

## Tableau 17 – Annuaire démographique 2017

Le tableau 17 présente des statistiques et des taux de mortalité liée à la maternité pour les années disponibles entre 2007 et 2016.

Description des variables : aux fins de *l'Annuaire démographique*, les décès liés à la maternité sont ceux entraînés par l'accouchement ou les complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches dans un délai de 42 jours après la terminaison de la grossesse. Ils sont généralement associés aux codes 38 à 41 dans le cas de la liste de base pour la mise en tableaux de la CIM-9 et aux codes A34, O00 à O95 et O98 et O99 dans le cas de la CIM-10<sup>1</sup>. Les statistiques associées à des codes correspondant à la CIM-10 englobent des décès de type O96 et O97, qui désignent les décès liés à des causes obstétriques se produisant après 42 jours mais moins d'un an après l'accouchement et les décès entraînés par les séquelles de complications obstétriques directes qui se produisent un an ou plus après l'accouchement.

Pour plus de précisions concernant les définitions de la mortalité liée à la maternité dans la dixième révision de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*<sup>2</sup>, se reporter également à la section 4.3 des Notes techniques.

Les statistiques de mortalité liée à la maternité présentées dans le tableau 17 émanent de l'Organisation mondiale de la santé. Elles ne se rapportent qu'aux pays ou zones qui répondent aux critères selon lesquels les statistiques relatives à la cause des décès sont conformes à la liste de la neuvième ou de la dixième révision de la CIM ou peuvent être aisément comparées aux catégories de cette liste. Les données conformes à la dixième révision sont indiquées en gras dans le tableau.

Calcul des taux : les taux de mortalité maternelle représentent le nombre annuel de décès dus à la maternité pour 100 000 naissances vivantes (données du tableau 9) de la même année. Ces taux ont été calculés par la Division de statistique du Département des affaires économiques et sociales de l'Organisation des Nations Unies. Si les données des décès dus à la maternité sont incomplètes ou si les naissances vivantes pour l'année ne sont pas disponibles, les taux ne sont pas calculés. Les taux fondés sur 30 décès liés à la maternité ou moins sont signalés par le signe “♦”.

Fiabilité des données : les statistiques relatives aux pays et aux zones pour lesquels la couverture des données concernant les causes de décès est incomplète (moins de 90 pour cent) ou dont le degré de complétude n'est pas connue sont jugés douteuses et apparaissent en *italique* et non en caractères romains. Les taux correspondant ne sont pas calculés. L'information sur la complétude est normalement fournie par l'Organisation Mondiale de la Santé. Si ce n'est pas le cas, l'information sur la complétude est reprise de tableau 18. La fiabilité des données relatives aux causes de décès fournie par l'Organisation Mondiale de la Santé<sup>3</sup> peut différer de la fiabilité des données relatives au nombre de décès enregistrés. En conséquence, il peut apparaître de différences entre les codes de fiabilité du tableau 18 et du présent tableau.

La composition territoriale est définie dans la Section 2.2 des “Notes Techniques sur les tableaux statistiques”. L'inclusion ou l'exclusion de certaines populations d'un pays ne concerne que le dénominateur.

Insuffisance des données : les statistiques de la mortalité liée à la maternité appellent toutes les réserves qui ont été formulées à propos des statistiques de l'état civil en général et des statistiques relatives à la mortalité en particulier (voir la section 4 des Notes techniques). La fiabilité des données, au sujet de laquelle des indications ont été fournies plus haut, est un facteur important. En outre, les statistiques de la mortalité liée à la maternité appellent les mêmes réserves que celles exposées à la section 4 des Notes techniques en ce qui concerne les statistiques des causes de décès.

Les taux de mortalité maternelle appellent également toutes les réserves formulées à propos des statistiques des naissances vivantes qui ont servi à leur calcul (voir à ce sujet les notes techniques relatives au tableau 9). Des précisions sur certains pays ou zones sont données dans les notes se rapportant au tableau 9.

En prenant le nombre total des naissances vivantes comme base pour le calcul des taux de mortalité maternelle, on obtient une mesure approximative de la probabilité de décès dus aux complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches. Idéalement, ces taux devraient être calculés sur la base du nombre de femmes exposées aux risques liés à la grossesse, c'est-à-dire sur la base du nombre

de femmes qui conçoivent. Étant donné qu'il est impossible de connaître le nombre de femmes ayant conçu, c'est le nombre total de naissances vivantes que l'on utilise pour calculer ces taux.

Données publiées antérieurement : des statistiques concernant les décès liés à la maternité (nombre de décès et taux) ont déjà été présentées dans des éditions antérieures de *l'Annuaire démographique*. Pour plus de précisions concernant les années pour lesquelles ces données ont été publiées, se reporter à l'index.

Il faut souligner que, avant 1975, les taux de mortalité maternelle étaient calculés sur la base de la population féminine et non sur celle du nombre de naissances vivantes. Ils ne sont donc pas comparables à ceux qui figurent dans les éditions de *l'Annuaire démographique* parues après 1975.

---

## NOTES

<sup>1</sup> Sauf pour Bélarus, Fédération de Russie, Seychelles, Turkménistan et Ukraine où A34 et O95 sont exclus.

<sup>2</sup> *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, dixième révision, volume 2. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1992.

<sup>3</sup> Pour plus d'information sur les méthodes spécifiques utilisées pour les pays, voir "Mathers CD, Bernard C, Iburg KM, Inoue M, Ma Fat D, Shibuya K et al. *Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results*. Geneva, World Health Organization, 2003 (GPE Discussion Paper No. 54).