

**Direction générale de la recherche appliquée
Politique stratégique
Développement des ressources humaines Canada**

**Impact des ressources économiques sur l'état de
santé des enfants et leur succès scolaire
Une analyse fondée sur l'ELNEJ**

W-01-1-4F

**par
Lori Curtis et Shelley Phipps
Septembre 2000**

Les opinions exprimées dans les documents publiés par la Direction générale de la recherche appliquée sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue de Développement des ressources humaines Canada ou du gouvernement fédéral.



La série des documents de travail comprend des études analytiques et des travaux de recherche réalisés sous l'égide de la Direction générale de la recherche appliquée, Politique stratégique. Il s'agit notamment de recherches primaires, soit empiriques ou originales et parfois conceptuelles, généralement menées dans le cadre d'un programme de recherche plus vaste ou de plus longue durée. Les lecteurs de cette série sont encouragés à faire part de leurs observations et de leurs suggestions aux auteurs.





Papier/Paper

ISBN: 0-662-87164-2

No. de Cat./Cat. No.: MP32-28/01-1-4F

Internet

ISBN: 0-662-88373-X

No. de Cat./Cat. No.: MP32-28/01-1-4F-IN



Si vous avez des questions concernant les documents publiés par la Direction générale de la recherche appliquée, veuillez communiquer avec :

Développement des ressources humaines Canada
Centre des publications
140 Promenade du Portage, Phase IV, niveau 0
Hull (Québec) Canada
K1A 0J9

Télécopieur : (819) 953-7260
<http://www.hrhc-drhc.gc.ca/sp-ps/arb-dgra>

General enquiries regarding the documents published by the Applied Research Branch should be addressed to:

Human Resources Development Canada
Publications Centre
140 Promenade du Portage, Phase IV, Level 0
Hull, Québec, Canada
K1A 0J9

Facsimile: (819) 953-7260
<http://www.hrhc-drhc.gc.ca/sp-ps/arb-dgra>

Résumé

Ce document pose la question de savoir si les ressources économiques comptent pour les résultats des enfants. Tant la théorie économique que les préoccupations du public concernant les niveaux élevés de pauvreté chez les enfants laissent supposer qu'il existe un lien important. Cependant, il ressort curieusement de la recherche effectuée en utilisant la première série de résultats de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (1994), que le fait d'avoir un faible revenu est un corrélat relativement sans importance pour les résultats des enfants. Si cela est vrai, l'incidence qui en découle sur les politiques générales est que les transferts de revenu sont relativement sans importance pour les enfants.

L'objectif du présent document est de réexaminer le lien entre les ressources économiques et la santé et le succès scolaire des enfants, qui sont deux résultats particulièrement « économiques » (c.-à-d. des éléments essentiels du « capital humain » des enfants, qui ont tous deux des conséquences importantes pour la réussite éventuelle des enfants sur le marché du travail). Nous allons au-delà du revenu *actuel* et/ou de la pauvreté en tant que mesure des ressources économiques disponibles à l'enfant.

Les économistes soutiendraient que la richesse et les flux de revenu sont également des composantes vitales des ressources économiques disponibles à une famille. En outre, la pensée économique traditionnelle laisse supposer que, à revenu égal, les familles qui disposent de plus de temps s'en sortent mieux que celles qui en ont moins. Lorsque nous tenons compte du logement et du temps que les parents consacrent hebdomadairement à leurs enfants, nous constatons que les enfants qui habitent dans un logement occupé par son propriétaire obtiennent de meilleurs résultats que les autres; les enfants qui habitent dans un logement nécessitant des réparations majeures obtiennent les plus mauvais résultats. Cette constatation représente une voie supplémentaire par laquelle les ressources économiques peuvent influencer sur les résultats des enfants. Il n'existe aucun lien important du point de vue statistique entre le nombre d'heures que les parents consacrent hebdomadairement à leurs enfants et la santé de ceux-ci; toutefois, à revenu égal, lorsque les parents consacrent hebdomadairement plus d'heures à leurs enfants, le succès scolaire de ceux-ci s'accroît considérablement.

Ces résultats indiquent que, bien que le revenu « à long terme » soit un facteur important du bien-être de l'enfant, mesuré par son état de santé et son succès scolaire, d'autres mesures des ressources économiques sont tout aussi importantes. Les conclusions politiques selon lesquelles il existe « un lien faible ou modéré entre le revenu et le bien-être de l'enfant » peuvent être tendancieuses. Les transferts de revenu peuvent avoir un lien supplémentaire avec le bien-être de l'enfant, s'ils aident les familles avec enfants à accumuler des biens, comme un logement, ou s'ils accroissent le temps que les parents consacrent à leurs enfants. Ces attributs sont liés aux meilleurs résultats des enfants, même lorsque nous tenons compte du revenu. Les autres instruments de politique qui peuvent améliorer les résultats sont le congé parental prolongé, les régimes d'aide à l'accession à la propriété, ou l'aide aux familles à faible revenu afin de rénover leur logement.

Remerciements

Nous voudrions remercier Lynn Lethbridge pour son excellent travail comme adjointe à la recherche ainsi que Peter Burton, Martin Dooley et Lars Osberg pour leurs observations des plus pertinentes. Cette recherche a été financée par Développement des ressources humaines Canada et nous lui en sommes reconnaissants.

Table des matières

Avant-propos	ix
1. Introduction	1
2. Examen des modèles économiques du lien entre les ressources économiques et le bien-être des enfants	3
3. Examen de la documentation empirique	5
4. Données	8
5. Analyse multidimensionnelle de l'association entre l'état de santé des enfants et leur succès scolaire, et les mesures courantes et à long terme du revenu familial et de la pauvreté	10
6. Analyse multidimensionnelle de l'association entre l'état de santé des enfants et leur succès scolaire et les ressources économiques, compte tenu des biens et du temps disponible	19
7. Conclusions	25
Annexe	27
Bibliographie	29

Avant-propos

L'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) est une enquête canadienne unique en son genre conçue de façon à suivre un échantillon représentatif d'enfants depuis la naissance jusqu'au début de l'âge adulte. Elle est menée en partenariat par Développement des ressources humaines Canada (DRHC) et Statistique Canada. Statistique Canada se charge de la collecte des données, tandis que DRHC, le principal bailleur de fonds, dirige les recherches et en distribue les résultats. Les données sont recueillies tous les deux ans depuis 1994.

Il s'agit de la première enquête à fournir des données provenant d'une même source pour l'examen du développement des enfants en contexte et, notamment, des diverses trajectoires du développement normal. L'enquête et le programme de recherche ont été mis sur pied pour appuyer l'élaboration de politiques fondées sur l'expérience, à partir d'un bilan du développement humain pendant les premières décennies de la vie. Le présent document s'inscrit dans une série de rapports émanant d'un programme de recherche qui examine les données recueillies dans le cadre des deux premiers cycles de l'ELNEJ (1994, 1996).

1. Introduction

Malgré l'abondante documentation indiquant une association étroite entre la faiblesse du revenu et le bien-être des adultes (voir par exemple, Deaton et Paxson, 1999; Kephart, 1998; Lantz, 1998; Curtis et al., 1998; Smith et al., 1990a,b), les données ne sont pas aussi convaincantes pour les enfants. D'après de récentes études canadiennes sur le lien entre le revenu ou la pauvreté actuels des ménages et le bien-être des enfants, les relations entre ces deux facteurs sont peu marquées et même parfois négligeables (voir par exemple, Curtis et al., 1998; Dooley et al., 1998a,b). Ces résultats semblent contredire la théorie économique (p. ex., Becker, 1974; Haveman et Wolfe, 1995), selon laquelle le niveau de revenu est une composante essentielle du bien-être des enfants, ainsi que le public en général, qui se préoccupe beaucoup des niveaux de pauvreté enregistrés chez les enfants depuis quelques années. Il est essentiel de comprendre le lien entre le niveau de revenu et le bien-être des enfants pour pouvoir formuler des politiques dans ce domaine. S'il est vrai que le niveau de revenu est un déterminant relativement peu important du bien-être des enfants, alors, l'incidence politique est que les programmes de transfert pour les enfants à faible revenu sont eux aussi relativement peu importants et qu'il faudrait envisager d'autres formes d'intervention.

La présente étude remet en cause l'hypothèse selon laquelle les ressources économiques constituent un facteur important pour le bien-être des enfants (c.-à-d. leur état de santé et leur succès scolaire), en se fondant sur la deuxième vague de données, récemment publiées, de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ). Notre argument est que ni le revenu ni la pauvreté actuels n'offrent une mesure très exacte des ressources économiques à la disposition d'un enfant. Premièrement, étant donné l'instabilité considérable du revenu, le revenu actuel ne donne pas toujours une bonne idée du niveau moyen de ressources généralement mises à la disposition de l'enfant (p. ex. un parent qui vient de perdre son emploi ou de retourner aux études). Deuxièmement, il se peut que les conséquences d'un revenu faible pour le bien-être des enfants prennent du temps à se manifester. Le cadre de Becker (1974), par exemple, suppose que les parents investissent dès maintenant des ressources dans leurs enfants dans l'espoir d'accroître leurs réalisations dans l'avenir. Troisièmement, le revenu actuel ne tient pas compte des biens familiaux disponibles (p. ex. logement occupé par son propriétaire). Enfin, deux familles peuvent disposer du même revenu, mais il peut y avoir un

vaste écart dans le temps requis pour gagner ce revenu (p. ex., famille à un ou deux revenus; revenu de biens ou d'emploi). Selon Becker (1974), les deux déterminants clés à l'accroissement des réalisations des enfants fournis par les parents, à part le patrimoine génétique, sont le revenu et le temps. Si nous nous bornons à examiner l'association entre le revenu et le bien-être des enfants sans tenir compte du temps requis pour gagner le revenu, nous aurons une image incomplète des ressources économiques à la disposition des enfants¹.

La section 2 de cette analyse présente quelques modèles théoriques des déterminants du bien-être des enfants. La section 3 examine les travaux empiriques pertinents. La section 4 discute des données utilisées (deuxième vague de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes ou ELNEJ), et offre une analyse descriptive initiale des deux résultats sur lesquels l'analyse est axée, soit l'état de santé global des enfants et leur succès scolaire. La section 5 examine l'hypothèse voulant que le bien-être d'un enfant soit plus étroitement lié a) aux mesures à long terme du revenu et de la pauvreté (selon les données de 1994 et 1996); et b) au revenu ou à la pauvreté décalés. Nous envisageons également la possibilité que le revenu soit endogène au bien-être de l'enfant. La section 6 contient un examen empirique des deux autres dimensions des ressources économiques familiales : a) l'accession à la propriété et les caractéristiques du logement; et b) le temps requis pour gagner le revenu. La section 7 offre quelques conclusions.

1 Le peu d'importance empirique relative du revenu pour le bien-être des enfants peut aussi s'expliquer comme suit : a) le revenu et/ou la pauvreté sont sujets à des erreurs de mesure, ce qui polarise le coefficient vers zéro; b) il peut y avoir des problèmes d'endogénéité (p. ex. il pourrait être difficile pour une mère seule avec un enfant gravement malade de travailler à temps plein); c) le revenu et/ou la pauvreté peuvent être en corrélation étroite avec d'autres variables socioéconomiques habituellement incluses dans les modèles de régression des déterminants du bien-être de l'enfant, affaiblissant ainsi les niveaux de signification (p. ex. le faible revenu et le statut de mère seule sont en corrélation très étroite). Ces préoccupations, quoique très valables, sont difficiles à isoler lorsqu'on étudie les relations socioéconomiques et leurs conséquences pour la santé dans un ensemble de données transversales. Les chercheurs peuvent remédier aux incohérences découlant de la présence de variables mal mesurées ou endogènes en utilisant des variables instrumentales mais, étant donné les principaux facteurs déterminants de la santé, il leur est particulièrement difficile d'identifier les instruments à l'intérieur des ensembles de données disponibles sur la santé. Les ensembles de données longitudinales, comme l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), récemment introduites au Canada, devraient aider les chercheurs à se pencher sur ces enjeux économétriques une fois que plusieurs vagues de données auront été recueillies. Enfin, un point non souligné dans la présente analyse mais examiné dans d'autres travaux de recherche avec P. Burton est que les ressources familiales ne sont pas toujours réparties également entre tous les membres de la famille (voir p. ex. Phipps et Burton, 1995). Ainsi, dans certaines familles, les enfants peuvent recevoir moins qu'une part équitable des ressources familiales tandis que, dans d'autres familles, c'est l'inverse qui se produit.

2. Examen des modèles économiques du lien entre les ressources économiques et le bien-être des enfants

Becker (1991, chapitres 5 et 6) et Becker et Tomes (1979; 1986), par exemple, présumant que le bien-être des enfants dépend essentiellement des décisions de leurs parents en matière d'investissement². Cette approche divise la vie en deux périodes : l'enfance et l'âge adulte. L'utilité du parent serait fonction de ses habitudes actuelles de consommation et du revenu futur de son enfant³ :

$$u_1 = U(c_1, I_2)$$

où c_1 est la consommation actuelle de l'adulte et I_2 est le revenu futur de l'enfant devenu adulte. Le parent est censé se soucier du bien-être de son enfant à l'âge adulte. Durant la deuxième période, une fois l'enfant devenu adulte, son utilité se calculera comme suit :

$$u_2 = U(c_2, I_3).$$

Étant donné ce cadre, Becker suppose que les parents divisent leurs ressources entre leur actuelle consommation personnelle et l'investissement dans l'avenir de leurs enfants de façon à maximiser leur utilité actuelle. La maximisation de l'utilité est assujettie à la contrainte du revenu disponible et aux prix des biens de consommation par rapport aux sommes investies dans les enfants. Le bien-être futur des enfants dépend des ressources que leurs parents choisissent d'investir dans leur avenir dès aujourd'hui (ainsi que du patrimoine génétique et matériel hérité de leurs parents et de leur chance dans la vie). Les parents qui investissent dans leurs enfants investissent dans leurs compétences, leur santé, leur apprentissage, leur motivation, leurs « acquis » et bien d'autres caractéristiques (Becker et Tomes, 1986, p. S5). Il ressort de ce cadre que le revenu de l'enfant dépendra du revenu des parents (effet positif) et du nombre d'enfants dans la famille (effet négatif, car plus il y a d'enfants, moins il y a d'argent pour chacun d'eux).

Leibowitz (1974) ajoute que les investissements dans les enfants dépendent non seulement des sommes investies mais aussi de la quantité et de la qualité du temps que les parents passent avec eux. (La « qualité » du temps passé avec les enfants est censée augmenter avec le niveau d'instruction des parents.) Les choix des parents relatifs à la participation au marché du travail, par exemple, détermineront l'argent et le temps disponibles pour les enfants.

² Behrman, Pollak et Taubman (1995), par exemple, adoptent une perspective semblable. Il s'agit du principal cadre auquel les économistes se réfèrent dans leurs discussions. En fait, nous ne lui connaissons pas de véritable rival.

³ La documentation économique théorique et une grande partie de la documentation empirique sont axées sur les résultats pour les enfants à l'âge adulte plutôt que durant l'enfance même. Phipps (1999) soutient que cette approche n'est pas toujours appropriée.

Coleman (1988) a élargi le concept du « capital humain » pour y inclure le « capital social ». Le capital social existe lorsque les relations interpersonnelles sont considérées comme des ressources qui peuvent servir à « faciliter l'action » ou à « défendre les intérêts » des personnes concernées (p. S100-101). Selon Coleman, le capital social aide à créer un capital humain pour la « prochaine génération ». Il souligne les rôles pour le capital social à l'intérieur et à l'extérieur de la famille. À l'intérieur de la famille, le capital social existe dans « les relations entre les enfants et les parents » (p. S110). Coleman soutient, par exemple, que si des parents très instruits passent peu de temps avec leurs enfants, les niveaux élevés de capital humain qu'ils possèdent ne bénéficieront guère à leurs enfants – et produiront peu de nouveau capital humain.

D'après Coleman (p. S113), le capital social à l'extérieur de la famille existe dans les relations entre parents (de différents enfants) et dans les relations entre les parents et les institutions communautaires. Il affirme que le capital social est maximisé lorsque les parents ont des contacts avec d'autres parents dans différents milieux (p. ex. à l'école, dans des clubs philanthropiques, à l'église – qui nécessitent tous un investissement de temps).

Le principal argument de la documentation économique semble être que plus les ressources économiques sont grandes, plus elles sont avantageuses pour les enfants, car elles maximisent l'investissement dans le capital humain⁴. Le temps, comme les questions financières, est aussi un facteur important – des parents qui ont le même revenu mais moins de temps disponible ne pourront pas investir autant dans leurs enfants.

Enfin, comme pour n'importe quel autre « investissement », il est possible que le rendement ne soit réalisé que dans l'avenir⁵.

4 Grossman (1972, 1072a) et Grossman et al. (1989) ajoutent que des ressources économiques additionnelles permettront aux parents de « produire » un meilleur état de santé pour eux-mêmes ou, vraisemblablement, pour leurs enfants. Ils postulent une fonction de production de la santé, qui inclut le revenu comme argument.

5 Les non économistes ont étudié le développement de l'enfant plus en détail que les économistes et offrent plusieurs théories de rechange, répertoriées par Haveman et Wolfe (1995). Celles-ci comprennent : 1) la « perspective de socialisation/du modèle à émuler », qui met en relief la grande influence des parents, des frères et soeurs et des pairs sur le développement des aspirations, des valeurs et du comportement des enfants (Seltzer, 1994; Jencks et Mayer, 1990); 2) l'approche des « systèmes écologiques » privilégiée par de nombreux psychologues en développement, qui soutiennent que le développement se poursuit durant toute la vie et que le moment où un événement important se produit et le contexte qui l'entoure (p. ex. le divorce des parents) modifieront son impact sur la personne touchée (Bronfenbrenner, 1989); 3) la théorie du stress et la stratégie d'adaptation, selon lesquelles un événement stressant (p. ex. le divorce des parents) peut faire dévier un enfant de sa trajectoire équilibrée de développement, bien qu'il soit possible d'en atténuer l'impact selon les capacités d'adaptation des parents (Hamilton et McCubbin, 1980). Comme Haveman et Wolfe l'affirment, ces perspectives psychologiques et sociologiques mettent l'accent sur les facteurs environnementaux/culturels plutôt que sur les choix/caractéristiques individuels auxquels s'attachent les économistes. Sur le plan empirique, il n'est pas toujours facile de distinguer les différentes perspectives. Par exemple, quel est le principal facteur produisant les meilleurs résultats pour les enfants? Est-ce le revenu des parents, comme l'affirment les économistes, ou le modèle à émuler dans le voisinage, comme le soutiennent les sociologues? Sur le plan empirique, ces deux hypothèses sont très difficiles à démêler (mais voir Corak et Heisz, 1998).

3. Examen de la documentation empirique

Le cadre susmentionné précise clairement que le revenu doit être pris en compte dans le bien-être des enfants mais, comme il est noté dans l'introduction, les études canadiennes fondées sur la première vague de données recueillies dans le cadre de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes ont décelé des liens plutôt faibles, voire parfois non significatifs sur le plan statistique, selon la mesure du revenu/de la pauvreté et la composante du bien-être des enfants étudiée (Curtis et al., 1998; Dooley et al., 1998a,b)

D'après d'excellentes études faites aux États-Unis, le revenu « permanent » pourrait être une meilleure mesure des ressources économiques que le revenu actuel, dans l'étude du rôle du revenu comme facteur déterminant du bien-être des enfants (voir en particulier Blau 1998; Korenman et al., 1995; Mayer, 1997). La principale source de données pour ces études est le *National Longitudinal Survey of Youth's (NLSY) Mother and Child Supplement*, qui suit le revenu des familles sur une longue période. Malgré l'opinion générale selon laquelle le revenu permanent est plus important que le revenu actuel, on ne s'entend pas sur la portée de son impact⁶.

Selon l'interprétation des résultats faite par Korenman et al. (1995), l'évolution de la pauvreté à long terme aurait un impact « modéré à majeur » sur le développement cognitif des enfants. Mayer (1997) examine la documentation existante et utilise plusieurs ensembles de données et méthodologies américaines pour conclure que l'impact des hausses du revenu parental sur les résultats pour les enfants, toutes autres considérations étant égales, « est loin d'être aussi important que de nombreux adeptes du libéralisme politique l'imaginent, sans pour autant être nul comme de nombreux adeptes du conservatisme politique semblent le croire » [*traduction*] (p. 143). Elle ajoute que, même si le revenu a peu d'impact sur un résultat donné, il semble affecter la plupart des résultats dans une certaine mesure, de sorte qu'une hausse de revenu pourrait avoir un impact cumulatif substantiel. Par conséquent, modifier la distribution des revenus (en augmentant le revenu des familles pauvres) pourrait être aussi rentable qu'une autre politique.

⁶ Curtis et Phipps (2000) proposent un examen plus détaillé de la documentation.

Blau (1999), quant à lui, affirme que l'impact du revenu est si faible que des transferts aux familles pauvres auraient probablement peu d'impact sur le développement des enfants :
« *Les politiques qui affectent le revenu familial auront peu d'impact direct sur le développement de l'enfant, à moins de modifier le revenu de façon très importante et en permanence.* »
[traduction] (p. 261).

Les effets d'un revenu permanent limité et d'une pauvreté modérée qui ont été identifiés jusqu'ici dans le *National Longitudinal Survey of Youth* des États-Unis doivent être examinés en contexte. Les mères qui font l'objet de l'enquête avaient entre 14 et 21 ans en 1979. À la fin des années 1980 ou au début des années 1990, période durant laquelle les données utilisées dans les études en question ont été recueillies, ces mères étaient donc entre le milieu de la vingtaine et le début de la trentaine (âge moyen = 27,7 ans)⁷. Les mères étant jeunes, les enfants ont eu aussi tendance à être jeunes (âge moyen = 5,7 ans). La mesure du revenu permanent utilisée par Blau (1999) et par Korenman et al. (1995) est la moyenne du revenu ou le ratio revenu/besoins sur les 13 années de données disponibles. La moyenne est calculée sur les premières années de revenu de ces femmes et il est possible qu'elle ne reflète pas très bien la capacité lucrative future et donc le revenu permanent ou la pauvreté. Sans oublier que ces études s'appliquent aux États-Unis et non au Canada.

Nous disposons jusqu'ici de deux ensembles de données longitudinales pour examiner le lien qui existe au Canada entre l'état de santé et le bien-être des enfants et la situation socio-économique de leur famille, soit l'Étude sur la santé des enfants de l'Ontario (ESEO), menée en 1983 et 1987, et l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), effectuée en 1994 et 1996.

Les conclusions tirées de l'ESEO dénotent un lien significatif entre le revenu faible ou la pauvreté et les troubles psychiatriques (Offord, Boyle et Jones, 1987), le fonctionnement en société et à l'école (Lipman et Offord, 1994) et les problèmes de santé physique chroniques (Cadman et al., 1986a) chez les enfants. D'après les études fondées sur les données longitudinales de l'ESEO, la corrélation entre l'état de santé d'un enfant et le niveau de revenu

⁷ Les moyennes sont tirées du Tableau A-1 de Blau. Korenman et al., quant à eux, ne présentent pas de statistiques sommaires pour tout l'échantillon.

de sa famille est très faible (Lipman et Offord, 1996; Lipman, Offord et Boyle, 1994; Boyle et al., 1998). Les études qui trouvent un lien significatif entre le revenu et l'état de santé des enfants ont tendance à limiter l'utilisation des autres variables explicatives.

Curtis et al. (2000) examinent la relation entre la faiblesse du revenu actuel et la faiblesse du revenu moyen en se fondant sur l'ESEO. En 1983, 15 % des familles étaient pauvres, contre 13 % en 1987; 13 % des enfants vivaient dans des familles dont le revenu moyen (entre 1983 et 1987) était inférieur au seuil de faible revenu (SFR)⁸ et 7 % dans des familles dont le revenu était inférieur au SFR en 1983 et en 1987. L'étude examinait la présence de problèmes affectifs, cognitifs et de santé ainsi qu'un score global pour la qualité de vie lié à l'indice de l'état de santé (Health Utilities Index Mark 2 ou HUI2).

Comme dans l'étude Koreman, les enfants issus de familles à faible revenu avaient beaucoup plus de problèmes que les autres. Malgré l'absence de lien statistiquement significatif entre la faiblesse du revenu *actuel* et les problèmes émotionnels en 1983 et en 1987, le fait de vivre dans une famille dont le revenu *moyen*, pour les deux années, était inférieur au seuil de pauvreté faisait augmenter de 9 points de pourcentage (de 44 % à 53 %) la probabilité qu'un enfant souffre d'un problème affectif, ce qui était à peu près comparable au lien avec une mère seule. Les résultats étaient très comparables pour les scores HUI2. En ce qui concerne les problèmes cognitifs, ils étaient associés à la faiblesse du revenu actuel et du revenu moyen, mais l'effet était plus marqué dans le cas du revenu moyen. Comme beaucoup de chercheurs qui ont étudié le National Longitudinal Survey of Youth, Curtis et al. (2000) concluent que les résultats pour les enfants sont liés de plus près à la faiblesse du revenu moyen qu'à la faiblesse du revenu actuel. Mais, contrairement à d'autres, ils constatent que le revenu a un impact « majeur » sur certains résultats.

⁸ Une description des mesures du revenu figure dans le document qui accompagne Curtis et al. (2000).

4. Données

Les données utilisées dans cette analyse sont tirées du deuxième cycle de l'ELNEJ, qui était un échantillon national représentatif des enfants de la naissance à 11 ans en 1994 et de la naissance à 13 ans en 1996. Le principal volet de l'enquête porte sur les enfants vivant dans des ménages qui avaient récemment fait l'objet de l'Enquête sur la population active (les ménages vivant dans le Nord, dans des réserves indiennes ou dans des établissements étant exclus). Nous utilisons l'information obtenue auprès de la « personne qui connaît le mieux l'enfant » (ou PCM), soit la mère dans 90 % des cas. Puisque nous voulons des mesures à long terme de la pauvreté et du revenu, nous ne choisissons que les enfants échantillonnés en 1994 et de nouveau en 1996. Comme nous nous fions aux rapports de la PCM, nous nous assurons que celle-ci est la même pour les deux cycles de l'enquête. Ces deux restrictions limitent l'échantillon à 12 824 enfants âgés de 2 à 13 ans. Étant donné qu'un des principaux résultats mesurés est le « succès scolaire », nous devons restreindre encore une fois l'échantillon aux enfants âgés de 6 à 13 ans (7 577 enfants). Enfin, après exclusion des observations de toute PCM qui omettait de répondre à l'une des questions posées, il nous restait un échantillon estimatif de 7 337 observations.

Bien que nous reconnaissons l'aspect multidimensionnel du « bien-être de l'enfant », nous avons choisi de limiter notre analyse à deux résultats : l'état général de santé et le succès scolaire. Ces deux résultats semblent avoir un rapport particulièrement étroit avec les modèles économiques de « formation du capital humain » discutés plus haut. La santé et le succès scolaire sont des résultats qui ont d'importantes incidences économiques sur les coûts liés aux soins de santé et aux études et sur le succès éventuel de l'enfant sur le marché du travail⁹. Enfin, nous avons choisi de mettre l'accent sur les *niveaux* de ces résultats pour les enfants en 1996 (plutôt que sur l'évolution des résultats entre 1994 et 1996). On peut se poser deux questions. Premièrement, pourquoi certains enfants obtiennent-ils des résultats bons ou mauvais? Deuxièmement, pourquoi certains enfants obtiennent-ils des résultats différents? Par exemple, la majorité des enfants suivis par l'ELNEJ affichent de bons résultats pour les *deux* cycles, tandis que d'autres ont de très mauvais résultats pour les deux cycles. Nous voulons comprendre

⁹ Phipps (1999) affirme toutefois que le bien-être actuel des enfants et leurs futures réalisations ont de l'importance si nous nous soucions de leur bien-être social.

la corrélation entre ces bons ou mauvais résultats même s'il n'y a pas eu de *changement* entre les deux périodes¹⁰.

Le tableau 1 fait état des fréquences pour les deux résultats mesurés en 1996. Le premier est une évaluation, par la PCM, de l'état général de santé de l'enfant. « En général, comment décririez-vous l'état de santé de votre enfant : excellent, très bon, bon, passable ou mauvais. » Le tableau 1 indique clairement que la majorité des parents (59,6 %) considèrent l'état de santé de leur enfant comme « excellent », tandis que 28 % le jugent « très bon ». Cela semble raisonnable pour un échantillon de jeunes enfants¹¹. Seulement 0,2 % (16 observations) étaient jugés en « mauvaise » santé.

Notre deuxième résultat est une mesure du « succès scolaire » de l'enfant : « D'après ce que vous savez sur le travail de votre enfant à l'école, y compris ses bulletins scolaires, comment votre enfant se débrouille-t-il dans l'ensemble? Les réponses possibles sont : « très bien, bien, moyennement, mal, très mal ». Il ressort clairement du tableau 1 que la plupart des parents considèrent que leurs enfants se débrouillent très bien à l'école en général, avec 46,6 % de « très bien » et 25,6 % de « bien »¹². Nous avons donc 72,2 % des enfants qui se débrouillent « mieux que la moyenne »! Pour mettre ces chiffres plutôt optimistes en perspective, rappelons que seulement 1 % des hommes mariés et 2 % des femmes mariées se disent insatisfaits de leur vie en général (Phipps, Burton et Osberg, 2000).

Tableau 1 Fréquences de l'état général de santé et du succès scolaire

Santé		Succès scolaire	
<i>En général, comment décririez-vous l'état de santé de votre enfant :</i>		<i>D'après ce que vous savez sur le travail de votre enfant à l'école, y compris ses bulletins scolaires, comment se débrouille-t-il dans l'ensemble?</i>	
Mauvais	0,2 %	Très mal	0,3 %
Passable	1,7 %	Mal	3,1 %
Bon	10,5 %	Moyennement	24,4 %
Très bon	28,0 %	Bien	25,6 %
Excellent	59,6 %	Très bien	46,6 %

10 Curtis et Phipps (2000) utilisent les résultats de 1994 et 1996 pour examiner les changements dans les résultats en fonction des changements dans les variables explicatives. Cependant, les résultats étudiés dans la présente analyse présentent certaines difficultés techniques particulières, car il n'y a que cinq catégories possibles et la majorité des répondants se classent déjà dans la première catégorie (c'est-à-dire que le seul changement possible pour la majorité des enfants étudiés est un mouvement vers le bas).

11 Il est possible que le terme « moyennement » pour décrire la catégorie intermédiaire ait été un mauvais choix. Si la catégorie intermédiaire est « moyenne », cela suggère une distribution normale pour l'état de santé des enfants, ce qui n'est pas approprié si la plupart des jeunes enfants sont en très bonne santé.

12 D'autres chercheurs (voir Curtis, Dooley et Phipps, 2000) établissent une corrélation relativement faible entre les résultats déclarés par les parents et ceux déclarés par les enfants pour les 10 et 11 ans. Le « succès scolaire » était le résultat affichant la plus forte corrélation entre les déclarations des enfants et celles des parents. Cela donne une raison additionnelle de choisir ce résultat comme sujet d'étude. (On n'a pas demandé aux enfants d'évaluer leur propre état de santé.)

5. Analyse multidimensionnelle de l'association entre l'état de santé des enfants et leur succès scolaire, et les mesures courantes et à long terme du revenu familial et de la pauvreté

Dans cette section, nous commençons notre remise en question de l'hypothèse selon laquelle les ressources économiques sont d'importants déterminants de l'état de santé et du succès scolaire des enfants. Comme chaque mesure du résultat se divise en cinq catégories, nous estimons des modèles probit ordonnés¹³. Notre spécification de base pour ces régressions suit Dooley et al., 1998 ou Curtis, Dooley et Phipps, 1999, c'est-à-dire que nous employons une spécification relativement réduite, en prenant en compte les PCM qui n'ont pas terminé leurs études secondaires, l'âge de l'enfant avec une variable muette pour le sexe (=1 s'il s'agit d'une fille), le nombre d'enfants dans le ménage et l'âge de la PCM. Ces contrôles sont employés dans toutes les spécifications, l'accent étant mis sur l'impact qu'aurait la modification de notre mesure de la pauvreté/du revenu¹⁴.

Pour fournir un repère, nous commençons par réévaluer, à l'aide des données de 1996, des modèles qui ressemblent beaucoup à ceux découlant de la première vague de l'ELNEJ. Nous faisons régresser les mesures actuelles (1996) des résultats en fonction des mesures actuelles (1996) de pauvreté et de revenu annuel. Cependant, comme il est noté plus haut, les mesures actuelles du revenu ou de la pauvreté ne sont sans doute pas les indicateurs les plus appropriés des ressources économiques à la disposition de l'enfant.

Premièrement, étant donné la volatilité du revenu annuel courant pour certaines familles, particulièrement celles à faible revenu, il est probablement préférable d'utiliser la moyenne du revenu sur les deux périodes plutôt que le revenu annuel courant comme indicateur du « revenu permanent » de la famille. C'est pourquoi nous incluons le revenu moyen et la « pauvreté moyenne » (c'est-à-dire le revenu pour 1994 et 1996 qui est moindre que le seuil de

13 Nous doutions de la validité statistique de la répartition des résultats en cinq catégories, notamment parce que si peu d'enfants étaient jugés en mauvaise santé. Nous avons donc recalculé tous les modèles donnés dans cette analyse en répartissant les résultats en quatre et en trois catégories. Cela n'a pas eu d'effet sur les résultats qualitatifs. Nous avons donc conservé les cinq catégories, en supposant que le petit nombre d'enfants déclarés en très mauvaise santé souffraient de maladies très graves et qu'ils ne devraient pas être regroupés avec les autres enfants.

14 Comme certains des enfants suivis sont issus de la même famille, nous ajustons toutes les erreurs standard pour tenir compte de la non indépendance des observations au moyen de la procédure « en grappes » de Stata.

pauvreté moyen pour les deux périodes)¹⁵. Comme un revenu moyen qui est faible n'est pas nécessairement la même chose qu'un revenu faible qui dure longtemps, nous examinons l'association entre, d'une part, la pauvreté sur les deux périodes (c.-à-d. en 1994 *et* en 1996) et, d'autre part, l'état de santé des enfants et leur succès scolaire. Cette mesure commence à intégrer la durée de l'expérience du faible revenu, mais il est aussi possible que la dynamique de l'expérience du faible revenu soit importante pour le bien-être des enfants. Le cadre de Becker, par exemple, prévoit la possibilité que le rendement des investissements dans le capital humain se manifeste avec un certain retard (p. ex., un enfant qui reçoit des leçons particulières peut améliorer ses résultats au cours de la période suivante plutôt que tout de suite). C'est pourquoi nous tenons également compte des mesures décalées plutôt que courantes de la pauvreté et du revenu. À l'inverse, le fait qu'un enfant a faim aujourd'hui peut être plus important pour ses résultats scolaires actuels que sa faim de la veille. Il est donc difficile de savoir a priori quelles mesures du revenu/de la pauvreté sont susceptibles d'avoir le lien le plus étroit avec les résultats pour les enfants, et cela peut différer selon les résultats.

Tableau 2 Moyennes pour l'échantillon estimatif—Variables analysées

Pauvre en 1996	24,9 %
Pauvre en 1994	25,5 %
Pauvre en 1994 et 1996	17,8 %
Pauvre selon la moyenne de 1994 et 1996	23,3 %
Revenu équivalent pour 1996 (en \$ de 1996)	19 149
Revenu équivalent pour 1994 (en \$ de 1996)	18 933
Revenu équivalent moyen (en \$ de 1996)	19 041
Maison appartenant à un membre du ménage	78,1 %
Maison nécessitant des réparations majeures	6,4 %
Heures parentales disponibles par semaine	147,5
Nombre d'observations	7 337

Le tableau 2 donne les moyennes pour notre premier ensemble de variables liées aux « ressources économiques » (les moyennes pour les autres contrôles sont indiquées au tableau 1 de l'annexe). En 1994, 25,5 % des enfants âgés de 6 à 13 ans vivaient dans des familles pauvres;

15 Notre mesure de la pauvreté est 50 % du revenu équivalent moyen selon le barème d'équivalence de l'OCDE. Les revenus équivalents moyens sont calculés à l'aide des EFC de 1994 et 1996 respectivement. Le seuil de « pauvreté moyenne » est la moyenne des seuils de pauvreté pour 1994 et 1996 (le seuil de pauvreté pour 1994 étant exprimé en dollars de 1996). Le revenu moyen est le revenu moyen de la famille pour les deux périodes, exprimé en dollars de 1996.

en 1996, 24,9 % étaient pauvres¹⁶. Tandis que 23,3 % des enfants vivaient dans des familles dont le revenu annuel sur les deux périodes était assez faible pour qu'elles soient considérées comme pauvres « en moyenne », 17,8 % étaient pauvres en 1994 et en 1996. Nous ne savons pas si ces enfants ont vécu dans la pauvreté tout au long de la période, mais ces données indiquent une certaine persistance du faible revenu.

Le tableau 3 présente les résultats pour les modèles probit ordonnés¹⁷ de l'association entre l'état de santé de l'enfant et les autres mesures du revenu et de la pauvreté. Examinons d'abord les résultats pour les autres mesures de la pauvreté. Fait intéressant étant donné ce qui a motivé cette recherche, la pauvreté est le facteur le plus étroitement lié à l'état de santé de l'enfant, bien que toutes les mesures soient jugées statistiquement significatives et d'importance comparable. Vient ensuite le fait d'avoir été pauvre au cours des deux périodes. Il est à noter que les facteurs associés de plus près à l'état de santé de l'enfant dans ces régressions sont le faible revenu, suivi de la sous scolarisation et de la monoparentalité¹⁸.

Les trois dernières spécifications du tableau 3 utilisent d'autres mesures du revenu plutôt que des variables muettes pour la pauvreté. Nous employons le terme « revenu équivalent » plutôt que « revenu réel », le revenu équivalent étant égal au revenu réel divisé d'après un barème d'équivalence pour tenir compte des économies d'échelle (sur le logement, les services publics, les frais de transport, etc.) dont bénéficient les personnes qui vivent ensemble¹⁹. Comme nous incluons également un contrôle direct pour le nombre d'enfants dans le ménage, notre intention est de déterminer les incidences financières des enfants additionnels au moyen de la variable « revenu équivalent » ainsi que les autres incidences des frères et soeurs dans la mesure directe (jeux, querelles, réconfort, etc.). Puisque les économistes soutiennent généralement qu'un dollar

16 Ces chiffres s'appliquent à notre échantillon estimatif. Cependant, les taux de pauvreté pour tous les enfants échantillonnés qui avaient de 2 à 13 ans en 1996 ne variaient guère : 26,9 % en 1994 et 26,1 % en 1996.

17 Les résultats probit ordonnés ne peuvent pas être interprétés de la même façon que les résultats des MCO. Un coefficient positif signifie que la distribution des réponses se déplace vers la droite. Résultat : la probabilité de se retrouver dans la dernière catégorie (d'afficher les meilleurs résultats en l'occurrence) diminue, tandis que la probabilité d'être classé dans la première catégorie (d'afficher les pires résultats) augmente. Il est impossible de détecter les changements dans la distribution des catégories intermédiaires en jetant un simple coup d'oeil aux coefficients.

18 Dans cette étude, le terme « parents seuls » désigne les mères et les pères seuls.

19 Pour ce qui est de nos calculs de la pauvreté, nous employons le barème d'équivalence de l'OCDE. Ainsi, le premier adulte reçoit une valeur d'équivalence de 1,0; les adultes subséquents sont censés ajouter 0,7 aux besoins du ménage, contre 0,5 pour les enfants subséquents.

marginal a plus de valeur pour une famille à faible revenu que pour une famille à revenu élevé (c.-à-d. que le revenu a une utilité marginale décroissante), nous incluons le revenu équivalent et son carré dans ces modèles.

Lorsque d'autres mesures du revenu équivalent remplacent les variables muettes de la pauvreté, c'est la moyenne du revenu équivalent sur les deux périodes qui présentent l'association la plus étroite avec l'état de santé de l'enfant (mais là encore, toutes les variables analysées du revenu sont significatives à 99 %). En ce qui concerne le revenu actuel et décalé, « l'utilité marginale décroissante du revenu » est apparente (c.-à-d. que le terme quadratique est statistiquement significatif et négatif – les points d'inflexion se situent à environ 26 000 \$ en dollars équivalents de 1994 et à 35 000 \$ en dollars équivalents, respectivement).

Le tableau 4 met l'accent sur le succès scolaire plutôt que sur l'état de santé, mais reprend exactement le même exercice. En l'occurrence, les mesures de pauvreté les plus étroitement liées au succès scolaire sont la pauvreté au cours des deux périodes, suivie de la pauvreté décalée. Là encore, à part le sexe de l'enfant (les résultats scolaires des filles sont sensiblement meilleurs), les associations avec la pauvreté sont les plus importantes qu'on observe dans ces modèles. En ce qui concerne les autres contrôles, le fait d'avoir une PCM sous scolarisée est le deuxième facteur en importance, suivi par la monoparentalité.

Encore une fois dans le cas des modèles qui incluent d'autres mesures du revenu équivalent et du revenu équivalent quadratique (figurant dans les trois dernières colonnes du tableau 4), le revenu équivalent décalé et le revenu équivalent moyen ont une association plus étroite avec le succès scolaire des enfants que le revenu actuel. Et, pour le revenu équivalent décalé et le revenu équivalent moyen, le terme quadratique est statistiquement significatif et négatif (ce qui veut dire que, en termes d'association avec le succès scolaire, les dollars qui vont aux enfants pauvres sont plus importants que ceux qui vont aux enfants riches)²⁰.

Certains lecteurs pourraient avoir des préoccupations relatives à notre traitement du revenu comme variable exogène. Il est possible que le rapport de causalité soit inversé. En effet, le mauvais état de santé d'un enfant pourrait être associé au faible revenu, notamment parce qu'il

²⁰ Les points d'inflexion pour ces quadratiques sont situés à 22 000 \$ en dollars de 1994 et à 29 000 \$ en dollars de 1996 respectivement.

est parfois difficile pour un parent qui doit prendre soin d'un enfant malade de détenir un emploi rémunéré. La régression des changements dans les variables dépendantes, par rapport aux changements dans les variables indépendantes, est une façon de traiter la question de l'endogénéité entre le revenu/la pauvreté et l'état de santé; si nous pouvions identifier un changement dans le revenu au cours d'une période *suivi par* un changement dans l'état de santé au cours de la période suivante, nous pourrions soutenir d'une manière convaincante que la pauvreté « cause » une détérioration de l'état de santé. Cependant, comme il n'y a que deux vagues de données de l'ELNEJ disponibles jusqu'à maintenant, nous ne pouvons pas encore déterminer dans quel ordre les changements se produisent. Pour revenir à un point soulevé plus haut, les changements dans les résultats ne s'expliquent pas de la même façon que les niveaux des résultats, qui sont notre principale préoccupation²¹.

Nous présentons ici les résultats d'une enquête informelle sur la question de l'endogénéité potentielle du revenu par rapport à l'état de santé de l'enfant. Le principal raisonnement énoncé plus haut est qu'un parent qui doit prendre soin d'un enfant malade pourrait ne pas être en mesure de détenir un emploi rémunéré ou de travailler à temps plein. Il ne semble pas raisonnable de soutenir qu'un enfant malade limiterait les autres sources de revenu (p. ex. transferts, revenu de biens). Par conséquent, s'il est vrai que le revenu est endogène pour l'état de santé des enfants, les parents dont les enfants jouissent d'une moins bonne santé devraient en principe accumuler moins d'heures de travail rémunéré.

21 Dans d'autres études (Curtis et Phipps, 2000), nous présentons les résultats d'une analyse multidimensionnelle de l'incidence des changements dans l'état de santé des enfants sur les changements dans la pauvreté. Malheureusement, les résultats étaient beaucoup moins précis que ceux obtenus pour les niveaux de résultats des enfants.

Tableau 3 Estimations probit ordonnées de l'état de santé en 1996 au moyen des mesures courantes, décalées et sur deux périodes de la pauvreté et du revenu équivalent

Variable	Pauvre en 1996	Pauvre en 1994	Pauvre en 1996 et en 1994	Revenu moyen inférieur au seuil de pauvreté	Revenu équivalent en 1994	Revenu équivalent en 1996	Revenu équivalent moyen
Variable muette=1 si la famille est pauvre	0,222* (0,061)	0,191* (0,060)	0,217* (0,069)	0,205* (0,062)	—	—	—
Revenu équivalent	—	—	—	—	-0,206* (0,040)	-0,209* (0,037)	-0,225* (0,042)
Revenu équivalent quadratique	—	—	—	—	0,008** (0,004)	0,006*** (0,004)	0,007 (0,004)
Variable muette=1 en cas de monoparentalité	0,145** (0,067)	0,166* (0,067)	0,159** (0,068)	0,155** (0,068)	0,121*** (0,065)	0,98 (0,066)	0,095 (0,065)
Variable muette=1 si la PCM n'a pas terminé ses études secondaires	0,161** (0,079)	0,171** (0,078)	0,170** (0,079)	0,163** (0,080)	0,126 (0,080)	0,110 (0,081)	0,108 (0,081)
Âge de l'enfant	-0,015 (0,010)	-0,015 (0,010)	-0,014 (0,010)	-0,015 (0,010)	-0,017*** (0,010)	-0,018*** (0,010)	-0,018*** (0,010)
Variable muette=1 si l'enfant est une fille	-0,001 (0,043)	0,001 (0,043)	-0,002 (0,043)	0,002 (0,043)	0,004 (0,043)	0,007 (0,043)	0,006 (0,043)
Nombre d'enfants dans le ménage	-0,069* (0,027)	-0,065** (0,027)	-0,067* (0,027)	-0,068* (0,027)	-0,090* (0,027)	-0,095* (0,027)	-0,098* (0,027)
Âge de la PCM	0,0003 (0,005)	0,001 (0,005)	0,0001 (0,005)	0,001 (0,005)	0,005 (0,005)	0,006 (0,005)	0,006 (0,005)
Ordonnée 1	0,055 (0,197)	0,090 (0,198)	0,041 (0,197)	0,056 (0,197)	-0,236 (0,198)	-0,247 (0,204)	-0,266 (0,202)
Ordonnée 2	0,980* (0,197)	1,014* (0,199)	0,965* (0,198)	0,980* (0,197)	0,697* (0,199)	0,688* (0,204)	0,670* (0,202)
Ordonnée 3	1,926* (0,204)	1,961* (0,205)	1,910* (0,204)	1,927* (0,203)	1,648* (0,205)	1,640* (0,209)	1,623* (0,208)
Ordonnée 4	2,736* (0,227)	2,772* (0,229)	2,718* (0,228)	2,738* (0,226)	2,458* (0,226)	2,449* (0,231)	2,432* (0,229)

Nota : Le revenu équivalent est le revenu familial divisé d'après le barème d'équivalence de l'OCDE pour tenir compte des économies d'échelle dont bénéficient les personnes qui vivent ensemble. Le revenu équivalent se mesure en dizaines de milliers de dollars canadiens. Toutes les mesures du revenu sont exprimées en dollars de 1996 (c.-à-d. que les dollars de 1994 sont convertis aux valeurs de 1996).

* significatif avec un coefficient de confiance de 99 %

** significatif avec un coefficient de confiance de 95 %

*** significatif avec un coefficient de confiance de 90 %

Tableau 4 Estimations probit ordonnées du succès scolaire en 1996 au moyen des mesures courantes, décalées et sur deux périodes de la pauvreté et du revenu équivalent

Variable	Pauvre en 1996	Pauvre en 1994	Pauvre en 1996 et en 1994	Revenu moyen inférieur au seuil de pauvreté	Revenu équivalent en 1994	Revenu équivalent en 1996	Revenu équivalent moyen
Variable muette=1 si la famille est pauvre	0,236* (0,058)	0,244* (0,052)	0,300* (0,062)	0,225* (0,056)	—	—	—
Revenu équivalent	—	—	—	—	-0,177* (0,037)	-0,143* (0,034)	-0,176* (0,038)
Revenu équivalent quadratique	—	—	—	—	0,008** (0,004)	0,004 (0,003)	0,006*** (0,004)
Variable muette=1 en cas de monoparentalité	0,138** (0,065)	0,143** (0,062)	0,125** (0,063)	0,143** (0,064)	0,137** (0,062)	0,138** (0,063)	0,126** (0,063)
Variable muette=1 si la PCM n'a pas terminé ses études secondaires	0,176* (0,071)	0,180* (0,070)	0,174* (0,071)	0,176* (0,071)	0,155** (0,070)	0,156** (0,071)	0,147** (0,071)
Âge de l'enfant	0,029* (0,010)	0,030* (0,010)	0,030* (0,010)	0,029* (0,010)	0,028* (0,010)	0,027* (0,010)	0,027* (0,010)
Variable muette=1 si l'enfant est une fille	-0,238* (0,041)	-0,234* (0,041)	-0,239* (0,041)	-0,223* (0,041)	-0,233* (0,041)	-0,230* (0,041)	-0,232* (0,041)
Nombre d'enfants dans le ménage	-0,021 (0,026)	-0,020 (0,026)	-0,025 (0,030)	-0,021 (0,026)	-0,033 (0,026)	-0,029 (0,026)	-0,035 (0,026)
Âge de la PCM	-0,006 (0,005)	-0,005 (0,005)	-0,006 (0,005)	-0,006 (0,005)	-0,002 (0,005)	-0,002 (0,005)	-0,001 (0,005)
Ordonnée 1	-0,094 (0,181)	-0,036 (0,184)	-0,098 (0,182)	-0,094 (0,182)	-0,341*** (0,179)	-0,301*** (0,185)	-0,341*** (0,182)
Ordonnée 2	0,594* (0,182)	0,652* (0,186)	0,590* (0,183)	0,594* (0,183)	0,350** (0,181)	0,389** (0,186)	0,351*** (0,184)
Ordonnée 3	1,852* (0,187)	1,910* (0,1907)	1,850* (0,189)	1,850* (0,188)	1,615* (0,186)	1,651* (0,190)	1,616* (0,188)
Ordonnée 4	2,770* (0,202)	2,831* (0,205)	2,771* (0,203)	2,770* (0,203)	2,532* (0,199)	2,569* (0,204)	2,534* (0,202)

Nota : Le revenu équivalent est le revenu familial divisé d'après le barème d'équivalence de l'OCDE pour tenir compte des économies d'échelle dont bénéficient les personnes qui vivent ensemble. Le revenu équivalent se mesure en dizaines de milliers de dollars canadiens. Toutes les mesures du revenu sont exprimées en dollars de 1996 (c.-à-d. que les dollars de 1994 sont convertis aux valeurs de 1996).

* significatif avec un coefficient de confiance de 99 %

** significatif avec un coefficient de confiance de 95 %

*** significatif avec un coefficient de confiance de 90 %

Nous examinons cette idée de façon informelle au tableau 5, qui compare la participation des parents au marché du travail pour les « meilleurs » et les « pires » résultats, les meilleurs étant les deux dernières catégories pour le succès scolaire et l'état de santé et les pires étant les deux premières. Notons d'abord que le taux de participation du père au marché du travail et ses heures de travail rémunéré n'ont pas vraiment d'association avec les résultats pour ses enfants (c.-à-d. que les résultats des enfants en bonne santé et ceux des enfants malades se ressemblent beaucoup, quelle que soit la participation du père au marché du travail). La participation de la mère au marché du travail est plus faible lorsque l'enfant est en moins bonne santé, mais le pourcentage ne varie guère pour les résultats scolaires (en fait, le taux de participation des parents au marché du travail est légèrement plus élevé pour les enfants qui obtiennent les meilleurs résultats). Il pourrait donc y avoir une connexion pour l'état général de santé, mais la question semble moins importante pour le succès scolaire. Cela semble raisonnable.

Tableau 5 Participation moyenne au marché du travail et semaines travaillées pour les enfants dans la première et la dernière catégorie pour chaque résultat - mères et pères

	État de santé		Succès scolaire	
	Deux premières catégories (passable et mauvais)	Dernière catégorie (excellent)	Deux premières catégories (mal et très mal)	Dernière catégorie (très bien)
Mère				
Participation au marché du travail	65,3 %	73,0 %	72,6 %	75,4 %
Semaines de travail rémunéré au cours de l'année écoulée	24,8	31,7	30,8	32,9
Père				
Participation au marché du travail	94,8 %	96,4 %	96,7 %	95,9 %
Semaines de travail rémunéré au cours de l'année écoulée	46,3	47	45,3	47

Tableau 6 Estimations probit ordonnées de l'état de santé en 1996, compte tenu de l'accession à la propriété, de l'état du logement et des heures de disponibilité parentale

Variable	Pauvre en 1996 et en 1994	Pauvre en 1996 et en 1994	Pauvre en 1996 et en 1994	Revenu équivalent moyen	Revenu équivalent moyen	Revenu équivalent moyen
Variable muette=1 si la famille est pauvre	0,141** (0,068)	0,208* (0,072)	0,140** (0,071)	—	—	—
Revenu équivalent	—	—	—	-0,187* (0,046)	-0,239* (0,042)	-0,202* (0,045)
Revenu équivalent quadratique	—	—	—	0,004 (0,005)	0,008** (0,004)	0,005 (0,005)
Variable muette=1 en cas de monoparentalité	0,083 (0,073)	0,222*** (0,117)	0,114 (0,121)	0,046 (0,072)	0,023 (0,113)	-0,046 (0,117)
Variable muette=1 si la PCM n'a pas terminé ses études secondaires	0,147*** (0,080)	0,171** (0,080)	0,151*** (0,081)	0,096 (0,082)	0,116 (0,081)	0,105 (0,082)
Âge de l'enfant	-0,016 (0,010)	-0,140 (0,010)	-0,015 (0,010)	-0,018*** (0,010)	-0,018*** (0,010)	-0,019*** (0,010)
Variable muette=1 si l'enfant est une fille	0,003 (0,042)	-0,002 (0,043)	0,002 (0,043)	0,008 (0,043)	0,006 (0,043)	0,008 (0,043)
Nombre d'enfants dans le ménage	-0,063** (0,027)	-0,070* (0,027)	-0,063** (0,027)	-0,093* (0,027)	-0,097* (0,027)	-0,092* (0,027)
Âge de la PCM	0,002 (0,005)	0,00002 (0,005)	0,002 (0,005)	0,007 (0,005)	0,007 (0,005)	0,008 (0,005)
Variable muette=1 si l'habitation appartient à un membre du ménage	-0,218* (0,069)	—	-0,218* (0,069)	-0,141** (0,069)	—	-0,151** (0,069)
Variable muette=1 si des réparations majeures sont nécessaires	0,275* (0,086)	—	0,280* (0,086)	0,226* (0,083)	—	0,227* (0,084)
Heures parentales disponibles par semaine	—	0,001 (0,001)	0,0004 (0,001)	—	-0,001 (0,001)	-0,001 (0,001)
Ordonnée 1	-0,059 (0,199)	0,171 (0,280)	0,010 (0,280)	-0,274 (0,205)	-0,419 (0,288)	-0,464 (0,290)
Ordonnée 2	0,870* (0,199)	1,093* (0,280)	0,937* (0,279)	0,665* (0,205)	0,514*** (0,287)	0,472*** (0,289)
Ordonnée 3	1,822* (0,206)	2,038* (0,288)	1,889* (0,289)	1,622* (0,211)	1,466* (0,295)	1,429* (0,297)
Ordonnée 4	2,635* (0,227)	2,847* (0,300)	2,704* (0,298)	2,436* (0,231)	2,276* (0,305)	2,243* (0,305)

* significatif avec un coefficient de confiance de 99 %

** significatif avec un coefficient de confiance de 95 %

*** significatif avec un coefficient de confiance de 90 %

6. Analyse multidimensionnelle de l'association entre l'état de santé des enfants et leur succès scolaire et les ressources économiques, compte tenu des biens et du temps disponible

Cette section de l'étude ne se contente pas de mesurer les ressources économiques simplement comme source de revenu, mais cherche aussi à prendre en compte : 1) les biens à la disposition de la famille et 2) le temps associé à l'acquisition du revenu. Les économistes conviendront que deux familles ayant le même revenu mais des niveaux de richesse différents, ne font pas face aux mêmes circonstances économiques. Le problème est que peu d'ensembles de microdonnées fournissent de l'information sur les biens, et l'ELNEJ n'échappe pas à cette règle. Cependant, comme le logement est souvent le principal bien détenu par les familles avec des enfants, nous avons décidé d'inclure une variable muette indiquant si la maison où l'enfant habite appartient à un membre du ménage (même si elle est hypothéquée). Dans notre échantillon estimatif, 78 % des enfants vivent dans des maisons occupées par leur propriétaire. Bien sûr, les maisons peuvent être grandes ou petites, luxueuses ou ordinaires. Ne connaissant pas la valeur imposable de la maison, nous avons essayé diverses mesures pour calculer par approximation cette valeur. La meilleure solution²² semble le fait que l'enfant vive dans une maison « nécessitant des réparations majeures » (installations sanitaires ou électriques défectueuses, réparation structurale des murs, des planchers ou des plafonds, etc.)²³. Seulement 6 % des enfants échantillonnés vivent dans des maisons qui nécessitent des réparations majeures²⁴.

L'autre contrôle, nouveau dans cette section, est le temps requis pour acquérir le revenu familial. Particulièrement pour les enfants, le temps parental peut être un important facteur de bien-être. Un modèle de capital humain de style Becker prédit que, si deux familles ont un revenu égal, celle qui a plus de temps à consacrer à ses enfants devrait être capable d'investir davantage dans leur capital humain. Coleman ajoute que les parents doivent consacrer du temps à leurs enfants pour développer leur « capital social » (p. ex. en assistant aux rencontres entre parents et instituteurs ou en aidant à entraîner une équipe de soccer). C'est pourquoi nous incluons le

22 Le « nombre de chambres à coucher par personne » n'était pas statistiquement significatif.

23 Bien sûr, même les maisons très coûteuses peuvent nécessiter des réparations majeures.

24 Il est intéressant de noter que la corrélation de ces variables avec l'incidence de pauvreté est relativement faible. Par exemple, la corrélation entre la pauvreté en 1994 et en 1996 et l'accession à la propriété en 1996 est de -0,41, contre 0,07 pour les habitations nécessitant des réparations majeures.

« temps de disponibilité parentale par semaine »²⁵. Pour les parents seuls, il s'agit du nombre total d'heures dans la semaine, moins les « heures de sommeil » (c.-à-d. 8×7)²⁶, moins les heures habituelles de travail rémunéré²⁷. Dans le cas des familles biparentales, nous calculons ce nombre pour chaque parent et nous faisons le total. Il est donc évident que, dans un certain sens, nous mélangeons le statut de parent seul avec la variable « temps de disponibilité »²⁸. Le nombre maximal d'heures de disponibilité parentale par semaine pour un parent seul sans emploi rémunéré est de 112 [$24 \times 7 - 8 \times 7$]. Chacun des partenaires dans un ménage biparental devrait travailler au moins 56 heures par semaine sur le marché du travail rémunéré pour avoir aussi peu de temps disponible qu'un parent seul avec le maximum de temps disponible. En fait, selon nos données, 32 % des parents seuls n'ont pas d'emploi rémunéré et disposent donc de 112 heures par semaine. Et une poignée de familles biparentales (0,4 %) ont encore moins d'heures libres. Il est toutefois très clair que les familles biparentales disposent de beaucoup plus de temps parental en moyenne (161 heures) que les familles monoparentales (90 heures).

Les principales sources de variation dans la variable « temps de disponibilité » sont donc l'état civil des parents combiné aux tendances de participation au marché du travail. Comme il est noté plus haut, 68 % des parents seuls occupent des emplois rémunérés. Dans le cas des familles biparentales, 73 % ont deux revenus, tandis que 25 % comptent un seul salarié. Bien sûr, le nombre d'heures de travail rémunéré varie beaucoup. La figure 1 illustre la distribution de la variable « temps de disponibilité » pour les familles monoparentales et les familles biparentales.

Dans le tableau 6, nous ajoutons, séparément et ensemble, les variables habitation et temps aux équations probit ordonnées de l'état de santé de l'enfant, « pauvre en 1994 et en 1996 » et

25 Nous avons choisi de mettre l'accent sur le nombre d'heures par semaine plutôt que par année, car cela semble plus important pour les enfants. Les soins ne peuvent être reportés à plus tard dans l'année. D'après Phipps, Burton et Osberg, c'est le nombre d'heures par semaine qui génère le plus de stress pour les adultes.

26 Nous savons tous que les parents n'arrivent pas toujours à dormir huit heures par jour. Cela semble particulièrement difficile pour les parents seuls. Mais nous ne savons pas vraiment combien d'heures de sommeil les parents se réservent. Le fait de soustraire la même quantité d'heures de sommeil pour chaque parent n'a aucun impact réel sur nos résultats, mais cela rend l'interprétation plus logique.

27 On n'a pas demandé aux parents qui travaillent à leur compte combien d'heures ils travaillent habituellement par semaine. Nous avons toutefois un rapport sur leurs heures annuelles, que nous utilisons pour calculer le nombre d'heures de travail par semaine. « Zéro heure par semaine » est indiqué pour tous ceux qui ont dit ne pas avoir travaillé durant l'année d'enquête.

28 La corrélation entre la variable muette « parent seul » et le temps parental disponible est de -0,80.

« revenu équivalent moyen » étant pour l'instant nos mesures « à long terme » des flux financiers. Le tableau 7 présente la même information pour le succès scolaire. Nous voulons voir ce que ces mesures additionnelles des ressources économiques ajoutent à notre vue d'ensemble et comment elles affectent l'association estimative entre la pauvreté/le revenu et les résultats des enfants.

Examinons d'abord le rôle de l'accession à la propriété comme mesure approximative des biens. Cette variable est statistiquement significative et associée aux meilleurs résultats pour les enfants dans tous les modèles d'état de santé estimatifs. Pour l'état général de santé, la valeur quantitative de la variable est plutôt élevée – sensiblement plus élevée que la variable muette indiquant la pauvreté sur les deux périodes, par exemple. Le succès scolaire, quant à lui, n'est pas significatif quand il est enregistré sans tenir compte du temps, mais il est significatif à 90 % quand la variable temps est ajoutée au modèle.

La variable muette indiquant que la résidence familiale nécessite des réparations majeures est statistiquement significative dans toutes les spécifications (à 99 %) et toujours associée aux pires résultats pour les enfants. L'association entre les « réparations majeures » et l'état de santé des enfants est une des plus importantes observées (elle est plus importante que les associations avec la pauvreté sur les deux périodes et l'accession à la propriété). En ce qui concerne le niveau d'instruction, la pauvreté sur les deux périodes reste l'association la plus significative, mais les « réparations majeures » l'emportent sur la monoparentalité (qui, en fait, n'est pas statistiquement significative dans cette spécification).

Il est à noter qu'avec l'addition de la variable muette « accession à la propriété », l'association apparente de la monoparentalité et de la pauvreté avec l'état de santé de l'enfant diminue. La pauvreté reste statistiquement significative et relativement importante comme variable explicative, mais le coefficient est ramené de 0,217 à 0,141 lorsque les variables liées au logement sont ajoutées à la spécification. La monoparentalité n'est plus significative. Une plus faible association entre le revenu faible et l'état de santé de l'enfant ne signifie pas que les ressources économiques sont *moins* importantes que nous ne l'avions cru, mais plutôt que nous avons ajouté une autre voie par laquelle les ressources économiques peuvent influencer l'état de santé de l'enfant. Ainsi, par exemple, une mère seule à faible revenu qui possède sa propre

maison ne se trouve pas dans les mêmes circonstances qu'une mère seule ayant le même revenu mais qui n'est pas propriétaire de sa maison. Nous ne devrions pas nous contenter d'examiner le revenu lorsque nous essayons de comprendre l'importance des variables économiques pour la santé des enfants.

Enfin, examinons le rôle du temps de disponibilité parentale comme corrélat des résultats pour les enfants. Cette variable n'est pas statistiquement significative dans les équations liées à l'état de santé des enfants mais, si l'on tient compte du revenu, le temps parental additionnel est significatif à 99 % et associé à un plus grand succès scolaire. Le temps semble un facteur particulièrement important pour l'aide directe avec les devoirs, les excursions enrichissantes et la lecture aux enfants, par exemple, et pour le soutien indirect des activités scolaires (travaux à faire à la maison et à l'école, bénévolat à l'école, accompagner les enfants lors des sorties scolaires). Fait à noter, lorsque « le temps disponible » est ajouté sans tenir compte des variables liées au logement, la monoparentalité n'est pas statistiquement significative (quoique les coefficients estimés ne diffèrent pas sensiblement). Dans la spécification qui inclut les heures disponibles et les variables liées au logement, la monoparentalité est, là encore, statistiquement significative²⁹.

Une fois que nous avons tenu compte du temps disponible dans les équations liées à la scolarisation, l'association estimative de la pauvreté et du revenu équivalent avec le succès scolaire prend de l'ampleur. Cela reste vrai après l'ajout des variables liées au logement.

29 Étant donné la corrélation élevée (-0,8) entre la monoparentalité et le temps disponible, il semble naturel de supposer que l'imprécision est attribuable à la multicollinéarité. Nous avons donc recalculé ces modèles séparément pour les familles biparentales et obtenu les mêmes résultats qualitatifs – le temps disponible n'est pas statistiquement significatif dans les équations sur l'état de santé, mais il est significatif à 99 % dans les équations sur la scolarité. Par ailleurs, les effets observés de la pauvreté et du revenu augmentent lorsqu'il est tenu compte du temps.

Tableau 7 Estimations probit ordonnées du succès scolaire en 1996, compte tenu de l'accession à la propriété et de l'état du logement

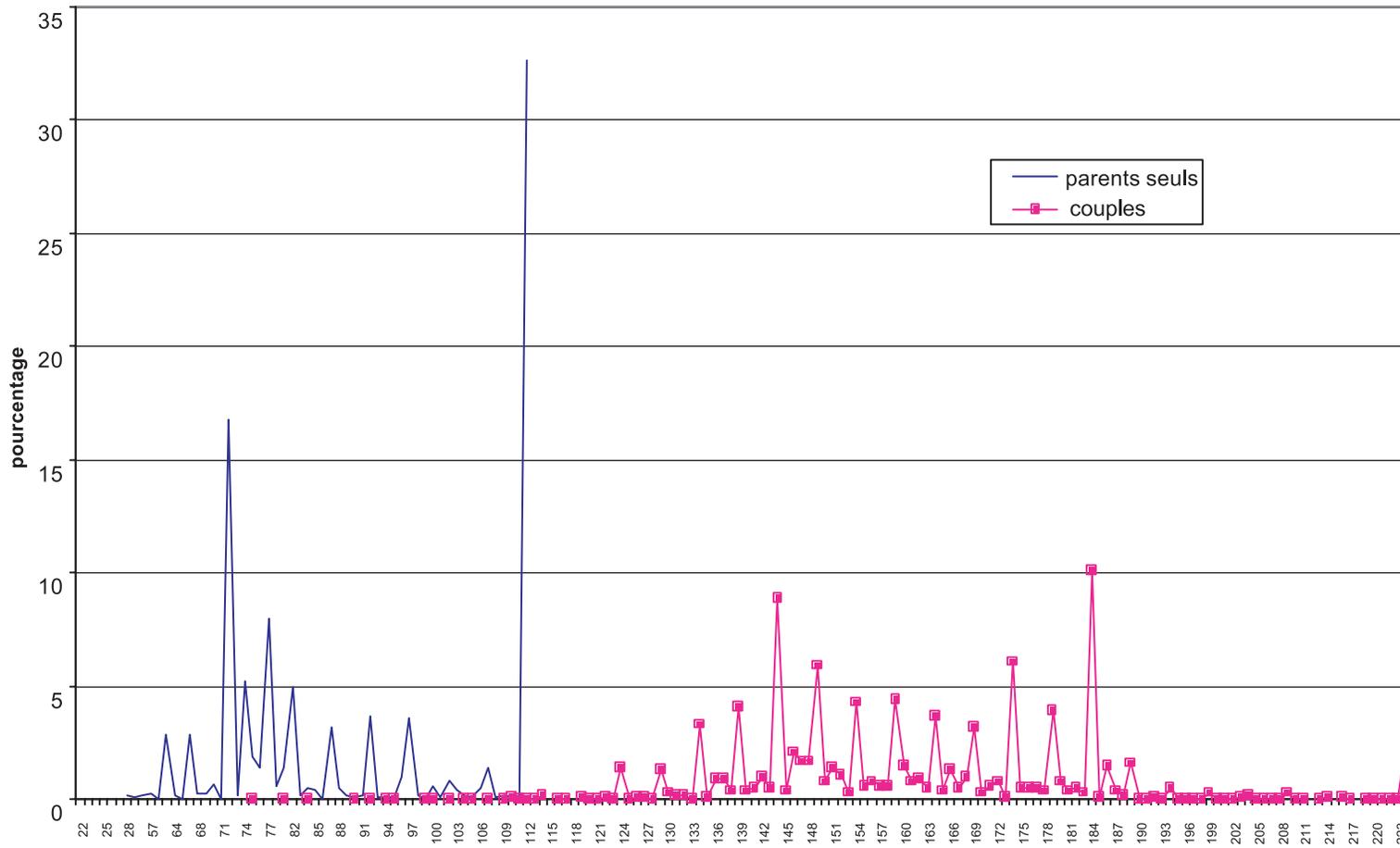
Variable	Pauvre en 1996 et en 1994	Pauvre en 1996 et en 1994	Pauvre en 1996 et en 1994	Revenu équivalent moyen	Revenu équivalent moyen	Revenu équivalent moyen
Variable muette=1 si la famille est pauvre	0,261* (0,065)	0,358* (0,064)	0,317* (0,066)	—	—	—
Revenu équivalent	—	—	—	-0,154* (0,038)	-0,213* (0,040)	-0,190* (0,039)
Revenu équivalent quadratique	—	—	—	0,005 (0,004)	0,009** (0,004)	0,007*** (0,004)
Variable muette=1 en cas de monoparentalité	0,086 (0,069)	-0,121 (0,113)	0,187*** (0,115)	0,094 (0,069)	-0,154 (0,112)	-0,211*** (0,115)
Variable muette=1 si la PCM n'a pas terminé ses études secondaires	0,162** (0,072)	0,191* (0,071)	0,177* (0,072)	0,138** (0,071)	0,163** (0,071)	0,154** (0,071)
Âge de l'enfant	0,297* (0,010)	0,029* (0,010)	0,029* (0,010)	0,027* (0,010)	0,255* (0,010)	0,025* (0,010)
Variable muette=1 si l'enfant est une fille	-0,238* (0,041)	-0,239* (0,041)	-0,237* (0,041)	-0,231* (0,040)	-0,230* (0,041)	-0,229* (0,041)
Nombre d'enfants dans le ménage	-0,022 (0,026)	-0,019 (0,016)	-0,016 (0,026)	-0,032 (0,026)	-0,030 (0,027)	-0,016 (0,026)
Âge de la PCM	-0,005 (0,005)	0,005 (0,005)	-0,004 (0,005)	-0,001 (0,005)	-0,0001 (0,005)	0,001 (0,005)
Variable muette=1 si l'habitation appartient à un membre du ménage	-0,112 (0,071)	—	-0,134*** (0,070)	-0,091 (0,068)	—	-0,116*** (0,067)
Variable muette=1 si le logement nécessite des réparations majeures	0,193** (0,087)	—	0,188** (0,086)	0,164*** (0,088)	—	0,153*** (0,086)
Heures parentales disponibles par semaine	—	-0,003* (0,001)	-0,003* (0,001)	—	-0,004* (0,001)	-0,004* (0,001)
Ordonnée 1	-0,147 (0,186)	-0,563** (0,266)	-0,663* (0,270)	-0,351*** (0,184)	-0,937* (0,276)	-0,987* (0,278)
Ordonnée 2	0,543* (0,188)	0,124 (0,267)	0,025 (0,271)	0,342*** (0,185)	-0,246 (0,277)	-0,296 (0,279)
Ordonnée 3	1,806* (0,192)	1,388* (0,273)	1,294* (0,276)	1,609* (0,189)	1,024* (0,282)	0,978* (0,283)
Ordonnée 4	2,730* (0,206)	2,306* (0,281)	2,215* (0,283)	2,530* (0,203)	1,939* (0,288)	1,895* (0,288)

* significatif avec un coefficient de confiance de 99 %

** significatif avec un coefficient de confiance de 95 %

*** significatif avec un coefficient de confiance de 90 %

Figure 1
Heures parentales disponibles
Parents seuls et couples



7. Conclusions

La présente étude cherche à déterminer si les ressources économiques ont de l'importance pour les résultats des enfants. Tant la théorie économique que les préoccupations du public concernant les niveaux élevés de pauvreté infantile laissent supposer l'existence d'un lien important.

Cependant, il ressort curieusement des recherches basées sur la première vague de données de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (1994) que la faiblesse du revenu est un corrélat relativement sans importance pour les résultats des enfants. Si tel est le cas, cela voudrait dire que les transferts de revenu ont relativement peu d'importance pour les enfants.

La présente analyse vise à réexaminer l'association entre, d'une part, les ressources économiques et, d'autre part, l'état de santé des enfants et leur succès scolaire. Bien que nous reconnaissons l'aspect multidimensionnel du bien-être des enfants, nous nous contentons d'examiner l'état de santé et le succès scolaire comme résultats particulièrement « économiques » (c.-à-d. qu'en tant qu'éléments essentiels du « capital humain » des enfants, ils peuvent être étudiés dans le cadre des modèles économiques; l'un et l'autre ont d'importantes incidences sur le succès éventuel des enfants sur le marché du travail).

Un grand avantage de la deuxième vague de données de l'ELNEJ est qu'elle permet d'aller au-delà du revenu et/ou de la pauvreté *actuels* en tant que mesure des ressources économiques à la disposition de l'enfant. Étant donné les fluctuations du revenu familial, particulièrement pour les familles à faible revenu, une moyenne à long terme devrait être une indication plus fiable des ressources économiques familiales que n'importe quelle mesure de l'année courante. Il est aussi possible que les effets des ressources économiques n'apparaissent pas dans l'immédiat; le revenu de l'année précédente peut donc être plus important que le revenu actuel. Enfin, il se peut que la durée du revenu faible soit un facteur important. Nous examinons ces hypothèses et concluons que, pour l'état de santé des enfants, la pauvreté actuelle et la pauvreté sur deux périodes (c.-à-d. à long terme) sont les plus étroitement associées à l'état général de santé actuel de l'enfant, bien que la pauvreté soit importante quelle que soit la méthode d'évaluation employée. La moyenne du revenu sur deux périodes est la plus étroitement liée à l'état de santé de l'enfant. Pour le succès scolaire, c'est clairement la pauvreté à long terme et la moyenne du revenu sur deux périodes qui y sont associées de plus près.

Les économistes soutiendraient que la richesse et les flux de revenu sont aussi des composantes essentielles des ressources économiques à la disposition d'une famille. En l'absence d'information directe sur les biens familiaux, nous incluons une approximation de l'accession à la propriété et de l'état de l'habitation familiale. Enfin, la pensée économique traditionnelle laisse supposer que, à revenu égal, les familles qui ont plus de temps s'en sortent mieux que celles qui en ont moins. Compte tenu du logement et du temps parental disponible par semaine, les enfants qui vivent dans une maison occupée par son propriétaire obtiennent de meilleurs résultats que les autres; les enfants qui vivent dans un logement nécessitant des réparations majeures affichent des résultats inférieurs. Cela représente une voie additionnelle par laquelle les ressources économiques peuvent influencer les résultats pour les enfants. Le nombre d'heures de disponibilité parentale par semaine n'est pas statistiquement significatif pour l'état de santé de l'enfant; toutefois, à revenu égal, un nombre supérieur d'heures de disponibilité parentale par semaine améliore sensiblement les résultats scolaires d'un enfant.

Ces résultats indiquent que le revenu « à long terme » est important pour le bien-être de l'enfant, mesuré par son état de santé et son succès scolaire, mais que les autres mesures des ressources économiques ont elles aussi leur importance. Les conclusions qui dépendent de « l'association faible ou modérée entre le revenu et le bien-être de l'enfant » peuvent être trompeuses (p ex. Blau (1999) : « *Les politiques qui affectent le revenu familial auront peu d'impact direct sur le développement de l'enfant, à moins de modifier le revenu de façon très importante et en permanence.* » [traduction] (p. 261)). Les transferts de revenu peuvent aider les parents à accumuler des biens tels qu'un logement ou à passer plus de temps avec leurs enfants.

Ces attributs sont associés à de meilleurs résultats pour les enfants, même lorsqu'on tient compte du revenu. Les autres instruments de politique peuvent inclure les congés parentaux prolongés, les programmes d'aide à l'accession à la propriété et l'assistance financière aux familles à faible revenu dont le logement nécessite des réparations.

Annexe

Tableau 1 **Moyennes pour l'échantillon estimatif – Variables de contrôle**

La PCM n'a pas terminé ses études secondaires	12,1 %
Âge de l'enfant	9,56
L'enfant est une fille	49,1 %
Famille monoparentale	17,7 %
Nombre d'enfants dans le ménage	2,37
Âge de la PCM	37,8
Nombre d'observations	7 337

Bibliographie

- Boyle, M.H. et Lipman E. *Le lieu a-t-il de l'importance? Une analyse hétérarchique des écarts attribuables à des considérations géographiques sur le comportement des enfants au Canada*. Document de travail W-98-16E, Direction générale de la recherche appliquée, Politique stratégique, Développement des ressources humaines Canada, 1998.
- Cadman, D., Boyle, M.H., Offord, D.R., Szatmari, P., Rae-Grant, N.I., Crawford, J. et Byles, J. « Chronic Illness and Functional Limitation in Ontario Children: Findings of the Ontario Child Health Study ». *Journal de l'Association médicale canadienne* (135), p. 761-767, 1986a.
- Curtis, L.J., Dooley M., Lipman E. et Feeny D. The Role of Permanent Income and Family Structure in the Determination of Child Health in the Ontario Child Health Study. Mimeo, Dalhousie University (article soumis au *Journal of Health Economics*), 1998.
- Curtis, L.J. et Phipps S. *The Missing Link Between Income and Child Health and Well-being: Are We Measuring Income Adequately?* Mimeo, Dalhousie University, 2000.
- Curtis, L.J., Dooley M. et Phipps S. *Does Mother or Father Know Best? An Assessment of Parent/Child Agreement in the Canadian National Longitudinal Survey of Children and Youth*. Mimeo, Dalhousie University, 2000.
- Deaton, A. et Paxson, C. *Mortality, Education, Income and Inequality Among American Cohorts*. National Bureau of Economic Research working paper series no. 7140, Cambridge Massachusetts, 1999.
- Dooley, M.D. et Lipman, E.L. « Child Psychiatric Disorders and Poor School Performance: The Roles of Family Type, Maternal Market Work and Low Income » dans *Towards the XXIst Century: Emerging Sociodemographic Trends and Policy Issues in Canada*. Actes d'un symposium de la Fédération canadienne de démographie, 1996.
- Dooley, M.D., Curtis, L., Lipman, E. et Feeny, D. « Troubles psychiatriques, piètre succès scolaire et problèmes sociaux chez l'enfant : rôles de la structure familiale et de la faiblesse du revenu dans le premier cycle de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes » dans *Les marchés du travail, les institutions sociales et l'avenir des enfants au Canada*, sous la direction de Miles Corak, Statistique Canada, 1998a.
- Dooley, M.D. et Curtis, L. « The Role of Income, Family Structure and Parental Market Work in the Determination of Child Health in the National Longitudinal Survey of Children and Youth. » *Canadian International Labour Network Working Paper*, McMaster University, 1998b.
- Grossman, M. « On the Concept of Health Capital and the Demand for Health », *Journal of Political Economy* (80), n° 2, p. 223-255, 1972.
- Grossman M. *The Demand for Health: a Theoretical and Empirical Investigation*, Occasional paper (119), National Bureau of Economic Research, Columbia University Press, New York, 1972a.

- Grossman, M. et Joyce T. « Socioeconomic Status and Health: A Personal Research Perspective », in *Pathways to Health: The Role of Social Factors*, Gomby D.S. & Kehrler B. H., editors. Mento Park, The Henry J. Kaiser Family Foundation, p. 138-163, 1989.
- Kephart, G., Thomas V.S. et MacLean D.R. « Socioeconomic Differences in the Use of Physician Services in Nova Scotia ». *American Journal of Public Health* (88), n° 5, p. 800-803, 1998.
- Korenman, S., Miller J. et Sjaastad J. « Long-term Poverty and Child Development in the United States: Results from the NLSY ». *Children and Youth Services Review* (17), n° 1-2, p.127-155, 1995.
- Lantz, P.M., House J.H., Lepkowski J.M., Williams D.R. Mero R.P. et Chen J. « Socioeconomic Factors, Health Behaviours, and Mortality: Results from a Nationally Representative Prospective Study of U.S. Adults ». *JAMA* (279), n° 21, p.1 703-1 708, 1998.
- Laroche, M. « In and Out of Low Income », *Tendances sociales canadiennes* (50), p. 20-24, 1998.
- Lipman, E.L. et Offord, D.R. « Les enfants désavantagés », dans le *Guide canadien de médecine clinique préventive*. Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Ontario, (cat. n° H21-117/1994E), p. 356-368, 1994.
- Lipman, E.L. et Offord, D.R. « Psychosocial Morbidity Among Poor Children in Ontario. » in Duncan G., Brooks-Gunn J. (eds.), *Growing Up Poor*. Russell Sage Foundation, 1996.
- Lipman, E.L. et Offord, D.R., Boyle, M.H. « Economic Disadvantage and Child Psycho-Social Morbidity. » *Journal de l'Association médicale canadienne* (151), p.431-437, 1994.
- Munroe Blum, H., Boyle, M.H. et Offord, D.R. « Single Parent Families: Child Psychiatric Disorder and School Performance. » *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (27), p. 214-219, 1988.
- Offord, D.R., Boyle, M.H. et Jones, B.R. « Psychiatric Disorder and Poor School Performance Among Welfare Children in Ontario ». *Revue canadienne de psychiatrie* (32), p. 518-525, 1987.
- Phipps, S.A. *The Well-Being of Canadian Children in International Perspective*. Document présenté à la conférence intitulée The State of Living Standards and the Quality of Life in Canada. Ottawa, 30 octobre 1998, 1998a.
- Phipps, S.A. *What Is the Best Mix of Policies for Canada's Children? An International Comparison of Policies and Outcomes for Young Children*. Étude préparée pour les Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques et Développement des ressources humaines Canada, 1998b.

Smith, D.G., Bartley, M. et Blane, D. « The Black Report on Socioeconomic Inequalities in Health 10 years On ». *British Medical Journal* (301), p. 373-377, 1990.

Smith, D.G., Shipley, M.J. et Rose, G. « Magnitude and Causes of Socioeconomic Differentials in Mortality: Further Evidence from the Whitehall Study ». *Journal of Epidemiology and Community Health* (44), p. 265-270, 1990b.

Williamson, D.L. et Fast, J.E. « Poverty Status, Health Behaviours and Health Implications for Social Assistance Policy », *Canadian Public Policy* (24), n° 1, p. 1-25, 1998.