

Tendances et facteurs associés à l'interruption de grossesse chez les femmes en âge de procréer au Burkina Faso : analyse des enquêtes démographiques et de santé de 2003 à 2021

Rachidatou COMPAORE^{1*},
Halima TOUGRI¹,
Kiléa Franck Nazaire GARANET¹,
Adja Mariam OUEDRAOGO¹

Résumé

Introduction. En Afrique subsaharienne, l'interruption de grossesse non sécurisée demeure une cause majeure de mortalité maternelle, dans un contexte de restrictions légales et de forte stigmatisation. Au Burkina Faso, environ 90 % des interruptions seraient non sécurisées et les données de tendance à long terme restent rares. Cette étude analyse les tendances, les facteurs associés et les disparités régionales chez les femmes de 15 à 49 ans, de 2003 à 2021.

Méthodes. Analyse secondaire des EDS de 2003 (n=7 428), 2010 (n=10 485) et 2021 (n=9 274). Des régressions logistiques binaires multivariées, estimées séparément par vague et tenant compte du plan de sondage complexe, ont identifié les déterminants indépendants. La variable dépendante (v228) capture toute grossesse n'ayant pas abouti à une naissance vivante, sans distinguer interruptions provoquées et pertes spontanées.

Résultats. La prévalence a diminué entre 2003 (14,8 % ; IC95% : 13,6–16,0) et 2010 (12,2 % ; 11,5–13,0), avant une remontée en 2021 (13,3 % ; 12,4–14,3). L'âge est le déterminant le plus robuste (AOR 40–49 ans : 5,7–7,9), cohérent avec la nature cumulative de v228. L'activité professionnelle est associée en 2003 (AOR=1,6) et 2021 (AOR=1,5), la polygamie en 2010 et 2021 (AOR=1,2), le mariage avant 18 ans en 2003 et 2010 (AOR=1,3). Des disparités régionales persistent, plus marquées dans les Hauts-Bassins, les Cascades et le Centre.

Conclusion. L'interruption de grossesse demeure un phénomène important, façonné par des déterminants individuels, relationnels et contextuels, appelant un meilleur accès à la contraception moderne et des interventions adaptées aux réalités régionales.

Mots-clés. Interruption de grossesse ; tendances temporelles ; Burkina Faso ; enquêtes démographiques et de santé ; facteurs associés ; enquêtes transversales répétées.

¹ Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS/CNRST), 03 BP 7047 Ouagadougou 03, Ouagadougou, Burkina Faso

***Auteur correspondant :** Rachidatou COMPAORE, Tél. : +226 67 26 49 99
Email : rachidoc7@gmail.com, ORCID : <https://orcid.org/0000-0002-7456-8593>

Trends and factors associated with pregnancy termination among women of reproductive age in Burkina Faso: an analysis of Demographic and Health Surveys from 2003 to 2021

Abstract

Introduction. Unsafe pregnancy termination remains a major cause of maternal mortality in sub-Saharan Africa, in a context of legal restriction and strong social stigma. In Burkina Faso, about 90% of terminations are estimated to occur under unsafe conditions, and long-term trend data remain scarce. This study analysed temporal trends, associated factors and regional disparities in pregnancy termination among women aged 15–49 between 2003 and 2021.

Methods. Secondary analysis of the 2003 (n=7,428), 2010 (n=10,485) and 2021 (n=9,274) DHS. Multivariable binary logistic regression models, fitted separately for each survey round and accounting for the complex survey design, identified independent determinants. The outcome (v228) captures any pregnancy not resulting in a live birth, without distinguishing induced abortions from spontaneous losses.

Results. Prevalence decreased between 2003 (14.8%; 95%CI: 13.6–16.0) and 2010 (12.2%; 11.5–13.0), then rose moderately in 2021 (13.3%; 12.4–14.3). Age was the strongest determinant (AOR 40–49: 5.7–7.9 across rounds), consistent with the cumulative nature of v228. Employment was associated with termination in 2003 (AOR=1.6) and 2021 (AOR=1.5), polygamy in 2010 and 2021 (AOR=1.2), and marriage before age 18 in 2003 and 2010 (AOR=1.3). Regional disparities persisted, with higher levels in Hauts-Bassins, Cascades and Centre.

Conclusion. Pregnancy termination remains an important phenomenon, shaped by individual, relational and contextual determinants, and calls for stronger access to modern contraception and regionally tailored interventions..

Keywords. Pregnancy termination; temporal trends; Burkina Faso; Demographic and Health Surveys; associated factors; repeated cross-sectional surveys.

Introduction

En Afrique subsaharienne, l'interruption de grossesse non sécurisée constitue l'une des principales causes évitables de mortalité maternelle. Les estimations disponibles suggèrent qu'environ huit millions d'interruptions de grossesse surviennent chaque année dans la région, soit près de 33 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, dont plus des trois quarts dans des conditions non sécurisées (1,2). Ces pratiques sont associées à un taux de mortalité particulièrement élevé (185 décès pour 100 000 cas) et touchent de manière disproportionnée les adolescentes, les femmes non mariées et celles vivant en milieu urbain précaire (1,2).

Les travaux menés dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne convergent pour souligner la fréquence des complications liées aux interruptions de grossesse non sécurisées et la persistance d'un recours important à des pratiques clandestines (1,3). Les analyses régionales du Guttmacher Institute ont mis en évidence l'ampleur du phénomène et les disparités persistantes en matière de sécurité (1). Plus récemment, les enquêtes de Performance Monitoring for Action (PMA) ont permis d'estimer l'incidence dans plusieurs contextes, dont le Burkina Faso (4), et d'identifier les groupes les plus exposés (5,6).

Toutefois, la majorité des études disponibles reposent sur des enquêtes transversales uniques et ne permettent pas d'appréhender les évolutions à long terme. Les analyses de tendances fondées sur des données comparables dans le temps demeurent rares, alors même qu'elles constituent un levier essentiel pour éclairer les politiques publiques (1,3,7).

Au Burkina Faso, l'interruption de grossesse n'est autorisée que dans des circonstances limitées : viol, inceste, malformation fœtale grave ou risque vital pour la mère. La forte stigmatisation sociale contribue à un recours important à des méthodes non sécurisées. Les estimations issues de l'enquête PMA 2020 suggèrent une incidence annuelle de 22,9 interruptions de grossesse pour 1 000 femmes, soit environ 113 000 cas par an, dont près de 90 % seraient non sécurisés (5,6).

Les adolescentes, les femmes non mariées et les résidentes urbaines sont particulièrement exposées aux complications graves (7–10). Il convient toutefois de noter que ces données de contexte (PMA, Guttmacher) portent sur des mesures d'incidence récente et concernent spécifiquement les avortements provoqués. Analyser une mesure plus large, issue d'enquêtes nationales répétées et comparables, présente néanmoins un intérêt majeur : elle permet de documenter les tendances populationnelles sur près de deux décennies et d'identifier les facteurs qui leur sont associés, dans un contexte où les avortements provoqués demeurent juridiquement restreints, socialement stigmatisés et donc largement sous-déclarés.

Les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS), nationalement représentatives et répétées dans le temps, offrent précisément une telle opportunité. L'objectif de cette étude était d'analyser les tendances temporelles et les facteurs associés à l'interruption de grossesse parmi les femmes en âge de procréer au Burkina Faso de 2003 à 2021. Plus spécifiquement : 1) décrire l'évolution de la prévalence ; 2) identifier

les caractéristiques sociodémographiques et contextuelles associées ; et 3) examiner les variations régionales afin d'éclairer les interventions ciblées.

Cette étude fournit une analyse de tendances temporelles à partir d'enquêtes transversales répétées représentatives au niveau national sur une période de deux décennies. Elle s'appuie sur un cadre conceptuel socio-écologique inspiré du modèle de Bronfenbrenner (11), illustrant les interactions entre facteurs structurels, communautaires, socioéconomiques, relationnels et individuels pouvant conduire à une grossesse non désirée susceptible d'aboutir à une interruption de grossesse (1,2,6).

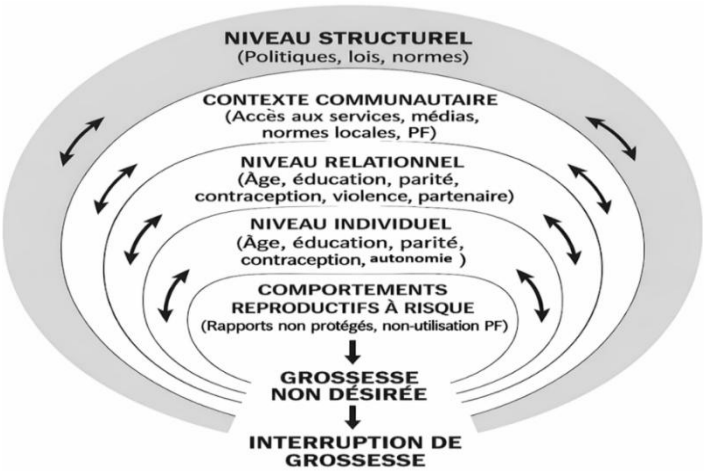


Figure 1 : Cadre conceptuel des déterminants des grossesses non désirées et de l'interruption de grossesse (adapté du modèle socio-écologique de Bronfenbrenner, 1979).

Méthodes

Source des données

L'analyse repose sur les données des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) réalisées au Burkina Faso en 2003, 2010 et 2021, disponibles sur le site du programme DHS (<https://dhsprogram.com>). Ces enquêtes transversales, représentatives aux niveaux national et régional, suivent une méthodologie harmonisée permettant des comparaisons fiables dans le temps.

Population d'étude

La population étudiée regroupait l'ensemble des femmes âgées de 15 à 49 ans ayant participé à l'une des trois enquêtes. Seules celles ayant répondu à la question relative à l'interruption de grossesse ont été retenues pour l'analyse. Les pondérations d'échantillonnage fournies par les EDS ont été appliquées afin de tenir compte du plan d'échantillonnage complexe et d'assurer la représentativité nationale des estimations.

Variables

Variable dépendante.

La variable d'intérêt est l'interruption de grossesse, définie comme toute grossesse déclarée comme n'ayant pas abouti à une naissance vivante (variable v228 des EDS). Cette variable constitue une mesure cumulative sur l'ensemble de la vie reproductive de la femme au moment de l'enquête : elle capture le fait d'avoir déclaré au moins une telle grossesse depuis le début de la vie reproductive, sans information sur la date de survenue ni sur la nature de l'événement (avortement spontané, avortement provoqué ou mort-né). Dans cette étude, le terme « interruption de grossesse » est utilisé de façon générique pour désigner cet ensemble, conformément à la mesure disponible.

Variables indépendantes.

Les variables explicatives incluent : groupes d'âge, niveau d'instruction, statut d'emploi, désir de fécondité du mari, nombre idéal d'enfants, exposition aux médias, violence physique pendant la grossesse, intervalle intergénéral, autonomie décisionnelle en matière de santé, sexe du chef de ménage, quintile de richesse, assurance maladie, connaissance d'une méthode contraceptive moderne, connaissance correcte de la période de fertilité, existence de coépouses, mariage avant 18 ans, multipartenariat et obstacles d'accès aux soins (permission, coût, distance).

Les variables sélectionnées pour les modèles multivariés ont été choisies sur la base de leur pertinence théorique au regard du cadre conceptuel socio-écologique et de leur disponibilité dans les trois vagues d'enquête. Certaines variables n'étaient pas disponibles dans toutes les vagues (violence physique pendant la grossesse et assurance maladie absentes en 2003), conduisant à des spécifications légèrement asymétriques selon les années. Chacun des trois obstacles d'accès aux

soins constitue une variable binaire distincte, la modalité « Oui » désignant les femmes déclarant que l'obtention d'une permission, le coût ou la distance représente un problème pour accéder aux soins, la modalité « Non » servant de référence.

Analyse statistique

L'analyse a été conduite en plusieurs étapes. Une analyse descriptive a d'abord décrit les caractéristiques de la population séparément pour les trois vagues (Tableau I). Une analyse des tendances temporelles a ensuite été réalisée, avec des tests de tendance pour apprécier la significativité des variations observées. Des régressions logistiques binaires multivariées ont été estimées séparément pour chacune des trois vagues d'enquête, la variable dépendante étant dichotomique (avoir déclaré une interruption de grossesse : oui/non). Les variables présentant un taux de valeurs manquantes supérieur à 25 % dans au moins une vague ont été exclues des modèles multivariés (intervalle intergénéral : 27–29 % de manquants ; intention future d'utiliser la planification familiale : 19–44 % ; violence physique pendant la grossesse : 27–31 %, absente en 2003). Ces variables restent présentées dans le Tableau I à titre descriptif. Cette décision a permis de conserver 93–94 % de l'échantillon total dans chaque modèle (N=6 916 en 2003 ; N=9 785 en 2010 ; N=8 701 en 2021).

La multicolinéarité entre variables a été testée par le facteur d'inflation de la variance (VIF) ; les corrélations observées variaient de $-0,611$ à $0,378$, sans dépasser le seuil critique de $0,70$. Les estimations ont été produites à l'aide de la commande `svy: logistic` du logiciel Stata, qui intègre les pondérations, grappes et strates du plan de sondage complexe des EDS.

Les résultats sont exprimés en Odds Ratios ajustés (AOR) avec leurs intervalles de confiance à 95 %. Le seuil de significativité est fixé à $p < 0,05$.

Considérations éthiques

Les données des EDS sont accessibles publiquement et ont été collectées avec l'approbation des comités d'éthique nationaux et internationaux. L'autorisation d'utilisation des données a été obtenue auprès du programme DHS. Cette étude secondaire ne requiert pas de consentement individuel supplémentaire.

Résultats

a. Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée (2003–2021)

L'analyse porte sur 7 428 femmes en 2003, 10 485 en 2010 et 9 274 en 2021, soit un total de 27 187 femmes âgées de 15 à 49 ans. Les caractéristiques sociodémographiques et reproductives sont présentées dans le Tableau I.

Les profils observés sont globalement comparables au fil du temps. La proportion de femmes ayant déclaré une interruption de grossesse augmente régulièrement avec l'âge, passant de 3,4 % chez les 15–19 ans à 24,7 % chez les 40–49 ans en 2003, avec des tendances similaires en 2010 et 2021. La polygamie concerne une proportion décroissante des femmes, passant de 47,4 % (3 372/7 116) en 2003 à 41,5 % (4 205/10 127) en 2010 puis 35,0 % (3 090/8 831) en 2021. Le multipartenariat (≥ 2 partenaires dans les 12 derniers mois) reste marginal sur toute la période : 0,4 % (33/7 419) en 2003, 0,2 % (18/10 475) en 2010 et 0,9 % (86/9 274) en 2021. La connaissance des méthodes contraceptives modernes progresse de 92,2 % (6 851/7 428) en 2003 à 99,1 % (9 194/9 274) en 2021.

Tableau I : Prévalence de l'interruption de grossesse selon les caractéristiques sociodémographiques et reproductives des femmes âgées de 15–49 ans, Burkina Faso EDS 2003, 2010 et 2021

Caractéristiques	Catégories	2003 % (n)	2010 % (n)	2021 % (n)
Âge	15–19	3,4 (484)	4,1 (621)	4,0 (547)
	20–29	11,5 (3 550)	9,7 (5 041)	10,7 (4 184)
	30–39	18,0 (2 464)	14,4 (3 693)	15,8 (3 525)
	40–49	24,7 (929)	21,1 (1 130)	20,7 (1 018)
	Total	14,8 (7 428)	12,2 (10 485)	13,3 (9 274)
Niveau d'éducation	Aucun	15,2 (6 468)	12,4 (8 642)	13,6 (6 360)
	Primaire	13,6 (638)	11,6 (1 197)	14,0 (1 252)
	Secondaire+	8,5 (322)	11,8 (642)	11,7 (1 661)
	Total	14,8 (7 428)	12,2 (10 481)	13,3 (9 274)
Statut d'emploi	Ne travaille pas	9,1 (582)	10,5 (1 905)	9,4 (3 191)
	Travaille	15,3 (6 843)	12,7 (8 444)	15,5 (6 043)
	Total	14,8 (7 425)	12,3 (10 349)	13,4 (9 234)
Désir de fécondité du mari	Même désir	14,7 (2 032)	11,3 (3 507)	13,7 (2 573)

Caractéristiques		Catégories	2003 % (n)	2010 % (n)	2021 % (n)
Nombre d'enfants		Mari veut plus	16,8 (1 940)	12,7 (4 533)	12,7 (2 846)
		Mari veut moins	9,5 (133)	17,2 (350)	16,9 (260)
		Ne sait pas	14,4 (3 003)	12,6 (1 727)	14,3 (3 141)
		Total	15,0 (7 109)	12,4 (10 117)	13,7 (8 820)
	idéal	1–2	16,3 (189)	13,8 (133)	10,1 (149)
		3–4	14,9 (1 819)	10,6 (2 451)	11,4 (1 738)
		5+	14,5 (5 078)	12,4 (7 526)	13,3 (6 511)
		Total	14,6 (7 086)	12,0 (10 111)	12,9 (8 399)
	Exposition médias	aux < 1 fois/semaine	14,5 (4 964)	12,1 (5 376)	12,1 (4 565)
		≥ 1 fois/semaine	15,3 (2 464)	12,4 (5 109)	14,5 (4 708)
		Total	14,8 (7 428)	12,2 (10 485)	13,3 (9 274)
Violence physique pendant grossesse†		Non	—	11,8 (7 517)	13,2 (6 297)
		Oui	—	15,2 (171)	15,3 (79)
		Total	—	11,9 (7 688)	13,3 (6 376)
Intervalle intergénérisque†		< 36 mois	15,4 (2 224)	11,1 (2 961)	12,9 (1 897)
		≥ 36 mois	19,0 (3 150)	15,8 (4 678)	16,2 (4 731)
		Total	17,5 (5 375)	14,0 (7 639)	15,2 (6 628)
Décision autonome		Non	14,7 (3 049)	12,3 (5 891)	14,6 (4 481)
		Oui	15,3 (4 072)	12,5 (4 240)	12,8 (4 349)
		Total	15,0 (7 121)	12,4 (10 131)	13,7 (8 831)
Sexe du chef de ménage		Homme	14,8 (7 029)	12,4 (9 785)	13,5 (8 441)
		Femme	15,4 (399)	9,4 (700)	12,1 (833)
		Total	14,8 (7 428)	12,2 (10 485)	13,3 (9 274)
Indice de richesse		Plus pauvre	15,2 (1 379)	13,4 (2 037)	11,3 (1 863)
		Pauvre	13,8 (1 523)	13,2 (2 199)	12,6 (1 850)
		Moyen	16,0 (1 976)	10,7 (2 237)	13,8 (1 918)
		Riche	14,5 (1 334)	11,4 (2 207)	14,6 (1 887)
		Plus riche	13,9 (1 216)	12,6 (1 804)	14,4 (1 756)
		Total	14,8 (7 428)	12,2 (10 485)	13,3 (9 274)
Assurance maladie†		Non	—	12,2 (10 438)	13,3 (9 218)
		Oui	—	21,4 (43)	17,4 (56)
		Total	—	12,2 (10 482)	13,3 (9 274)

Caractéristiques		Catégories	2003 % (n)	2010 % (n)	2021 % (n)
Connaît une méthode moderne		Non	9,9 (577)	10,9 (214)	5,0 (80)
		Oui	15,2 (6 851)	12,3 (10 271)	13,4 (9 194)
		Total	14,8 (7 428)	12,2 (10 485)	13,3 (9 274)
Utilise une méthode moderne†		Non	14,7 (6 701)	12,0 (8 894)	13,6 (5 844)
		Oui	15,6 (727)	13,4 (1 591)	13,0 (3 430)
		Total	14,8 (7 428)	12,2 (10 485)	13,3 (9 274)
Intention d'utiliser PF†		Utilisera plus tard	15,6 (4 019)	11,8 (5 723)	14,0 (2 560)
		Incertaine	11,5 (742)	6,3 (276)	13,8 (785)
		N'a pas l'intention	14,6 (1 263)	13,5 (2 481)	13,6 (1 891)
		Total	14,9 (6 024)	12,1 (8 480)	13,8 (5 236)
Connaissance correcte fertilité		Non	15,2 (5 994)	12,1 (6 246)	14,4 (5 677)
		Oui	13,2 (1 433)	12,5 (4 239)	11,7 (3 597)
		Total	14,8 (7 428)	12,2 (10 485)	13,3 (9 274)
Multipartenariat		0 partenaire	12,1 (2 059)	10,9 (1 855)	13,1 (770)
		1 partenaire	15,8 (5 327)	12,5 (8 603)	13,4 (8 418)
		2+ partenaires	26,1 (33)	13,2 (18)	12,1 (86)
		Total	14,8 (7 419)	12,2 (10 475)	13,3 (9 274)
Coépouses		Aucune	13,4 (3 744)	11,2 (5 922)	12,8 (5 741)
		≥1	16,8 (3 372)	14,0 (4 205)	15,4 (3 090)
		Total	15,0 (7 116)	12,4 (10 127)	13,7 (8 831)
Mariage avant 18 ans		Non	13,1 (2 784)	11,5 (4 413)	13,6 (4 955)
		Oui	16,1 (4 548)	13,0 (5 947)	13,4 (4 182)
		Total	15,0 (7 332)	12,3 (10 360)	13,5 (9 137)

% = pourcentage de femmes ayant déclaré une interruption de grossesse ; n = effectif de la catégorie (dénominateur pondéré). — = variable non collectée lors de cette vague d'enquête.
† Variable présentant un taux de valeurs manquantes > 25 % dans au moins une vague, exclue des modèles multivariés.

b. Tendances de l'interruption de grossesse au Burkina Faso (2003–2021)

L'analyse des données des trois vagues d'enquête montre une évolution non linéaire de la prévalence de l'interruption de grossesse au cours des deux dernières décennies. La proportion de femmes déclarant avoir déjà vécu une interruption de grossesse diminue significativement entre 2003 (14,8 % ; IC95% : 13,6–16,0) et 2010 (12,2 % ; IC95% : 11,5–

13,0), avant de remonter modérément en 2021 (13,3 % ; IC95% : 12,4–14,3). Si la baisse observée entre 2003 et 2010 est statistiquement significative, l'augmentation entre 2010 et 2021 demeure plus modérée et ses intervalles de confiance se chevauchent partiellement, suggérant une stabilisation relative plutôt qu'une véritable reprise à la hausse. Les données de prévalence par année d'enquête sont présentées dans le Tableau A1 (Annexe) et illustrées par la Figure 2.

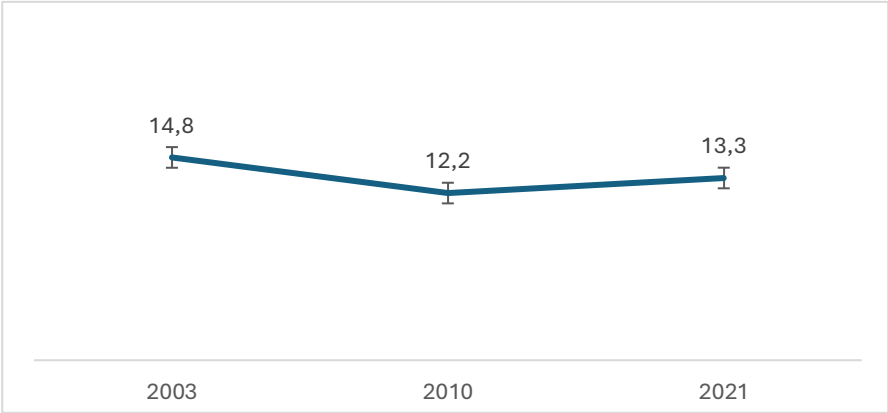


Figure 2 : Tendances de la prévalence de l'interruption de grossesse parmi les femmes âgées de 15–49 ans au Burkina Faso, EDS 2003–2021. Les barres verticales représentent les intervalles de confiance à 95 %.

c. Facteurs associés à l'interruption de grossesse (2003–2021)

Les modèles ont été estimés séparément pour chaque vague (N=6 916 en 2003 ; N=9 785 en 2010 ; N=8 701 en 2021), avec prise en compte du plan de sondage complexe. Les résultats des modèles de régression logistique binaire multivariée (Tableau II) mettent en évidence des déterminants relativement stables de l'interruption de grossesse au Burkina Faso, tout en révélant certaines évolutions selon les années d'enquête.

L'âge de la mère constitue le déterminant le plus robuste et le plus stable dans les trois vagues, avec un gradient cumulatif croissant et hautement significatif. Comparativement aux adolescentes de 15–19 ans, les femmes plus âgées présentent systématiquement des probabilités plus élevées d'avoir déclaré une interruption de grossesse : en 2021, les AOR sont de 2,6 [1,5–4,6] pour les 20–29 ans, 3,9 [2,2–6,7] pour les 30–39 ans, et 5,7 [3,2–10,1] pour les 40–49 ans. Des effets similaires sont observés en 2003 (40–49 ans : AOR=7,9 [4,4–14,3]) et 2010 (40–49 ans : AOR=5,9 [3,5–9,9]). Ce gradient est cohérent avec la nature

cumulative de v228, qui mesure la prévalence vie entière et non une incidence récente.

Le niveau d'instruction n'est significativement associé à l'interruption de grossesse dans aucune des trois vagues, ce qui indique que le phénomène concerne l'ensemble des femmes indépendamment de leur scolarisation.

L'activité professionnelle est associée à une probabilité significativement plus élevée en 2003 (AOR=1,6 [1,1–2,2]) et en 2021 (AOR=1,5 [1,3–1,8]), mais pas en 2010 (AOR=1,1 [0,9–1,4]).

L'effet du désaccord entre conjoints sur le désir d'enfants est limité à 2010 : lorsque le conjoint souhaite moins d'enfants, la probabilité d'interruption est plus élevée (AOR=1,5 [1,1–2,0]). Cette association n'est pas retrouvée en 2003 ni en 2021.

L'obtention d'une permission constitue un problème d'accès aux soins est associé à une probabilité significativement plus faible d'avoir déclaré une interruption de grossesse en 2010 (AOR = 0,8 [0,6–1,0]) et en 2021 (AOR = 0,7 [0,6–0,9]). Les deux autres obstacles — les obstacles financiers et la distance — ne sont significativement associés dans aucune des trois vagues.

La polygamie est associée à une probabilité plus élevée d'interruption de grossesse en 2010 (AOR=1,2 [1,0–1,3]) et en 2021 (AOR=1,2 [1,0–1,4]).

Le mariage précoce (mariage avant 18 ans) est significativement associé en 2003 (AOR=1,3 [1,0–1,5]) et en 2010 (AOR=1,3 [1,1–1,4]), avec une tendance atténuée en 2021 (AOR=1,1 [1,0–1,3]).

En 2003, les femmes ayant eu un partenaire présentent une probabilité significativement plus élevée (AOR=1,3 [1,1–1,6]). Celles ayant eu ≥ 2 partenaires (multipartenariat) présentaient un risque nettement plus marqué (AOR=6,5 [2,0–21,4]). Ces associations ne sont pas significatives en 2010 ni en 2021.

Les disparités régionales sont marquées et persistantes. En 2021, les régions des Hauts-Bassins (AOR=2,7 [1,9–3,9]), du Centre (AOR=1,9 [1,3–2,8]), de l'Est (AOR=1,9 [1,3–2,7]) et des Cascades (AOR=2,0 [1,3–3,2]) présentent les niveaux les plus élevés. Le Centre-Sud évolue d'un niveau très faible en 2003 (AOR=0,3 [0,2–0,5]) à un niveau significativement plus élevé en 2021 (AOR=1,5 [1,0–2,4]).

Tableau II : Facteurs associés à l'interruption de grossesse parmi les femmes âgées de 15–49 ans, Burkina Faso (EDS 2003, 2010, 2021)

Variable	Catégorie	2003 AOR [IC95%]	2010 AOR [IC95%]	2021 AOR [IC95%]
Taille de l'échantillon analytique		N = 6 916	N = 9 785	N = 8 701
Âge maternel (réf. : 15–19 ans)				
	15–19 ans (réf.)	1	1	1
	20–29 ans	3,0*** [1,7–5,5]	2,4*** [1,4–3,9]	2,6*** [1,5–4,6]
	30–39 ans	5,1*** [2,7–9,8]	3,6*** [2,2–5,9]	3,9*** [2,2–6,7]
	40–49 ans	7,9*** [4,4–14,3]	5,9*** [3,5–9,9]	5,7*** [3,2–10,1]
Niveau d'instruction (réf. : Sans instruction)				
	Sans instruction (réf.)	1	1	1
	Primaire	1,1 [0,8–1,5]	1,1 [0,8–1,3]	1,1 [0,9–1,4]
	Secondaire et plus	0,7 [0,4–1,0]	1,2 [0,9–1,7]	1,1 [0,9–1,3]
Statut d'emploi (réf. : Ne travaille pas)				
	Ne travaille pas (réf.)	1	1	1
	Travaille	1,6* [1,1–2,2]	1,1 [0,9–1,4]	1,5*** [1,3–1,8]
Désir de fécondité du conjoint (réf. : Même désir)				
	Même désir (réf.)	1	1	1
	Conjoint veut plus	1,0 [0,8–1,2]	1,0 [0,9–1,2]	0,9 [0,7–1,1]
	Conjoint veut moins	0,6 [0,3–1,2]	1,5* [1,1–2,0]	1,2 [0,8–1,6]
	Ne sait pas	0,9 [0,8–1,1]	1,2 [1,0–1,5]	1,0 [0,8–1,2]
Exposition aux médias (réf. : < 1 fois/semaine)				
	< 1 fois/semaine (réf.)	1	1	1
	≥ 1 fois/semaine	1,1 [0,9–1,3]	1,0 [0,9–1,2]	1,1 [0,9–1,3]
Autonomie décisionnelle (réf. : Décide seule ou conjointement)				
	Décide seule/conjointement (réf.)	1	1	1
	Pas d'autonomie	1,0 [0,9–1,2]	1,1 [1,0–1,3]	0,9 [0,8–1,0]
Sexe du chef de ménage (réf. : Homme)				
	Homme (réf.)	1	1	1
	Femme	1,4 [0,9–2,1]	0,8 [0,6–1,1]	1,0 [0,7–1,3]
Indice de richesse (réf. : Plus pauvre)				
	Plus pauvre (réf.)	1	1	1
	Pauvre	0,9 [0,6–1,2]	1,0 [0,8–1,3]	1,0 [0,8–1,3]
	Moyen	1,1 [0,8–1,5]	0,8 [0,7–1,0]	1,1 [0,9–1,4]
	Riche	0,9 [0,6–1,2]	0,9 [0,7–1,1]	1,0 [0,8–1,3]
	Plus riche	1,0 [0,7–1,5]	1,0 [0,7–1,3]	0,9 [0,7–1,2]
Assurance maladie (réf. : Non) — absente en 2003				
	Non (réf.)	1	1	1
	Oui	— (nd)	1,5 [0,5–4,1]	1,0 [0,3–2,8]
Région (réf. : Boucle du Mouhoun)				
	Boucle du Mouhoun (réf.)	1	1	1
	Cascades	1,7** [1,2–2,3]	1,3 [0,9–2,0]	2,0** [1,3–3,2]
	Centre	1,0 [0,6–1,4]	1,0 [0,6–1,4]	1,9*** [1,3–2,8]
	Centre-Est	0,8 [0,5–1,1]	0,4*** [0,2–0,6]	1,7** [1,2–2,4]
	Centre-Nord	1,0 [0,7–1,5]	0,8 [0,5–1,3]	1,3 [0,9–1,9]
	Centre-Ouest	1,5* [1,1–2,1]	0,8 [0,6–1,1]	0,8 [0,5–1,2]

Variable	Catégorie	2003 AOR [IC95%]	2010 AOR [IC95%]	2021 AOR [IC95%]
	Centre-Sud	0,3*** [0,2–0,5]	1,5* [1,0–2,2]	1,5* [1,0–2,4]
	Est	0,8 [0,5–1,2]	0,9 [0,6–1,3]	1,9** [1,3–2,7]
	Hauts-Bassins	1,6** [1,1–2,1]	1,0 [0,7–1,4]	2,7*** [1,9–3,9]
	Nord	1,3 [0,9–1,8]	1,0 [0,7–1,4]	1,4 [1,0–2,1]
	Plateau Central	0,5** [0,3–0,9]	1,1 [0,7–1,5]	1,6* [1,1–2,2]
	Sahel	1,1 [0,8–1,6]	0,8 [0,5–1,2]	0,8 [0,4–1,6]
	Sud-Ouest	0,9 [0,7–1,3]	1,8*** [1,3–2,6]	1,3 [0,9–1,9]
Obstacles d'accès aux soins (réf. : Non)				
	<i>Non (réf. toutes (réf.)</i>	1	1	1
	Permission soins — Oui	1,0 [0,8–1,3]	0,8* [0,6–1,0]	0,7** [0,6–0,9]
	Manque d'argent — Oui	1,0 [0,8–1,2]	0,9 [0,7–1,0]	0,9 [0,7–1,0]
	Distance soins — Oui	1,1 [0,9–1,3]	1,0 [0,9–1,2]	1,0 [0,8–1,2]
Connaissance période fertile (réf. : Non)				
	<i>Non (réf.)</i>	1	1	1
	Oui	1,1 [0,8–1,3]	1,0 [0,9–1,2]	0,9 [0,7–1,0]
Multipartenariat 12 derniers mois (réf. : 0 partenaire)				
	<i>0 partenaire (réf.)</i>	1	1	1
	1 partenaire	1,3** [1,1–1,6]	1,1 [0,9–1,4]	1,0 [0,7–1,3]
	≥ 2 partenaires	6,5** [2,0–21,4]	2,4 [0,5–12,5]	0,7 [0,2–1,8]
Coépouses (réf. : Aucune)				
	<i>Aucune (réf.)</i>	1	1	1
	Oui	1,0 [0,9–1,2]	1,2* [1,0–1,3]	1,2* [1,0–1,4]
Mariage avant 18 ans (réf. : Non)				
	<i>Non (réf.)</i>	1	1	1
	Oui	1,3* [1,0–1,5]	1,3** [1,1–1,4]	1,1 [1,0–1,3]

AOR = Odds Ratio Ajusté ; IC95% = Intervalle de confiance à 95%. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

nd = variable non disponible dans cette vague d'enquête. Réf. = modalité de référence (AOR = 1).

Discussion

Les résultats de cette étude mettent en évidence la persistance de l'interruption de grossesse au Burkina Faso au cours des deux dernières décennies, avec une prévalence cumulée relativement stable malgré une baisse significative entre 2003 et 2010, suivie d'une légère remontée en 2021. Ces tendances rejoignent les constats formulés dans d'autres contextes d'Afrique subsaharienne (1,2).

L'âge constitue le déterminant le plus robuste de l'interruption de grossesse, avec un gradient positif croissant et hautement significatif dans les trois vagues. Ce résultat s'explique en grande partie par la nature cumulative de v228 : plus une femme a vécu d'années en âge de procréer, plus la probabilité qu'elle ait déclaré au moins une grossesse n'ayant pas abouti à une naissance vivante est élevée. Ce point méthodologique est central à l'interprétation et distingue nos résultats

de ceux d'études mesurant une incidence récente, dans lesquelles les adolescentes et jeunes femmes apparaissent souvent comme le groupe le plus exposé (3,12,13). Des analyses menées dans d'autres pays de la région montrent des tendances similaires (3,12).

Le niveau d'instruction présente une association non significative dans les modèles ajustés. Ce résultat indique que le phénomène concerne l'ensemble des femmes indépendamment de leur scolarisation, ce qui peut refléter des différences dans la définition de la variable dépendante par rapport à certaines analyses régionales ayant observé une association positive entre éducation et recours à l'interruption de grossesse (10,14).

L'activité professionnelle constitue un déterminant significatif en 2003 et 2021. Les femmes économiquement actives présentent une probabilité plus élevée d'interruption de grossesse, ce qui peut refléter une volonté de contrôle de la fécondité dans un contexte où les contraintes professionnelles et économiques pèsent sur les trajectoires familiales (1). Cette association est rapportée dans d'autres contextes africains (14,15).

Les dynamiques conjugales jouent un rôle en 2010 uniquement. Le désaccord entre conjoints sur les désirs de fécondité est associé à une probabilité plus élevée d'interruption lorsque le conjoint souhaite moins d'enfants (AOR=1,5). Ce résultat met en lumière l'influence des rapports de pouvoir au sein du couple et l'importance des négociations autour du désir d'enfant. Ces constats rejoignent les analyses menées dans d'autres contextes africains (6). Ce résultat, limité à une seule vague, suggère un contexte spécifique à la période 2010 plutôt qu'une tendance structurelle, et doit être interprété avec prudence (6).

La polygamie est associée à une probabilité plus élevée d'interruption de grossesse en 2010 et 2021. Les femmes en union polygame peuvent faire face à des pressions de compétition entre coépouses, générant une tension autour du contrôle de la fécondité. Ce résultat mérite d'être exploré dans de futures études qualitatives sur les dynamiques reproductives en contexte polygame.

Le multipartenariat apparaît comme un déterminant en 2003, avec un effet particulièrement marqué pour les femmes ayant deux partenaires ou plus. L'absence de significativité dans les enquêtes plus récentes et la largeur des intervalles de confiance suggèrent une instabilité de cette association à interpréter avec prudence (2). Le mariage avant 18 ans,

significatif en 2003 et 2010, ne l'est plus en 2021. La baisse progressive du mariage des enfants documentée au Burkina Faso au cours de la dernière décennie (7) pourrait contribuer à atténuer cet effet dans la vague la plus récente.

Le seul obstacle d'accès aux soins associé à l'interruption de grossesse est la permission de consulter, et l'association va dans le sens inverse de celui attendu : les femmes déclarant que l'obtention d'une permission constitue un problème rapportent moins fréquemment une interruption de grossesse (AOR = 0,8 en 2010 ; 0,7 en 2021). Plusieurs interprétations non exclusives peuvent être avancées. Cet indicateur reflète d'abord le contrôle exercé par l'entourage sur la mobilité et les décisions de santé des femmes ; ce contrôle peut s'accompagner d'une moindre exposition aux rapports non protégés hors union et limiter la possibilité de recourir discrètement à un prestataire. Il peut ensuite s'accompagner d'une plus grande réticence à déclarer une grossesse interrompue lors de l'enquête, dans un contexte de restriction légale et de forte stigmatisation : l'association observée traduirait alors, au moins en partie, un biais de déclaration différentiel plutôt qu'une différence réelle de recours. Enfin, cette mesure porte sur l'accès aux soins au moment de l'enquête, alors que la variable dépendante couvre l'ensemble de la vie reproductive, ce qui interdit toute lecture causale. Ce résultat souligne néanmoins la place des déterminants relationnels — autonomie décisionnelle et contrôle de la mobilité — dans les trajectoires reproductives (1,16).

Les disparités régionales sont une caractéristique structurante de cette étude. Les régions des Hauts-Bassins, des Cascades et du Centre affichent des niveaux parmi les plus élevés, en particulier en 2021, probablement en lien avec des différences d'accès aux services de santé reproductive et de normes sociales (16). L'évolution du Centre-Sud, passant de l'un des niveaux les plus bas en 2003 à un niveau plus élevé en 2021, souligne l'importance d'approches régionales différenciées.

Dans l'ensemble, ces résultats convergent avec la littérature internationale et régionale pour souligner le caractère multidimensionnel de l'interruption de grossesse (1,2,12,13,16). L'absence d'effet significatif du niveau d'instruction, de la richesse et de l'exposition aux médias dans les modèles ajustés suggère que ces facteurs agissent davantage en amont de la chaîne causale.

Limites

La principale limite concerne la nature de la variable dépendante. La variable v228 des EDS est une mesure cumulative vie entière capturant toute grossesse n'ayant pas abouti à une naissance vivante, sans distinguer les avortements provoqués des fausses couches ou des mort-nés, et sans information sur la date de survenue. Cette nature cumulative implique que les résultats reflètent une prévalence vie entière et non une incidence récente — ce qui est central pour l'interprétation de l'effet de l'âge — et que nos estimations ne sont pas directement comparables à celles des études mesurant l'incidence récente des avortements provoqués (PMA, Guttmacher).

Une deuxième limite est le biais de sous-déclaration. Dans un contexte légal restrictif et de forte stigmatisation sociale, les femmes peuvent hésiter à déclarer une grossesse interrompue, conduisant vraisemblablement à une sous-estimation de la prévalence réelle. Ce biais pourrait varier selon les caractéristiques socioéconomiques et les vagues d'enquête.

La comparabilité inter-vagues constitue une troisième limite. Certaines variables n'étaient pas disponibles dans toutes les vagues — notamment la violence physique pendant la grossesse et l'assurance maladie, absentes en 2003. Trois variables présentant des taux élevés de valeurs manquantes ont été exclues des modèles multivariés (intervalle intergénérisique, intention future d'utiliser la PF, violence physique). Cette décision a permis de préserver la taille de l'échantillon analytique (93–94 % de l'échantillon total), mais peut conduire à une omission de déterminants potentiellement importants. Enfin, les modèles utilisés sont des régressions logistiques individuelles qui ne reflètent pas pleinement la structure multiniveau du cadre conceptuel ; des analyses multiniveaux constitueraient une extension utile. Malgré ces limites, l'étude tire parti de données représentatives couvrant près de deux décennies, avec une prise en compte rigoureuse du plan de sondage complexe.

Conclusion

Cette analyse des tendances temporelles à partir des EDS de 2003, 2010 et 2021 met en évidence la persistance d'un recours non négligeable à l'interruption de grossesse au Burkina Faso. Les variations modérées observées au fil du temps traduisent l'influence durable de déterminants structurels des grossesses non désirées, tels que les contraintes

socioéconomiques, les normes sociales et les besoins non satisfaits en contraception. Les facteurs associés identifiés confirment l'importance des caractéristiques individuelles, relationnelles et contextuelles dans les trajectoires reproductives des femmes. Les disparités régionales soulignent la nécessité d'approches différenciées, adaptées aux réalités locales.

Ces résultats mettent en lumière l'urgence de renforcer les interventions visant à prévenir les grossesses non désirées, notamment l'amélioration de l'accès à la contraception moderne, la réduction des obstacles sociaux et institutionnels, et la promotion de l'autonomie reproductive des femmes. Compte tenu de la nature cumulative de la mesure utilisée et des limites inhérentes à la variable v228, ces résultats doivent être interprétés avec prudence et complétés par des études à partir de mesures d'incidence récente. Cette étude, en fournissant des éléments probants sur près de deux décennies à partir d'enquêtes transversales répétées, contribue à combler un vide scientifique important et offre aux décideurs et partenaires des informations essentielles pour renforcer les stratégies de prévention.

Références bibliographiques

1. Bankole A, Remez L, Owolabi O, Philbin J, Williams P. From unsafe to safe abortion in Sub-Saharan Africa: Slow but steady progress. New York: Guttmacher Institute; 2020. [En ligne]. <https://www.guttmacher.org/report/from-unsafe-to-safe-abortion-sub-saharan-africa>. Consulté le 15 juin 2026.
2. Gebremedhin M, Semahegn A, Usmael T, Tesfaye G. Unsafe abortion and associated factors among reproductive aged women in Sub-Saharan Africa: a protocol for a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*. 2018;7(1):130. doi:10.1186/s13643-018-0775-9
3. Kassa RN, Kaburu EW, Andrew-Bassey U, Abdiwali SA, Nahayo B, Samuel N, et al. Factors associated with pregnancy termination in six sub-Saharan African countries. *PLOS Glob Public Health*. 2024;4(5):e0002280. doi:10.1371/journal.pgph.0002280
4. Performance Monitoring for Action (PMA) & Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS). *PMA Burkina Faso & HHFA: Soins après avortement (Version 1)*. Ouagadougou: PMA/IRSS; 2022. [En ligne].

https://www.pmadata.org/sites/default/files/data_product_results/BF_PostAbortionCare%20Brief_FR_v6_2022.pdf Consulté le 3 mars 2026.

5. Performance Monitoring for Action (PMA). Burkina Faso Abortion Brief. 2022. [En ligne]. https://www.pmadata.org/sites/default/files/data_product_results/BF_Abortion%20Brief_FR_v5_15Jul2022_FINAL.pdf. Consulté le 15 juillet 2026.

6. Bell SO, Guiella G, Byrne ME, Bazie F, Onadja Y, Thomas HL, et al. Induced abortion incidence and safety in Burkina Faso in 2020: Results from a population-based survey using direct and social network-based estimation approaches. *PLoS One*. 2022;17(11):e0278168. doi:10.1371/journal.pone.0278168

7. Ayalew HG, Liyew AM, Tessema ZT, Worku MG, Tesema GA, Alamneh TS, et al. Prevalence and factors associated with unintended pregnancy among adolescent girls and young women in sub-Saharan Africa, a multilevel analysis. *BMC Womens Health*. 2022;22(1):464. doi:10.1186/s12905-022-02048-7

8. Bell SO, Oumarou S, Larson EA, Alzouma S, Moreau C. Abortion incidence and safety in Niger in 2021: Findings from a nationally representative cross-sectional survey of reproductive-aged women using direct and indirect measurement approaches. *PLOS Glob Public Health*. 2023;3(10):e0002353. doi:10.1371/journal.pgph.0002353

9. Bell SO, Omoluabi E, OlaOlorun F, Shankar M, Moreau C. Inequities in the incidence and safety of abortion in Nigeria. *BMJ Glob Health*. 2020;5(1):e001814. doi:10.1136/bmjgh-2019-001814

10. Dickson KS, Adde KS, Ahinkorah BO. Socio-economic determinants of abortion among women in Mozambique and Ghana: evidence from demographic and health survey. *Arch Public Health*. 2018;76(1):37. doi:10.1186/s13690-018-0286-0

11. Bronfenbrenner U. The ecology of human development: experiments by nature and design. Cambridge: Harvard University Press; 1979, 330 p.

12. Tesema GA, Okeke SR, Sarfo M, Ameyaw EK, Oladimeji O, Yaya S. Unveiling 10-Year Dynamics of Pregnancy Termination Across Sub-Saharan Africa: A Multilevel Study. *Health Sci Rep*. 2025;8(5):e70742. doi:10.1002/hsr2.70742

13. Gilano G, Hailegebreal S. Determinants of abortion among youth 15–24 in Ethiopia: A multilevel analysis based on EDHS 2016. *PLoS One*. 2021;16(3):e0248228. doi:10.1371/journal.pone.0248228
14. Ahinkorah BO, Seidu AA, Hagan JE Jr, Archer AG, Budu E, Adoboi F, et al. Predictors of Pregnancy Termination among Young Women in Ghana: Empirical Evidence from the 2014 Demographic and Health Survey Data. *Healthcare (Basel)*. 2021;9(6):705. doi:10.3390/healthcare9060705
15. Onukwugha FI, Magadi MA, Sarki AM, Smith L. Trends in and predictors of pregnancy termination among 15–24 year-old women in Nigeria: a multi-level analysis of demographic and health surveys 2003–2018. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):550. doi:10.1186/s12884-020-03164-8
16. Ahinkorah BO. Socio-demographic determinants of pregnancy termination among adolescent girls and young women in selected high fertility countries in sub-Saharan Africa. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):598. doi:10.1186/s12884-021-04064-1

ANNEXE

Tableau A1. Prévalence de l'interruption de grossesse parmi les femmes âgées de 15–49 ans selon l'année d'enquête, Burkina Faso EDS 2003–2021

Année EDS	% ayant déclaré une interruption de grossesse (n)	IC 95%
2003	14,8 (7 428)	13,6 – 16,0
2010	12,2 (10 485)	11,5 – 13,0
2021	13,3 (9 274)	12,4 – 14,3

% = pourcentage de femmes ayant déclaré une interruption de grossesse ; n = effectif total pondéré ; IC95% = intervalle de confiance à 95%.