Estonie
51.2	40.1	3.5	11.3	9.2	89.1	2.3	3.6	2.7	22.2	Israël
23.8	74.8	3.8	6.0	27.4	77.0	5.2	9.6	9.0	28.4	Lettonie
22.3	72.0	4.3	4.4	32.4	75.2				25.8	Lituanie
47.1	52.2	3.7	25.5	21.2	83.0				34.3	Malte
27.0	68.8	3.7	5.2	31.9	76.2	6.1	14.3	8.5	15.8	Fédération de Russie
38.5	39.2	4.2	13.4	12.7	85.6				32.1	Slovénie

NOTES

1 Le classement général des Etats-Unis est déterminé par la moyenne de son classement pour cinq des six indicateurs, étant donné que les données disponibles pour la dimension 'bien-être subjectif' étaient insuffisantes.

2 Voir cependant le *Bilan 5*, septembre 2003, qui essayait d'aborder cette question.

3 Il s'agit de la même mesure que celle utilisée dans le *Bilan 6*: La pauvreté des enfants dans les pays riches. (Les sources peuvent différer du fait que les données ont été actualisées).

4 Il est remarquable que plus de 90% des jeunes d'Europe du Nord et de l'Ouest disposent d'une chambre à eux.

5 Les pays pratiquant systématiquement le dépistage anténatal des graves infirmités et autorisant l'avortement tendent à avoir des taux de mortalité infantile plus bas. Des actions nationales pour combattre le syndrome de la mort subite du nouveau-né peuvent également faire baisser le TMI.

6 Il y a quelques restrictions à la validité de l'insuffisance pondérale à la naissance comme indicateur de santé de l'enfant dans diverses sociétés. L'insuffisance pondérale est plus commune, par exemple, dans certains groupes ethniques et lors des naissances multiples (souvent liées à la fécondation in vitro).

7 Une publicité mensongère associant la vaccination ROR (rougeole, oreillons, rubéole) à l'autisme peut altérer la validité des niveaux d'immunisation contre la rougeole comme indicateurs de l'étendue des services de santé, vu qu'une demande réduite, dans certains pays, peut refléter les craintes des parents plutôt que la carence d'information.

8 *Bilan Innocenti 2* (2001) page 2

9 *Bilan Innocenti 2* (2001) page 2

10 *Bilan Innocenti 2* (2001)

11 Utilisant les parités de pouvoir d'achat

12 *Bilan Innocenti 4*, novembre 2002, réf. 3, page 6

13 HBSC, page 28

14 *Bilan Innocenti 5*, septembre 2003

15 Dans l'enquête HBSC, les données belges ont été recueillies séparément pour la région flamande et la région wallonne. A des fins de comparaison sur le plan international on a utilisé dans ce *Bilan* les données flamandes (l'échantillon le plus fourni). Dans le cas du Royaume-Uni, les données ont été recueillies séparément pour l'Angleterre, l'Ecosse et le pays de Galles; on a utilisé ici les données pour l'Angleterre (l'échantillon le plus fourni). En Allemagne les données ont été recueillies pour un échantillon régional (Berlin, Hesse, Rhénanie-du-Nord-Westphalie et Saxe)

SOURCES ET NOTES D'INFORMATION

Dénuement matériel

Les données du tableau 1.1 proviennent de Förster, M. et D'Ercole, M. (2005) 'Distribution du revenu et pauvreté dans les pays de l'OCDE dans la deuxième moitié des années 90, documents de travail OCDE sur le social, l'emploi et les migrations; Paris, France, OCDE. Les données belges proviennent de l'Etude luxembourgeoise sur le revenu (ELR) consultée au site <http://www.lisproject.org/keyfigures.htm> le 30 mai 2006. Dans ces deux cas le seuil de pauvreté est établi à 50% du revenu médian disponible de la population totale.

Le tableau 1.2 utilise des données provenant des questionnaires sur la distribution du revenu dans l'OCDE. L'accès à ces données a été effectué avec l'aide d'Anna D'Addio auprès de la Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales de l'OCDE. Les données sur Israël ont été fournies par Asher Ben-Arieh de l'Ecole de travail social et de bien-être social Paul Baerwald auprès de l'université hébraïque de Jérusalem.

Parmi les sources abondamment utilisées dans ce *Bilan* figurent le *Programme international de l'OCDE pour le suivi des acquis des élèves (PISA)*, et l'enquête de l'Organisation mondiale de la santé sur les *comportements liés à la santé des enfants*

en âge scolaire (HBSC) de 2001, figurant dans Currie, C., et al (éd) (2004) 'La santé des jeunes en contexte. Enquête sur les comportements liés à la santé des enfants en âge scolaire' (HBSC): rapport international de l'enquête réalisée en 2001/2002, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Les tableaux de 1.3a à 1.3c s'appuient sur ces sources.

Le tableau 1.3a présente des résultats tirés de l'Echelle d'aisance familiale (EAF) déterminant le pourcentage d'enfants de chaque pays déclarant eux-mêmes un niveau peu élevé de richesse basé sur la possession ou non de la part de la famille d'une voiture, d'un fourgon ou d'un camion, sur le fait de disposer d'une chambre à soi, sur le nombre de vacances familiales au cours de l'année écoulée, et sur le nombre d'ordinateurs possédés par la famille. Les réponses positives pouvant aller jusqu'à un score de huit, le pourcentage d'enfants de chaque pays obtenant trois points ou moins sur l'échelle d'aisance familiale est utilisé comme indicateur de dénuement (Currie et al., 2004: 15). Pour toutes les données HBSC de ce *Bilan*, les données allemandes couvrent un échantillon régional de quatre Länder; les données flamandes sont utilisées pour la Belgique, et les données anglaises pour le Royaume-Uni.¹⁵

Les tableaux 1.3b et 1.3c se basent sur le PISA OCDE (2003). Une copie de l'ensemble des données internationales a été téléchargée au site http://pisaweb.acer.edu.au/oced/oced_pisa_data.html en août 2005. Comme pour toutes les données PISA OCDE concernant le Royaume-Uni, les résultats doivent être utilisés avec précaution du fait des taux de réponse réduits ressortant des premiers échantillons et des taux de remplacement réduits pour le sous-échantillon anglais. Les Pays-Bas présentent également un problème d'échantillonnage pour les données PISA OCDE 2000. L'indicateur relatif au tableau 1.3b identifie le pourcentage d'enfants âgés de 15 ans dans chaque pays disposant de moins de six (médiane OCDE) éléments liés à l'éducation (sur huit). Les huit éléments comprennent: un bureau pour étudier, un endroit tranquille pour étudier, un ordinateur pour le travail scolaire, un logiciel didactique, une liaison internet, une calculatrice, un dictionnaire et des manuels scolaires. Les données israéliennes pour les tableaux 1.3b et 1.3c résultent de questions comparables dans le cadre du PISA OCDE 2000. Une copie de l'ensemble des données internationales pour le PISA OCDE 2000 a été téléchargée au site http://pisaweb.acer.edu.au/oced/oced_pisa_data.html en août 2005.

Santé et sécurité

Les données OCDE relatives à la santé pour 2005 ont servi de base aux tableaux 2.1a et 2.1b et ont été consultées au site Internet de l'OCDE <http://www.sourceoecd.org/database/healthdata> en janvier 2006. Le tableau 2.2 est composé des taux d'immunisation contre la rougeole, le DCT3 et la poliomyélite. Les chiffres des deux dernières mesures, obtenus en août 2005 à partir de la base de données de la Banque mondiale pour la santé, l'alimentation et la population au site <http://devdata.worldbank.org/hnpstats/query/default.html>, représentent dans chaque cas le rappel final d'une série de vaccinations contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos et la poliomyélite. Les données concernant la rougeole proviennent des Indicateurs du développement dans le monde 2005 consultés au site <http://www.worldbank.org/data/wdi2005/index.html> en août 2005.

Les données sur la mortalité infantile sont la moyenne des trois dernières années disponibles, et proviennent de la base de données de l'Organisation mondiale de la santé, dont une version a été téléchargée depuis le site <http://www3.who.int/whosis/menucfm?path=whosis.mort&language=english> en août 2005. Les données ont été combinées pour tous les types de mort accidentelle – crime, suicide et causes indéterminées – en une unique variable. Pour la Suisse et la Fédération de Russie, les données sont basées sur la nouvelle classification ICD10. Tous les autres pays utilisent les classifications ICD9. L'interprétation et l'analyse des données de mortalité de l'OMS sont celles des auteurs et non celles de l'Organisation mondiale de la santé. Les données israéliennes ont été fournies par Asher Ben-Arieh de l'École de travail social et de bien-être social Paul Baerwald auprès de l'université hébraïque de Jérusalem.

Éducation

Le tableau 3.1 présente un amalgame standardisé des données tirées du PISA OCDE 2003 pour mesurer la maîtrise des mécanismes concernant la lecture, les mathématiques et les sciences. Les résultats du Royaume-Uni doivent être considérés avec prudence (voir plus haut).

Les données utilisées pour les tableaux 3.2 et 3.3a sont tirées du rapport 'Regards sur l'éducation 2005' consulté au site <http://www.oecd.org/edu/eag> 2005 en avril 2006. Les données utilisées pour le tableau 3.3b sont tirées du rapport 'Regards sur l'éducation 2004' consulté en août 2005 au site <http://www.oecd.org/edu/eag2004>. Les données utilisées pour le tableau 3.3b ont été établies à partir des réponses du PISA OCDE 2000; c'est pourquoi les données concernant les Pays-Bas doivent être considérées avec prudence.

Les relations des enfants

La majorité des données sur les relations des enfants ont été tirées de Currie, C., et al (éd.) (2004) 'La santé des jeunes en contexte. Enquête sur les comportements liés à la santé des enfants en âge scolaire (HBSC): rapport international de l'enquête réalisée en 2001/2002, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe'. Les tableaux 4.1a, 4.1b et 4.3 sont tous basés sur ce rapport. Les données concernant les familles monoparentales et reconstituées sont des données sur les conditions de vie par opposition aux données sur les résultats, et en tant que telles sont applicables à tous les groupes d'âge qui vivent avec un individu du groupe d'âge-échantillon. De plus l'influence de la famille monoparentale sur le bien-être de l'enfant peut varier d'un pays à l'autre. Certains pays (par exemple ceux d'Europe du Nord) présentent des taux de monoparentalité bien plus élevés que, par exemple, les pays d'Europe du Sud. Les différences internationales en matière de reconnaissance publique de la monoparentalité, de législation et de pratique de garde d'enfants, ainsi que l'étendue de l'aide sociale aux parents isolés (par exemple allocations, garderies, flexibilité des conditions de travail) peuvent avoir des répercussions sur le bien-être de l'enfant.

Les données utilisées pour les tableaux 4.2a et 4.2b sont tirées du PISA OCDE (2000), téléchargées au site http://pisaweb.acer.edu.au/oecd/oecd_pisa-dat.html en août 2005.

Comportements et modes de vie

Cette dimension est établie entièrement à partir de données tirées de Currie, C., et al (éd.) (2004) 'La santé des jeunes en contexte. Enquête sur les comportements liés à la santé des jeunes en âge scolaire' (HBSC): rapport international de l'enquête réalisée en 2001/2002, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, à l'exception du tableau 5.2f qui a utilisé les données sur les Indicateurs du développement dans le monde consultées au site <http://www.worldbank.org/data/wdi2005/index.html> en août 2005.

Pour ce qui est des tableaux 5.1a à 5.1c, des différences internationales peuvent affecter les positions finales. Pour la figure 5.1a, les différences entre pays peuvent être influencées par des différences culturelles en matière d'habitudes alimentaires. Pour 5.1b, les variations entre pays peuvent être influencées par l'offre et le prix des fruits sur le marché. Les auteurs du rapport HBSC signalent aussi les différences saisonnières dans le calendrier du travail de terrain susceptibles d'avoir influencé les résultats. Pour le tableau 5.1c, une série de facteurs peuvent influencer l'activité physique des enfants, notamment le volume et l'organisation des cours d'éducation physique, le mode de se rendre à l'école,

ainsi que le fait de disposer de structures récréatives et d'y avoir accès. Pour le tableau 5.1d les taux de réponses établissant les données étant particulièrement bas, on a exclu les données sur les enfants de 11 ans. Vu que les données sur l'indice de masse corporelle ont été recueillies sur la base des déclarations des enfants concernant leur poids et leur taille, les enfants devaient connaître (et bien vouloir communiquer) leur poids et leur taille. Une analyse des cas où manquaient les données a montré que les jeunes n'ayant pas communiqué leur poids et leur taille tendaient à provenir de milieux socio-économiques inférieurs, à pratiquer moins d'activité physique, à consommer moins de fruits, de légumes et de bonbons, et dans de nombreux pays tendaient à suivre un régime ou à vouloir perdre du poids. Il est donc probable que la prévalence de surpoids soit sous-estimée (Currie et al., 2004).

Le tableau 5.2e, sur l'utilisation du préservatif dans les pays examinés, accuse l'absence d'un nombre relativement élevé de pays du fait que non tous les pays ayant participé à l'enquête HBSC prévoient des questions sur le comportement sexuel. Seul le sous-échantillon de jeunes ayant déjà eu des rapports sexuels a répondu à cette question, ce qui fait que la taille des échantillons de chaque pays est réduite de 15 à 38% par rapport à l'échantillon original.

Bien-être subjectif

Les données utilisées pour les tableaux concernant la dernière dimension sont également tirées pour la plupart de Currie, C., et al (éd.) (2004) 'La santé des jeunes en contexte. Enquête sur les comportements liés à la santé des enfants en âge scolaire' (HBSC): rapport international de l'enquête réalisée en 2001/2002, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Les tableaux 6.1, 6.2 et 6.3a sont tous basés sur cette source, et de ce fait les résultats du Royaume-Uni et de la Belgique doivent être considérés avec prudence (voir note sur le tableau 1.3a). Pour le tableau 6.3a, qui indique les niveaux de satisfaction existentielle, on a demandé à des enfants de 11, 13 et 15 ans d'évaluer sur une échelle de un à dix leur vie actuelle en termes de satisfaction existentielle (Echelle de satisfaction existentielle Cantrill); les résultats présentés sont constitués par les proportions de chaque échantillon national avec un score de six ou plus (la meilleure vie possible en haut de l'échelle, la pire vie possible en bas).

Le tableau 6.3b se base sur le PISA OCDE 2003 de l'OCDE consulté au site http://pisaweb.acer.edu.au/oecd_2003/oecd_pisa_data.html en août 2005. Les résultats du Royaume-Uni doivent être considérés avec prudence. Les États-Unis n'ont pas fourni de réponse à ces rubriques.

R E M E R C I E M E N T S

Ce Bilan Innocenti a été écrit par Peter Adamson à partir de recherches, de données et de notes d'information fournies par Jonathan Bradshaw, Petra Hoelscher, et Dominic Richardson. Le projet a été coordonné par le Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF et a bénéficié des consultations d'un groupe d'experts internationaux. Un document détaillé sur l'élaboration de ce rapport est disponible sur le site internet de l'UNICEF.

Conseillers du Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF

Marta Santos Pais
Directrice

David Parker
Directeur adjoint

Eva Jespersen
Section des politiques sociales et économiques

Conseillers extérieurs

Jonathan Bradshaw
Professeur de politique sociale
Faculté de politique sociale et de travail social
Université de York
Royaume-Uni

Dominic Richardson
Chargé de recherche
Unité de recherche de politique sociale
Faculté de politique sociale et de travail social
Université de York
Royaume-Uni

Petra Hoelscher
Chargée de recherche
Université de Stirling
Ecosse

Asher Ben-Arieh
Directeur adjoint à la recherche et au développement
Conseil national israélien pour l'enfance
Ecole de travail social Paul Baerwald
Université hébraïque de Jérusalem
Israël

Anna Cristina D'Addio
ELS/Politique sociale
Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales
OCDE
Paris
France

Mike Lewis
Directeur
Les enfants au pays de Galles
Cardiff
Royaume-Uni

Eric Marlier
Conseiller international principal
Centre d'études CEPS/INSTEAD
Luxembourg

Brian Nolan
Directeur de recherche
Département de politique sociale
Institut de recherche économique et sociale (ESRI)
Dublin
Irlande

Sue Richardson
Directrice
Institut national d'études sociales
Université Flinders
Adelaïde
Australie

Hirokazu Yoshikawa
Professeur associé de psychologie et de politique publique
Faculté de psychologie
Université de New York
New York, NY 10003

Des commentaires supplémentaires ont été apportés par:

Gordon Alexander
Bureau régional de l'UNICEF pour la CEE/CEI
Genève

Patrice Engle
UNICEF, New York

Alberto Miniujn
Consultant

Yuko Nonoyama
UNICEF, New York

Mise en page et photocomposition de Garry Peasley et Angela Bartlett de mccdesign.

Bien-être de l'enfant en Allemagne

Egalement disponible auprès du Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF: Bertram, Hans (2006), *'Vue d'ensemble du bien-être de l'enfant en Allemagne': vers une politique d'environnement en faveur de l'enfant ?* Document de travail Innocenti n° 2006-02, Florence, Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF.

Précédentes publications dans la série des *Bilans* (les titres disponibles en français sont indiqués entre parenthèses)

Bilan Innocenti 1

A league table of child poverty in rich nations
[Tableau de classement de la pauvreté des enfants dans les pays riches]

Bilan Innocenti 2

A league table of child deaths by injury in rich nations

Bilan Innocenti 3

A league table of teenage births in rich nations

Bilan Innocenti 4

A league table of educational disadvantage in rich nations

Bilan Innocenti 5

A league table of child maltreatment deaths in rich nations

Bilan Innocenti 6

Child poverty in rich countries 2005
[La pauvreté des enfants dans les pays riches 2005]

Réalisation graphique: mccdesign.com

Imprimé par: Tipografia Giuntina, Firenze

Traduction à partir de l'original en anglais:

Mariette Barraud Moselt

Bilan Innocenti 7, 2007

**La pauvreté des enfants en perspective:
vue d'ensemble du bien-être des enfants dans
les pays riches**

L'évaluation la plus complète à ce jour de la vie et
du bien-être des enfants et des adolescents dans
les nations économiquement avancées.

ISBN-10: 88-89129-54-9

ISBN-13: 978-88-89129-54-8