



**unicef**

**INTERNATIONAL CHILD DEVELOPMENT CENTRE**

Innocenti Occasional Papers

INNOCENTI OCCASIONAL PAPERS

NUMERO 2

PAUVRETE ET PRIVATIONS DE L'ENFANT  
DANS LES PAYS INDUSTRIALISES :  
RECENTES TENDANCES ET OPTIONS POLITIQUES\*

par

Giovanni Andrea Cornia<sup>a/</sup>

Mars 1990

---

\* Ce document traite quelques premiers aperçus et hypothèses qui sont en train d'être ultérieurement développés dans le contexte d'une recherche sur un tel thème au Centre International pour le Développement de l'Enfant de l'Unicef à Florence, Italie.

a/ UNICEF-Centre International pour le Développement de l'Enfant, Florence, Italie. Les points de vue exprimés dans ce document sont ceux de l'auteur et ne représentent pas nécessairement les points de vue de son Organisation.

L'auteur souhaite remercier Gigliola Landucci, Richard Strickland et Cinzia Iusco pour leur précieuse assistance offerte lors de la préparation de ce document et, Jim Himes, Maalfrid Flekkoy et Beth Ebel pour leurs commentaires utiles. Aucun d'entre eux n'est responsable pour les erreurs qui ont pu rester. L'auteur souhaite remercier Cinzia Iusco et Shireen Kanji pour la reproduction et l'édition finale du texte.



# 1. PAUVRETE DE L'ENFANT DANS UNE PERSPECTIVE HISTORIQUE : DU DEBUT DES ANNEES 50 AU MILIEU DES ANNEES 70.

## Conditions dans les pays industrialisés au début des années 50.

Il n'y a pas si longtemps, une pauvreté aigüe, de mauvaises conditions de santé et d'autres formes de privation étaient presque ordinaires pour les enfants<sup>1</sup> de la plupart des pays industrialisés<sup>2</sup> d'aujourd'hui et peut-être plus fréquentes que dans plusieurs pays en voie de développement d'aujourd'hui. Un examen des tendances du taux de mortalité infantile (TMI), un indicateur clé du bien-être global de l'enfant, montre (Tableau 1) qu'au début des années 50 le TMI du Sud (79 pour mille) et de l'Est de l'Europe (83 pour mille) et de l'U.R.S.S. (73 pour mille), étaient à peu près trente pour cent supérieur au taux enregistré à la fin des années 80 pour toute l'Amérique Latine et à peu près équivalent à celui du Sud-Est de l'Asie ou de l'Afrique du Nord (Nations Unis 1989). Pendant les années cinquante/cinquante-cinq, la plupart des pays de l'Europe de l'Ouest et le Japon avaient des taux de mortalité infantile proche de 50 pour mille, à peu près deux fois plus hauts de ceux observés en Chine à la fin de 1980. Aux environs des années cinquante/cinquante-cinq seul l'Amérique du Nord, l'Europe du Nord et l'Australie ont obtenu des niveaux de mortalité infantile en dessous du seuil critique de 30 pour mille (Tableau 1).

Des informations sur l'incidence de pauvreté de l'enfant après la guerre sont beaucoup plus rares que sur la mortalité infantile. Les données limitées disponibles confirment la situation mise en évidence par l'analyse du TMI de 1950. Par exemple les données du recensement des Etats-Unis montrent qu'en 1949, plus de quarante cinq pour cent de tous les enfants des USA habitaient dans des familles avec des revenus insuffisants pour pouvoir, d'une manière adéquate, les nourrir, les loger, les transporter, les soigner et ainsi de suite (Tableau II).

---

<sup>1</sup> Les termes "enfant" et "personne âgée" se réfèrent dans ce document respectivement à la population âgée de moins de 18 ans et de plus de 65 ans.

<sup>2</sup> Dans ce document le terme "pays industrialisés" comprend l'Amérique du Nord, l'Europe de l'Ouest et de l'Est, l'U.R.S.S., le Japon, l'Australie et la Nouvelle Zélande.

TABLEAU I Taux de Mortalité infantile (pour mille naissances vivantes)  
par Pays et Région pour des années spécifiques  
(moyennes sur cinq ans)

	1950-55	1960-65	1970-75	1975-80	1980-85	1985-90
<u>Amérique du Nord</u>						
Canada	36	26	16	12	9	7
Etats-Unis	28	25	18	14	11	10
<u>Europe du Nord</u>	28	21	16	12	10	8
Danemark	28	20	12	9	8	7
Finlande	34	19	12	9	6	6
Irlande	41	28	18	15	9	9
Norvege	23	17	12	9	8	7
Suède	20	15	10	8	7	6
Royaume-Uni	28	22	17	14	11	9
<u>Europe de l'Ouest</u>	44	26	18	13	10	9
Autriche	53	32	24	16	12	11
Belgique	45	27	19	13	11	10
France	45	25	16	11	9	8
Allemagne	48	28	22	15	11	9
Pays-Bas	24	16	12	10	8	8
Suisse	29	20	13	10	8	7
<u>Europe du Sud</u>	79	52	31	23	18	15
Grèce	60	50	34	25	15	17
Italie	60	40	26	18	13	11
Portugal	31	76	45	30	20	15
Espagne	62	42	21	16	11	10
Yougoslavie	128	80	45	35	30	25
<u>Europe de l'Est</u>	83	44	28	23	19	17
Bulgarie	92	36	26	22	17	16
Tchécoslovaquie	54	23	21	19	16	15
Allemagne Rep.Fed.	58	31	17	13	11	9
Hongrie	71	44	34	27	20	20
Pologne	95	51	27	23	20	18
Roumanie	101	60	40	31	26	22
<u>URSS</u>	73	32	26	28	26	24
<u>Japon</u>	51	24	12	9	7	5
<u>Australie et Nouvelle Zélande</u>						
Australie	24	20	17	12	10	8
Nouvelle Zélande	26	21	16	14	12	11

Source: Nations Unies (1989) World Population Prospects 1988

TABLEAU II Taux de Pauvreté aux Etats-Unis pour des années de recensement et des groupes de population spécifiques (pourcent-age)\*.

Groupes d'âge	1949	1959	1969	1979
Enfants (0-14)	47.6	26.1	15.6	17.1
Hommes âgés (+65)	55.3	33.2	22.2	10.6
Femmes âgés (+65)	69.4	38.6	32.1	18.0
Autres	39.8	22.1	14.4	13.1

Source: dérivé de Smolensky et al (1988)

\*Les données présentées dans le tableau ont été obtenues en faisant les moyennes de la ligne de pauvreté fixée à 1959. Pour les années 1949, 1969, et 1979, la ligne de pauvreté de 1959 a été modifiée en tenant compte de l'inflation.

Encore en 1959 à peu près un quart de tous les enfants des Etats-Unis vivaient toujours en pauvreté (Tableau II), alors que la situation était probablement pire en Europe et au Japon car ces pays avaient une base de ressources structurellement plus faibles et avaient subi de très grosses pertes pendant la seconde guerre mondiale.

#### Rapide amélioration pendant la période 1950-1975.

Le quart de siècle entre 1950 et 1975 est considéré par la plupart des savants des sciences sociales comme " l'âge d'or" du développement social. On assista à une spectaculaire baisse des relativement hauts taux de pauvreté de l'enfant, de mortalité infantile et d'analphabétisme qui prédominaient au début des années cinquante. L'état nutritionnel des enfants s'améliora rapidement, parallèlement à une augmentation rapide et régulière des revenus ménagers, à un contrôle majeur des maladies infectieuses et aux effets spectaculaires de l'usage des antibiotiques. Pratiquement tous les pays industrialisés atteignirent une des baisses des plus rapides du taux de mortalité infantile (et globale), (particulièrement dans la mortalité post-natale), et de morbidité jamais enregistrées. (Tableau I).

Un tel progrès a été facilité par la rapide augmentation du taux de couverture des services de santé pour la prévention et les soins pratiquement

gratuits, comprenant à quelques exceptions près l'hospitalisation, rendue possible grâce à la diffusion de plans d'Assurances de Santé Nationale, de Services Nationaux de Santé et d'autres systèmes semblables.

Dans les années cinquante et soixante les conditions de santé s'améliorèrent dans tous les pays industrialisés, bien que le taux d'amélioration varia notablement. Entre le début des années cinquante et le début des années sixante-dix, il y eut une forte convergence des TMI. La baisse fut plus rapide au Japon (75 pour cent), en Pologne, en Bulgarie, en Finlande et en U.R.S.S. (autour de 70 pour cent) qu'au Royaume Uni et Grèce (autour de 40 pour cent) et des Etats-Unis (35 pour cent) (Tableau I).

Il y a eu des progrès similaires dans la réduction du nombre d'enfants vivant en pauvreté (comme indiqué par exemple au Tableau II par la baisse brusque du taux de pauvreté qui se produisa aux Etats-Unis entre 1949 et 1969) et dans l'amélioration de la qualité et de l'admission à l'éducation, pour pratiquement tous les enfants. Le "baby boom" de la période après-guerre concerna tous les pays industrialisés (excepté le Japon) et augmenta la dimension de la tranche de population infantile entre 5 et 14 ans à environ 43 millions entre 1950 et 1970. Même avec cette augmentation de la population, les taux d'inscription à l'école supérieure augmentèrent, les ratios élève/professeur baissèrent et les infrastructures s'améliorèrent. Par exemple, le ratio d'inscription à l'école supérieure en Italie augmenta de 35 pour cent en 1960 à 61 pour cent en 1970 et en République Démocratique d'Allemagne (GDR) de 39 pour cent en 1960 à 92 pour cent en 1970 (UNESCO 1987). Pendant les mêmes années l'école obligatoire fut prolongée dans la plupart des pays industrialisés de 5-6 ans à 9-10 ans. L'enseignement pré-scolaire commença à se développer en réponse à la participation croissante des femmes à la force du travail et afin d'intégrer des enfants vivant dans des conditions socio-économiques non satisfaisantes, à un âge plus précoce dans le système scolaire.

#### Principaux facteurs déterminant l'amélioration du bien-être de l'enfant dans la période antérieure au milieu des années 70

Une analyse minutieuse des facteurs casuels derrière l'amélioration du bien-être de l'enfant antérieurement à 1975 est au-delà de la portée de ce document. Néanmoins, il est nécessaire de revoir brièvement le rôle de quelques uns des plus importants facteurs structuraux pendant la période 1950-1975, en

particulier comment des changements dans les tendances de tels facteurs pendant la période suivante (moitié des années 70 fin des années 80 ) peuvent être à la base de l'apparition de problèmes concernant les enfants, observés dans quelques pays industrialisés pendant la dernière période (voir Partie II).

a) Rapide et diffuse augmentation des revenus ménagers. Le quart de siècle allant de la fin des années quarante aux premières de soixante-dix fut brillante: rendement, production, investissements et emplois, tout augmenta et, point central de notre analyse, l'augmentation des revenus ménagers surpassa toute expérience enregistrée en précédence. Le rythme de développement était pratiquement ininterrompu par aucune récession. Des hauts taux de croissance du Produit Intérieur Brut (PIB) et du Produit Matériel Net (PMN) par habitant (Tableau III) assura que la moyenne des revenus ménagers tripla largement au Japon et dans l'Europe de l'Est entre 1950 et 1970 et doubla en Amérique du Nord. Même dans les pays avec une croissance moins exhubérante, les revenus ménagers augmentèrent substantiellement. Entre 1949 et 1973 par exemple, le revenu ménager moyen (aux prix de 1967) aux Etats-Unis augmenta à peu près de US\$ 4300 jusqu'à à peu près US\$ 9000 (Danziger et Gottschalk 1989).

TABLEAU III Taux de croissance économique annuelle, 1950-86  
(pourcentages)

	PIB ou PMN par habitant				
	1955-60	1960-70	1970-75	1975-80	1980-86
Amérique du N.	2.2	3.1	1.7	2.4	2.0
Europe de l'O.	3.9	3.8	2.9	2.4	1.6
Europe de l'E.	6.9	4.5	7.4	3.0	2.2
URSS	9.3	4.8	5.3	3.3	3.6
Japon	7.7	9.1	2.3	3.1	3.1
Australie et Nouvelle Zélande	2.1	3.9	2.3	0.5	1.5

Source: FMI (1983 et 1989); Nations Unies, Commission Economique pour l'Europe (1989) Nations Unis (1988a); CNUCED (1987).

L'intervention économique des gouvernements fut une des raisons majeures de l'accélération de la croissance après la guerre. Egalement décisives furent les politiques du marché du travail qui certainement contribuèrent à la

réalisation du "plein emploi" à la fin des années cinquante et au début des années soixante. Entre 1960-67, le taux de chômage moyen était 1,3 pour cent au Japon, 2,7 pour cent dans l'Europe de l'Ouest, 1,9 pour cent en Australie, 4,9 pour cent en Amérique du Nord et moins un pour cent dans le bloc socialiste, où une différente organisation de la production garantissait institutionnellement une pleine absorption de la main d'oeuvre disponible.

Le plein emploi, des salaires réels plus hauts et des plans de sécurité sociale, qui ont été introduits à différents degrés dans tous les pays industrialisés après la dernière guerre, portèrent des améliorations dans la plupart des pays en ce qui concerne la répartition des revenus avant taxation et transferts et, encore plus dans celle après taxation et transferts. Une révision des données sur la répartition des revenus pendant la période d'après-guerre dans les économies de marché industriel, conclut que "en général il apparaîtrait que pendant les années cinquante, il y a eu certains mouvements vers une plus grande égalité presque partout. Dans les années soixante et au début des années soixante-dix la même chose restait valable pour la France, l'Italie, le Japon et les Pays-Bas. L'image est peu claire en Allemagne... et au Royaume-Uni.... En Amérique du Nord, il y a semble-t-il, un mouvement marginal d'éloignement de l'égalité" (Sawyer 1976, p.26). Le même rapport indique qu'à la fin des années soixante et au début des années soixante-dix les transferts de revenu net (vers les 2 ou 3 déciles inférieurs de la population) représentant 4 ou 5 pour cent du revenu national dans la plupart des économies de marché industriel et pas moins de 15 pour cent en Suède.

b) La naissance de l'état de bien-être. La seconde guerre mondiale a montré être un point de charnière dans l'histoire de la Sécurité Sociale. Les programmes de Sécurité Sociale avaient déjà été développés dans la première partie du vingtième siècle mais leur diffusion avait été souvent limitée et les indemnités maigres, tandis que leur taux de couverture variait d'un programme à l'autre. En outre, sous la tension de la Grande Dépression de 1930, plusieurs projets existant, incluant l'assurance au chômage, furent abandonnés ou remplacés par une aide subsidiaire.

Inspiré par des analyses d'avant garde comme le fameux "Beveridge Report" ou "Crise sur le problème de la population" de Alva et Gunnar Myrdal, des systèmes globaux de Sécurité Sociale furent développés après la Guerre en introduisant de nouveaux plans et en consolidant ou en augmentant la couverture

de ceux déjà existants. Les modèles varièrent substantiellement de pays à pays mais le nouveau système de sécurité sociale établi généralement comprenait:

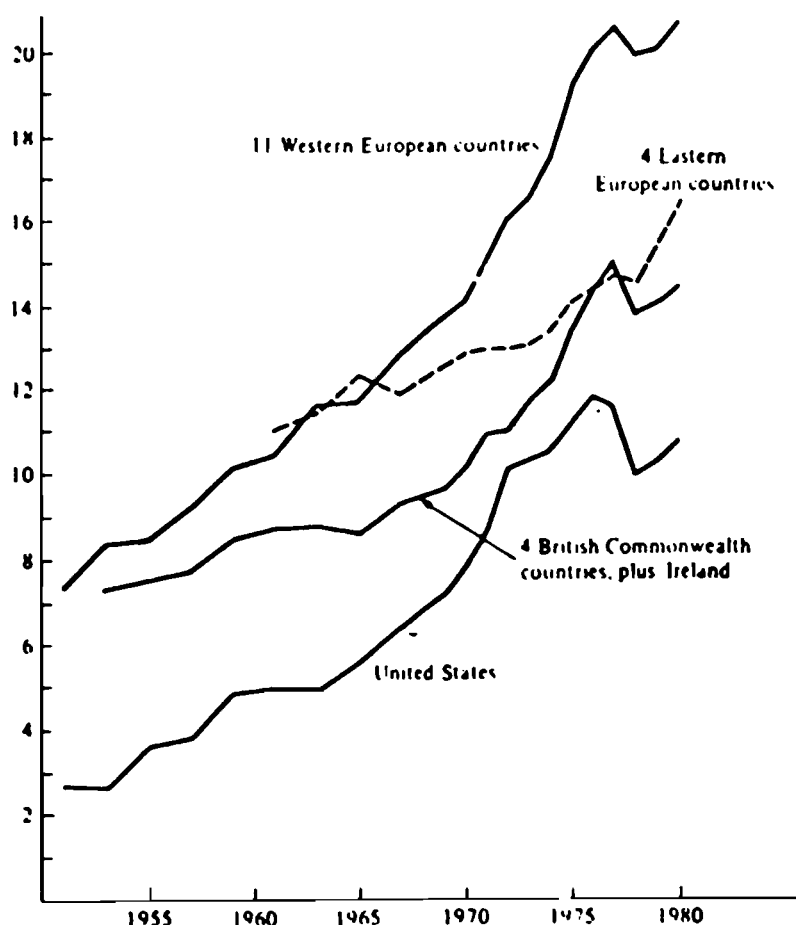
- retraites (vieillesse, invalidité et survie)
- indemnités de santé (contre la maladie et accidents du travail),
- indemnités de chômage,
- allocations familiales (congé de maternité, indemnités pour les enfants et autres) et
- assistance publique.

En plus soins de santé et services d'éducation pratiquement gratuits et étaient fournis par la Santé Nationale et les services d'éducation à l'exception de quelques pays, dont les Etats-Unis.

Les dépenses de Sécurité Sociale augmentèrent rapidement pendant la période 1950-75, reflétant une extension rapide de la couverture, des facteurs démographiques (comme le vieillissement de la population,) ou l'amélioration des prestations par habitant. La Figure 1 montre que la moyenne des dépenses de la sécurité sociale en pourcentage du PBI augmenta entre 1950 et 1975 de 7 points aux Etats-Unis, 13 points dans l'Europe continental de l'Ouest et à peu près de 8 points dans les pays du Commonwealth. A 11 pour cent de la moyenne du PMN, les dépenses de la sécurité sociale dans l'Europe de l'Est (comprenant l'U.R.S.S.) étaient en 1960 un peu plus élevées que partout ailleurs. Néanmoins pendant la période 1960-75, elles augmentèrent plus doucement que dans la plupart des autres pays industrialisés. Les dépenses pour les retraites et les indemnités de santé augmentèrent plus vite des autres éléments de la liste ci-dessus mentionnée. La contribution de la part des dépenses de la sécurité sociale pour réduire l'incidence de pauvreté, particulièrement parmi les personnes âgées fut remarquable, comme par exemple dans le cas des Etats-Unis (Tableau II).

c) Changements dans les caractéristiques familiales. La famille exerce une influence fondamentale sur le bien-être de l'enfant, comme unité de base de la société, environnement naturel pour la croissance de l'enfant et principal endroit où les décisions en matière de santé, d'éducation, de consommation et de loisirs sont prises. Des changements pendant la période 1950-75 en ce qui concerne la dimension, la stabilité et la "qualité" des familles dans les pays industrialisés contribuèrent énormément à la réduction observée dans la pauvreté de l'enfant, la mortalité et la scolarisation inadéquate. Ou du moins les

FIGURE 1. Moyenne des dépenses de la sécurité sociale comme pourcentage du Produit Intérieur Brut (PIB) ou du Produit Matériel Net (PMN), pour des pays ou groupes de pays spécifiques<sup>3</sup>



Source : de Gordon M., "Social Security Policies in Industrial Countries : a Comparative Analysis ; Cambridge University Press, 1988 ; Cambridge; United Kingdom.

<sup>3</sup> Les 11 pays de l'Europe de l'Ouest compris sont l'Autriche; le Danemark, la Finlande; la France, l'Allemagne (Rep. Fed.), l'Italie, les Pays-Bas, la Norvège, la Suède et la Suisse. Les quatre pays du Commonwealth sont l'Australie, le Canada, la Nouvelle Zélande et le Royaume Uni, alors que les quatre pays de l'Europe de l'Est sont la Tchécoslovaquie, la Hongrie, la Pologne et l'URSS.

changements dans la structure de la famille pour toute la période 1950-75 n'exercèrent pas une influence négative sur le bien-être de l'enfant, comme ils le firent pendant la période suivante.

Pour commencer, le niveau d'éducation des parents, une bonne approximation de "qualité" de la famille, une des plus importantes variables influençant la survie de l'enfant, sa performance à l'école et les autres indicateurs du bien-être de l'enfant dans les pays à la fois industrialisés et en voie de développement, s'améliora fermement pendant la période examinée (UNESCO 1982 et 1987).

Deuxièmement, à l'exception de l'U.R.S.S. (où la fécondité diminua seulement marginalement pendant les derniers 40 ans) et de l'Europe du Sud (où la plus forte baisse se produisit après 1975), la plupart des importantes baisses de fécondité observées dans les pays industrialisés depuis la seconde guerre mondiale, ont eu lieu entre 1950-75, et plus souvent au début des années 60 et au-delà. Aux Etats-Unis le taux de fécondité par femme baissa de 3,58 aux environs de 1950 à 1,95 aux environs de 1975, alors que de grandes baisses étaient aussi observées en Australie et Nouvelle Zélande et au Japon. Dans l'Europe du Nord de l'Ouest et de l'Est les taux de fécondité baissèrent respectivement pendant la même période de 2,3 à 1,9: de 2,4 à 1,8: et de 2,9 à 2,2 (Nations Unies 1989). Les grandes baisses de fécondité ont probablement contribué à la chute rapide du TMI entre 1950 et 1975 (Tableau I) ainsi quelques unes des naissances évitées étaient à haut-risques, généralement de mères ayant déjà eu un grand nombre d'enfants à intervalles rapprochés. La baisse de la moyenne du nombre d'enfants par famille peut avoir augmenté le temps disponible des parents pour la surveillance et l'interaction.

Le troisième changement concernant le bien-être de l'enfant est en rapport avec la structure de la famille et sa stabilité. Un grand nombre d'enquêtes, montre que les risques de sombrer dans la pauvreté, la mort précoce, l'échec scolaire et les accidents sont influencés par la stabilité de l'union où les enfants grandissent. Il y a eu plusieurs changements importants dans la structure de la famille depuis la fin de la II guerre mondiale. Premièrement, la tendance vers la nucléarisation de la famille qui commença quelques décennies auparavant, s'intensifia. Deuxièmement, la stabilité des familles a été touchée par l'augmentation du taux de divorce et de séparation (Tableau IV) et par une baisse des taux de remariage. Et enfin, les naissances dues aux filles-mères

semblent avoir augmenté; l'effet est clair en dimension et gravité dans quelques pays comme les Etats-Unis, mais plus incertain dans sa signification dans d'autres. L'augmentation des naissances dues à des filles-mères n'était pas très prononcée jusqu'en 1970, la plus grande augmentation se produisit dans les 15-20 ans successifs. Les données dans le Tableau IV montre que les taux brut de divorce augmentèrent constamment jusqu'en 1980 et ont eu tendance à ralentir ou à se stabiliser depuis. A l'exception de l'URSS, l'augmentation des taux bruts de divorce a été plus forte en 1970 qu'en 1960 (Tableau IV et figure 2).

On pourrait tenter de conclure que les changements dans la structure et la stabilité de la famille entre le début des années cinquante et le début des années soixante-dix, bien que pas particulièrement favorables, n'ont pas été aussi significatifs comme ils le seront pour les 15-20 années successives.

#### Les problèmes des enfants non résolus du début de la première moitié des années soixante-dix.

Au début des années soixante-dix il y avait une conviction très répandue que les problèmes des enfants dans les sociétés avancées étaient largement résolus. Deux facteurs contribuèrent à cette croyance. La première est qu'il y avait eu plus de deux décennies de progrès rapide et continu réduisant l'incidence de la pauvreté de l'enfant, aussi bien que la plupart de ses manifestations visibles, comme une relativement haute mortalité infantile dans plusieurs pays, ou un accès inégal à l'éducation et aux soins de l'enfant dans la plupart d'entre eux. Le second est qu'il y eut le développement d'un système de support à la famille par l'Etat toujours plus élargi. Ces facteurs positifs furent renforcés par des prévisions économiques optimistes, la fin du baby boom et la prospective d'une baisse du nombre d'enfants et d'adolescents, et une croissante attention concernant le vieillissement de la population.

Malgré le remarquable progrès enregistré, nombreux problèmes restaient non résolus, principalement:

TABLEAU IV. Taux brut de divorce<sup>4</sup> dans des pays spécifiques et changement moyen par année 1960-85

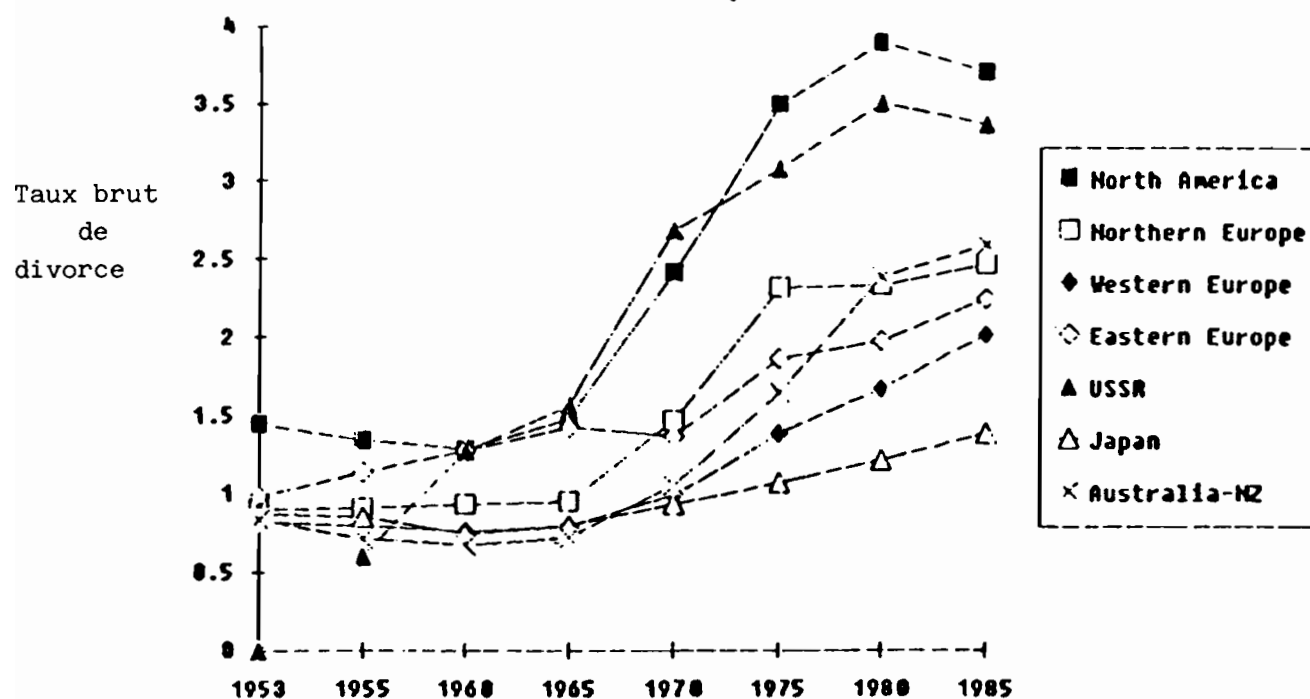
	TAUX BRUT DE DIVORCE					CHANGEMENT MOYEN PAR ANNEE		
	1953	1960	1970	1980	1985	1960-70	1970-80	1980-85
<u>Amérique du N.</u>	1.44	1.28	2.41	3.89	3.70	0.11	0.15	-0.04
<u>Europe du N.</u>	0.90	0.93	1.46	2.33	2.46	0.05	0.09	0.03
<u>Europe de l'O.</u>	0.82	0.76	0.99	1.67	2.01	0.02	0.07	0.07
<u>Europe de l'E.</u>	0.98	1.27	1.36	1.97	2.24	0.01	0.06	0.05
<u>USSR</u>	..	1.27	2.68	3.50	3.36	0.14	0.08	-0.03
<u>Japon</u>	0.87	0.74	0.93	1.21	1.38	0.01	0.02	0.03
<u>Australie-N.Z.</u>	0.83	0.67	1.05	2.38	2.59	0.04	0.13	0.04

Source: Nations Unies, (1968, 1976, 1982 and 1986)

<sup>4</sup>Le taux brut de divorce est le nombre annuel de divorces pour 1000 habitants à moitié-année.

Les moyennes régionales sont les moyennes non pondérées des données nationales.

FIGURE 2 Taux de Divorce dans les Pays Industrialisés



a) La persistance d'un nombre substantiel d'enfants dans des "poches" de pauvreté traditionnelle. Des estimations de la Communauté Européenne indiquent qu'alors que le taux de pauvreté globale a baissé à 12,8 pour cent en 1975 pour les 12 membres de la Communauté, il était à peu près deux fois plus haut au Portugal et en Grèce (O'Higgins et Jenkins 1989). Au Portugal une évaluation différente situe l'incidence de pauvreté en zones rurales en 1973-74, à 45 pour cent de la population rurale (Da Costa et al 1985). La même analyse suggère que l'incidence de pauvreté était encore plus haute (au-dessus de 50 pour cent) pour la population infantile de certains groupes socio-économiques comme les travailleurs agricoles et les fermiers marginaux. Plus de 30 pour cent de ces enfants étaient nés sans assistance médicale, alors qu'un grand nombre d'entre eux devra grandir sans eau courante (53 pour cent), sans électricité (20 pour cent) ou sans salle de bains (33 pour cent). A peu près la moitié d'entre eux ne finira pas les 4 ans d'enseignement élémentaire, alors que seulement un ou deux pour cent finiront l'enseignement secondaire ou supérieur. Beaucoup commençaient à travailler dès leur jeune âge, alors qu'un grand nombre d'entre eux pourrait être touché par une "monoparentalité cachée" à la suite de la migration de leurs pères en quête d'un travail. Le Portugal rural n'était pas un cas unique. Des situations semblables existaient au milieu des années soixante-dix dans de "grandes poches" de sous-développement à travers l'Europe du Sud et de l'Est et dans les "centre-villes" ghettos des Etats-Unis et de quelques pays de l'Europe de l'Ouest. De là, même la traditionnelle pauvreté - qui impliquait une privation matérielle - n'avait pas disparue.

b) L'inégale répartition des améliorations du bien-être de l'enfant entre les classes sociales. Des études récentes indiquent, par exemple, que les différentiels dans les taux de mortalité périnatale et infantile ne se sont pas réduits entre 1950 et le début des années soixante-dix, et suggèrent au contraire une grande stabilité des différences sociales du point de vue mortalité. Quelques exemples illustrent ce phénomène.

Les taux de mortalité infantile baissèrent considérablement en France pour tous les groupes sociaux entre 1950 et 1970. Cependant le différentiel entre les ouvriers non spécialisés et les classes de professions indépendantes bougèrent seulement de 2,76 en 1950 à 2,49 en 1970 (Nations Unies 1982). Aux Etats-Unis, le ratio de mortalité infantile entre les enfants de couleur et les blancs augmenta remarquablement entre 1950 (1,66) et 1966 (1,88) pour descendre

à 1,70 en 1975 (Children's Defense Fund 1989). De façon analogue le ratio entre les pourcentages d'enfants de couleur et les blancs nés avec un poids insuffisant à la naissance augmenta nettement de 1,44 en 1950 à 1,94 en 1975 (ibidem). Il y a quelques indications que même dans les pays avec une plus grande égalité dans la répartition des revenus et dans l'accès aux services de base, comme en Scandinavie ou dans les pays de l'Europe de l'Est, des inégalités dans l'état de santé des enfants ont persisté ou même se sont étendues. Au Danemark le taux global de mortalité néonatale diminua entre 1970 et 1974 de 11 à 8 pour mille mais le différentiel entre la mortalité néonatale d'enfants nés de travailleurs non spécialisés et ceux nés de travailleurs indépendants augmenta de 2,6 à 3,3 (Townsend et Davidson 1982). Des résultats semblables furent obtenus en Pologne. Finalement une analyse de la littérature (Antonovsky et Bernstein 1977) comprenant 26 études de tendances sur les classes sociales et la mortalité infantile en Europe et aux U.S.A., concluait qu'au milieu des années sixante-dix de forts différentiels de classe persistaient en ce qui concerne la mortalité infantile et ses deux composantes, la mortalité néonatale et post-natale. Vers 1975, donc, un nouveau-né dans une famille de travailleurs non spécialisés en Europe et aux USA avait toujours en moyenne deux à trois fois plus de probabilité de mourir pendant la première année de vie qu'un nouveau-né d'une famille de travailleurs indépendants (ibidem).

c) L'apparition de nouveaux problèmes. Souvent appelés les "nouvelles pauvretés" et pas nécessairement associée à des privations matérielles. Ces nouveaux problèmes sont devenus beaucoup plus importants dans les quinze années successives et ont été largement le résultat du modèle du développement économique et social adopté pendant les trois décennies précédentes. Pour commencer la proportion de la population habitant en villes dans les pays industrialisés est montée en flèche jusqu'à 60-80 pour cent aux environs de 1975. Les contacts sociaux et les sentiments de solidarité communautaire s'affaiblirent. Le manque d'espace pour jouer, se rencontrer et pour les services sociaux (qui est typique de la plupart des nouvelles périphéries) ont abouti à faire croître des problèmes dans le domaine de la socialisation et des soins de la première enfance, et ont amené à la solitude, à l'émargination sociale et à la vidéo-dépendance.

La quantité et la qualité d'interaction adulte-enfant et enfant - enfant se sont probablement détériorés et peut-être ont rendu plus difficile le développement psycho-social de l'adolescent. En Union Soviétique les autorités

publiques ont parlé d'"orphelins sociaux" suite aux changements dans la structure de la famille qui va vers la nucléarisation, la "monoparentalité", et la croissance des familles avec un seul enfant. Le problème de la socialisation du jeune enfant a été aggravé par la rapide augmentation des femmes participant à la force du travail dans les pays manquant encore de facilités pour les soins du jeune enfant, et ayant une division traditionnelle des responsabilités des soins de l'enfant parmi les parents. La participation des femmes à la force de travail était estimée en 1975 à à peu près 51 pour cent en URSS, 45 pour cent dans l'Europe de l'Est et entre 32 et 38 pour cent en Amérique du Nord et Europe de l'Ouest et du Sud (Nations Unis 1980). Dernièrement la rapide émigration vers plusieurs pays de l'Europe du Nord et de l'Ouest de la part de citoyens d'autres pays industrialisés ou en voie de développement, amena par exemple des problèmes d'émargination sociale et culturelles, et à la fois aussi des problèmes de participation à l'école et de résultats académiques pour les enfants d'émigrés.

## II. LA PERIODE 1975-89 : RALENTISSEMENT ET POLARISATION DU BIEN- ETRE DE L'ENFANT.

### Tendances Générales.

De plusieurs points de vue, les tendances du bien être de l'enfant pour toute la période 1975-89 ont différé substantiellement de celles observées entre 1950 et 1975. Il y a eu trois raisons à cela. Pour commencer, le progrès dans le bien être de l'enfant s'est relâché pendant ces dernières quinze années dans un grand nombre de pays. Dans quelques uns d'entre eux comme l'Union Soviétique et les Etats-Unis le ralentissement de l'amélioration du bien-être de l'enfant a été prononcé. Deuxièmement, la différence de performance entre les pays s'est étendue. Par exemple, alors que le Japon et la Suède n'étaient absolument pas touchés, plusieurs pays de l'Europe de l'Ouest et de l'Est ont expérimenté les effets négatifs des changements sociaux et des bouleversements économiques dans la seconde partie des années soixante dix et quatre vingts. Enfin, "les nouvelles pauvretés" qui ont commencé à apparaître à la fin des années soixante, se sont intensifiées, comprenant des formes relativement nouvelles et plus subtiles de privations affectant les enfants comme la présence d'un seul père ou mère, l'émargination, les sans-abris et la toxicomanie.

Les dynamiques de ces phénomènes sont complexes et probablement divergent

selon les pays. Cependant quatre facteurs ont contribué à ces tendances et seront discutés en détails en vue de leur centralité dans ces processus. Ils sont:

- le ralentissement de la croissance économique;
- la relative négligence de la politique sociale envers les enfants;
- l'ultérieure érosion de la famille traditionnelle et l'accélération de la croissance des familles avec un seul père ou mère;
- et une possible érosion de la cohésion sociale dans beaucoup de communautés.

Ces facteurs seront discutés en plus grand détail ci- dessous.

#### Causes du ralentissement du bien-être

a) Lente croissance, hausse du chômage et aggravation de la repartition des revenus. La croissance économique a ralenti considérablement depuis ce début jusqu'au milieu des années soixante-dix dans tous les pays industrialisés. Dans les économies de marché la croissance du PIB par habitant tomba rapidement d'une moyenne de 4 et 5 pour cent en 1950 et 1960 à un maigre 1 à 2 pour cent pour toute la période 1980-87 (Tableau III). En un certain nombre d'années, particulièrement en 1974-5 et 1980-83, la croissance du PIB par habitant en réalité résulta négative dans plusieurs pays comprenant l'Italie, le Royaume Uni et la République Fédérale d'Allemagne. Seul le Japon la Norvège et la Finlande furent relativement moins touchés.

Les années soixante dix et quatre vingts furent aussi marquées par un graduel mais régulier ralentissement dans la croissance des économies planifiées de l'Europe de l'Est et de l'URSS. La croissance dans le Produit Matériel Net (PMN) par habitant fut réduite de 6.9 pour cent dans l'Europe de l'Est et de 9.3 pour cent en URSS en 1950, à 2.2 pour cent dans l'Europe de l'Est et à 3.6 pour cent en URSS pour toute la période 1980-86 (Tableau III). La Pologne, la Hongrie et la Tchécoslovaquie furent les pays où la baisse fut plus prononcée, avec des chutes réelles en PMN par habitant, en plusieurs années. Le ralentissement de la croissance dans les économies de marché fut associé avec les augmentations prononcées de l'inflation et du chômage, deux facteurs significatifs dans l'augmentation de la pauvreté discutés plus tard dans ce

document. L'inflation (mesurée par l'index du prix au consommateur) était restée généralement constante (sur 2.3 pour cent) pendant 1950 et 1960, mais accéléra brusquement à 10 pour cent en moyenne dans les pays de l'OCDE pendant la période 1977-79. En 1980, elle diminua graduellement à cause des politiques monétaires rigoureuses introduites afin de la contrôler. Bien qu'elles réussissent dans ce but, ces politiques contribuèrent au ralentissement de la croissance en 1974-5 et 1981-2 qui, ensemble à la baisse de l'intensité du travail de la production en Europe de l'Ouest, gonflèrent les rangs du chômage. Vers 1985 le nombre de chômeurs dans les économie de marché industriel dépassaient les 30 millions, proche à 9 pour cent de la force du travail alors que la durée moyenne du chômage augmentait de façon significative. Les femmes, les jeunes, les travailleurs non qualifiés et les minorités ethniques étaient et sont encore représentés de façon disproportionnée parmi les chômeurs. A cause du système de Sécurité Sociale mis en place dans les années 50 et 60 et spécialement à cause des programmes d'assurances contre le chômage (dont la couverture et la durée furent ampliées dans plusieurs pays pendant les années soixante dix) le nombre de chômeurs sombrant dans la pauvreté fut inférieur à l'augmentation globale du chômage. Car les indemnités de chômage ont une durée limitée et elles ne sont pas partagées uniformément par toutes les catégories de la force du travail, comme par exemple les jeunes (qui n'étaient pas en mesure de constituer leur droits) ou les travailleurs à mi-temps, le chômage est resté une cause majeure de perte de revenu, d'insécurité croissante et, pour quelques uns, de pauvreté. Seulement un nombre limité de pays furent relativement peu touchés par l'explosion du chômage; parmi eux le Japon, où le taux de chômage augmenta jusqu'à un modeste 2.4 pour cent dans la période 1980-85. Au contraire, la situation fut plus accentuée dans l'Europe de l'Ouest, où le chômage avait atteint le niveau vertigineux de 11 pour cent en 1985.

C'est significatif que la période de 1975-1989 vit une augmentation du nombre de travailleurs à mi-temps et de travaux malpayés, en partie comme résultat de la restructuration industrielle menée dans ces années et en partie comme réponse à la diffusion du secteur de service à faible productivité. Alors que la croissance des emplois à bas salaires a offert des emplois additionnels et des opportunités de revenus - particulièrement pour les femmes et pour les jeunes - elle a été aussi la cause principale de la hausse de la pauvreté dans ces ménages ayant seulement un revenu (à cause de maladies, de la "monoparentalité", des adultes vivant seuls, du chômage à long terme et autres). Dans certains pays la basse rémunération est le résultat d'une réelle compression du taux de

salaire, particulièrement à la base de l'échelle des salaires. Aux Etats-Unis, par exemple en 1979, les gains du travail à plein-temps et sur base annuelle au minimum du salarial horaire de 3.35 US\$ étaient suffisants pour élever une famille de trois personnes au-dessous de la ligne de pauvreté. Vers 1988, le salaire minimum - qui n'avait jamais été retouché en fonction de l'inflation - avait perdu environ 30 pour cent de son pouvoir d'achat (Children's Defense Fund 1989).

Ces tendances du chômage, des emplois instables et mal- payés, et de compression des salaires minimums paraissent avoir eu un poids majeur que les effets positifs d'une augmentation globale du nombre de salariés dans plusieurs économies industrialisées. Il y a certaines preuves que pendant les dernières 15 années, la médiane du revenu ménager en termes réels a eu tendance à diminuer. Aux Etats-Unis, par exemple, la médiane réelle du revenu ménager a baissé d'environ 29.000 US\$ par an en 1979, à 27.700 US\$ en 1985, un niveau équivalent à celui de 1969 (Danziger et Gottschalk 1989, p. 176). Des preuves semblables sont disponibles en France où les salaires moyens ont perdu 2 pour cent de leur pouvoir d'achat entre 1982 et 1988 (Documentation Française 1989) en Australie (Edgar et al 1989) et dans d'autres pays. En revanche, les dépenses moyennes par ménage ont augmenté au Japon de 53 pour cent pendant la période 1975-85 (Preston and Kono 1988).

En contraste évident avec les tendances de toute la période des années cinquante et soixante la repartition relative des revenus semble avoir empiré dans plusieurs économies de marché industriel (Tableau V). Il n'existe pas encore de description détaillée disponible, mais il y a quelques preuves que la concentration des revenus a augmenté dans des pays si différents comme le Royaume Uni, la France, l'Australie et les Etats-Unis.

A la fin des années soixante-dix et quatre-vingts une croissance économique plus lente a touché d'une façon différente les économies planifiées des pays de l'Europe de l'Est et l'Union Soviétique. Dans ce pays la perte d'emploi n'était pas un problème tandis qu'une grande proportion de besoins privés étaient satisfaits par le secteur public. Malgré cela, avec une croissance ralentie - et des efforts inchangés dans le secteur de l'accumulation de capital et de la défense - le niveau de fonds, mis à part pour des finalités sociales, a plongé.

TABLEAU V Parts relatives du revenu de 40 pour cent des plus pauvres par rapport au 20 pour cent des plus riches de la population dans des pays sélectionnés

	Année	Australie	Royaume Uni	Etats Unis	Canada
20% des plus riches	1979/80	43.4	36.0	39.1	42.0*
	1985/87	45.4	42.0	41.7	43.2
40% des plus pauvres	1979/80	14.6	22.0	19.2	3.8
	1985/87	14.2	17.3	17.2	4.7

\* se référant à 1977

Source: Australie: Edgar et al., (1989); Royaume Uni: Central Statistical Office: Economic Trends (various issues); USA: Danziger and Gottschalk (1989); Canada: Statistics Canada (1987).

Les plus touchés ont été ceux qui attendaient de bénéficier des extensions ou des améliorations de certains services publics et des indemnités sociales. Le poids est tombé disproportionnellement sur ceux qui attendaient des maisons (en Union Soviétique, par exemple, le nombre de nouveaux appartements construits a commencé à baisser dans les années quatre-vingts). Il est également tombé sur ceux qui habitaient dans des zones éloignées et rurales car ils sont restés en retard vis à vis des normes nationales, et sur des autres groupes spéciaux comme les familles ayant une femme comme chef de famille. Dans les économies planifiées, la répartition des revenus a probablement plus changé parmi les régions et certains groupes de ménages, que par niveau de revenu. Avec des prix stables administrés, l'inflation ouverte n'était pas un problème particulier jusqu'à la fin des années quatre vingts. La croissance de "l'inflation supprimée" associée avec une lente croissance dans la production de biens de consommation s'est reflétée dans un manque croissant de biens de base touchant certaines populations et certaines zones davantage que d'autres. Comme le temps dédié aux "queues" a augmenté, ceux n'ayant aucun accès à des réseaux privilégiés de distribution ou avec peu de temps ont été plus durement touchés. Femmes mariées, mères célibataires avec un travail à plein -temps et aussi avec des responsabilités ménagères et de soins d'enfant ont dû assumer des journées de travail beaucoup plus longues qui ont dépassé leurs propre niveaux précédents comme ceux de la plupart des hommes.

b. Erosion de la famille traditionnelle et progression de la famille "monoparentale". Des changements dans la structure familiale ont commencé à apparaître dès 1950 sinon avant mais ils paraissent avoir subi une augmentation rapide depuis la moitié des années soixante dix, dans plusieurs des pays examinés.

D'une part, la tendance vers la nucléarisation de la famille a continué. D'autre part, il y a eu une augmentation dans les unions consensuelles (mariages informels), particulièrement dans l'Europe du Nord. En Suède, le pays où ce phénomène est le plus accentué, la proportion des femmes dans la fourchette d'âge des 20-24 ans vivant en union consensuelle a augmenté de 29 à 44 pour cent en seulement six ans (Nations Unies 1988). L'augmentation des unions consensuelles a été également accentuée en Norvège et au Danemark mais plus modérée en France et dans la République Fédérale d'Allemagne et plutôt modeste aux Etats Unis et dans l'Europe du Sud et de l'Est. La croissance des unions consensuelles a amené une augmentation du nombre de naissances non légitimes, qui représentaient en 1980 42 pour cent de toutes les naissances en Suède, 38 pour cent au Danemark et plus de 20 pour cent en République Démocratique d'Allemagne (Winnyczuk 1986). Dans la plupart de ces cas, cependant, l'enfant ne souffre probablement aucune privation matérielle ou psychologique à cause de l'absence d'un mariage formel, particulièrement là où la législation familiale a été adaptée à cette nouvelle réalité sociale.

En revanche, le phénomène qui a causé de sérieux problèmes aux autorités politiques, pour ses effets potentiellement adverses, est l'augmentation continue de la monoparentalité.

L'incidence de la monoparentalité dépend de tendances dans le mariage officiel ou non, divorces/séparations, remariages et risques de veuvage. Les taux de mariage (c'est à dire le nombre moyen de mariages pour 1000 habitants) ont été en baisse, particulièrement depuis le début des années soixante dix, dans pratiquement tous les pays industrialisés, de façon plus prononcée où les unions consensuelles ont augmenté bien que seulement marginalement. Par exemple, le taux moyen de mariage a baissé entre 1970 et 1983 de 7.7 à 6.0 dans l'Europe de l'Ouest et de 8.6 à 8.0 dans l'Europe de l'Est (Winnyczuk 1986).

Comme déjà analysés dans la Partie I, les taux de divorce, après avoir eu un pic immédiatement après la seconde guerre mondiale, ont eu une baisse ou une

croissance modérée jusqu'au début des années soixante dix. Pendant les années soixante dix, néanmoins, ils accélérèrent rapidement (Tableau IV). Les taux de remariage ont aussi baissé et les risques de veuvage ont chuté rapidement. Cela fut dû aux progrès des conditions de santé des adultes durant ces vingt dernières années.

Le résultat net de ces 4 tendances a été l'augmentation substantielle des familles avec un seul père ou mère. Le Tableau VI montre précisément les sources de la croissance vertigineuse du nombre d'enfants vivant dans des familles avec un seul père ou mère aux Etats Unis. En 1988, leur proportion a atteint 24.3 pour cent, plus du double du niveau de 1970 qui était de 11.9 pour cent.

TABLEAU VI Enfants de moins de 18 ans vivant avec un parent seulement aux Etats-Unis pour des années spécifiques.

	1970	1982	1985	1986	Variation de Pourcentage 1970-86
<hr/>					
Enfant vivant avec la mère qui est	Nombre en millions				
Divorcée	2.3	5.1	5.3	5.4	+135
Séparée	2.3	3.1	3.0	2.9	+ 26
Jamais mariée	0.5	2.8	3.5	3.6	+620
Veuve	1.4	1.1	0.9	0.9	- 36
Total des enfants vivant avec la mère seulement*	7.5	12.5	13.1	13.2	+ 76
<hr/>					
Enfant vivant avec le père Qui est	Nombre en milliers				
Divorcé	177	658	750	796	+350
Séparé	152	255	329	289	+ 90
Jamais mariée	30	114	260	318	+960
Veuf	254	144	162	145	- 43
Total des enfants vivant avec le père seulement*	748	1.189	1.554	1.579	+111

Source: Cherlin (1988).

\* Comprend les enfants de familles "mariées, avec un époux absent", pas montré séparément.

Il est clair que d'après le tableau alors que la raison principale pour vivre avec un seul parent est encore le divorce, la plus grande croissance du groupe

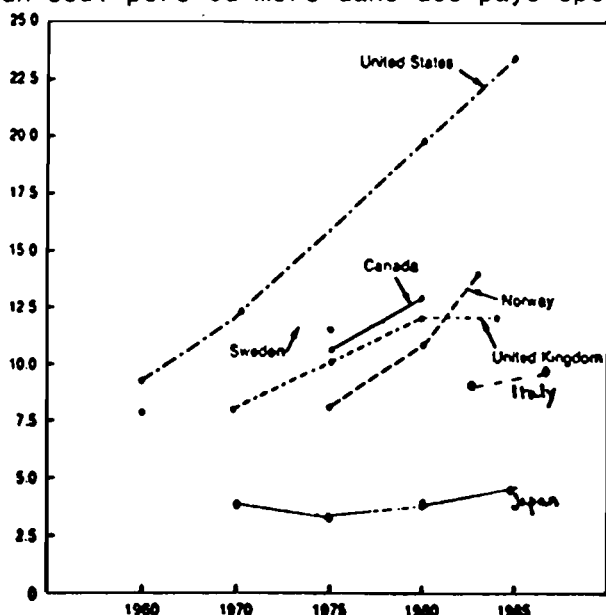
d'enfants habitant dans ces conditions appartient aux familles où la mère a toujours été seule, ou jamais mariée ou vivant en union consensuelle.

Dans aucun autre pays industrialisé l'incidence des familles monoparentales est aussi prononcée qu'aux Etats-Unis. Les causes de monoparentalité varient notablement d'un pays à l'autre. En Italie les chefs de famille femmes jamais mariées, divorcées ou séparées représentent seulement le 20 pour cent de toutes les familles monoparentales en 1983, bien que leur incidence soit plus grande parmi les femmes jeunes (Saraceno 1983). Une recherche préliminaire de sources donne une base très ample de comparaisons, bien que les figures ne soient pas strictement comparables. En utilisant cette information aux environs de 1985, les pourcentages globaux suivants, d'enfants qui vivaient dans des familles avec un seul père ou mère étaient:

Japon	4.8	Belgique	} plus que	10.0	Suède	12.0
Tchécoslovaquie	8.9	Irlande			Canada	12.5
Australie	9.0	Pays-Bas			Allemagne R.F.	13.0
Italie	9.6	Pologne		11.0	Norvège	19.0
France	10.0	Royaume Uni		12.0	Etats-Unis	26.0

La figure 3 illustre les tendances dans le temps de la proportion d'enfants dans des familles avec un seul père ou mère. Dans ce cas aussi, ces tendances doivent être vues comme descriptives de toutes les tendances et pas comme la base pour une comparaison précise entre les pays.

FIGURE 3. Tendances du pourcentage d'enfants (moins de 18 ans) habitant dans des familles avec un seul père ou mère dans des pays spécifiques, 1960-1985.



Source: Pour l'Italie: Saraceno (1989); pour le Japon; Preston et Kono (1988); pour tous les autres pays; Jencks et Boyle Torrey (1988).

Cette analyse relativement détaillée des niveaux et des dynamiques de la monoparentalité est justifiée en vue des graves privations matérielles et psycho-sociales dont l'enfant peut souffrir. Trois risques séparés peuvent être identifiés (Garfinkel et Mc Lanahan 1986):

- i) La chute dans la pauvreté, avec toutes les implications qui l'accompagnent en termes de nutrition inadéquate, manque d'abris et autres privations matérielles. Les familles monoparentales (dirigées d'une façon largement prédominante par les femmes) sont un des plus grands risques pour tomber dans la pauvreté car : la discrimination des femmes dans le marché du travail rend la capacité de gagner des revenus de la part de la mère, à la fois relativement bas et plus bas que ceux des hommes ; la contribution des autres membres de la famille -le père qui n'a plus à charge les enfants, en particulier - est bas ; et dans la plupart des pays, les transferts publics aux femmes qui dirigent de telles familles, à l'exception des veuves, sont encore très maigres ;
  - ii) Un guide parental inadéquat, une surveillance et interaction parent-enfant insuffisante pendant la première enfance, l'enfance et l'adolescence, avec toutes les implications qui l'accompagnent en termes de risques de lésions, de stimulation insuffisante et de diminution des résultats éducatifs. La recherche sur la capacité cognitive de l'enfant , par exemple, montre que les enfants dans les familles avec un seul père ou mère avaient moins de succès que les enfants ayant le père et la mère alors qu'ils avaient de plus grandes chances de laisser l'école. Une recherche a montré que les enfants ayant un seul père ou mère ont des revenus plus bas à l'âge adulte et une plus grande chance d'être pauvres.
  - iii) Maladaptation émotionnelle et psychologique due à des problèmes d'identité causés par l'absence d'un parent. Une étude "panel" sur ces enfants nés en dehors du mariage en Tchécoslovaquie montre que ces enfants ont un plus grand besoin de support social et émotionnel (Dunovsky; cité dans Wynnyczuk 1986 ). En plus une enquête sur le comportement vers le mariage, montre que les filles qui grandissent dans des familles avec un seul père ou mère ont plus de probabilités de devenir chefs de telles familles à leur tour.
- c) La négligence relative de la politique sociale envers les enfants et les adolescents. Pendant ces dernières quinze années, les systèmes de sécurité sociale ont été renforcés soit dans les économies de marché industriel soit dans

les économies planifiées à travers une couverture plus répandue de l'indemnité de retraite et des améliorations, une certaine consolidation et, dans certains cas, des rationalisations d'autres programmes existants. Les dépenses sociales globales comme proportion du PIB, ont continué à s'étendre dans beaucoup d'économies de marché industriel jusqu'en 1980-81 quand des efforts majeurs pour contenir les dépenses publiques et les déficits de budget ont été entrepris comme part de la nouvelle approche monétariste à la gestion macroéconomique qui voit l'augmentation des dépenses publiques comme un élément d'inflation et un obstacle à la croissance. Alors que les dépenses de consommation du gouvernement (qui comprennent les dépenses de santé et d'éducation) ont été stabilisées ou même réduites, les transferts de la sécurité sociale continuaient à croître, en partie pour des raisons hors du contrôle du gouvernement (comme le vieillissement de la population ou la persistance du haut taux de chômage). Comme principales exceptions à cette tendance la plupart des pays de Scandinavie commencèrent à réduire la part des transferts de la sécurité sociale, quoique en partant de niveaux extrêmement hauts (20-25 pour cent du PIB).

Peu de pays avaient développé une politique sociale vers la famille jusqu'au niveau d'un système intégré de support. Parents ou enfants continuaient à devoir supporter des dépenses additionnelles, ou voir cesser des flux de revenu ou faire face à des besoins particuliers en occasion d'un nombre de situations en face du nombre d'événements. Les principaux éléments de politique existant concernant la famille, comprennent;

- Congé de maternité (ou paternité), maintenant d'une durée de six mois (avec un minimum de seize semaines aux URSS, en Roumanie et un maximum de un an et demi en Suède) et avec des indemnités en espèces normalement, autour de 80-100 pour cent du salaire de la mère (ou exceptionnellement du père si c'est lui qui s'absente du travail). Cependant aux Etats-Unis le congé de maternité assuré existe seulement dans quelques Etats, alors que sa durée est généralement réduite à environ douze semaines. Dans tous les pays de l'Europe de l'Est et de l'URSS, une prime ad-hoc de naissance (entre le quart et la moitié d'un salaire mensuel) est accordée.
- Congé pour les soins de l'enfant, généralement accordé dans la plupart des pays de l'Europe de l'Est aux mères d'enfants âgées de 0 à 3 ans à une fraction (à peu près 50%) du salaire de la mère et un congé lors de la maladie de l'enfant (généralement jusqu'à soixante jours par an, à peu près 50-90% du salaire)
- Une allocation familiale, publique, universelle, visée (partiellement)

à égaliser les charges des familles, bien que dans quelques pays il fut conçu comme un instrument de revenus supplémentaires spécifiques ou de politique pro-nataliste. A l'exception des Etats-Unis et du Japon, tous les pays industrialisés ont un type d'allocation familiale. Les montants varient énormément, proche de zéro en Espagne, à environ trois pour cent du salaire moyen industriel (pour une famille avec deux enfants) au Canada et en Irlande, à environ dix pour cent en Autriche, Belgique et Suède et à 23 pour cent en Tchécoslovaquie. Aux Etats-Unis, l'aide aux familles avec des enfants à charge (AFEC) pourvoit à des paiements en espèces, pour les besoins de l'enfant, aux familles pauvres, si l'enfant a été privé d'un support parental.

- un paiement garanti pour le support de l'enfant (pension alimentaire) a été aussi introduit dans quelques pays de l'Europe de l'Ouest et de l'Est (comme la Scandinavie, la France, la Pologne et quelques autres). Cette indemnité est donnée à l'avance au parent qui en a la charge par une agence du gouvernement quand les paiements du soutien à l'enfant dûs par le parent manquant ne sont pas payés, ou sont payés irrégulièrement ou sont trop bas. La même agence prend la responsabilité de percevoir le support de l'enfant de la part du parent absent.
- couvertures universelles gratuites ou hautement subventionnées pour l'éducation pré-scolaire, l'assistance médicale et l'éducation pour tous les enfants.

Bien que la plupart des pays - à l'exception des Etats-Unis, du Japon et de l'Australie, partagent la même approche ample à la politique familiale, la valeur des montants transférés varient considérablement. On a estimé qu'au début des années quatre-vingts la valeur totale des transferts en espèces représentait 95 pour cent du revenu perçu par une employée mère-seule en Suède, 60 pour cent en France, à peu près 30 pour cent au Royaume Uni et République Fédérale d'Allemagne et 20 pour cent en Pennsylvanie (Etats-Unis) (Kahn et Kamerman 1983). Bien que de données semblables ne soient pas facilement disponibles pour l'Europe de l'Est, la valeur de tous les transferts est haut dans les pays avec une politique explicite et globale de la famille comme en Tchécoslovaquie et en Hongrie (Gordon 1988).

Les politiques de sécurité sociale peuvent être évaluées en termes de leur habilité pour sortir l'enfant de la pauvreté. Cela a été fait par exemple dans le Tableau VII qui évalue l'incidence de la pauvreté des familles avant la

taxation et les transferts et après la taxation et les transferts. Le Tableau VII montre que l'incidence de la pauvreté est réduite dans tous les pays. L'impact des transferts publics apparaît être le plus haut en Suède et en Norvège (qui s'appuient plus sur les indemnités universelles) et le plus bas en Australie et aux Etats-Unis (où des programmes ciblés sont plus communs). Il apparaît aussi que à l'exception une fois encore de la Suède et de la Norvège, l'impact des transferts publics en réduisant l'incidence de pauvreté, est de quelque peu plus bas parmi les familles avec un seul parent qui, même après transferts, continuent à expérimenter des taux de pauvreté beaucoup plus hauts que la moyenne.

Le Tableau VII met en lumière aussi un des échecs principaux dans les politique sociale des économies de marché industriel, c'est à dire la relative négligence envers les enfants si comparés aux personnes âgées. Les taux de réduction de pauvreté (dernière colonne du Tableau VII) sont en effet beaucoup plus hauts pour la vieillesse que pour les familles avec enfants ou familles avec un seul père ou mère dans presque tous les cas. Cela est dû au relatif retard des politiques sociales pour la famille. En vérité à l'exception possible de quelques pays de l'Europe du Nord et de l'Est, la plupart des indemnités familiales sont;

- i) restées en retard en termes financiers
- ii) rarement de nature universelle et
- iii) se sont seulement ajustées lentement et de façon incomplète aux changements profonds dans le tissu social - comme l'augmentation en flèche des divorces, des parents seuls et la participation des femmes à la force du travail, ou l'augmentation du nombre d'enfants avec des besoins spécifiques comme les enfants d'émigrés.

Les indemnités de l'enfant, souvent basses pour commencer, sont ajustées au cours de l'inflation, dans seulement à peu près un quart des pays industrialisés. Il y a beaucoup d'exemples de baisses, même si parfois temporaires, dans la valeur réelle des allocations familiales dans des pays aussi différents que l'Italie (Artoni et Ranci 1989), l'URSS (Likhanov 1987), le Portugal (da Costa 1985) et les Etats-Unis (Palmer et al 1988), alors que dans d'autres, la baisse de la valeur des indemnités de l'enfant a été en relation avec la valeur des transferts à d'autres groupes sociaux (comme les personnes âgées ).

TABLEAU VII Rôle des transferts publics pour sortir différents types de familles de la pauvreté; pays sélectionnés aux environs de 1980-81

	<u>Pourcentage des familles pauvres</u>		Taux global
Type de famille et pays	Avant taxes/ Avant transferts	Après taxes/ Après transferts	de réduction de la pauvreté
-----			
Familles avec enfants			
Australie	17.6	15.0	14.8
Canada	13.6	8.6	36.8
Allemagne R.F.	7.9	6.9	12.7
Norvège	12.1	6.4	47.1
Suède	10.4	4.4	57.7
Suisse	4.4	4.1	6.8
Royaume Uni	14.1	8.5	39.7
Etats-Unis	16.6	13.8	16.9
Familles avec un seul parent			
Australie	67.6	61.4	9.2
Canada	48.0	35.3	26.5
Allemagne R.F.	37.2	31.9	14.2
Norvège	35.2	17.6	50.0
Suède	33.1	7.5	77.3
Suisse	14.5	11.9	17.9
Royaume Uni	53.1	36.8	30.7
Etats-Unis	49.3	42.9	13.0
Familles âgées			
Australie	72.2	23.8	67.0
Canada	56.8	5.9	89.6
Allemagne R.F.	80.6	17.1	78.8
Norvège	76.6	19.6	74.4
Suède	87.9	2.6	97.0
Suisse	59.8	7.3	87.8
Royaume Uni	77.6	40.9	47.3
Etats-Unis	59.0	18.7	68.3

Source: Adapté de Smeeding T. et al., Tableau 5.11

Le Tableau VIII illustre ce point en examinant les tendances dans le temps du ratio entre les dépenses de la sécurité sociale par habitant pour les indemnités familiales et les dépenses de la sécurité sociale par habitant pour les retraites de vieillesse.

TABLEAU VIII      Dépenses des indemnités familiales par habitant par rapport à celles de la vieillesse, pays et années spécifiques, 1960-84

	Indemnités familiales par habitant comme pourcentage des indemnités de vieillesse par habitant				
	1960	1970	1975	1980	1984
Australie	8.5	5.6	3.7	7.9	10.3
Canada	11.3	6.0	10.1	5.7	5.0
France	28.0	16.2	15.4	14.4	13.5
Allemagne Fed	1.4	2.3	7.4	8.1	6.4
Italie	18.1	9.3	8.7	5.3	4.5
Japon	0.0	21.6	17.7	13.9	11.9
Pays-Bas	9.8	10.7	8.7	9.7	10.3
Suède	15.8	13.4	14.8	12.2	10.1
Royaume Uni	7.8	9.8	7.3	18.0	21.1
Etats-Unis	1.4	3.2	3.6	3.3	3.0

Source: Varley (1986)

Les besoins des enfants et des personnes âgées sont très différents comme le sont leurs sources de moyens de subsistance (les personnes âgées s'appuient beaucoup plus sur les revenus dûs aux transferts). Cela n'a pas beaucoup de sens donc de comparer les ratios du Tableau VIII à n'importe quel moment spécifique. Les tendances dans le temps sont en revanche beaucoup plus intéressantes. Elles révèlent que le "ratio" restait amplement constant dans trois cas (les Pays-Bas, l'Australie et les Etats-Unis à un niveau très bas) alors qu'il diminuait dans cinq cas et qu'il augmentait modérément en Allemagne Fédérale et, considérablement au Royaume Uni.

Tout cela signifie que pendant qu'une politique généralement adéquate pour protéger les personnes âgées de la pauvreté a été développée pendant ces dernières décennies, la formulation et les ressources pour une politique globale familiale sont encore loin derrière.

d) Erosion des liens communautaires. L'érosion d'un sens de communauté et de solidarité parmi les membres d'une même communauté ou groupe, est un autre facteur qui peut avoir influencé négativement le bien-être de ces derniers quinze-vingt ans,

particulièrement dans le domaine de la socialisation et de la protection des enfants et des adolescents. Inévitablement, quelques uns de ces liens s'afaiblissent avec l'urbanisation de masse. La solitude, l'émargination sociale, le manque de but et les déviances sociales sont devenus très accentués là où les communautés traditionnelles et les structures informelles (comme différents genres de jeunes associations, les paroisses, les boy-scouts, les associations sportives et autres) ont disparu sans être à nouveau remplacés.

#### Pauvreté et privations de l'enfant dans les quinze dernières années.

a) Pauvreté globale et pauvreté de l'enfant. A l'exception des Etats-Unis, les données sur l'incidence de la pauvreté n'ont jamais été abondantes. Cependant, pendant ces dernières dix-quinze années, beaucoup plus d'informations ont été disponibles sur l'étendue et les dynamiques de la pauvreté. En plus, la comparabilité internationale de ces données s'est améliorée considérablement. Cela permet d'essayer de tracer un tableau de la pauvreté globale et de celle de l'enfant aux environs de 1975 et de ses changements pendant les derniers dix-quinze ans. Des problèmes de disponibilité de données (particulièrement pour l'Europe de l'Est) et de comparabilité, tempèrent la validité des conclusions.

En dépit de ces avertissements, le cadre semble celui d'une pauvreté globale en croissance dans la plupart des pays de l'Europe de l'Ouest et du Sud, les Etats-Unis, la Hongrie et probablement la Pologne et l'Australie. Par contre au Japon, en Suède, en Belgique, peut-être en Tchécoslovaquie et plus probablement en Norvège, la pauvreté a continué à chuter. Le manque d'informations sur l'URSS, sur plusieurs pays de l'Europe de l'Est et sur la Nouvelle Zélande, ne permettent d'arriver à aucune conclusion spécifique pour ces pays.

En 1989, la Commission de la Communauté Européenne a estimé l'incidence de la pauvreté pour les 12 membres de la Communauté pour la période 1975-85 (O'Higgins et Jenkins 1989). Les personnes étaient considérées comme étant à l'état pauvre, s'ils vivaient dans des ménages avec un revenu disponible de moins de cinquante pour cent du revenu moyen ajusté disponible. L'étude montra que le nombre de personnes à l'état pauvre avait augmenté de 38 millions (ou à peu près 12,8 pour cent de la population totale de la Communauté) à environ 44 millions (ou à peu près 14 pour cent du total). La plus grande augmentation eut lieu entre 1980 et 1985 et concerna tous les pays de la Communauté, à l'exception

du Luxembourg et de la Grèce, où l'étendue de la pauvreté restait stable et de la Belgique et de la France, où la pauvreté baissait. La plus grande augmentation fut au Royaume Uni.

La composition de la population pauvre changea nettement pendant la période 1975-85, avec des tendances semblables dans plusieurs des 12 pays de la Communauté. Le nombre de personnes âgées à l'état pauvre chuta alors que la pauvreté augmenta rapidement parmi les chômeurs, ceux qui étaient employés à des travaux précaires, les émigrés et les parents vivant seuls. Des études indépendantes employant des méthodologies comparables arrivèrent à des conclusions semblables à propos des niveaux de la composition de la pauvreté pour l'Allemagne (Hauser et Semerau 1989), l'Italie (Commissione di studio istituita presso la presidenza del consiglio dei Ministri 1985), l'Irlande (Callan et al 1989) et le Royaume Uni (Bradshaw 1989).

Des estimations de pauvreté pour les Etats-Unis, le Canada et le Japon furent obtenues à partir des moyennes d'une ligne de pauvreté qui est tenue constante dans le temps en termes réels. L'idée de base est que cette mesure est une conception de la pauvreté absolue plutôt que relative. Au Japon, le pourcentage de personnes habitant dans des ménages avec des dépenses mensuelles de moins de 100.000 Yen, baissa de 25 pour cent en 1975 à 12 pour cent en 1980 et à 9,5 pour cent en 1985 (Preston et Kono 1988 ). En revanche, aux Etats-Unis, le taux de la pauvreté globale qui avait baissé continuellement jusqu'en 1979, monta en flèche jusqu'en 1983, alors qu'il baissait seulement marginalement pendant les quelques années suivantes (Smolensky et al 1988). Au Canada, la pauvreté baissa nettement entre 1973 et 1981 mais augmenta légèrement entre 1981 et 1986 (Wolfson 1989). Aux U.S.A. et au Canada le changement total dans les niveaux de pauvreté a été accompagné par un changement dans la composition des pauvres semblable à ce qui a été illustré ci-dessus.

Des données générales de la pauvreté pour les pays de l'Europe de l'Est et de l'URSS n'ont pu être établies. En revanche les données pour la Tchécoslovaquie montrent que la proportion des familles avec enfants vivant en dessous du niveau minimum social de consommation baissa entre 1975 et 1985 de 11,4 à 8,2 pour cent du total (Kovarik 1988). Les données d'une enquête en Pologne, au contraire, montrent que la proportion des familles en dessous de la ligne de pauvreté augmenta de 19 à 23 pour cent entre 1979 et 1987, en particulier pendant la période de loi martiale caractérisée par un grand manque

de biens (Kurzinowsky 1990). En Hongrie, l'incidence de pauvreté augmenta entre 1977 et 1987 de 11,7 à 12,7 pour cent de la population (Szalai 1989).

Après plus de deux décennies de progrès régulier comprenant tous les pays industrialisés, la pauvreté commença à croître à nouveau au milieu des années soixante-dix, dans à peu près deux tiers des pays dans lesquels des données sont disponibles - bien qu'avec des caractéristiques différentes et parmi des groupes sociaux différents. Dans l'autre tiers des pays, la pauvreté semble avoir continué à baisser bien qu'à un taux plus lent qu'auparavant comme l'illustre l'expérience japonaise.

Dans quelle mesure les enfants ont-ils été touchés? Comme on pouvait s'y attendre, l'augmentation de la pauvreté - ou sa baisse plus lente - dans plusieurs pays industrialisés, n'a pas épargné les jeunes enfants et les adolescents. Tout le contraire. A cause des changements illustrés dans la section précédente, la pauvreté a augmenté disproportionnellement parmi les enfants. Des informations préliminaires quantitatives sur l'incidence de la pauvreté de l'enfant dans le temps sont dressées en dessous dans le Tableau IX. Les données, tout en offrant des estimations importantes de la pauvreté de l'enfant, à l'intérieur de chaque pays, ne sont pas strictement comparables car différentes lignes de pauvreté furent adoptées dans les études des pays examinés.

Les données du Tableau IX indiquent que vers le milieu des années quatre-vingts, en gros entre 8 et 26 pour cent des enfants des pays dressés dans le tableau vivaient en pauvreté. Des données pour 1980 pour des pays non-inclus dans le tableau, suggèrent (Palmer et al 1988) des taux pourcentuels de pauvreté plus bas pour la Norvège (4,8) et la Suisse (7,8) et rentrant dans le pourcentage ci-dessus établi pour l'Australie (15,9). Des estimations indirectes basées sur l'incidence de la pauvreté parmi la population globale suggère un taux d'à peu près 14 pour l'Italie ((Commissione di studio istituita presso la presidenza del consiglio dei ministri 1985) et plus haut, entre 25 et 30 pour l'Espagne (Equipo de investigacion sociologica 1984), le Portugal (da Cosya et al 1985; Silvia et al 1989) et la Pologne. Aucune estimation n'a pu être obtenue pour les autres pays de l'Europe de l'Est et l'URSS.

TABLEAU IX Incidence de la pauvreté parmi les enfants pour des pays et des années spécifiques (pourcentage)

	Vers 1970	Vers 1975	Vers 1980	Vers 1985
Canada	18.0	16.9	15.9	17.0
Tchécoslovaquie	..	11.4	9.3	8.2
Allemagne Fed.	14.0	7.4	8.7	8.9
Hongrie	..	17.1	..	20.0
Irlande	..	15.7	18.5	26.0
Japon	..	25.3	12.8	10.9
Suède	7.5	..	6.8	..
Royaume Uni	..	..	9.0	18.1
Etats-Unis	15.0	17.0	17.9	20.1

Sources: Canada: Wolfson (1989); Tchécoslovaquie: Kovarik (1988); Allemagne R.F.: Hauser and Semrau (1989); Hongrie: dérivé de Szalai (1989) Irlande: Callan et al. (1989); Japon: Preston and Kono (1988); Suède: Erikson and Fritzell (1988); Royaume Uni: adapté de Bradshaw (1989).

Beaucoup plus intéressantes sont les données montrant que la pauvreté de l'enfant augmenta dans six des neuf pays compris dans le Tableau IX, c'est à dire le Canada, l'Allemagne Fédérale, la Hongrie, l'Irlande, le Royaume Uni et les Etats-Unis. Des données plus récentes pour la République Fédérale d'Allemagne montrent que l'incidence de la pauvreté s'est intensifiée pendant la période 1983-86. L'augmentation a été plus prononcée en Irlande et au Royaume Uni. Dans tous les pays excepté la République Fédérale d'Allemagne, la croissance a été la plus rapide pendant la période 1980-85. Les données du Tableau IX suggèrent aussi que la baisse de la pauvreté parmi les enfants observée au Japon et en Tchécoslovaquie ralentissait nettement pendant la même période, particulièrement au Japon. En Suède, la pauvreté de l'enfant baissait modérément d'un niveau déjà très bas.

Bien qu'incomplètes et préliminaires, les données tendent à indiquer une situation où la pauvreté de l'enfant est en hausse - parfois dramatiquement - ou en très légère baisse. Une analyse plus détaillée montrerait que cette pauvreté de plus en plus touche les enfants des chômeurs à long terme, de ces adultes travaillant dans des conditions précaires ou mal-payés, les enfants d'anciens et de nouveaux émigrés (comme clairement indiqué par exemple par les données de la République Fédérale d'Allemagne), les enfants dans les ménages

ayant comme chef de famille une femme seule ou dans des unions instables et les jeunes chômeurs.

Avant de terminer cette section, il faut souligner un des phénomènes les plus prononcés de ces dernières quinze années, c'est à dire les tracés divergents des taux de pauvreté pour les personnes âgées (ligne en caractère fin) qui s'amélioreraient dans tous les pays et pour les enfants (ligne en caractère gras), qui au contraire, augmentaient dans quatre de ces pays. En plus, même dans les pays où il y a eu une baisse de la pauvreté de l'enfant, (Suède et Japon), la baisse a été plus rapide pour les personnes âgées que pour les enfants (figure 4).

#### Tendances initiales du bien-être de l'enfant.

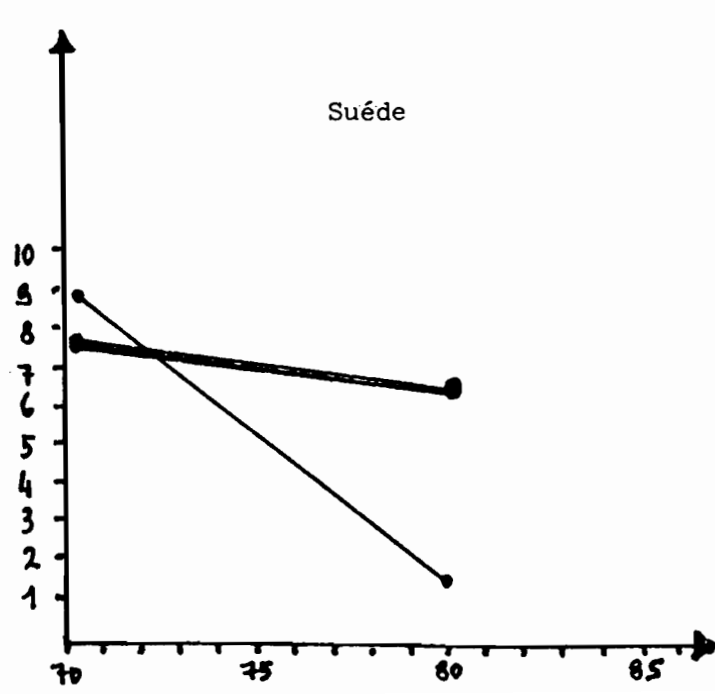
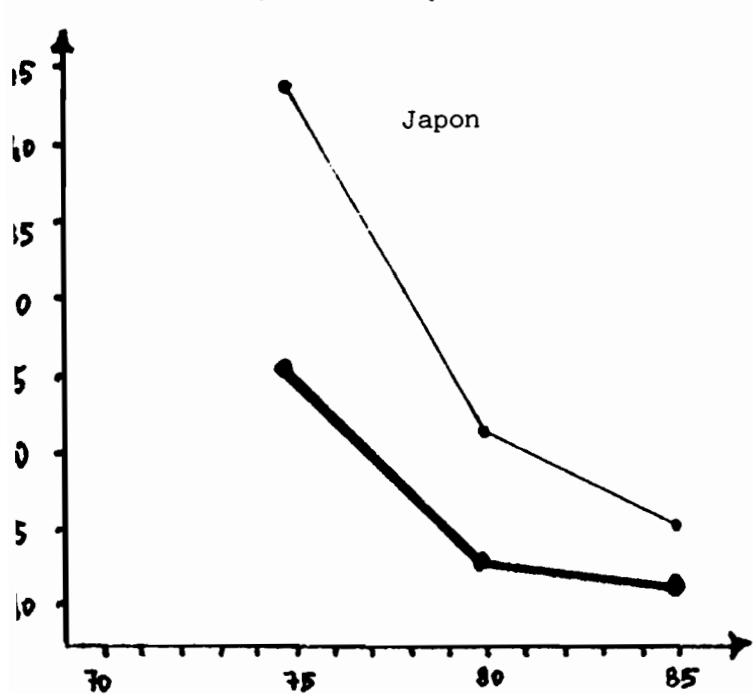
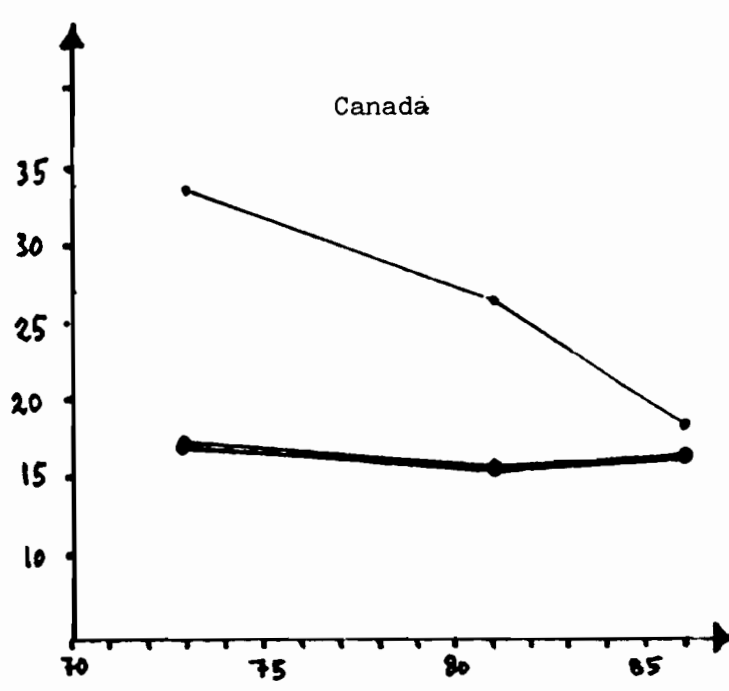
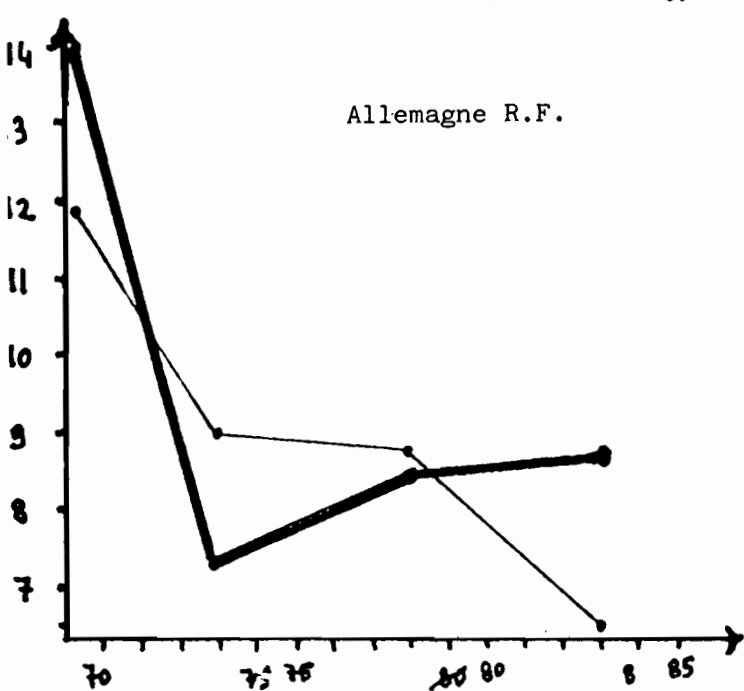
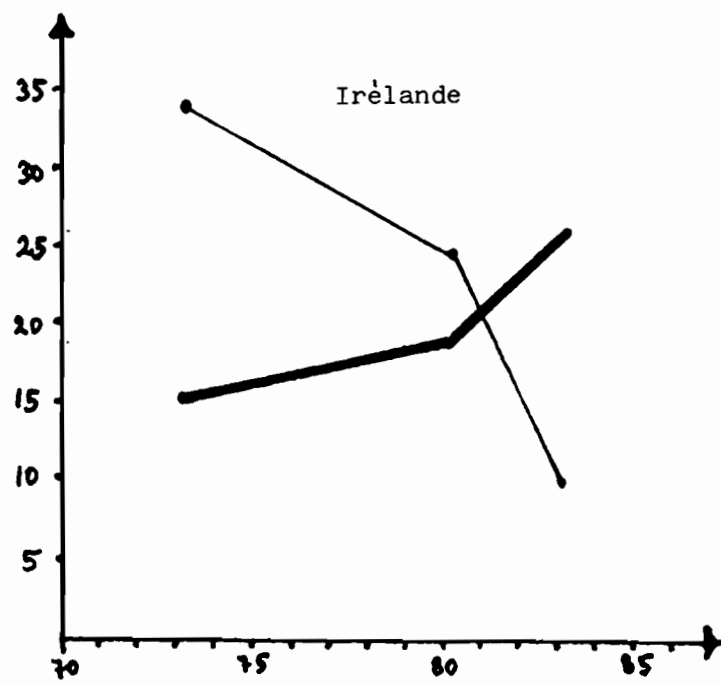
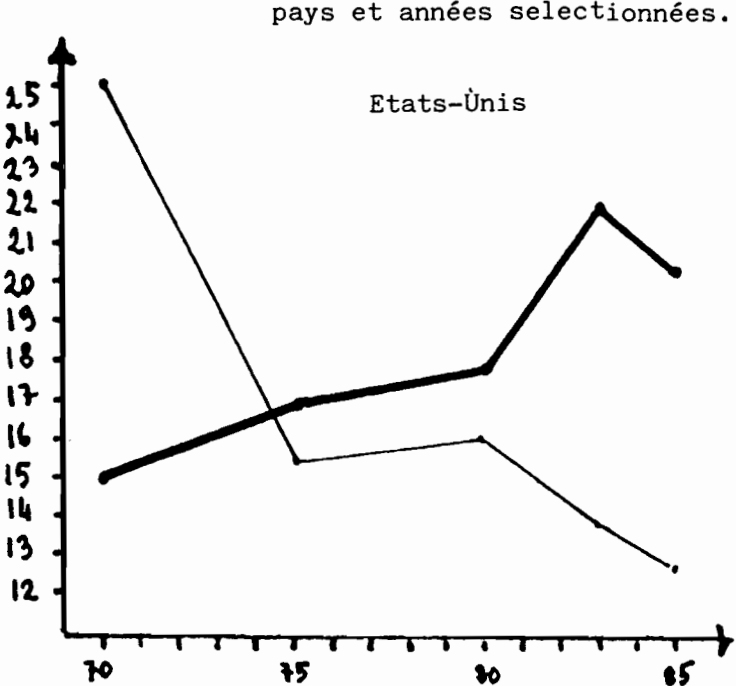
La discussion ci-dessus a été centrée presque exclusivement sur l'évolution de la pauvreté de l'enfant. L'accent mis sur le manque de ressources financières est certainement justifié, mais il ne devrait pas cacher des tendances se référant à d'autres indicateurs du bien-être de l'enfant.

Par exemple, quand la pauvreté financière a augmenté, l'état de santé ou le développement de la faculté de connaissance des enfants ont-ils empiré? Est-ce-que les enfants se sentent au début des années quatre-vingtdix comme faisant plus partie d'une société cohésive qu'à la fin des années soixante-dix? Est-ce- que la maladaptation sociale est plus ou moins ordinaire qu'avant ? Alors que le recherche sur ces questions continue, il pourrait être utile d'énumérer les signes existants jusqu'à maintenant.

a) Etat de santé: tendances du TMI. Dans la plupart des pays, les taux de mortalité infantile pour la période 1975-90 continuaient leur baisse rapide commencée au début des années cinquante (Tableau I). Un tel progrès, cependant est tempéré par les quatre considérations suivantes.

Premièrement, pendant les derniers quinze ans, avec quelques exceptions, les gains quinquennaux en pourcentage ont été moindres que pendant la période antérieure. Cependant le ralentissement n'est pas trop surprenant vu le niveau de mortalité de la plupart des pays.

FIGURE 4. Taux de pauvreté (pourcentages) pour les enfants (ligne en caractère gras) et pour les personnes âgées (ligne en caractère fin) pour des pays et années sélectionnées.



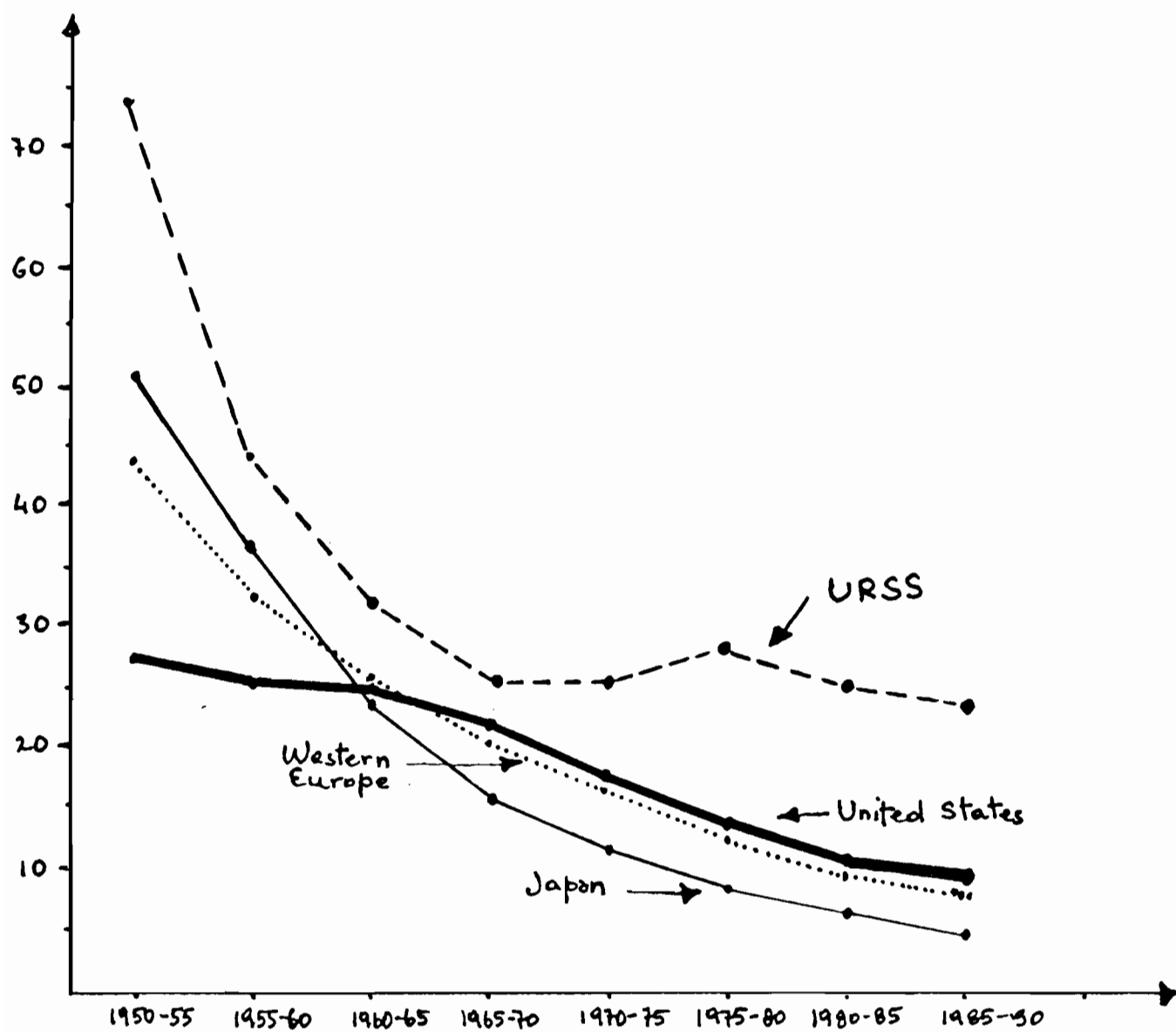
Deuxièmement, le différentiel dans la performance des pays a augmenté. Il n'y a pas eu de progrès pendant ces dernières années en Grèce, Bulgarie, Hongrie et, en particulier, en URSS (Tableau I). Dans les premiers trois pays, le progrès s'est arrêté pendant ces dernières cinq années. En union Soviétique, le TMI est resté stable à environ 25 pour mille pour les dernières quinze années, un net contraste avec le progrès extrêmement rapide enregistré du début des années cinquante au début des années soixante-dix. On n'a pu donner d'explication satisfaisante, mais quelques auteurs ont suggéré que l'augmentation rapide de consommation d'alcool qui a eu lieu pendant les années soixante, soixante-dix et le début des années quatre-vingts et que des infrastructures de santé inactives ou se détériorant, surtout dans les zones périphériques, ont peut-être contribué à l'aplatissement de la courbe de TMI. La figure 5 fournit une illustration graphique de la performance différentielle de pays spécifiques.

Troisièmement, alors qu'il est peu clair si les différences de mortalité infantile (parmi les classes sociales, zones urbaines et rurales et zones développées et arriérées) ont eu tendance à se restreindre ou non durant les dernières quinze années, dans beaucoup de cas elles sont encore très importantes. Aux Etats Unis, le ratio entre l'incidence de l'insuffisance pondérale à la naissance pour les enfants de couleur et les enfants blancs a augmenté à nouveau depuis 1975, alors que les TMI différentiels pour les mêmes deux groupes de population restaient constants (Children's Defense Fund 1989). Au début des années quatre-vingts en Australie le taux de mortalité post-natale des enfants de travailleurs non qualifiés était quatre à cinq fois majeur que celui des enfants de travailleurs indépendants (Edgard et al 1989). Même dans les pays à politiques explicitement égalitaires comme en Suède, il y a encore un lien étroit entre la classe sociale et le risque de décès parmi les enfants, surtout les garçons (Olsson and Spant 1989). Des inégalités régionales persistent.

En URSS, par exemple, en 1988 le TMI variait d'un minimum de 11 pour mille en Lettonie et Lituanie à un maximum de 53 en Turkménistan, et 49 en Tadjikistan, avec un ratio proche de 1 à 5 (Différents Auteurs 1989).

Quatrièmement, un "excès de mortalité infantile" considérable existe encore dans la plupart des pays industrialisés à l'exception de la Scandinavie et du Japon. Des progrès considérables dans la technologie médicale ont abaissé le "minimum biologique" à environ 5 pour mille naissances vivantes. Cela a été largement dû aux plus grandes chances de survie des enfants nés avec des poids

FIGURE 5. Taux de mortalité infantile pour des pays et des régions spécifiques  
1950-55 à 1985-90



Source: Nations Unies (1989) World Population Prospects 1988

insuffisants à la naissance et à la réduction de la mortalité due à d'autres causes endogènes. En plus les progrès médicaux permettent l'identification des grossesses à haut-risques et leur conclusion. Si un taux de 5 pour mille devait être atteint, à peu près 184 mille décès d'enfants pourraient être évités chaque année dans les pays industrialisés.

b. Etat de santé: la nouvelle morbidité. L'incidence des maladies contagieuses, infections respiratoires aiguës et maladies de l'appareil digestif a chuté dans tous les pays comme indiqué par la brusque diminution de la mortalité post-neonatale et infantile. Mais une nouvelle morbidité de l'enfant est apparue surtout à cause de deux facteurs: l'un écologique et l'autre psychologique. En ce qui concerne le premier, les aliments contaminés sont en augmentation de même que les intolérances alimentaires et les allergies. Il y a eu par exemple une grande augmentation du nombre de cas d'asthme. Aux Etats Unis le nombre d'enfants hospitalisés pour asthme a augmenté de 225 pour cent entre 1970 et 1987 (Newsweek 22 May 1989). La mauvaise qualité de l'air touche particulièrement les enfants dans les zones industrielles et minières comme le district Polonais de charbon de Silésie, où pour conserver leur santé, les enfants doivent être envoyés régulièrement en colonies de vacances l'été.

Deuxièmement, il y a des indices qui montrent que le bien-être émotif et la santé mentale des enfants et des adolescents se sont détériorés pendant les deux dernières décennies dans nombre de pays industrialisés. D'abord, le taux de suicide parmi les adolescents a augmenté aux Etats Unis, en Norvège, au Canada, dans le Royaume Uni et en Suède (tous jusqu'à la fin des années soixante dix). Aucune tendance régulière n'est détectée en Allemagne Fédérale, alors qu'au Japon, en Italie et en Tchécoslovaquie il y a eu une baisse (Cherlin 1988, Kovarik 1989, Palmer et al 1989, Consiglio Nazionale del Minore 1989). Ensuite, une étude des données sur l'utilisation de la part de jeunes gens des services de santé mental, montre que le nombre de consultations pour des problèmes émotifs, mentaux ou de comportement a sensiblement augmenté depuis la fin des années 60. Aux Etats Unis, on a analysé le changement dans le temps de l'aide psychologique reçue par des adolescents, et on a découvert que l'augmentation s'était produite premièrement pour les enfants de familles séparées. Alors que la disponibilité croissante de structures et de personnel pour fournir un support psychologique peut avoir facilité l'augmentation des consultations, on croit qu'une telle augmentation peut plutôt être liée à de nouveaux changements dans les modèles familiaux, à l'éclatement des institutions avec une fonction traditionnelle de

stabilisation, à la solitude, à la perte du sens but et du sens de communauté et - dans plusieurs pays - à la pression croissante de compétition pour des chances limitées d'éducation (Cherlin 1988).

c. Protection sociale et déviance sociale. La question de l'abus physique et sexuel des enfants a été mise au premier plan en 1980 et il est difficile de dire à quel point cela est dû à une plus grande conscience d'un problème existant ou à sa croissance dramatique qui prévale. Un nombre croissant de cas a été signalé aux Etats Unis (Children Defense Fund 1989), au Royaume Uni (Bradshaw 1989) et en Italie (Saraceno 1989) entre autres. Une majeure prise de conscience publique est certainement en partie responsable de l'augmentation du nombre d'abus soumis à l'attention des agences de service. Il y a deux raisons qui augmentent la crédibilité de l'hypothèse de l'augmentation d'abus d'enfants.

Premièrement, quelques études ont montré que le chômage et la restriction économique tendent à faire augmenter la violence familiale. En plus, être sans-abri - un phénomène croissant aussi au Royaume Uni (Bradshaw 1989), aux Etats Unis (Children's Defense Fund 1989) en Australie (Edgard et al 1989) et dans d'autres pays avec des augmentations en ce qui concerne les cas d'abus d'enfants - soumet les enfants à un risque majeur d'abus.

Deuxièmement le nombre actuel de poursuites pour cas d'abus et de négligence a augmenté (aux Etats Unis et au Royaume Uni par exemple).

Dernièrement, dans la plupart des pays industriels le comportement social et les attitudes des jeunes ont changé profondément pendant ces deux dernières décennies. Vol et violence, consommation de drogues illégitimes et précoce activité sexuelle en dehors du mariage ont augmenté. Aux Etats Unis ces trois phénomènes semblent avoir augmenté jusqu'au début des années quatre-vingts quand ils se sont en général stabilisés (Cherlin 1988). En Tchécoslovaquie la délinquance juvénile et le nombre des "enfants à problème" augmentèrent pendant les années quatre vingts alors que la fécondité des adolescentes augmentait entre 1971 et 1981 (Kovarik 1988). Pendant la même période, le taux de fécondité des adolescentes augmenta dans huit pays de l'Europe de l'Est et du Sud et en Irlande, alors qu'il baissait dans tous les pays d'Europe de l'Ouest et du Nord. En Italie (Consiglio Nazionale dei Minori 1989) et au Royaume Uni (Bradshaw 1989), il y a des indices comme quoi l'incidence du crime parmi les jeunes a baissé entre 1976 et 1987, même si cela est dû en partie à une augmentation dans

l'usage des intimations plutôt que des sentences. Les statistiques criminelles sont souvent influencées par le comportement de la police et des cours.

Au sujet de l'abus de drogue par des mineurs, il est presque impossible de formuler une image quantitative du phénomène. Des statistiques officielles indiquent un relativement bas, et en baisse, taux d'usage de drogues dans les pays comme l'Italie et le Royaume Uni. Cependant un témoignage indirect, suggère le contraire. Au Royaume Uni, le nombre de décès attribué à l'effet toxique de l'abus de dissolvant a triplé entre 1980 et 1986 (Bradshaw 1989). A Milan, Italie le nombre de mineurs mis en Institutions pour la consommation de drogue a doublé en seulement deux ans.

### PARTIE III OPTIONS POLITIQUES

#### Résumé des conséquences sociales

Quelques grandes tendances émergent clairement de cette analyse en dépit de sa nature préliminaire et des problèmes redoutables d'information, particulièrement dans les zones les plus impalpables de protection et de déviance sociale.

Premièrement pendant ces dernières quinze années, il y a eu un ralentissement généralisé (bien que prévisible dans de mêmes cas) dans l'amélioration du bien-être de l'enfant dans plusieurs pays industrialisés, en contraste avec la toute première période examinée. Quelques symptômes de ce ralentissement sont la hausse de la pauvreté de l'enfant dans grand nombre de pays industrialisés, la persistance ou l'extension des différentiels de bien-être entre classes sociales ou régions, et la lente amélioration ou la stagnation de plusieurs indicateurs de santé de l'enfant dans grand nombre de pays de l'Europe de l'Est.

Deuxièmement, le différentiel entre les taux d'amélioration des pays semble avoir augmenté. Apparemment pour des raisons, différentes deux des pays où le fléchissement dans le bien-être de l'enfant a été plus évident sont les Etats-Unis (où la pauvreté de l'enfant et les pères ou mères seuls ont augmenté et les différentiels se sont accrus) et l'URSS où le TMI a cessé de baissé durant ces dernières quinze années. Bien qu'il y ait plusieurs causes à ces tendances et bien que leurs dynamiques ne soient pas toujours entièrement comprises, il

est probable que les dépenses militaires constamment hautes en périodes de plus lente croissance aient produit une compression visible des budgets sociaux et une performance moins frappante que dans la première période et que dans les autres pays industrialisés.

Dans d'autres pays, comme la Suède et le Japon, le progrès a continué durant ces dernières quinze années bien que, dans quelques aspects, à une allure plus lente. En Suède, des politiques sociales articulées et très actives, spécialement la politique familiale, ont compensé les bouleversements économiques des années soixante-dix et quatre-vingts. Au Japon, le niveau de support public pour le bien-être social est relativement bas selon les standards de l'Ouest. Au lieu de cela, une répartition plus égale du revenu, une croissance économique plus rapide et une plus grande cohésion familiale et sociale, ont assuré un progrès dans le bien-être de l'enfant pendant ces dernières quinze années.

Troisièmement, il pourrait y avoir des problèmes croissants - bien que seulement partiellement documentés et incompris - dans le domaine de la morbidité infantile liée à l'environnement, de l'abus de l'enfant, des troubles émotifs et de la maladaptation psycho-sociale, et des déviations sociales.

Comme mentionné dans tout ce document, les risques de pauvreté et autres privations auxquelles les enfants sont confrontés, augmentent plus rapidement ou baissent plus doucement, que ceux d'autres groupes vulnérables comme les personnes âgées. Les risques sont plus hauts pour les enfants dans des familles avec un seul père ou mère et socialement instables, pour les enfants de chômeurs à long terme, d'employés de travaux précaires et mal-payés, et d'émigrés. Le risque de pauvreté et de privations est aussi très haut pour les enfants de zones arriérées et pour la jeunesse.

Les perspectives pour le futur sont potentiellement positives, en dépit de cette image composite. Si le processus de désarmement continue, il pourrait dégager d'importantes ressources pour les enfants. Les progrès technologiques et la conscience publique accrue envers les nouveaux problèmes que doivent affronter les enfants et les adolescents peuvent faciliter la recherche pour de nouvelles solutions. On prévoit que la croissance économique, nettement améliorée pendant ces deux dernières années, continuera à augmenter à une allure modérée mais constante. En plus, les réformes économiques et sociales en route

dans beaucoup de pays de l'Europe de l'Est peuvent aussi contribuer à long terme à améliorer le bien-être de l'enfant. Néanmoins, à court terme il y a des raisons de s'inquiéter sur le bien-être de l'enfant dans les pays de l'Europe de l'Est . Les réformes sont vues unanimement comme bénéfiques à long terme mais leur introduction - particulièrement si hâtée et pas pensée en termes de leurs implications sociales - peuvent produire d'importants renversements dans le bien-être de l'enfant comme déjà indiqué par les rapports préliminaires sur la détérioration de la situation des enfants en Pologne et en Hongrie. Le Ministre des Finances Polonais estime que les mesures économiques introduites le premier Janvier 1990, amènera la première année une baisse de 25 pour cent dans les revenus réels, au moins 400.000 chômeurs et le prix des aliments, du charbon, de l'énergie et des transports doublera ou triplera. D'autres observateurs s'attendent à ce qu'à la fin de l'année le nombre de chômeurs atteigne 1,8 million. Des préoccupations semblables ont été émises par plusieurs économistes de l'URSS où on croit que la libéralisation incontrôlée pourrait porter à un rapide appauvrissement de 30 pour cent, ou plus, de la population.

Dans ce sens une transition non réglementée à l'économie de marché pourrait être très nocive pour les enfants, car dans ces pays, la sécurité sociale et le système de compensation au chômage, et les ressources pour les soutenir économiquement, sont encore inadéquates.

#### Esquisse de recommandations de politique.

Il serait absurde de donner en général des propositions qui pourraient être appliquées en général à tous les pays vu la variabilité énorme des situations dans les pays industrialisés. Ceux qui suivent sont simplement des points préliminaires pour conduire à une réflexion sur les choix de politique dans de tels pays.

- a) Suivi des conditions des enfants. Il faut suivre le bien-être de l'enfant régulièrement et de près à la fois en terme de ses indicateurs traditionnels et par une "récolte" et une analyse plus systématique de l'information sur les nouvelles privations touchant les enfants. Des données sur l'abus de l'enfant, l'absence d'un abri, la pauvreté, le bien-être mental, et l'émargination sociale sont rares et difficiles à interpréter, même dans les pays les plus avancés et en dépit de l'important progrès des années 80.

L'exigence d'un suivi étroit du bien-être de l'enfant est particulièrement fort dans les " sociétés en transition", comme les économies de l'Europe de l'Est, ou les nations de l'Ouest touchées par les changements de structure familiale, dont les effets sont loin d'être compris.

- b) Politiques du marché du travail. Une grande partie de la pauvreté de l'enfant à la fin des années soixante-dix et quatre-vingts est due en grande partie à la hausse du chômage, particulièrement le chômage à long terme, et les travaux mal payés. Pour ces personnes et les leurs, la pauvreté n'est pas simplement un problème de bien-être social et de transferts de revenu. L'exigence pour la législation en ce qui concerne l'augmentation du salaire minimum a récemment été affronté dans grand nombre de pays. Dans d'autres pays comme la France, il y a eu pendant longtemps une politique active pour ajuster périodiquement le salaire minimum. De la même façon, on pourrait encourager les politiques pour améliorer la formation des chômeurs à long terme, pour favoriser l'emploi dans le secteur privé, pour la création de postes de travail en coopératives et dans d'autres entreprises publiques-privées. Dans l'ensemble de ces cas une politique active du marché du travail est nécessaire.
- c) Renforcement du système de sécurité sociale. Un progrès remarquable a été accompli dans le secteur des retraites de vieillesse et du chômage. Les tendances dans l'incidence relative de la pauvreté parmi les enfants, les personnes âgées et d'autres groupes à risque, soulignent les lacunes dans la formulation et la réalisation de la politique familiale dans nombre d'économies de marché. Les événements du cycle de vie comme le divorce, la naissance ou la maladie d'un enfant, le changement de résidence et autres, sont encore associés dans beaucoup de pays à un haut risque de devenir pauvre. Des indemnités protégeant contre ces risques, comme le congé de maternité payé, l'indemnité infantile, un support de l'enfant assuré en avance et les soins de santé gratuits pour tous les enfants sont inexistantes ou donnés à ceux qui ont des revenus en-dessous d'un certain plafond ou sont amplement insuffisants dans leurs montants.

Une action est nécessaire dans beaucoup de pays pour la formulation d'une politique articulée de sécurité sociale focalisée sur l'enfant et la

famille. Les ressources nécessaires peuvent en grande mesure être obtenues en réordonnant les priorités des dépenses publiques.

- d) Services publics gratuits ou quasi-gratuits de santé, d'éducation et autres domaines, ont été longtemps accessibles dans pratiquement toutes les économies de marché et les économies planifiées. Des services spécifiques pour les jeunes enfants et les mères travaillant, comme des centres de soins journaliers pour les jeunes enfants sont encore irrégulièrement développés à la fois à l'intérieur et parmi les pays. Leur renforcement contribuerait d'une façon majeure à la réalisation d'une politique sociale focalisée sur l'enfant et la famille.
- e) Redonner des forces aux communautés au niveau local, à travers des mesures législatives et de support financier. Une grande partie de la pathologie sociale et des problèmes émotifs des adolescents peuvent être prévenus grâce à des communautés et des familles plus stables, cohésives, et sensibles aux problèmes.
- f) Support visant les enfants et les adolescents dans des situations de hautes privations. Les politiques de a) à e) sont universelles par nature et embrassent tous les enfants. Même si elles étaient toutes réalisées, certains enfants expérimenteraient encore d'extrêmes privations. Des interventions spécifiques seraient nécessaires dans ce, heureusement, petit nombre de cas.

## BIBLIOGRAPHIE

- Antonovsky, A. and Bernstein J. (1977) "Social Class and Infant Mortality", Social Science and Medicine Vol. II (1977). Page 453-470.
- Artoni R. and Ranci Ortigosa E. (1989), "La Spesa Pubblica per l'Assistenza in Italia", Franco Angeli, Milan.
- Bradshaw, J. (1989). "Child Poverty and Deprivation in the U.K." Mimeo préparé pour l'UNICEF. Université de York
- Callan T. Nolan B. Whelan B.J. Hannan D.F. and Creighton, S. (1989) "Poverty, Income and Welfare in Ireland". The Economic and Social Research Institute. Dublin.
- Central Statistical Office of the United Kingdom; Economic Trends (various issues): Her Majesty's Stationary Office, London.
- Centre d'Etude des Revenus (1989) "Les Français et Leurs Revenus", La Documentation Française.
- Cherlin, A. (ed) (1988) "The Changing American Family and Public Policy": The Urban Institute Press (1988) Washington D.C.
- Childrens Defense Fund (1989) A Children's Defense Budget Washington DC.
- CNUCED (1987) "Handbook Of International Trade and development Statistics", Nations Unies, New York.
- Commissione di Studio istituita presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri (1985) "La Povertà in Italia" Presidenza del Consiglio dei Ministri. Istituto Poligrafico dello Stato, Rome.
- Consiglio Nazionale dei Minori (1988), "I Minori in Italia" Franco Angeli, Milano, Italy.
- Da Costa, A.B., Silva, M. Pereirinha J. and Matos, M. (1985) "A Pobreza Em Portugal" Colecao "Caritas" No. 6, Lisbon, Portugal.
- Danziger, S. and Gottschalk P. "Increasing Inequality in the United States: What we know and what we don't", Journal of Post-keynesian Economics, Hiver 1988/1989, Vol. II No. 2.
- Danziger, S., Gottschalk, P. and Smolensky E. "How have the Rich fared 1973-87". American Income Inequality review, Vol. 79, No. 2, Mai 1989.
- Différents auteurs (1989), Women and Children in the USSR "Vesnik Statistik", No. 1, 1989, Moscow.
- Edgar, D. Keane, D. McDonald, P. (eds) (1989) "Child Poverty"; Allen and Unwin. Sydney, London, Boston and Wellington.
- Equipo de Investigacion Sociologica (1984), "Pobreza y Marginacion" in Revista de Estudios Sociales y de Sociologia Aplicada. Juillet-Décembre 1984, Madrid.

Erikson, R. and Fritzell, J. "The Effects of the Social Welfare System in Sweden on the Well-being of Children and the Elderly". Palmer et al (1988).

FMI (1983 and 1989) "International Financial Statistics", 1983 and 1989 issues.

Garfinkel, I. and McLanahan, S. (1986) Single Mothers and their Children: A New American Dilemma. Urban Institute Press. Washington D.C.

Gordon, M. (1988). "Social Security Policies in Industrial Countries: A Comparative Analysis", Cambridge University Press, Cambridge, United Kingdom.

Hauser, R. and Semerau, P. (1989) "Trends in Poverty and Low Income with Federal Republic of Germany" document présente au Séminaire sur les statistiques de Pauvreté dans la Communauté Européenne, Octobre 1989, Nordwijk, Pays Bas.

Kahn and Kammerman (1983), "Income Transfers for families with Children: An Eight-Country Study"; Temple University Press, Philadelphia.

Kovarík, J. (1988) "Analytic Study of the Child Population in Czechoslovakia", Mimeo, Prague.

Kurzinowky, A. (communication personnelle).

Jencks C. and Boyle Torrey B. (1988), "Beyond Income and Poverty: Trends in Social Welfare among Children and the Elderly since 1960", in Palmer et al., (1988)

Likhanov, A. (1987) "We are all responsible for our children". Novosti Press Agency, Moscow.

Nations Unies (1968, 1976, 1982, 1986), Demographic Yearbook (various issues): Nations Unies, New York.

Nations Unies (1980) The Economic Role of Women in the ECE Region, Nations Unies, New York.

Nations Unies (1982) Levels and Trends of Mortality Since 1950, Nations Unies, New York.

Nations Unies, Commission Economique pour l'Europe, (1989) Economic Survey of Europe in 1988-89, Nations Unies, New York.

Nations Unies, (1988a) "National Accounts Statistics: Analysis of Main Aggregates, 1985", Nations Unies, New York.

Nations Unies, (1988b) World Population Trends and Policies 1987 Monitoring Report. Nations Unies, New York.

Nations Unies, (1989) World Population Prospects 1988. Population Studies No., 106. Nations Unies, New York.

Newsweek, 22 May 1989.

Olsson, S. and Spant, R. (1989) "Sweden-Heaven or Hell? Gulag or Kennel?" Mimeo préparé pour UNICEF, Stockholm.

O'Higgins, M. and Jenkins, S. (1989). "Poverty in Europe Estimates for 1975, 1980 and 1988", document présenté au Séminaire sur les Statistiques de Pauvreté dans la Communauté Economique Européenne, Octobre 1989, Nordwijk, Pays Bas.

Palmer, J., Smeeding, T., Torrey B, B (1988). The Vulnerable. Urban Institute Press. Washington D.C.

Preston S. and Kono S. (1988) "Trends in Well-Being of Children and the Elderly in Japan" in Palmer et al. (1988).

Saraceno C. (1989). "Child Poverty and Deprivation in Italy: 1950 to the present". Mimeo préparé pour l'UNICEF. Université de Trento.

Sawyer, M. (1976). "Income Distribution in OECD Countries". OECD Economic Outlook Occasional Studies. OECD, Paris.

Silva, M., Da Costa B., Cardoso, A., Jose', B., Pereirinha, J., Pimenta, M., Sequiera, M., Maranhão, M. (1989) Pobreza Urbana em Portugal Coleção Caritas No. 13, Lisbon.

Smeeding T., Boyle Torrey B. and Rein M. (1988), Pattern of Income and Poverty: The Economic Status of Children and the Elderly in Eight Countries", in Palmer et al. (1988).

Smolensky E., Danziger S. and Gottschalk (1988), "The declining significance of age in the United States: Trends in the well-being of children and the elderly since 1939", in Palmer J. et al. (1988).

Statistics Canada; (1987 and earlier years) "Income Distribution by size in Canada", Ottawa, Canada.

Szalai, J. (1989). "Poverty in Hungary during the Period of Economic Crisis". Mimeo, Budapest.

Townsend, P. and Davidson, N. (eds), (1988) The Black report in Inequalities in Health, Penguin, London.

UNESCO, Statistical yearbook 1978, 1982 and 1987, Paris.

Varley, R. (1986), "The Government Household Transfer Data Base 1960-84", Working Paper No. 36, OECD, Paris.

Wolfson, M. (1989) "Canada's Low Income Cut-Offs (LICOs) Problems and Prospects", document Présenté au Séminaire sur les Statistiques de Pauvreté à la Communauté Européenne, Octobre 1989, Nordwijk, The Netherlands.

Wynnyczuk, I.V. (1986) "Recent Changes of the Population Development in Europe". Mimeo, Prague.

### Innocenti Occasional Papers Disponibles

- No.1 Economic Decline and Child Survival: The Plight of Latin America in the Eighties", Albanez T., Bustelo E., Cornia G., Jespersen E. (March 1989) (en anglais).
- No.2 Child Poverty and Deprivation in Industrialized Countries: Recent Trends and Policy Options", Cornia G. (March 1990) (en anglais, français et espagnol).





**International Child Development Centre**

Piazza S.S. Annunziata, 12

50122 Florence, Italy

Tel. 3955-234-5258 - Fax 3955-244817

Telex 572297 UNICEF I