

# Connaissances, Attitudes et Comportements des Hommes et des Femmes à l'égard des Nouvelles Méthodes Contraceptives Masculines

Étude nationale mixte (quantitative + qualitative) · AMPF · Rabat, Maroc · 2023–2024

## Prof. Dr. Abdellatif MAAMRI

Investigateur Principal

Association Marocaine de Planification Familiale (AMPF) — Rabat, Maroc



Avec l'appui de Nancy Kidula (OMS), Pr. Brian Nguyen (directeur de programme) et Dr Nathalie Kapp (IPPF)



AMPF

WHO / OMS

HRP

IPPF

# CONTEXTE & OBJECTIFS

## CONTEXTE NATIONAL

### Fardeau contraceptif féminin

Taux de prévalence contraceptive (TPC) de 70% chez les femmes en union — dominé par pilule, DIU, injection.

### Méthodes masculines marginalisées

Préservatif et vasectomie sous-représentés structurellement dans l'offre de soins et les messages de santé publique.

### Contexte culturel islamique

99,6% des participants sont musulmans. Les normes de genre et les interprétations religieuses constituent des déterminants potentiels à évaluer.

### Enjeu de recherche

L'acceptabilité des nouvelles méthodes contraceptives masculines (NMCM) reste insuffisamment documentée au niveau national.

## OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

1

Analyser les facteurs influençant l'acceptabilité ou le rejet des NMCM au Maroc

2

Décrire les attitudes, perceptions et niveaux d'acceptation dans un échantillon représentatif

3

Identifier les déterminants sociodémographiques, économiques et culturels

4

Évaluer l'influence des expériences reproductives (GNP, désir d'enfants) sur les attitudes

5

Explorer les représentations de la masculinité et des normes religieuses

6

Produire des recommandations adaptées pour renforcer l'équité en planification familiale

# MÉTHODOLOGIE — Approche Mixte Séquentielle

## PHASE 1 — QUANTITATIVE

<b>Échantillon :</b>	522–527 participants (hommes et femmes, 18–49 ans)
<b>Outil :</b>	Questionnaire structuré administré en face à face
<b>Sites :</b>	Cliniques AMPF, espaces communautaires — urbain et rural
<b>Analyses :</b>	Descriptives (fréquences, moyennes), bivariées ( $\chi^2$ , t-test), multivariées (ACM, régression logistique, heatmaps)
<b>Logiciels :</b>	SPSS / R · Kobo Toolbox pour la collecte

## PHASE 2 — QUALITATIVE

<b>Méthode :</b>	Entretiens individuels approfondis (IDIs) semi-structurés
<b>Profils :</b>	Variés : âge, niveau d'éducation, statut marital, zone géographique
<b>Thèmes :</b>	Masculinité, normes religieuses, expériences contraceptives, risques perçus, confiance
<b>Langue :</b>	Entretiens conduits en Darija pour maximiser la qualité et la profondeur
<b>Analyse :</b>	Codage thématique inductif · Triangulation avec données Phase 1

*Approbation éthique (IRB) obtenue auprès du Comité d'Éthique AMPF · Consentement éclairé écrit · Formation culturelle des enquêteurs · Questionnaires adaptés au contexte marocain et traduits en Darija*

# PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE DE L'ÉCHANTILLON (n=522-527)

Caractéristique	Maroc	Colombie	Total GSMC	p
Sexe masculin	48,5%	49,9%	51,1%	0,077
Âge moyen (ET)	<b>34,3 (7,2) ★</b>	28,0 (6,8)	30,8 (7,6)	0,010
Religion musulmane	<b>99,6% ★</b>	—	38,1%	0,000
Marié·e·s	<b>85,6% ★</b>	13,7%	54,7%	0,000
En union (non-marié)	4,2%	58,6%	25,8%	—
Éducation < primaire	22,0%	1,4%	16,9%	0,000
Secondaire ou +	60,7%	93,7%	70,2%	—
Sans emploi	27,8%	8,9%	13,0%	0,000
ATCD grossesse non planifiée	18,6%	10,9%	23,1%	0,000
Score GEM moyen (ET)	51,7 (7,5)	60,7 (4,3)	52,8 (8,0)	0,000

★ Valeur distinctive du site marocain vs moyenne GSMC · GEM = Gender Equitable Men Scale · ATCD = Antécédents

# RÉSULTATS QUANTITATIFS — Acceptabilité des NMCM

69%

Disposition probable  
ou définitive (Phase 1 GSMC)

70%

Attitudes positives  
(rapport national n=527)

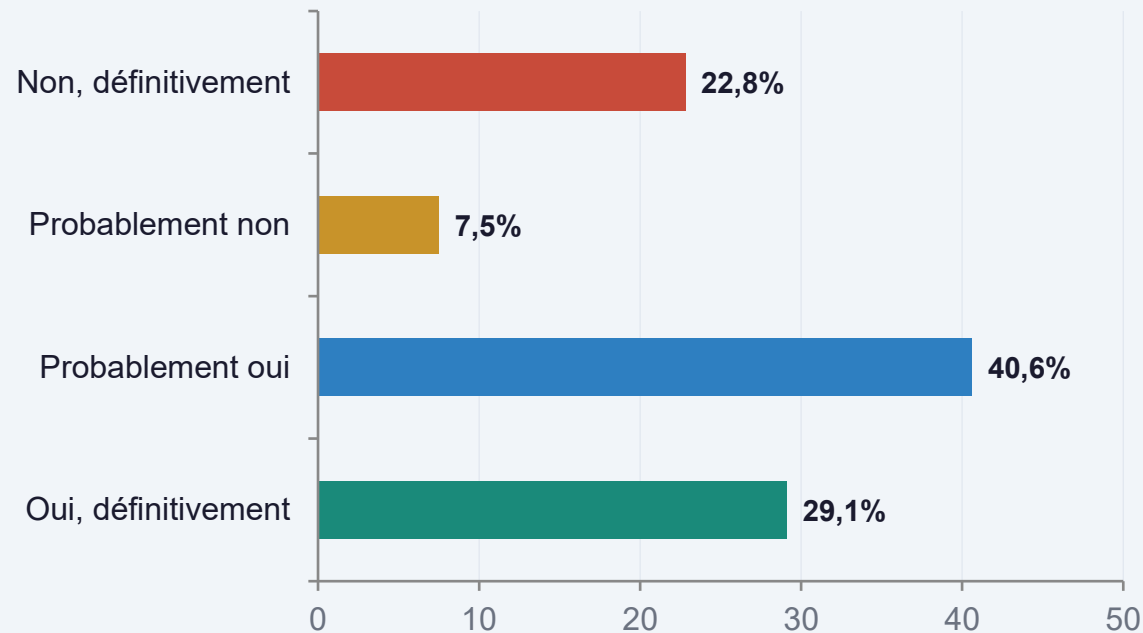
29,1%

Oui, définitivement  
(réponse la plus forte)

22,8%

Refus définitif — taux  
le plus élevé des 4 sites

Distribution des réponses à la disposition envers les NMCM (%)

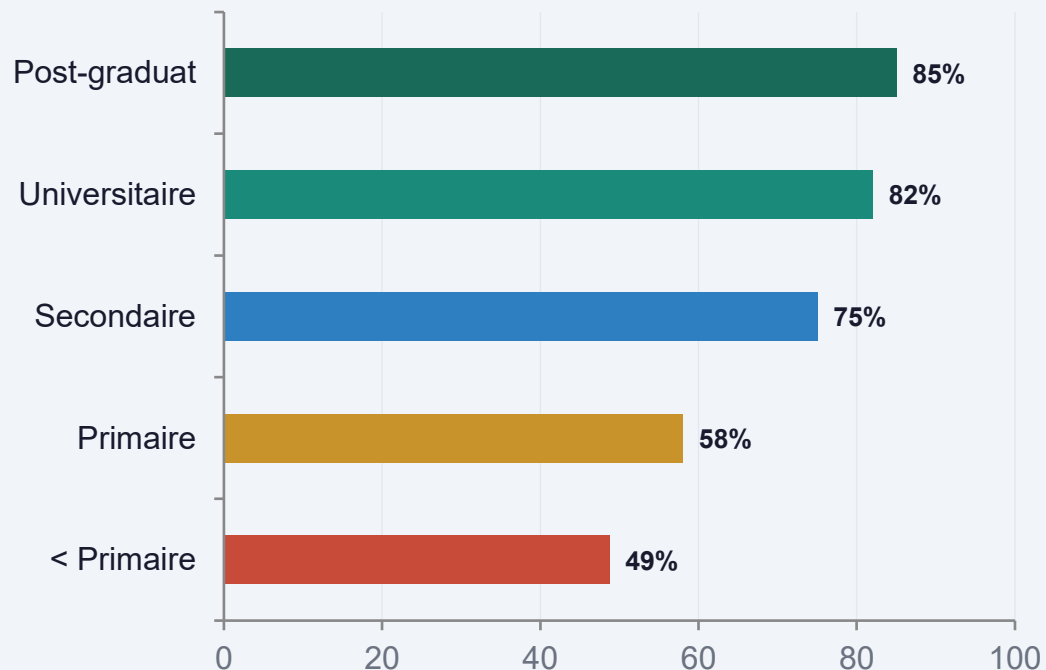


## Pratiques contraceptives actuelles

Indicateur	Maroc	Colombie
Intérêt contraceptif actif	77,8%	63,3%
Méthode MOYENNE efficacité (pilule, injection)	59,3%	19,9%
Méthode FAIBLE efficacité (préservatif, retrait)	28,6%	34,6%
Aucune méthode	4,6%	28,7%
Satisfaction méthode actuelle	76,2%	81,4%
Souhait éviter grossesse « à tout prix »	31,6%	55,8%

# DÉTERMINANTS SIGNIFICATIFS DE L'ACCEPTABILITÉ

Acceptabilité par niveau d'éducation (Levier n°1)



## 2 Âge — Zone optimale 25–39 ans

~75–80%

Acceptabilité maximale chez les 25–39 ans. Plus faible chez les 18–24 (préférences reproductives moins formées) et les 40+ (habitudes établies).

## 3 Statut marital — OR ajusté = 1,65

72,3% vs 58,4%

Marié·e·s vs célibataires. IC 95%: 1,18–2,31. Le cadre conjugal et la prise de décision partagée constituent des facteurs facilitants.

## 4 Grossesse non planifiée (ATCD) — OR = 1,81

82,3% vs 65,1%

Avec vs sans antécédent de GNP. IC 95%: 1,28–2,54. Fenêtre motivationnelle exceptionnelle pour le counseling.

## ! Résultat contre-intuitif majeur

**Sexe, religion, emploi**  
→ NS

Aucun effet significatif du sexe, de l'emploi, de la religion islamique, de l'histoire d'avortement ni du nombre de partenaires. L'Islam n'est PAS un obstacle structurel.

Score GEM (Gender Equitable Men Scale) : Maroc 51,7 (ET 7,5) vs Colombie 60,7 (ET 4,3) vs Total 52,8 (ET 8,0) · OR ajusté = 1,07 par point (IC 95% : 1,05–1,09) : les attitudes moins favorables à l'équité de genre limitent structurellement l'acceptabilité au Maroc

# RÉSULTATS QUALITATIFS — Phase 2 · Entretiens Approfondis (IDIs)

*Les données qualitatives confirment et approfondissent les résultats quantitatifs, révélant une acceptabilité qualifiée et conditionnelle — non absolue. L'ouverture déclarée est systématiquement tempérée par des conditions et des ambivalences structurelles.*

## ✓ Ouverture de principe & responsabilité partagée

Nombreux participants, hommes et femmes, expriment une ouverture à la contraception masculine comme moyen de réduire le fardeau physique et social féminin.

→ Cadrage en termes d'équité et de responsabilité partagée au sein du couple — levier de communication prometteur.

## ◆ Masculinité & performance sexuelle

Participants masculins associent l'utilisation de contraceptifs à des risques potentiels sur la masculinité : peur de réduction des performances sexuelles et anxiétés sur la virilité perçue.

→ Tabou discutable dans des espaces sûrs avec interlocuteurs formés.

## ⚠ Sécurité & effets secondaires

Craintes sur les effets inconnus à long terme, l'impact sur la santé globale et les effets sur la fertilité future.

→ Barrière majeure même chez les participants les plus favorables. Nécessite une communication clinique claire.

## ◆ Confiance & adhésion (perspective féminine)

Les femmes expriment des réserves sur l'adhésion régulière de leur partenaire et la possibilité de contrôler l'efficacité contraceptive.

→ L'acceptabilité féminine est souvent conditionnelle : confiance dans le partenaire + efficacité prouvée + adhésion vérifiable.

*⚡ Narratifs concurrents : un sous-groupe masculin (7,5% avec partenaires multiples) voit la contraception comme contrôle individuel de la fertilité — contraire au cadre d'équité et nécessitant des messages différenciés.*

# CONCLUSIONS & PERSPECTIVES

## ① Base solide d'acceptabilité

69–70% de disposition positive — signal d'opportunité fort pour des programmes de planification familiale ciblant les hommes au Maroc, en dépit d'un contexte culturel considéré comme contraignant.

## ② L'éducation : levier central & modifiable

Relation linéaire forte (48,7% vs ~85%, écart de 36 points). Chaque niveau d'éducation supplémentaire est associé à une augmentation significative de l'acceptabilité. Implication directe pour la communication de santé.

## ③ La religion n'est PAS un obstacle structurel

Résultat contre-intuitif majeur dans un échantillon quasi exclusivement musulman (99,6%). Réfutation directe du déterminisme religieux. Appel à une programmation fondée sur des preuves.

## ④ La GNP : fenêtre motivationnelle exceptionnelle

82,3% d'acceptabilité chez les personnes ayant un ATCD de grossesse non planifiée (OR=1,81). Opportunité systématique à exploiter dans le counseling post-GNP.

*Les Marocains sont largement ouverts aux nouvelles méthodes contraceptives masculines, mais cette acceptabilité varie de façon significative et prévisible selon l'éducation, le statut marital, l'âge et les expériences reproductives. Ces résultats appellent à repositionner les hommes comme acteurs centraux et actifs de la planification familiale — sur la base de données probantes plutôt que d'hypothèses culturelles ou religieuses.*