

Chapitre 2

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

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

Introduction

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

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

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

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

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

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

La note 1 est attribuée au pays le plus performant

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

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

n.d. : Pas de données disponibles pour le pays.

Source : OCDE, sur la base de l'analyse effectuée dans ce chapitre.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Un examen plus approfondi du bien-être des enfants

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

Examen de la littérature consacrée au bien-être des enfants

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

Le bien-être des enfants aujourd'hui et demain

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

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

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

Évaluation positive et évaluation négative du bien-être des enfants

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

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

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

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

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

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

La participation des enfants à la mesure du bien-être

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

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

Comparaisons internationales du bien-être des enfants

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


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

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

La note 1 est attribuée au pays le plus performant

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les six dimensions

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

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

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

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

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

Le choix des indicateurs

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

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

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

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

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

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

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

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

- *Les indicateurs doivent être centrés sur l'action des pouvoirs publics.* Comme les mesures du bien-être des enfants dans ce chapitre sont centrées sur l'action des pouvoirs publics, on a favorisé les indicateurs pour lesquels la chaîne causale entre l'action publique et l'amélioration du bien-être est relativement courte plutôt que ceux pour lesquels le lien de cause à effet est plus hypothétique et la chaîne causale plus longue.
- *Les indicateurs doivent couvrir le plus grand nombre possible de pays membres de l'OCDE.*
À l'intérieur de chacune des six dimensions du bien-être des enfants, on a privilégié la notion de complémentarité lors du choix des indicateurs. Cette complémentarité prend différentes formes.
- *Âge des enfants.* Si un indicateur est centré sur des enfants d'un certain âge, d'autres indicateurs de la dimension doivent fournir des informations sur des enfants d'autres âges.
- *Considérations d'efficacité et d'équité.* Les indicateurs doivent permettre d'évaluer dans une certaine mesure la répartition des résultats à l'intérieur d'un pays, ce qui donne une indication d'équité, mais aussi fournir des résultats moyens au niveau du pays, ce qui donne une indication complémentaire d'efficacité.
- *Le bien-être des enfants aujourd'hui et leur développement pour demain.* Les indicateurs doivent prendre en considération à la fois le bien-être actuel des enfants et leurs perspectives de développement futur, pour évaluer le niveau de vie aujourd'hui et la façon dont une société prépare l'avenir de ses enfants.
- *Couverture des résultats à l'intérieur d'une même dimension.* Il est souhaitable de couvrir plusieurs sous-dimensions importantes à l'intérieur de chaque dimension considérée, comme la santé physique et mentale à l'intérieur de la dimension santé. Disposer de plusieurs très bons indicateurs pour pratiquement le même résultat ne présente que peu d'intérêt.

Limites pratiques

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

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

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

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

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

2. Les données concernant la Belgique correspondent à l'année 1997.

3. Les données concernant la Suisse correspondent à l'année 1994.

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

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

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

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

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

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

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

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

Bien-être matériel

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

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

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

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

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

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

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

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

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

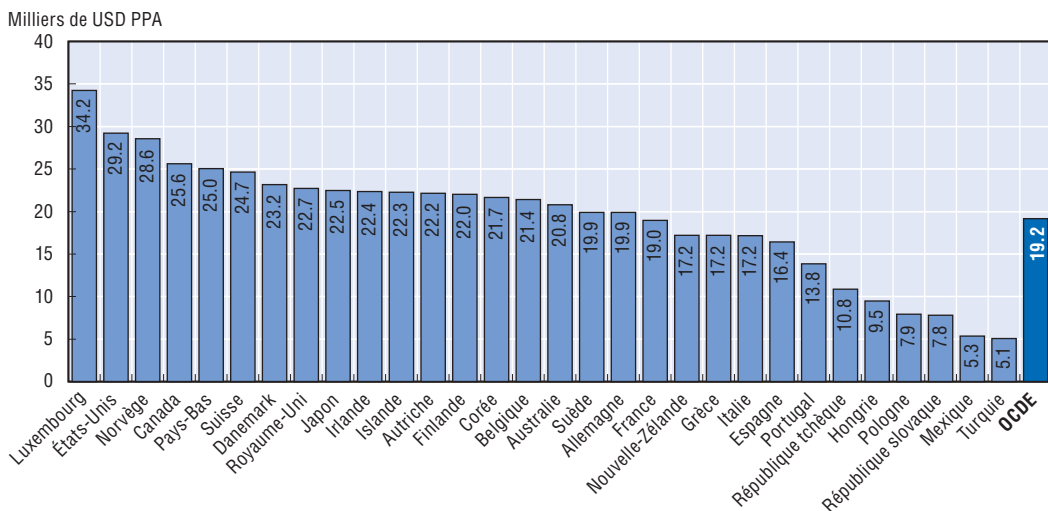
À l'intérieur d'une dimension, les indicateurs sont également complémentaires en termes d'approche fondée sur les droits des enfants et d'approche développementaliste. Les revenus et la pauvreté sont pertinents pour le bien-être actuel des enfants mais ils affectent aussi le montant des ressources dont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

Revenu moyen des familles

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

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

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



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

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

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

Pauvreté monétaire des enfants

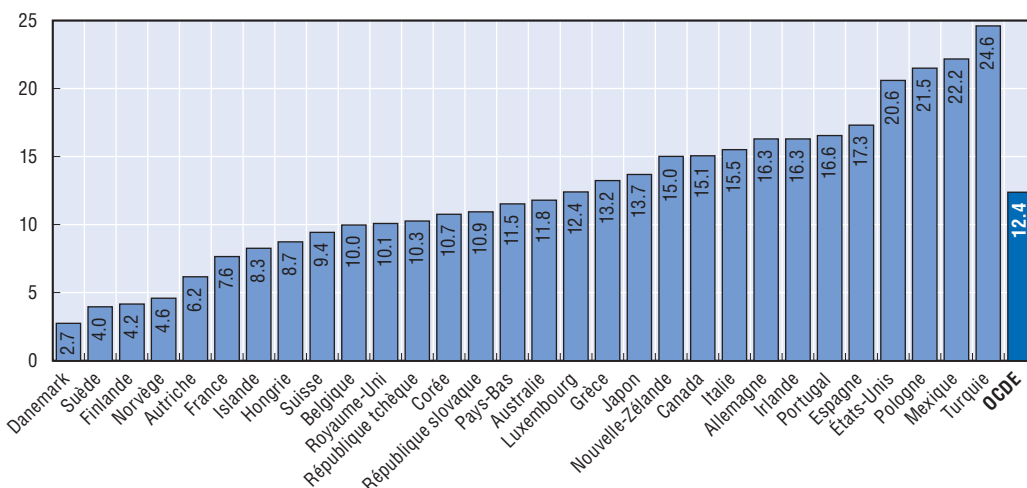
La pauvreté des enfants est mesurée ici par la proportion de familles avec enfants disposant d'un revenu équivalent inférieur de 50 % au revenu familial médian national. Le taux de pauvreté des enfants varie considérablement entre les pays de l'OCDE. C'est au Danemark que l'on trouve la plus faible proportion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

Dénuement éducatif

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

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

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



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

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

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

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

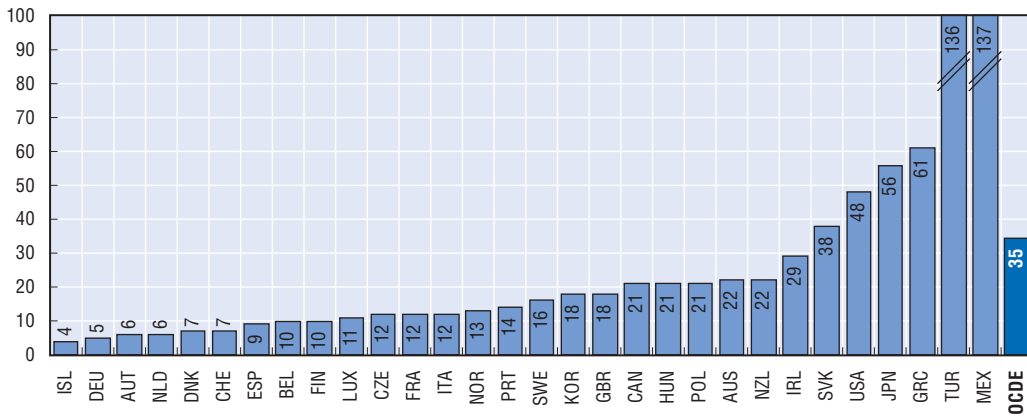
Enfin, il est intéressant d'observer une tendance faible mais persistante à un dénuement éducatif plus grand chez les garçons que chez les filles, dans la grande majorité des pays à l'exception du Danemark, de l'Islande et de la Suède. Globalement dans la zone OCDE, 3.6 % des garçons sont en état de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

Logement et environnement

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

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

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




Selon le sexe

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

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

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

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

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

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

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

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

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

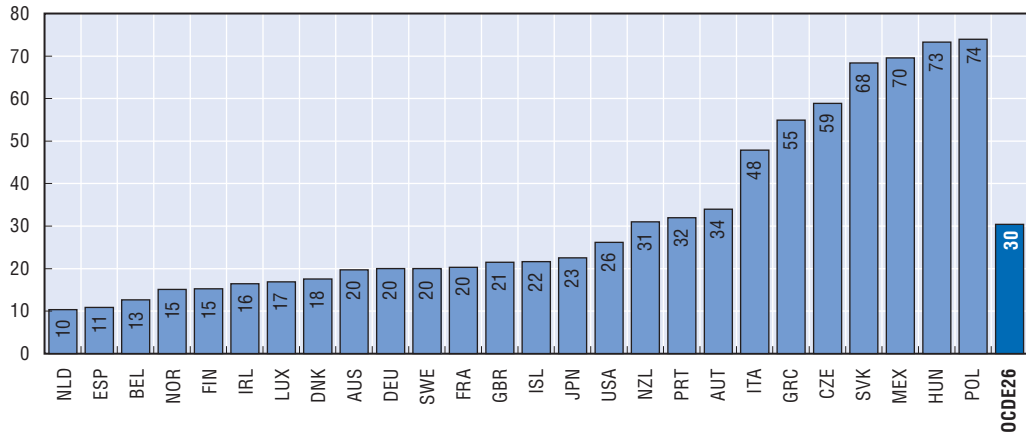
Surpeuplement

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

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

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

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



Selon le sexe

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

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

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

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

Qualité de l'environnement local

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

Éducation

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

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

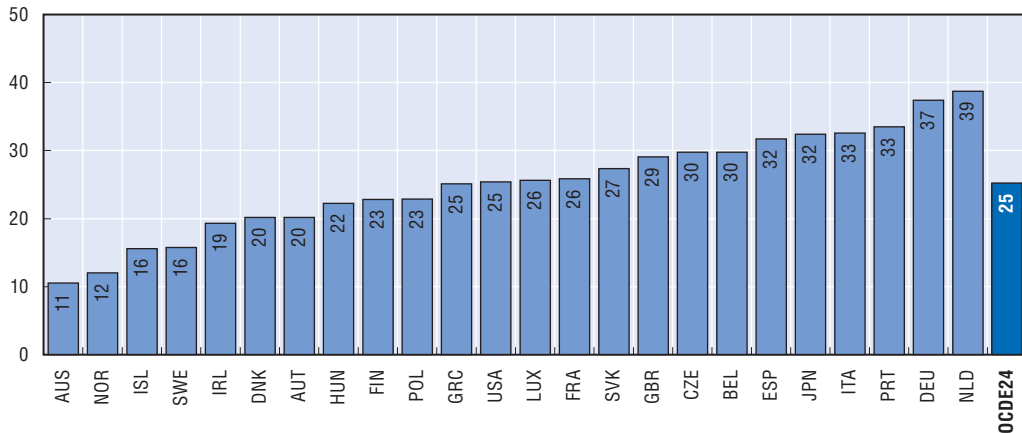
Ces trois indicateurs sont centrés sur l'enfant, c'est-à-dire que ce dernier constitue l'unité d'analyse, et les résultats sont directement les siens. Les données relatives aux acquis scolaires ont été recueillies directement auprès des enfants. Cependant, elles portent uniquement sur les enfants qui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

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

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

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

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




Selon le sexe

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

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

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

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

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

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

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

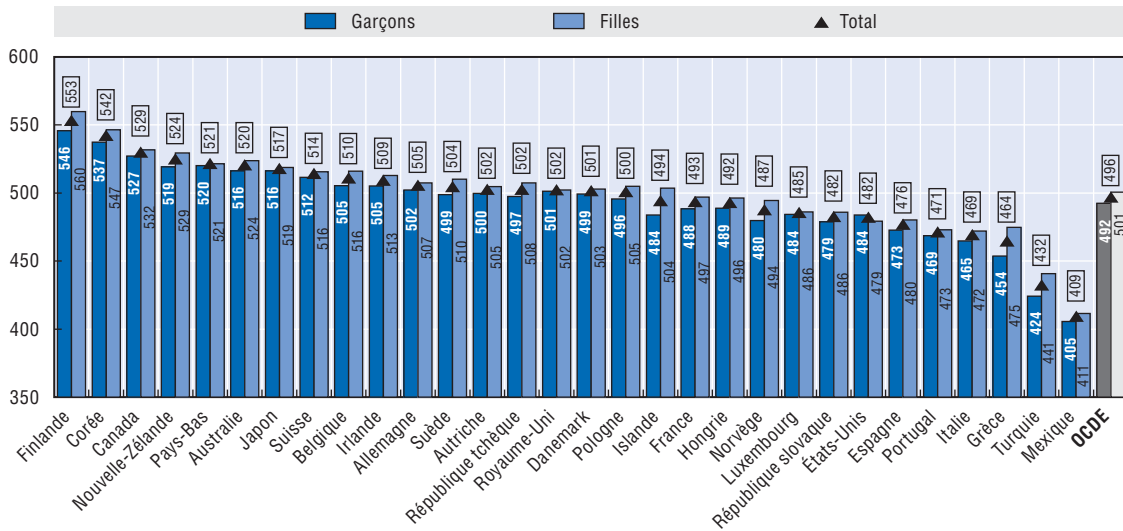
Niveau éducatif

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

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

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

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



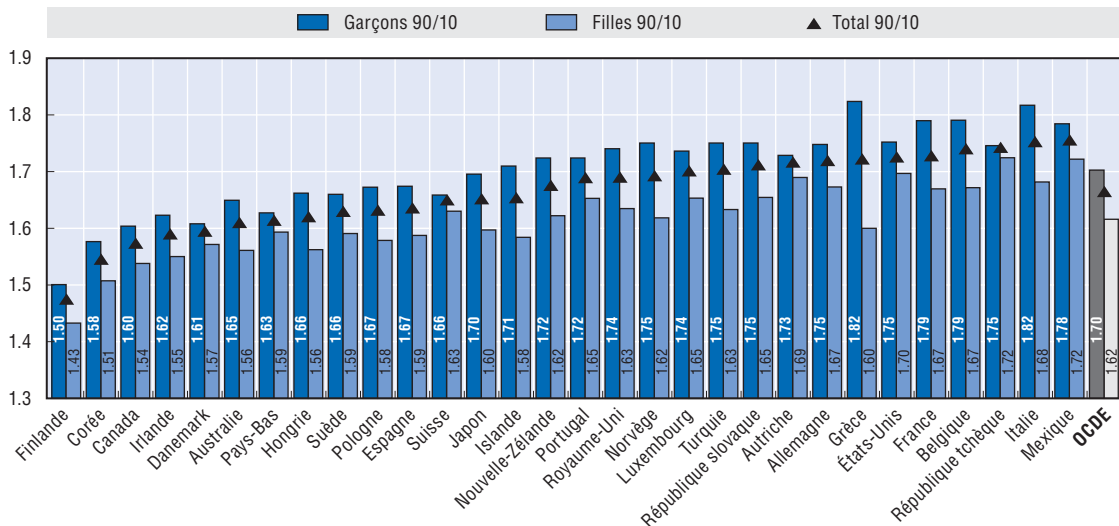
Note : Le score moyen d'acquis correspond à la moyenne des résultats obtenus aux tests de lecture, de mathématiques et sciences. Les données concernent des élèves de 15 ans. On ne disposait pas de données sur les compétences en lecture aux États-Unis pour 2006 ; les résultats sont donc des moyennes pour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

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

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

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

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



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

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

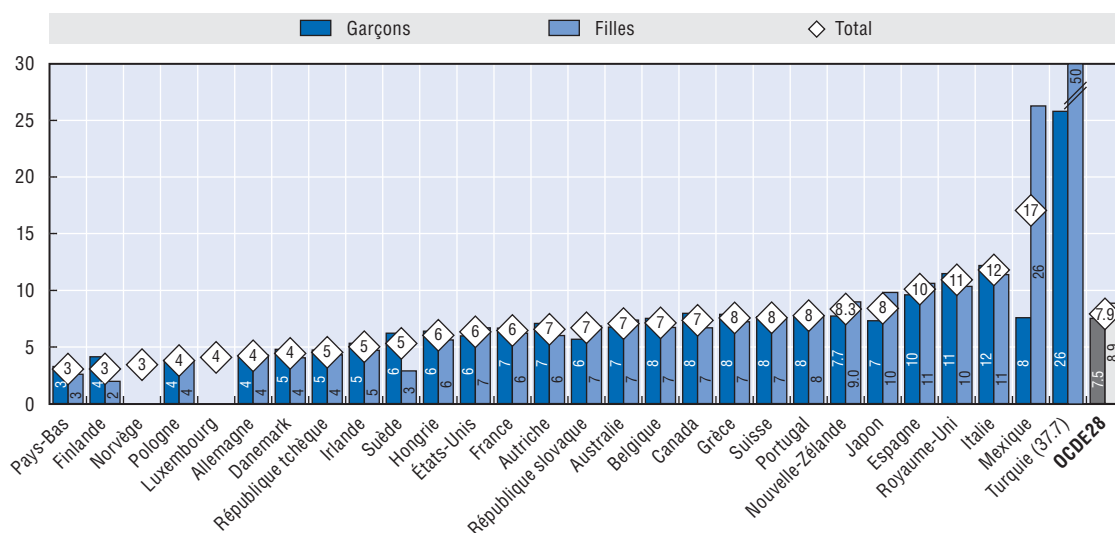
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/711030156125>

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

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

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

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



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

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

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

Santé et sécurité

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

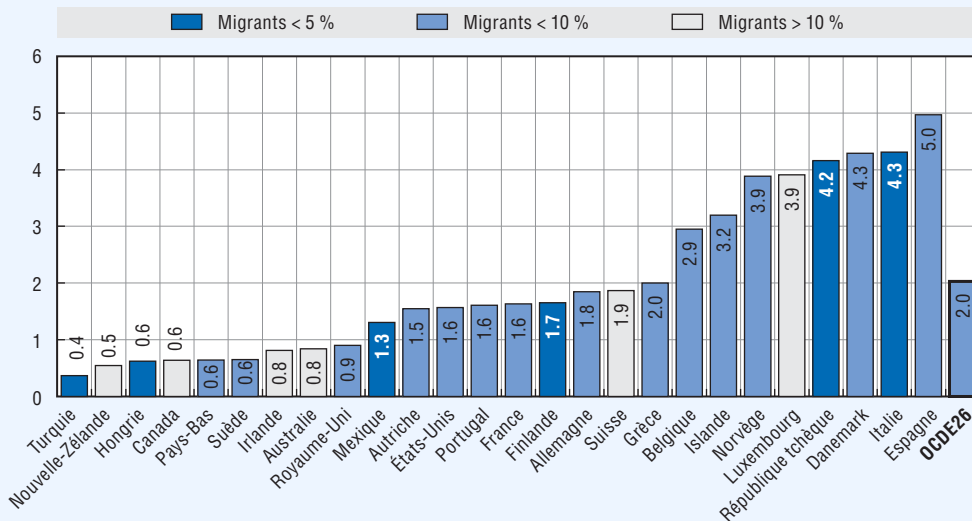
Encadré 2.2. Le bien-être des enfants nés à l'étranger

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

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


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

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



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

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

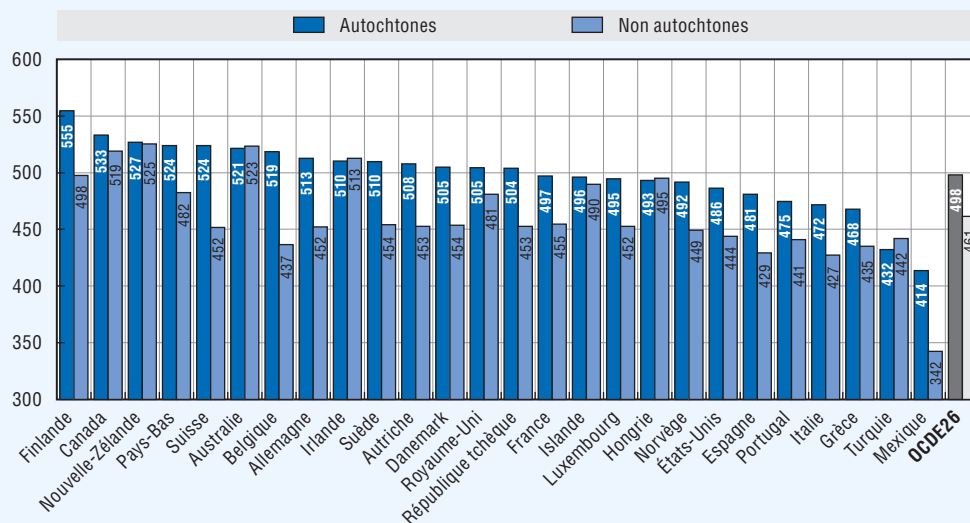
StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/711047885551>

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

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


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

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

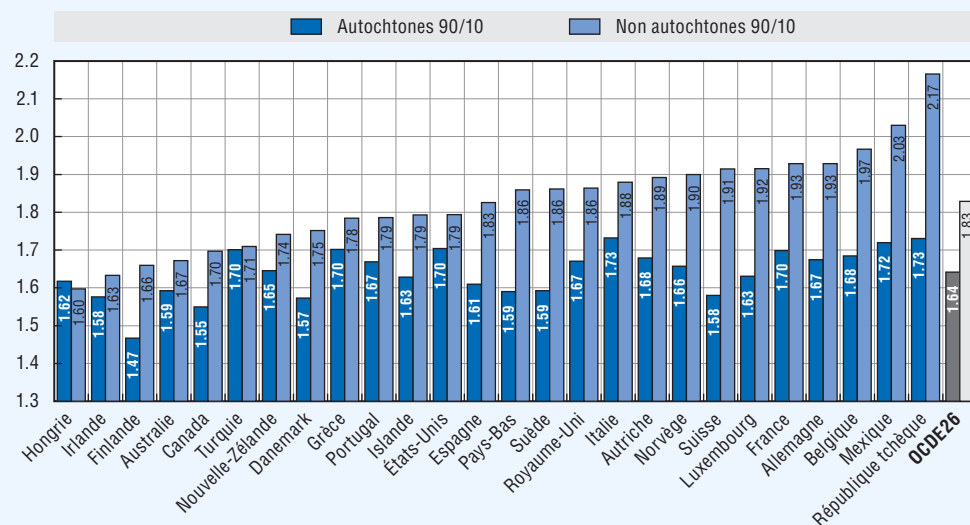


Note : Les pays dans lesquels les élèves migrants représentent moins de 1 % de la population des élèves de 15 ans ont été exclus de la comparaison.

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


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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Taux de mortalité infantile

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

Insuffisance pondérale à la naissance

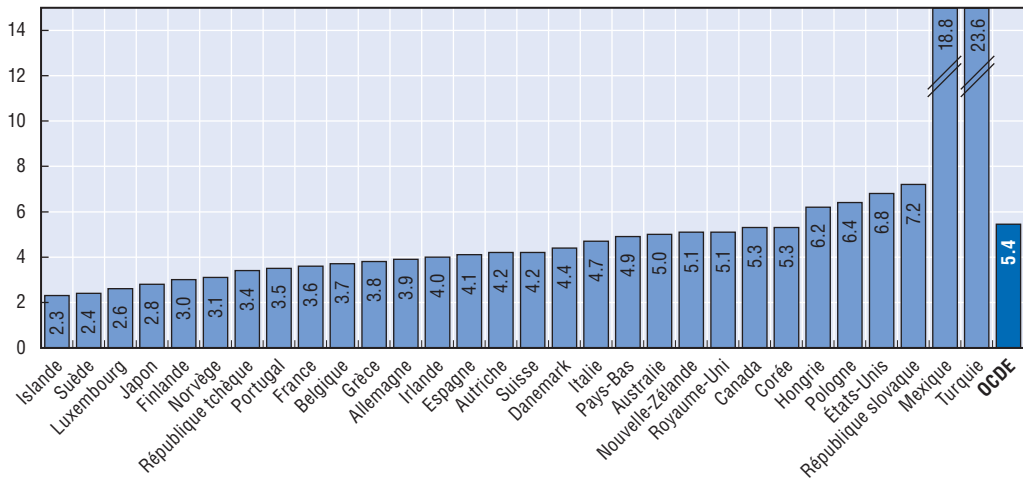
Les données sur l'insuffisance pondérale à la naissance pour les années 2003 à 2005 montrent qu'un certain nombre de pays nordiques figurent parmi les pays où ces taux sont les plus bas. En revanche, le Japon, qui obtient de bons résultats sur le plan de la mortalité infantile, est l'un des pays où le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

Taux d'initiation de l'allaitement maternel

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

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

Taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes, 2005



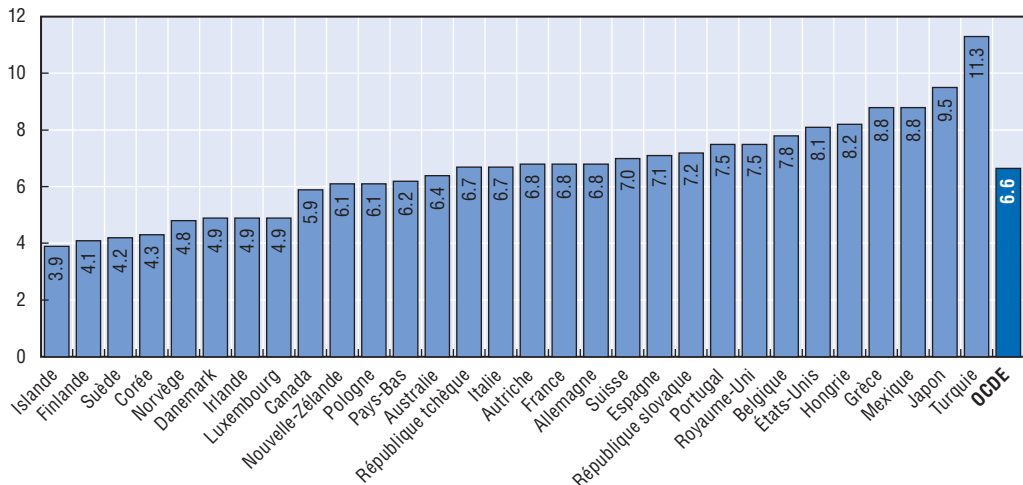
Note : Les données sur la mortalité infantile correspondent à l'année 2005. Les chiffres représentent le nombre de décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances. Les données sont tirées des registres de l'administration.

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

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

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

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

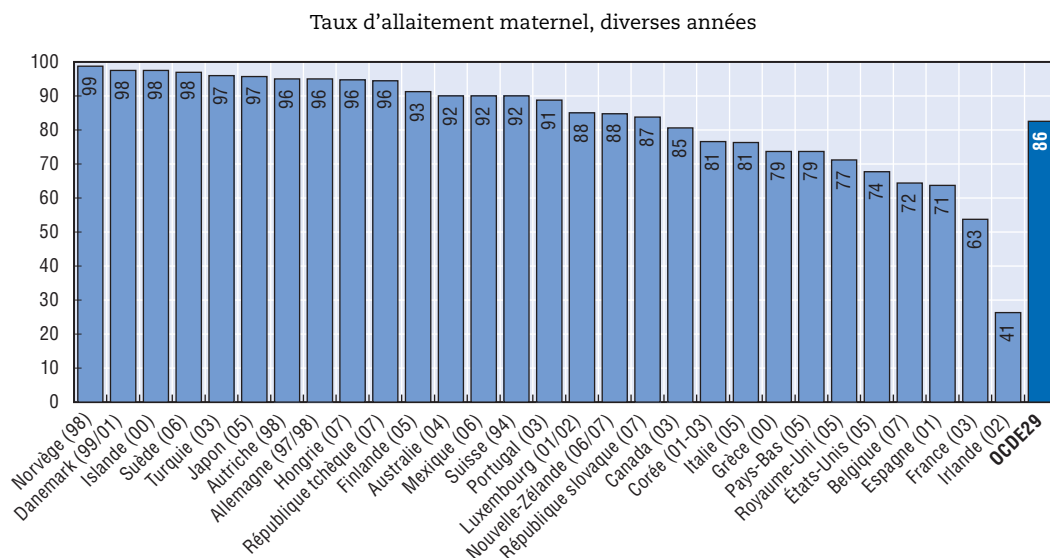


Note : Les données relatives à l'insuffisance pondérale à la naissance concernent les années 2003 à 2005. L'indicateur relatif au faible poids de naissance correspond au nombre de nouveau-nés pesant moins de 2.5 kg pour 100 naissances. Il inclut les cas dus à des naissances multiples. En outre, dans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

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


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

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



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

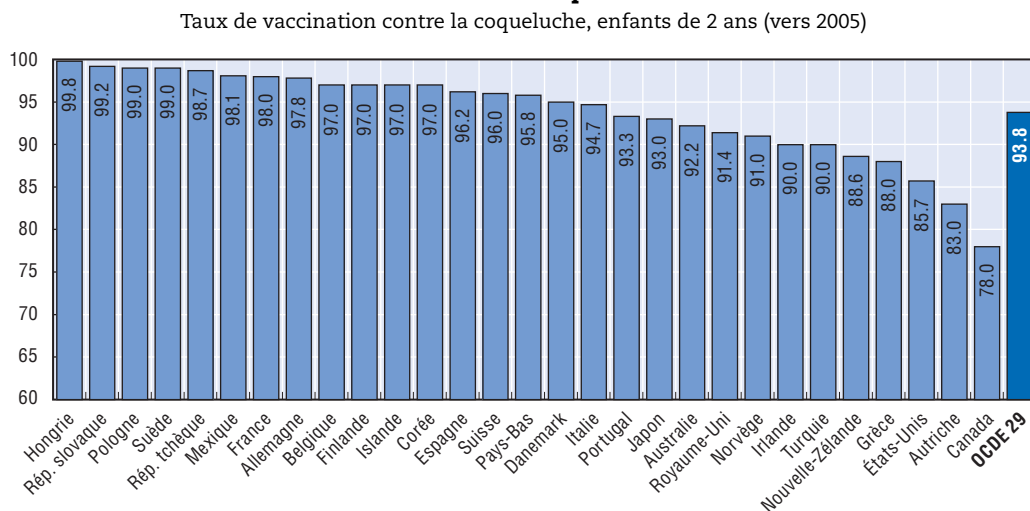
Source : Base de données de l'OCDE sur la famille 2008.

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

Taux d'immunisation

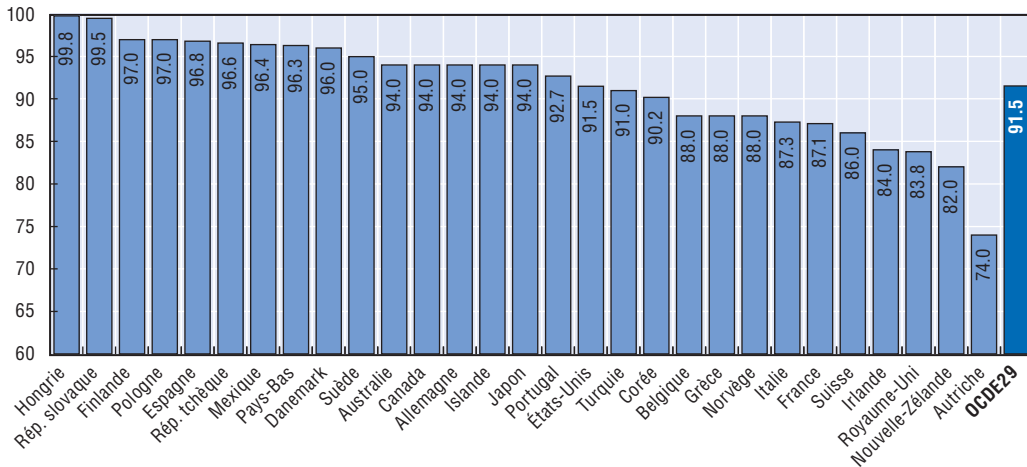
En termes d'immunisation, les pays d'Europe orientale, comme la Hongrie et la République slovaque, font partie des pays qui ont les taux les plus élevés de vaccination contre la coqueluche et la rougeole puisque la couverture y est effectivement totale. Le Mexique et la Turquie ont des taux relativement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

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




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

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



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

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

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

Activité physique

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

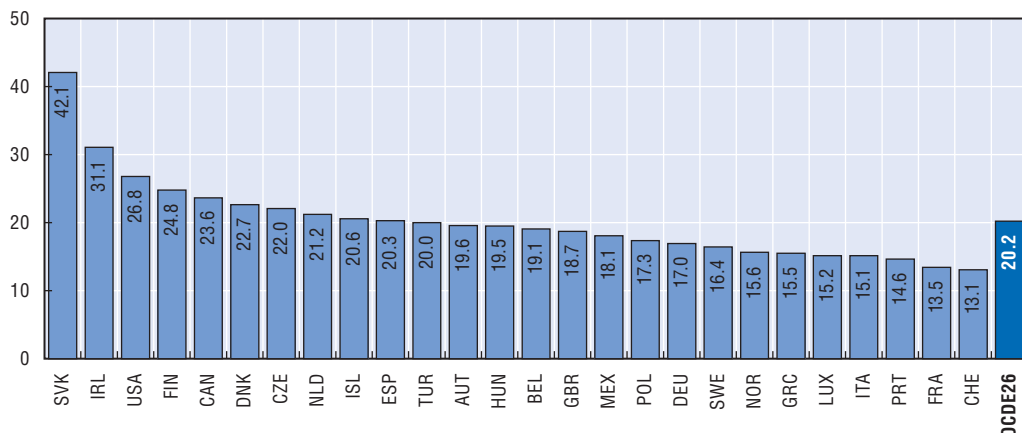
Taux de mortalité infantile

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

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

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

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



Selon l'âge et le sexe

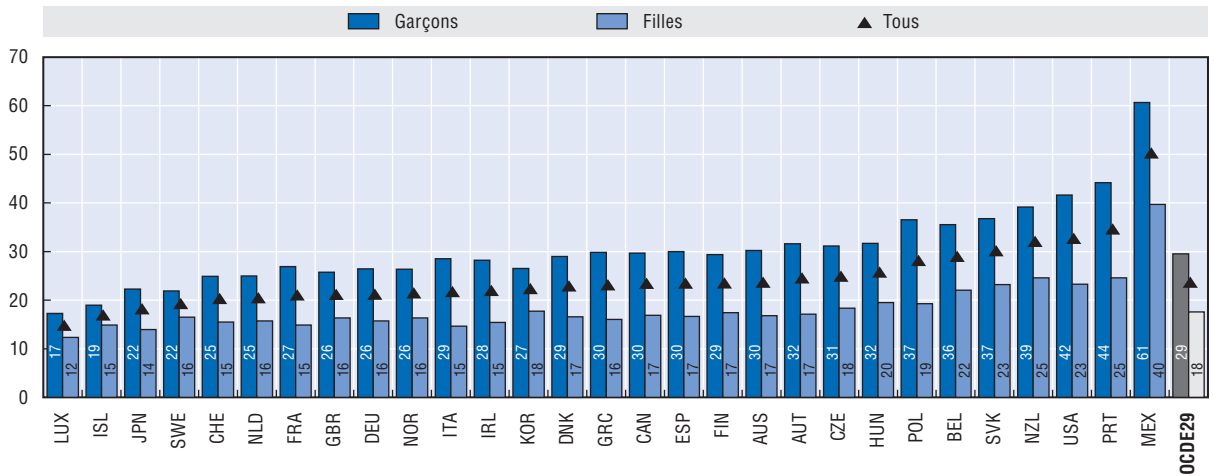
	11 ans		13 ans		15 ans	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Autriche	29	23	27	14	13	10
Belgique	24	18	23	14	20	15
Canada	29	23	27	14	13	10
République tchèque	25	19	28	17	27	16
Danemark	31	26	23	18	20	16
Finlande	48	37	24	15	15	9
France	24	12	20	5	14	5
Allemagne	25	20	19	13	16	10
Grèce	25	16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

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

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

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

Graphique 2.14. **Variations modérées de la mortalité infantile dans la zone OCDE**
Taux de mortalité infantile par âge et par sexe pour 100 000 enfants de 0 à 19 ans, données les plus récentes



Selon le sexe et l'âge

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

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

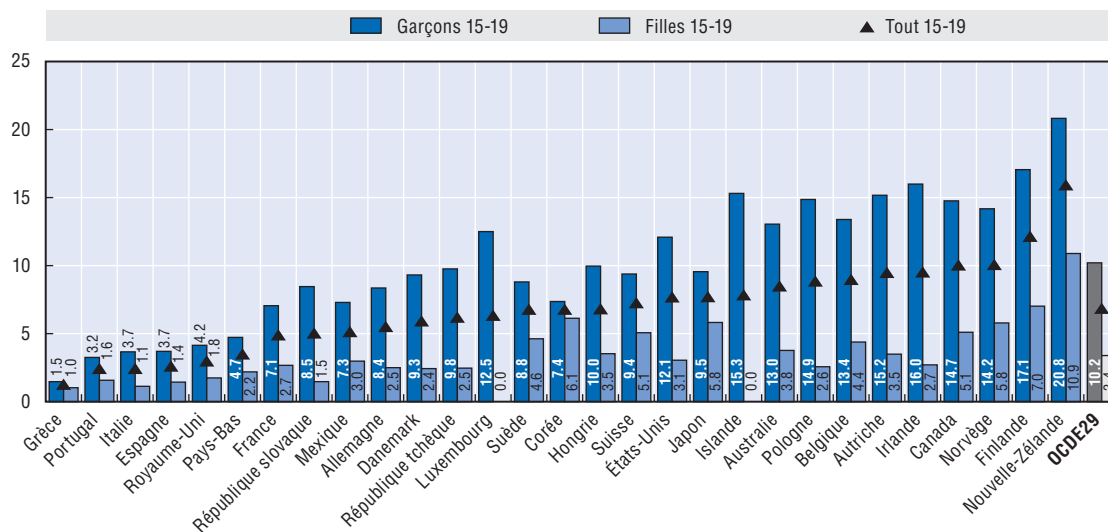
Source : Base de données sur la mortalité de l'Organisation mondiale de la santé, 2008.

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

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


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

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



Note : Les données portent sur le nombre de suicides pour 100 000 jeunes âgés de 15 à 19 ans. Ce sont des moyennes calculées pour les trois dernières années comme au graphique 2.14. La comparabilité des statistiques sur le suicide dépend des mécanismes de notification en vigueur dans chaque pays car la stigmatisation sociale associée au suicide peut conduire à des sous-déclarations. Aucune donnée n'est disponible pour la Turquie. On ne dispose pas de statistiques sur les suicides de jeunes filles au Luxembourg et en Islande sur la période.

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

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

Comportements à risque

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

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

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

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

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

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

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

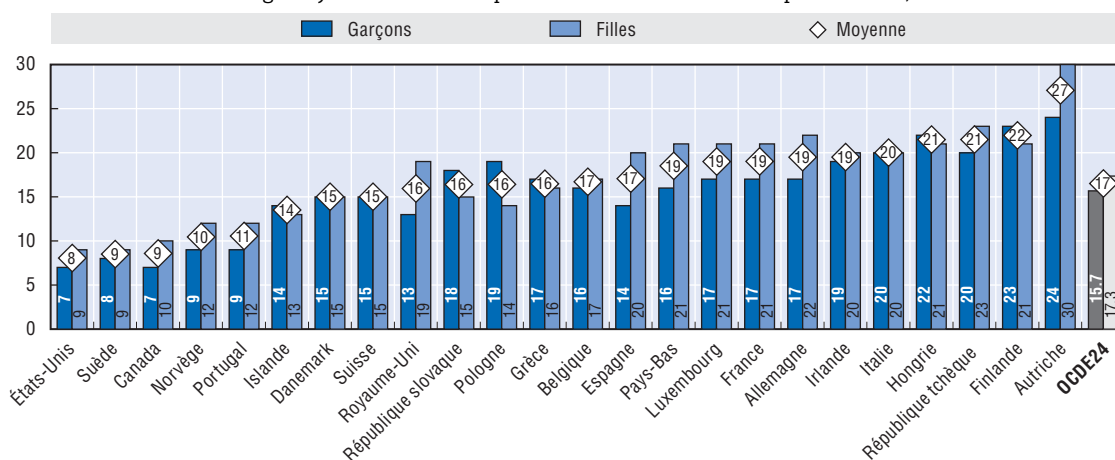
Tabagisme et alcoolisme

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

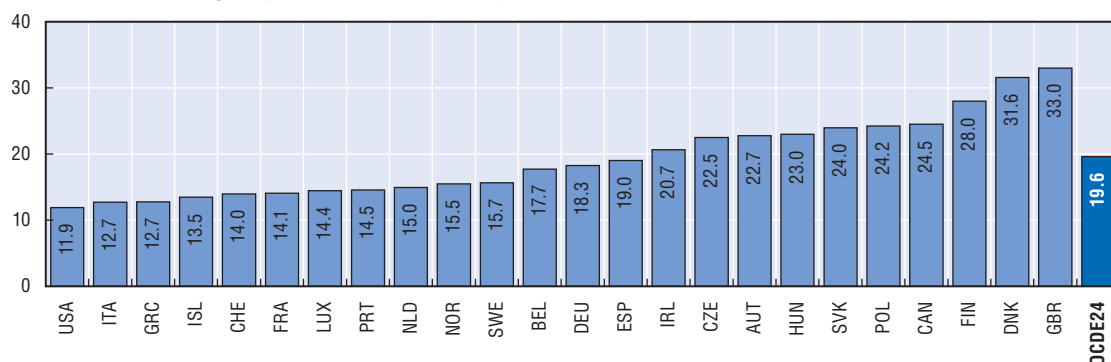
Là encore, la proportion de jeunes déclarant avoir été plus de deux fois en état d'ivresse varie modérément d'un pays à l'autre. Le taux d'ivresse augmente fortement entre 13 et 15 ans dans tous les pays. Si les garçons sont globalement plus susceptibles d'avoir été en état d'ivresse que les filles dans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

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

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



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



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

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

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

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

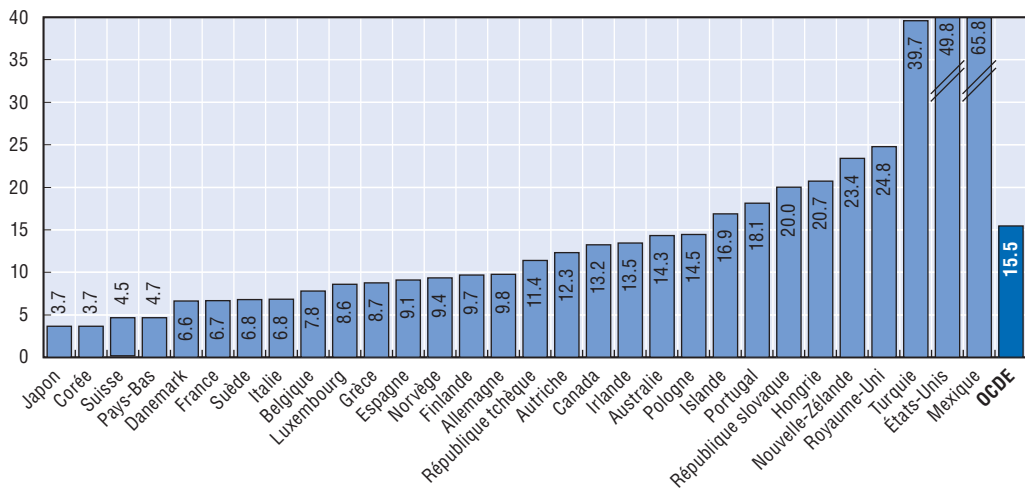
StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/711380324185>

Taux de fécondité des adolescentes

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


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

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



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

Source : Indicateurs du développement dans le monde, 2008.

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

Qualité de la vie scolaire

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

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

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

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

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

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

Brimades

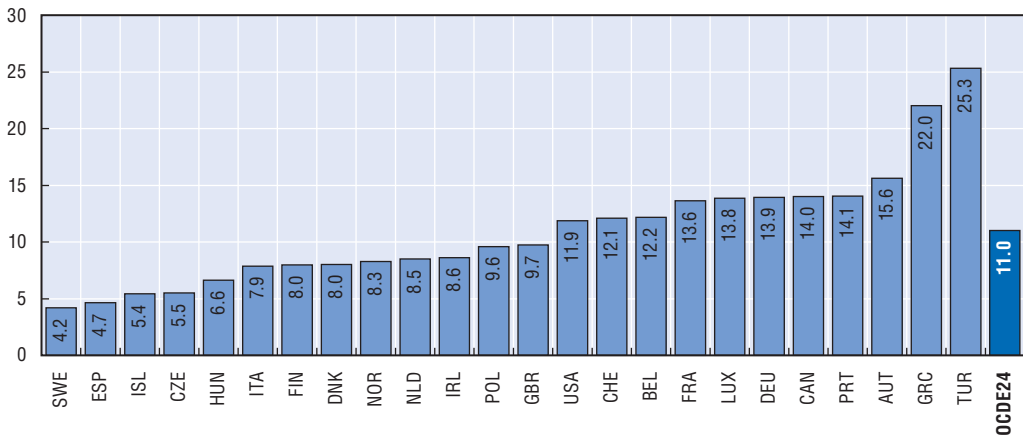
Les brimades peuvent prendre des formes diverses, notamment physiques et psychologiques, ou bien se traduire par une exclusion plus passive de la victime. En termes de comparaison, la définition générale des brimades ne permet pas de comprendre quelles formes prévalent le plus, dans quel pays, ou bien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

Enfants qui aiment l'école

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

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

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



Selon l'âge et le sexe

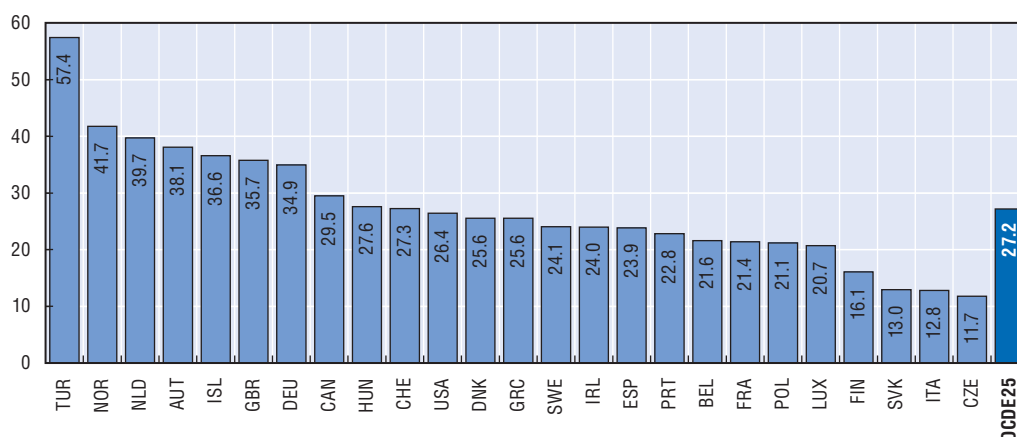
	11 ans		13 ans		15 ans	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Autriche	20	11	20	16	18	9
Belgique	17	12	13	10	14	8
Canada	21	19	18	13	9	9
République tchèque	6	5	7	5	6	4
Danemark	11	9	8	8	6	5
Finlande	11	7	10	9	6	5
France	17	16	15	14	9	10
Allemagne	16	15	16	13	13	11
Grèce	16	23	29	27	21	17
Hongrie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

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

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

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

Graphique 2.19. La plupart des enfants de l'OCDE n'aiment pas l'école
 Pourcentage d'enfants de 11, 13 et 15 ans qui déclarent aimer l'école, 2005/06




Selon l'âge et le sexe

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

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

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

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

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

Résumé

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

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

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

Références

- Australian Institute of Health and Welfare (2008), *Making Progress: The Health, Development and Wellbeing of Australia's Children and Young People*, Canberra, AIHW.
- Ben-Arieh, A. et R. Goerge (2001), « Beyond the Numbers: How Do We Monitor the State of Our Children », *Children and Youth Services Review*, vol. 23, n° 2, pp. 709-727.
- Ben-Arieh, A. et I. Frønes (2007a), « Indicators of Children's Well being: What should be Measured and Why ? », *Social Indicators Research*, vol. 84, pp. 249-250.
- Ben-Arieh, A. et I. Frønes (2007b), « Indicators of Children's Well Being – Concepts, Indices and Usage », *Social Indicators Research*, vol. 80, pp. 1-4.
- Bradshaw, J., P. Hoelscher et D. Richardson (2007), « An Index of Child Well-Being in the European Union », *Journal of Social Indicators Research*, vol. 80, pp. 133-177.
- Casas, F. (1997), « Children's Rights and Children's Quality of Life: Conceptual and Practical Issues », *Social Indicators Research*, vol. 42, pp. 283-298.
- Currie, C. et al. (2008), *Inégalités en matière de santé chez les jeunes, rapport international HBSC de l'enquête 2005/2006*, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague.
- Currie, J. et M. Stabile (2007), « Mental Health and Childhood and Human Capital », NBER Working Paper n° 13217.
- Currie, J. et E. Tekin (2006), « Does Child Abuse Cause Crime? », NBER Working Paper n° 12171, avril.
- Dijkstra, T. (2009), « Child Well-being in Rich Countries: UNICEF's Ranking Revisited, and New Symmetric Aggregating Operators Exemplified », *Child Indicators Research*, à paraître.
- Fattore, T., J. Mason et E. Watson (2007), « Children's Conceptualisation(s) of their Well-being », *Social Indicators Research*, vol. 80, pp. 1-4.
- Hanafin, S. et al. (2007), « Achieving Consensus in Developing a National Set of Child Well-being Indicators », *Social Indicators Research*, vol. 80, pp. 79-104.

- Heshmati, A., C. Bajalan et A. Tausch (2007), « Measurement and Analysis of Child Well-Being in Middle and High Income Countries », IZA Document Paper No. 3203, Institute for the Study of Labor, Bonn, décembre.
- Hood, S. (2007), « Reporting on Children's Well-being: The State of London's Children Reports », *Social Indicators Research*, vol. 80, pp. 1249-1264.
- Indicateurs du développement dans le monde (2008), *Base de données en ligne des Indicateurs du développement dans le monde*, 2008. <http://go.worldbank.org/IW6ZUUHUZ0>.
- Land, K. (2007a), « The Foundation for Child Development Child and Youth Well-being Index (CWI), 1975-2005, with Projections for 2006 », 2007 FCD-CWI Report, Foundation for Child Development, New York.
- Land, K. (2007b), « Measuring Trends in Child Well-being: An Evidence-based Approach », *Journal of Social Indicators Research*, vol. 80, pp. 105-132.
- Land, K., V. Lamb, S. Meadows et A. Taylor (2007), « Measuring Trends in Child Well-being: An Evidence Based Approach », *Social Indicators Research*, vol. 80, pp. 105-132.
- Nations Unies (1989/1990), *Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant*, www.unhcr.ch/french/html/menu3/b/k2crc_fr.htm.
- OCDE (2007), *Panorama de la santé*, Éditions de l'OCDE, Paris.
- OCDE (2008a), *Regards sur l'éducation*, Éditions de l'OCDE, Paris.
- OCDE (2008b), *Croissance et inégalités : Distribution des revenus et pauvreté dans les pays de l'OCDE*, Éditions de l'OCDE, Paris.
- OCDE (2008c), *Base de données de l'OCDE sur la famille*, Éditions de l'OCDE, Paris.
- OCDE – Programme international pour le suivi des acquis des élèves (2008), *The PISA 2006 International database*, disponible à l'adresse <http://pisa2006.acer.edu.au/>.
- Patel, S., P. Marjo-Riitta Jarvelin et M.P. Little (2008), « Systematic Review of Worldwide Variations of the Prevalence of Wheezing Symptoms in Children », *Environmental Health*, vol. 7, n° 57.
- Pollard, E. et P. Lee (2003), « Child Well-Being: A Systematic Review of the Literature », *Social Indicators Research*, vol. 61, pp. 59-78.
- Richardson, D., P. Hoelscher et J. Bradshaw (2008), « Child Well-being in Central and Eastern European Countries (CEE) and the Commonwealth of Independent States (CIS) », *Child Indicators Research*, vol. 1, pp. 211-250.
- UNICEF (2007), *La pauvreté des enfants en perspective : Vue d'ensemble du bien-être des enfants dans les pays riches*, Bilan Innocenti 7, Florence.

ANNEXE 2.A1

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


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


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

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

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

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


 Associations statistiques significatives au niveau de 95 %


 Associations statistiques non significatives

Source : Calculs de l'OCDE.

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

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

 Associations statistiquement significatives au niveau de 95 %

 Associations statistiquement non significatives

Source : Calculs de l'OCDE.