

## SANTÉ MÈRE-ENFANT/MOTHER-CHILD HEALTH

Le contrôle de la taille de la famille au Maroc :  
une étude exploratoire qualitative auprès de femmes ruralesFamily size control in Morocco:  
a qualitative exploratory study among rural women

Chaimae MOUJAHID, Soufiane YASSARA, Jack E. TURMAN Jr., Loubna AMAHDAR\*

**RÉSUMÉ** **Objectif.** Les femmes jouent un rôle central dans la planification familiale, mais leur capacité à exercer un contrôle sur leur fertilité est souvent influencée par des facteurs sociaux et relationnels. Cette étude explore les connaissances, attitudes et pratiques des femmes à l'égard de la planification familiale et des méthodes contraceptives actuellement disponibles, parmi la population des femmes mariées en âge de procréer vivant dans les zones rurales au Maroc.

**Méthodes.** Nous avons mené des entretiens approfondis en face à face avec 49 femmes marocaines mariées dans une maternité rurale pendant leur période post-partum. À l'aide de questions ouvertes, nous avons examiné leurs pratiques contraceptives, leur autonomie décisionnelle et les influences sociales qui déterminent leurs choix en matière de procréation.

**Résultats.** La plupart des participantes a déclaré utiliser des contraceptifs oraux, bien que nombre d'entre elles ait connu au moins une grossesse non désirée en raison d'une mauvaise utilisation des contraceptifs. Les femmes ont exprimé leur préférence pour des familles moins nombreuses afin d'assurer leur stabilité financière et une meilleure qualité de vie. Cependant, elles se heurtent souvent à la résistance de leur mari et de leur famille élargie lorsqu'elles tentent d'utiliser un moyen de contraception ou de limiter la taille de leur famille. Les idées fausses concernant les dispositifs intra-utérins (DIU) étaient très répandues, de nombreuses femmes exigeant le consentement de leur conjoint en raison de préoccupations liées à la santé sexuelle.

**Conclusion.** Nos résultats soulignent le rôle important des facteurs sociaux et relationnels dans les choix des femmes en matière de procréation. Il est essentiel de s'attaquer aux idées fausses et d'améliorer l'accès à l'éducation en matière de santé génésique. L'implication des maris dans les séances de conseil peut renforcer les efforts de planification familiale et soutenir l'autonomie des femmes dans les décisions relatives à la fécondité.

**Mots clés :** Contraception, Prise de décision, Rumeurs, Taille de la famille, Qualité de vie, Enfants, Maroc, Afrique du Nord

**ABSTRACT** **Objective.** Although women play a central role in family planning, their ability to control their fertility is often influenced by social and relational factors. This study explores the knowledge, attitudes and practices of married women of childbearing age living in rural areas of Morocco regarding family planning and the contraceptive methods currently available.

**Method.** In-depth face-to-face interviews were conducted with 49 married Moroccan women in a rural maternity ward during their postpartum period. Using open-ended questions, we examined their contraceptive practices, decision-making autonomy and the social influences determining their reproductive choices.

**Results.** Most participants reported using oral contraceptives, although many had experienced at least one unintended pregnancy due to contraceptive misuse. The women expressed a preference for smaller families in order to ensure financial stability and a better quality of life. However, they often encountered resistance from their husbands and extended families when attempting to use contraception or limit their family size. There were widespread misconceptions about intrauterine devices (IUDs), with many women requiring their spouse's consent due to concerns about sexual health.

**Conclusion.** Our findings highlight the important role of social and relational factors in women's reproductive choices. Addressing misconceptions and improving access to reproductive health education is essential. Involving husbands in counselling sessions can strengthen family planning efforts and support women's autonomy in fertility-related decisions.

**Key Words:** Contraception, Decision-making, Rumors, Family size, Quality of life, Children, Morocco, North Africa

## Introduction

Les programmes de planification familiale (PPF) qui encouragent l'utilisation de la contraception ont contribué à réduire les taux de fécondité dans de nombreux pays en développement [13]. Au Maroc, le PPF a été lancé en 1966 et a permis d'augmenter considérablement la couverture contraceptive tout en améliorant la santé maternelle et infantile [13]. L'utilisation des contraceptifs est un indicateur clé de la réussite de la mise en œuvre du planning familial. Elle constitue un facteur essentiel pour prévenir les grossesses non désirées, faciliter l'espacement des naissances, réduire les risques de mortalité infantile et limiter les avortements pratiqués dans des conditions dangereuses [4]. Au cours des deux dernières décennies, l'utilisation des contraceptifs par les femmes au Maroc a connu une augmentation significative. La prévalence contraceptive est passée de 9 % en 1980 à 63 % en 2004, puis à 67,4 % en 2011 [13]. Selon l'étude nationale de 2018 sur la population et la santé familiale au Maroc, seulement 6,8 % des femmes utilisaient le dispositif intra-utérin (stérilet ; DIU) comme méthode contraceptive au moment de l'étude, malgré l'efficacité et le caractère réversible de ce mode de contraception. Néanmoins, ce taux d'utilisation du DIU variait en fonction des régions, plus élevé dans les régions urbaines (8,8 %) que dans les zones rurales (3,8 %). Dans 43 % des cas d'utilisation du DIU, les femmes mentionnaient certaines préoccupations, notamment quant aux effets indésirables du DIU sur leur santé (32,6 %), son influence sur les menstruations (9,4 %) et le désaccord du mari (13,1 %) [14].

Des efforts importants ont été déployés au niveau national pour améliorer l'accès aux méthodes contraceptives, renforcer la sensibilisation à la planification familiale et réduire les obstacles liés aux normes culturelles et aux connaissances des femmes. Des études antérieures ont identifié plusieurs facteurs influençant l'utilisation de la contraception au Maroc. Par exemple, une étude menée dans la province de Marrakech a révélé que le nombre d'enfants vivants et la mortalité infantile étaient des déterminants clés de l'utilisation de la contraception moderne, tandis que l'âge au mariage et l'âge de la femme étaient également des facteurs significatifs [16,22]. Par ailleurs, des recherches qualitatives ont mis en évidence que les normes de genre, telles que le refus parental, la stigmatisation et l'exclusion sociale des filles des services d'éducation à la santé sexuelle et reproductive, ainsi que le pouvoir décisionnel des

## Introduction

Family planning programs (FPP) that promote contraceptive use have helped reduce fertility rates in many developing countries [13]. Morocco launched its FPP program in 1966, significantly increasing contraceptive coverage and improving maternal and child health [13]. Contraceptive use is a key indicator of successful family planning implementation. It is essential for preventing unwanted pregnancies, spacing births, reducing infant mortality, and limiting unsafe abortions [4]. Over the past two decades, contraceptive use among Moroccan women has increased significantly. Prevalence rose from 9% in 1980 to 63% in 2004 and then to 67.4% in 2011 [13]. However, according to the 2018 National Population and Family Health Survey in Morocco, only 6.8% of women used intrauterine devices (IUDs) as a contraceptive method, despite the effectiveness and reversibility of this method. However, IUD use varied by region, with higher rates in urban areas (8.8%) than in rural areas (3.8%). Of the women who used IUDs, 43% reported concerns, primarily about the potential health effects (32.6%), impact on menstruation (9.4%), and husbands' disapproval (13.1%) [14].

Significant efforts have been made at the national level to improve access to contraceptives, raise awareness of family planning, and reduce barriers related to cultural norms and women's knowledge. Previous studies have identified several factors that influence contraceptive use in Morocco. For instance, a study in the Marrakech province found that the number of living children and infant mortality were key determinants of modern contraceptive use. Age at marriage and the age of the woman were also significant factors [16,22]. Furthermore, qualitative research has shown that gender norms such as parental refusal, stigma, and the social exclusion of girls from sexual and reproductive health education services affect access to these services in the Marrakech-Safi region. Family members' decision-making power regarding contraceptive use is another factor that affects access to these services in the region [16].

These findings underscore the need to strengthen efforts to improve women's use of contraceptives in Morocco. They also underscore the importance of deepening the understanding of the barriers to adopting certain methods, particularly the IUD, which remains one of the most effective contraceptive options available. In comparison, 47% of married Algerian women of reproductive

membres de la famille concernant l'utilisation de la contraception, affectent l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive dans la région de Marrakech-Safi [16].

Ces constats mettent en évidence la nécessité de renforcer les efforts visant à améliorer le recours des femmes aux méthodes contraceptives au Maroc. Ils soulignent également l'importance d'approfondir la compréhension des obstacles à l'adoption de certaines méthodes, en particulier le DIU, qui demeure l'une des options contraceptives les plus efficaces disponibles. À titre de comparaison, en Algérie, 47 % des femmes mariées en âge de procréer qui n'avaient jamais utilisé de contraception ont cité l'opposition de leur mari/partenaire (12 %) et la pression du partenaire (4 %) comme raisons de ne pas utiliser de contraception. Les normes religieuses et culturelles traditionnelles, ainsi que les obligations légales, placent souvent les hommes à la tête de leurs femmes et de leurs familles [2].

L'objectif principal de cette étude était d'explorer les connaissances, attitudes et pratiques des femmes à l'égard de la planification familiale et des méthodes contraceptives actuellement disponibles, parmi la population des femmes mariées en âge de procréer vivant dans les zones rurales au Maroc. En outre, nous avons voulu étudier l'influence des normes de genre sur la prise de décision en matière de planification familiale et identifier les facteurs facilitant ou limitant l'adoption des méthodes contraceptives, en particulier les méthodes de longue durée (le DIU).

## Matériels et méthodes

Les données ont été recueillies dans les services de maternité de quatre hôpitaux provinciaux situés dans différents districts du Maroc :

- l'hôpital provincial Hassan II à Settat (au nord-ouest) ;
- l'hôpital provincial Moulay Abdellah à Salé (au nord-ouest également) ;
- l'hôpital Sidi Mohamed ben Abdellah à Essaouira (au sud-ouest) ;
- l'hôpital Ibno Baja à Taza (au nord-est).

Ces hôpitaux provinciaux desservent à la fois des zones urbaines et rurales dans leurs provinces respectives, ce qui garantit une représentation diversifiée des participants à l'étude.

Cette étude a utilisé une approche ethnographique pour explorer la compréhension qu'ont les femmes marocaines de la planification familiale, leurs

age who had never used contraception cited opposition from their husbands/partners (12%) and pressure from their partners (4%) as reasons for not using it. Traditional religious and cultural norms, as well as legal obligations, often place men in charge of their wives and families [2].

The main objective of this study was to examine the knowledge, attitudes, and practices of married women of reproductive age living in rural areas of Morocco regarding family planning and the currently available contraceptive methods. Additionally, we aimed to examine the impact of gender norms on family planning decisions and to identify factors that promote or hinder the adoption of contraceptives, particularly long-acting methods such as IUDs.

## Materials and methods

Data were collected in the maternity wards of four provincial hospitals located in different districts of Morocco:

- Hassan II Provincial Hospital in Settat (northwest)
- Moulay Abdellah Provincial Hospital in Salé (northwest)
- Sidi Mohamed Ben Abdellah Hospital in Essaouira (southwest)
- Ibno Baja Hospital in Taza (northeast)

These hospitals serve urban and rural areas in their respective provinces, ensuring diverse representation among the study participants.

The study employed an ethnographic approach to examine Moroccan women's understanding of family planning, their attitudes toward

attitudes à l'égard des méthodes contraceptives et les obstacles qu'elles rencontrent dans l'accès à la contraception. La collecte des données s'est faite par le biais d'entretiens semi-structurés à questions ouvertes, en suivant un processus d'analyse itératif.

L'étude ciblait les femmes mariées en âge de procréer, récemment accouchées et résidant dans les zones rurales des provinces sélectionnées, souvent confrontées à des contraintes socio-économiques telles que des niveaux d'éducation faibles et un accès limité aux services de santé. Les participantes ont été recrutées au cours de leur séjour *post-partum* dans les maternités, parmi toutes celles répondant aux critères d'inclusion et ayant consenti à participer à l'étude.

Une stratégie d'échantillonnage non probabiliste a été utilisée, combinant l'échantillonnage de commodité et l'échantillonnage au jugé dans la phase initiale [5,11,17]. Une analyse préliminaire des premiers entretiens a permis de vérifier la pertinence des participantes et d'affiner les critères de sélection, conduisant à un échantillon final de 49 personnes. La saturation des données a déterminé la taille finale de l'échantillon, le recrutement s'arrêtant lorsqu'aucun nouveau thème n'émergeait des récits des participantes.

La collecte des données s'est déroulée sur huit mois, de septembre 2020 à avril 2021. Le processus de recherche a commencé par des essais pilotes du guide d'entretien approfondi avec des femmes partageant des caractéristiques similaires, afin d'affiner les questions de recherche et d'identifier les lacunes terminologiques. Tout au long de l'étude, les entretiens approfondis ont été façonnés par les récits reproductifs des participantes, favorisant la relation et l'engagement entre les chercheurs et les personnes interrogées. Certaines participantes ont demandé des entretiens de suivi, ce qui a donné lieu à des réunions supplémentaires. Les entretiens ont duré entre 30 minutes et 2 heures, avec une durée moyenne de 1 heure 30.

Des entretiens approfondis ont été menés sur la base d'un guide semi-structuré, élaboré en s'appuyant sur une analyse documentaire concernant les déterminants sociaux de la planification familiale et de la santé reproductive dans les pays du Maghreb, ainsi que sur les instruments de recherche qualitative employés dans des études analogues. Par la suite, une adaptation au contexte local a été réalisée, impliquant un processus de discussion entre les auteurs, et prenant en considération les spécificités culturelles et linguistiques

contraceptive methods, and the obstacles they encounter in accessing contraception. Data were collected through semi-structured interviews with open-ended questions, following an iterative analysis process.

The study targeted married women of childbearing age who had recently given birth, resided in rural areas of the selected provinces, and faced socioeconomic constraints, such as low levels of education and limited access to health services. Participants were recruited during their postpartum stay in the maternity wards from among all those who met the inclusion criteria and consented to participate in the study.

A non-probability sampling strategy combining convenience and judgment sampling was used in the initial phase [5,11,17]. A preliminary analysis of the initial interviews confirmed the appropriateness of the participants and refined the selection criteria. This process resulted in a final sample size of 49 individuals. Data saturation determined the final sample size, and recruitment ceased when no new themes emerged from the participants' narratives.

Data collection took place from September 2020 to April 2021, spanning eight months. The research process began with a pilot test of the in-depth interview guide with women who shared similar characteristics. This allowed us to refine the research questions and identify terminological gaps. Throughout the study, the in-depth interviews were shaped by the participants' reproductive narratives, fostering rapport and engagement between the researchers and the interviewees. Some participants requested follow-up interviews, resulting in additional meetings. Interviews lasted between 30 minutes and two hours, averaging one hour and 30 minutes.

The in-depth interviews were conducted using a semi-structured guide developed based on a literature review of the social determinants of family planning and reproductive health in Maghrebi countries and qualitative research tools used in similar studies. The authors then adapted the guide to the local context through discussion, taking into account the cultural and linguistic specificities of women living in rural Morocco.

The guide consisted mainly of open-ended questions designed to examine knowledge, attitudes, and practices related to family planning. The guide also studied the influence of gender norms and the barriers and factors that promote the adoption of contraception (see Appendix 1). This allowed participants to share their experiences in

des femmes résidant en milieu rural au Maroc. Le guide comprenait essentiellement des questions ouvertes visant à examiner les connaissances, les attitudes et les pratiques relatives à la planification familiale, ainsi qu'à étudier l'influence des normes de genre et les obstacles et facteurs favorisant l'adoption de la contraception (Annexe 1), permettant aux participantes de partager leurs expériences avec leurs propres mots. Tous les entretiens ont fait l'objet d'un enregistrement audio, puis d'une transcription pour analyse.

Les enregistrements audios ont été transcrits et les verbatims ont été traduits du dialecte marocain vers l'anglais. L'analyse thématique a été utilisée, en commençant par la génération de codes initiaux, qui ont ensuite été regroupés en thèmes potentiels. Les chercheurs ont relu les transcriptions plusieurs fois pour affiner les thèmes émergents. Le codage et l'organisation des données ont été effectués à l'aide du logiciel MAXQDA 20, complété par une analyse manuelle dans la phase initiale.

L'étude a reçu l'approbation éthique du Comité d'éthique pour la recherche biomédicale de la Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat (CERB : 45/21). Les participantes ont donné leur consentement éclairé avant de prendre part à l'étude, garantissant ainsi leur participation volontaire et la confidentialité.

## Résultats

Le Tableau I résume les caractéristiques socio-démographiques des femmes ayant participé à l'étude. Nos données qualitatives mettent en évidence cinq thèmes significatifs relatifs aux connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des participantes en matière de planification familiale, à savoir :

- la prise de décision en matière de planification familiale ;
- l'utilisation actuelle de la contraception et les comportements à l'égard des méthodes de contraception ;
- la taille de la famille des femmes et le concept de famille ;
- les connaissances des femmes en matière de planification familiale et de méthodes contraceptives ;
- les barrières affectant l'utilisation des contraceptifs, en particulier les stérilets.

Le genre joue un rôle crucial dans la détermination de la personne qui a le dernier mot sur

their own words. All interviews were audio-recorded and transcribed for analysis.

The audio recordings were transcribed, and the verbatim transcripts were translated from Moroccan dialect into English. Thematic analysis was used, beginning with generating initial codes, which were then grouped into potential themes. The researchers reread the transcripts several times to refine the emerging themes. Data coding and organization were performed using MAXQDA 2020 software, supplemented by manual analysis in the initial phase.

The study received ethical approval from the Ethics Committee for Biomedical Research at the Faculty of Medicine and Pharmacy in Rabat (CERB: 45/21). Participants provided informed consent prior to participating in the study, thereby ensuring their voluntary participation and confidentiality.

## Results

Table I summarizes the sociodemographic characteristics of the women who participated in the study. Our qualitative data highlight five significant themes related to the participants' knowledge, attitudes, and practices regarding family planning:

- decision-making regarding family planning;
- current contraceptive use and attitudes toward contraceptive methods;
- women's family size and concept of family;
- women's knowledge of family planning and contraceptive methods;
- barriers to contraceptive use, particularly IUDs.

Gender plays a crucial role in determining who has the final say in a couple's use of contraception. Some women experience additional pressure from their husbands, especially when trying to conceive a son. One interviewee shared her experience: "I already have four daughters, and

l'utilisation par un couple d'une méthode de contraception.

Certaines femmes subissent une pression supplémentaire de la part de leur mari, en particulier dans la quête d'un fils. L'une des personnes interrogées a fait part de son expérience : « *J'ai déjà quatre filles et mon mari veut un fils. Je ne peux plus le supporter. Outre les difficultés que j'ai rencontrées pendant la grossesse et l'accouchement à cause de ma maladie cardio-vasculaire, toute la famille attend un fils avec impatience* ». (Aicha, Essaouira)

Pour la plupart des personnes interrogées, les décisions en matière de contrôle des naissances sont une affaire commune, et le choix d'une méthode contraceptive, en particulier au-delà des contraceptifs oraux, requiert souvent l'approbation du mari. Parfois, cela va jusqu'à une forte résistance à l'utilisation de DIU. Comme l'a expliqué une participante : « *Il voulait un troisième enfant, mais j'ai refusé parce que je ne voulais pas d'une autre grossesse. J'ai suggéré d'utiliser le stérilet, mais il a refusé, car il souhaite toujours avoir d'autres enfants* » (Marzouka, Taza). Les données relatives à la prise de décision en matière de planification familiale et de contraception moderne montrent que les maris et les beaux-parents influencent considérablement le moment, la manière et même l'opportunité de recourir à la planification familiale et d'utiliser la contraception.

En outre, les belles-mères exercent également une autorité considérable en matière de contrôle des

*my husband wants a son. I can't take it anymore. In addition to the difficulties I experienced during pregnancy and childbirth due to my cardiovascular disease, my whole family is eagerly awaiting a son.*" (Aicha, Essaouira).

For most people interviewed, decisions about birth control are a joint matter. The choice of contraceptive method often requires the husband's approval, especially beyond oral contraceptives. Sometimes, this extends to strong resistance to using IUDs. As one participant explained: "He wanted a third child, but I refused because I didn't want to get pregnant again. I suggested using an IUD, but he refused because he wants more children." (Marzouka, Taza). Data on decision-making regarding family planning and modern contraception show that husbands and in-laws significantly influence when, how, and whether family planning and contraception are used.

Additionally, mothers-in-law wield considerable authority over birth control. They influence their son's wife, and when they want to expand the family, they often persuade the woman not to use contraceptives and may deny her access to them at health centers. One woman said: "My husband and his family prefer male children and want to expand the family. However, I have no desire to have more children" (Randa, Taza).

Another participant said: "My spouse and his family strongly favor sons. Now that I have had a tubal ligation, they are upset, but that was after

Tableau I: Caractéristiques des participantes  
Table I: Characteristics of participants

Province / Province	Nombre d'entretiens individuels / Number of individual interviews	Tranche d'âge (en années) / Age group (in years)	Nombre moyen d'enfants / Average number of children	Nombre de femmes au foyer / Number of housewives	Niveau d'éducation / Level of education
Taza	12	(24-44)	3	12	Non scolarisées / No schooling = 4 Primaire / Primary = 6 Collège / Middle school = 1 Lycée / High school = 1
Essaouira	13	(19-37)	3	13	Non scolarisées / No schooling = 4 Primaire / Primary = 8 Collège / Middle school = 1
Salé	11	(20-38)	2,81	10	Non scolarisées / No schooling = 2 Primaire / Primary = 4 Collège / Middle school = 1 Lycée / High school = 4
Settat	13	(17-36)	2,53	12	Non scolarisées / No schooling = 4 Primaire / Primary = 4 Collège / Middle school = 4 Lycée / High school = 1

naissances. Elles influencent la femme de leur fils et, lorsqu'elles souhaitent agrandir la famille, elles persuadent souvent la femme de ne pas utiliser de méthodes contraceptives et peuvent même lui interdire l'accès aux contraceptifs dans les centres de santé. Une femme a déclaré : « *Mon mari et sa famille préfèrent les enfants de sexe masculin et souhaitent agrandir la famille. Cependant, je n'ai aucun désir d'avoir plus d'enfants* » (Randa, Taza). Une autre participante a déclaré : « *Mon conjoint et sa famille favorisent fortement les fils, et maintenant que j'ai subi une ligature des trompes... mais c'est après avoir eu cinq enfants* » (Marzouka, Taza).

Les femmes ont souligné qu'elles sont souvent contraintes de recourir à la planification familiale en raison des conséquences personnelles et physiques des grossesses. « *Je ne veux pas avoir d'autres enfants ; je suis satisfaite de mes enfants actuels ; j'ai enduré des épreuves importantes pendant la grossesse, ce qui a affecté ma santé et m'a laissée épuisée* » (Randa, Taza).

À l'exception des femmes primipares qui adhéraient à la croyance normative selon laquelle le but premier du mariage était la procréation et que la grossesse devait suivre rapidement le mariage, presque toutes les participantes utilisaient au moins une forme de contraception. Bien que les méthodes de contraception soient légalement accessibles à toutes les femmes mariées, celles qui n'ont jamais eu d'enfant y ont rarement recours. Aucune des nouvelles mères n'avait utilisé de méthode contraceptive moderne pour réguler sa fécondité avant la naissance de son premier enfant. La pilule contraceptive est apparue comme la méthode la plus répandue parmi nos participantes. Les femmes multipares, en particulier, ont expérimenté diverses méthodes contraceptives. Certaines se sont plaintes des effets indésirables, affirmant que ces méthodes présentaient des risques pour la santé. Une participante a fait part de son expérience : « *J'utilise la pilule comme moyen de contraception pour espacer mes grossesses, mais elle a eu des effets indésirables. J'ai développé un fibrome à cause de la pilule et cela m'a conduit à deux avortements* » (Rachida, Taza). Malgré les effets indésirables et le risque d'oubli, toutes les femmes ont exprimé leur confiance en la pilule. Pour les femmes qui souhaitaient avoir plusieurs enfants, la méthode conventionnelle était l'abstinence périodique, ce qui a soulevé des questions quant à la nécessité d'une contraception moderne. Une autre participante a déclaré : « *J'utilise la pilule depuis cinq ans, depuis*

*I had five children* » (Marzouka, Taza).

The women emphasized that they often resort to family planning due to the personal and physical consequences of pregnancy. “*I don't want to have any more children. I am satisfied with my current children. I endured significant hardship during pregnancy, which affected my health and left me exhausted*” (Randa, Taza).

Almost all participants used at least one form of contraception, with the exception of primiparous women who adhered to the normative belief that the primary purpose of marriage was procreation and that pregnancy should follow quickly after marriage. Although contraceptive methods are legally available to all married women, those who have never had children rarely use them. None of the new mothers had used modern contraceptive methods to regulate their fertility before the birth of their first child.

The contraceptive pill was the most widely used method among our participants. Multiparous women, in particular, had experimented with various methods. Some complained of side effects and claimed that these methods posed health risks. One participant shared her experience: “*I use the pill to space out my pregnancies, but it has had side effects. I developed a fibroid because of the pill, which led to two abortions*” (Rachida, Taza).

Despite the side effects and risk of forgetting to take it, all the women expressed confidence in the pill. For women who wanted several children, the conventional method was periodic abstinence, raising questions about the need for modern contraception. Another participant said: “*I have been using the pill for five years, since the birth of my first child. It is effective, and I trust this method. I am apprehensive about minor surgical procedures, such as the IUD. People often talk about them negatively*” (Ghizlan, Essaouira).

Although few women chose the IUD as a contraceptive method, those who did were successful and expressed a desire to continue using it for birth spacing or limitation. They were motivated by the positive experiences of their mothers, sisters, and friends. One participant said: “*I recently had an IUD inserted. I used it for seven years before having this child and had it removed to conceive. I plan to return to this method because I found that the pill negatively affected my hormonal balance. With the IUD, I could carry heavy objects without experiencing any side effects. Its effectiveness depends on the condition of the woman's uterus. A woman with a healthy uterus can perform household chores*

*la naissance de mon premier enfant. C'est efficace et j'ai confiance en cette méthode. J'appréhende les petites interventions chirurgicales (le DIU). Les gens en parlent souvent de façon négative »* (Ghizlan, Essaouira).

Peu de femmes ont opté pour le DIU comme méthode contraceptive, mais celles qui l'ont fait l'ont fait avec succès et ont exprimé le désir de continuer à l'utiliser pour l'espacement ou la limitation des naissances. Leur motivation provenait des expériences positives de leurs mères, de leurs sœurs et de leurs amies. Une participante a déclaré : « *Je me suis récemment fait poser un stérilet. Je l'avais utilisé pendant sept ans avant d'avoir cet enfant, et je l'ai retiré pour concevoir. J'ai l'intention de revenir à cette méthode contraceptive parce que j'ai trouvé que la pilule affectait négativement mon équilibre hormonal. Avec le stérilet, j'ai pu porter des objets lourds sans ressentir d'effets indésirables. Son utilisation dépend de l'état de l'utérus de la femme. Une femme dont l'utérus est sain et propre peut s'acquitter de ses tâches ménagères et soulever des objets lourds sans problème. L'épouse de mon beau-frère a porté un stérilet pendant 12 ans »* (Aicha, Essaouira).

Toutes les participantes ont exprimé le souhait de limiter le nombre d'enfants dans leur famille à un nombre idéal de deux enfants de sexe différent, certaines mentionnant que leur nombre idéal était de trois enfants.

Toutefois, la plupart des femmes ayant plus de deux enfants a déclaré avoir dépassé ce nombre idéal en raison du désir d'avoir une fille et un garçon ou de l'insistance de leur mari et de leur famille. Un autre facteur important pour avoir plus d'enfants est la préférence pour les fils. Ainsi, une participante a déclaré : « *Mon mari désire un fils, et j'ai déjà deux filles. Mais je ne souhaite pas avoir plus d'enfants car j'ai connu des difficultés pendant la grossesse et l'accouchement. Les hommes, eux, préfèrent souvent avoir un fils »* (Kawtar, Salé).

Plusieurs femmes interrogées ont souligné l'importance de la présence d'un fils dans le foyer pour l'éducation de leurs filles. Elles pensaient qu'un fils protégerait ses sœurs des menaces extérieures et les accompagnerait à l'école, garantissant ainsi leur sécurité en l'absence du père. Une participante a expliqué : « *Ma belle-mère souhaite une famille nombreuse ; elle prie pour avoir cinq filles ou six fils. Mon mari pense qu'il est préférable d'avoir d'abord un fils, car il peut contribuer à l'éducation de ses sœurs. La fille devrait être la première à prendre ses propres décisions sans*

*and lift heavy objects without any problems. My brother-in-law's wife wore an IUD for 12 years»* (Aicha, Essaouira).

All participants expressed a desire to limit their families to two children of different sexes. Some mentioned that their ideal number was three children.

However, most women with more than two children said they exceeded this ideal because they wanted a girl and a boy, or because of pressure from their husbands or families. Another important factor in having more children is the preference for sons. One participant said: "My husband wants a son, and I already have two daughters. But I don't want to have more children because I had difficulties during pregnancy and childbirth. Men often prefer to have a son" (Kawtar, Salé).

Several women emphasized the importance of having a son in the household for the education of their daughters. They believed that a son would protect his sisters from external threats, accompany them to school, and ensure their safety in their father's absence. One participant explained: "My mother-in-law wants a large family. She prays for five daughters or six sons. My husband thinks it is better to have a son first because he can help educate his sisters. A daughter should be the first to make her own decisions, free from her brother's authority. In our community, when a boy is born first, he often has authority over his sisters. My older brother can do whatever he wants." (Khadija, Settat). In this context, some of those interviewed preferred to have a boy as their last child in order to spare their daughters from double pressure: one from their father and the other from their brother.

When asked about having more children or considering the issue of fertility and parenthood, respondents often emphasized the increasing complexity of modern life. "I don't want to have any more children. Raising children is more demanding nowadays. You have to provide for them financially, which is not easy. Today, children ask us why we brought them into the world if we can't provide for them" (Rachida, Essaouira).

The women interviewed revealed that this generation needs substantial financial resources, yet the current financial situation often permits raising only one or two children. They emphasized the physical and financial constraints of having children, which can sometimes exceed their means. One participant said: "My husband wants four children, but our socioeconomic situation does

être soumise à l'autorité de son frère. Dans notre communauté, lorsqu'un garçon naît en premier, il a souvent l'autorité sur sa sœur. Mon frère aîné peut faire ce qu'il veut » (Khadija, Settat). Dans ce contexte, certaines personnes questionnées préféraient que le dernier enfant soit un garçon afin d'épargner à leurs filles une double pression, l'une de la part de leur père et l'autre de la part de leur frère.

Les personnes interrogées ont souvent souligné la complexité croissante de la vie actuelle lorsqu'on leur a demandé si elles voulaient d'autres enfants ou si elles abordaient la question de la fertilité et de la parentalité. « Je ne souhaite plus avoir d'enfants ; actuellement, élever des enfants est plus exigeant. Il faut subvenir à leurs besoins financiers, ce qui n'est pas facile. Aujourd'hui, les enfants nous demandent pourquoi nous les avons mis au monde si nous ne pouvons pas subvenir à leurs besoins » (Rachida, Essaouira).

Les femmes interrogées ont révélé que cette génération nécessite des ressources financières importantes et que la situation financière actuelle ne permet souvent d'élever qu'un ou deux enfants. Elles ont insisté sur les contraintes physiques et financières liées au fait d'avoir des enfants, qui dépassent parfois leurs moyens. Une participante a déclaré : « Mon mari veut quatre enfants, mais notre situation socio-économique ne nous le permet pas. Pour élever des enfants, il faut de l'argent, de l'éducation et des vêtements appropriés. Il ne s'agit pas seulement d'avoir un enfant, mais de s'assurer qu'il a de la nourriture et des vêtements. Que nous ayons deux ou trois enfants, ils doivent avoir une bonne vie, des vêtements appropriés et une éducation » (Nezha, Taza).

Le concept de famille varie d'une participante à l'autre. Pour la plupart des femmes, la famille est considérée comme la pierre angulaire de la société, et les hommes comme les femmes aspirent à fonder une famille. « La famille est le destin de chaque individu ; tout le monde souhaite fonder une famille, et ne pas avoir d'enfants est un défi. Un jour, je compterai sur mes enfants pour s'occuper de moi quand je serai âgée » (Hafida, Essaouira). Pour ces femmes, une famille se compose d'une mère, d'un père et d'au moins un enfant. Le rôle des parents est de veiller au bien-être, à l'habillement et à l'éducation de leurs enfants. Les responsabilités du père consistent à assurer la sécurité, la subsistance et le logement de la famille, tandis que la femme s'occupe de ses enfants et de son mari, chacun dans son rôle. Les femmes ont indiqué que les enfants de la famille

not allow it. To raise children, you need money, education, and appropriate clothing. It's not just about having a child; it's about making sure they have food and clothes. Whether we have two or three children, they must have a good life, appropriate clothing, and an education" (Nezha, Taza).

The concept of family varies from participant to participant. For most women, family is considered the cornerstone of society, and both men and women aspire to start a family. "Family is everyone's destiny. Everyone wants to start a family, and not having children is challenging. One day, I will rely on my children to take care of me when I am old" (Hafida, Essaouira).

For these women, a family consists of a mother, a father, and at least one child. Parents are responsible for ensuring their children's well-being, clothing, and education. The father is responsible for providing security, sustenance, and housing for the family, while the mother takes care of her children and husband. Women reported that children obeyed their parents' instructions and attended school. Some also said that children were considered an investment and that they were expected to provide financial support to their parents as they grew up and repay the care they received during their childhood. One participant explained: "We bring children into the world to educate them. When they grow up, they must support us financially and stand by our side" (Es Zahra, Taza).

Women in all regions were able to name several family planning methods, including some modern methods. However, their knowledge of how each method works, its effectiveness, and how to use it was limited. Apart from the most well-known methods, such as pills and injectable contraceptives, participants knew little about IUDs, tubal ligation, implants, and vasectomy. They also mentioned breastfeeding as a traditional approach to preventing pregnancy.

Participants from all regions emphasized the importance of family planning for maternal and child health, as well as for the overall well-being of the family.

Nearly all of the study participants had experienced at least one unwanted pregnancy, primarily due to the incorrect use of contraceptives, particularly the pill; the husband's inability to abstain during the periodic abstinence method, or family pressure to have multiple children. In some cases, husbands are involved in managing contraception. For example, one participant explained: "My husband caused an unwanted

obéissaient aux instructions de leurs parents et allaient à l'école. Certaines ont également indiqué que les enfants étaient considérés comme un projet d'investissement et qu'en grandissant, ils étaient censés apporter un soutien financier à leurs parents et rembourser les soins qu'ils avaient reçus pendant leur enfance. Une participante a expliqué : « *Nous mettons les enfants au monde pour les éduquer. Lorsqu'ils grandissent, ils doivent nous soutenir financièrement et se tenir à nos côtés* » (Es Zahra, Taza).

Les femmes de toutes les régions ont pu citer plusieurs méthodes de planification familiale, en particulier certaines méthodes modernes. Toutefois, leurs connaissances restaient limitées concernant le fonctionnement, l'efficacité et les modalités d'utilisation de chaque méthode. En dehors des méthodes les plus connues, comme les pilules et les contraceptifs injectables, les participantes avaient peu d'informations sur le DIU, la ligature des trompes, les implants ou la vasectomie. Par ailleurs, elles mentionnaient aussi l'allaitement maternel comme une méthode naturelle pour éviter les grossesses parmi les approches traditionnelles.

Les participantes de toutes les régions ciblées ont souligné l'importance de la planification familiale pour la santé maternelle et infantile et le bien-être général de la famille.

Presque toutes les participantes à l'étude ont connu au moins une grossesse non désirée, principalement en raison d'une mauvaise utilisation de la contraception, en particulier de la pilule, de l'incapacité du mari à s'abstenir lorsqu'il pratique l'abstinence périodique comme méthode naturelle de contraception, ou de la pression familiale pour avoir plusieurs enfants. Dans certains cas, les maris interviennent dans la gestion de la contraception. Par exemple, l'une des participantes a expliqué : « *Mon mari a géré une grossesse non désirée, car il m'a rapporté une pilule micro-progestative au lieu d'une oestro-progestative ; je l'ai prise et je suis tombée enceinte...* » (Fatiha, Salé).

Cependant, il est préoccupant de constater que les femmes ont une connaissance limitée de l'efficacité de la contraception, en particulier de la pilule (comment la prendre, comment l'utiliser correctement et que faire en cas d'oubli d'une dose). Presque toutes les femmes ont connu au moins une grossesse non désirée à cause d'une mauvaise utilisation de la pilule, souvent attribuée à un manque d'information sur cette méthode contraceptive largement utilisée au Maroc.

Ainsi, une participante a déclaré : « *J'ai cessé*

*pregnancy because he gave me a microprogestin pill instead of an estrogen-progestin pill. I took it and got pregnant...* » (Fatiha, Salé).

However, it is concerning that women have limited knowledge about the effectiveness of contraception, particularly the pill. This includes how to take it, how to use it correctly, and what to do if a dose is missed. Almost all women have experienced at least one unwanted pregnancy due to misuse of the pill. This is often attributed to a lack of information about this widely used contraceptive method in Morocco.

One participant said: “*I stopped using the pill when my husband was away. When he returned, I started taking it again the day before he arrived, but I still got pregnant. I think I may not have taken it correctly. I am aware of contraceptive injections, but I am hesitant to use them because of the risk of osteoporosis. I am also apprehensive about the IUD because it could catch my husband's penis during intercourse*” (Bouchra, Essaouira).

In all regions, most women consider family and friends to be the most reliable and accessible sources of information about contraception. They are strongly influenced by their family and friends' experiences, often adopting a contraceptive method after hearing about a positive experience from a family member, particularly for methods such as the IUD and the pill.

One participant expressed this influence, stating: “*Even if I don't use them, I know about contraceptive methods such as the 'Amalia Sghira' IUD (minor surgery). I have heard from women who have used it that it is effective and beneficial. My sister has had it for seven years, and I am considering using it after my next delivery. My neighbors mentioned that a woman got pregnant with the IUD, but that was because she was carrying heavy objects. I also know a little about injections*” (Samira, Essaouira).

Few women knew that the IUD was a method of contraception. The local term “*Amalia Sghira*”, which means “*minor surgery*,” evoked negative impressions and concerns about the method because many people mistakenly believed it to be a surgical procedure.

One participant expressed her apprehension, saying: “*I know about Amalia Sghira, but I'm afraid because I don't understand it very well. I thought it required scissors and surgical equipment.*” *The term 'minor surgery' scared me. A family member told me about her 'minor surgery,' which scared me because I thought it was a surgical procedure. I want to space out my pregnancies and wait five*

*d'utiliser la pilule contraceptive lorsque mon mari était absent. À son retour, j'ai repris la pilule la veille de son arrivée, mais je suis quand même tombée enceinte. Je pense que je ne l'ai peut-être pas prise correctement. Je connais les injections contraceptives, mais j'hésite à les utiliser en raison des risques d'ostéoporose. De plus, j'appréhende une intervention chirurgicale mineure (stérilet) qui peut attraper le pénis de l'homme lors d'un rapport sexuel » (Bouchra, Essaouira).*

Dans toutes les régions, la plupart des femmes considèrent la famille et les amis comme les sources d'information les plus fiables et les plus immédiates en matière de contraception. Elles étaient fortement influencées par les expériences de leur famille et de leurs amies, l'adoption d'une méthode contraceptive faisant souvent suite à une expérience positive rapportée par un membre de la famille, en particulier pour les méthodes telles que le stérilet et la pilule.

Une participante a exprimé cette influence en déclarant : *« Les méthodes contraceptives que je connais, même si je ne les utilise pas, comme le stérilet 'Amalia Sghira' (petite chirurgie), j'ai entendu des femmes qui l'ont utilisé dire qu'il était efficace et bénéfique. Ma sœur l'a porté pendant sept ans et j'envisage de l'utiliser après mon prochain accouchement. Mes voisins ont mentionné qu'une femme était tombée enceinte avec le stérilet, mais c'est parce qu'elle portait des objets lourds. J'ai aussi quelques connaissances sur les injections » (Samira, Essaouira).*

Peu de femmes savaient que le stérilet était une méthode de contraception. Le terme local *« Amalia Sghira »*, qui signifie « petite chirurgie », a suscité des impressions négatives et des inquiétudes à propos de cette méthode, car beaucoup pensaient à tort qu'il s'agissait d'une intervention chirurgicale.

Une participante a fait part de son appréhension en déclarant : *« ...Je connais l'existence d'Amalia Sghira, mais j'ai peur parce que je ne la comprends pas très bien. Je pensais qu'il fallait des ciseaux et du matériel chirurgical. Le terme « petite chirurgie » m'a fait peur. Un membre de ma famille m'a parlé de sa « petite chirurgie », ce qui m'a effrayée car je pensais qu'il s'agissait d'une intervention chirurgicale. Je veux espacer mes naissances et attendre cinq ans avant d'avoir un deuxième enfant » (Khadija, Settat).*

Une autre femme a fait part de son expérience : *« J'ai utilisé 'Amalia Sghira' pendant trois ans, mais je l'ai fait enlever parce qu'il provoquait des saignements excessifs. Je n'ai pas pu jeûner*

*years before having a second child" (Khadija, Settat).*

Another woman shared her experience: *"I used 'Amalia Sghira' for three years, but I had it removed because it caused excessive bleeding. Because of it, I couldn't fast for the entire month of Ramadan" (Fatiha, Taza).*

Myths surrounding the IUD were mentioned as barriers to its use. One myth is the belief that the IUD can "move around in the abdomen, requiring surgery." Even when their partners consider using the IUD, most women worry that it will limit their ability to do household chores.

One woman said, *"The IUD can migrate to the back or an artery. A family member told me that she started having back pain and suspected that the IUD had moved there, so she had it removed" (Ghizlan, Essaouira).*

Some women also mentioned their husbands' insensitivity to the potential impact of the pill on their health. Husbands often refuse to use condoms because they fear it will affect their virility. Family planning is generally perceived as a female responsibility. *"He refused to use condoms, saying it was my responsibility as a woman to manage family planning,"* said Kawtar from Settat.

Indifference from healthcare providers, long wait times at health facilities, and the unavailability of certain services, such as IUD insertion at primary healthcare facilities, discourage women from seeking contraceptive advice.

Strict restrictions on women's mobility emerged as a significant barrier in all regions. Women cannot leave their homes without the consent of their husbands or mothers-in-law. Those who venture out alone, even for medical reasons, are considered disrespectful to their families.

One participant described her experience: *"My husband brought me the pill from the pharmacy, and I am not allowed to leave the house without his permission. I ended up getting pregnant. This specific pill, a progestin-only pill, is the reason for my pregnancy. At first, I resisted because he was changing my prescription. The health center where I could get the right pill is far from our home, and arranging transportation and other logistics is difficult. In addition, the infrastructure is unreliable, which further complicates matters" (Fatiha, Sale).*

*pendant tout le mois de Ramadan à cause de cela » (Fatiha, Taza).*

Les mythes qui entourent le DIU, comme la croyance qu'il peut « se déplacer dans l'abdomen, entraînant une intervention chirurgicale », ont été mentionnés comme des obstacles à son utilisation. Même lorsque leurs conjoints envisagent d'utiliser le stérilet, la plupart des femmes s'inquiètent du fait que cette méthode limite leur capacité à accomplir les tâches ménagères.

Une femme a déclaré : « *Le stérilet peut migrer vers le dos ou une artère. Un membre de la famille m'a dit qu'elle avait commencé à avoir mal au dos et qu'elle soupçonnait que le stérilet s'était déplacé dans son dos, alors elle l'a fait retirer » (Ghizlan, Essaouira).*

Certaines femmes ont également mentionné l'insensibilité de leur mari à l'impact potentiel de la pilule sur leur santé. Les maris refusent souvent d'utiliser des préservatifs parce qu'ils craignent que cela ait un effet sur leur virilité, le planning familial étant généralement perçu comme une responsabilité féminine. « *Il a refusé d'utiliser des préservatifs, affirmant que c'est à moi, en tant que femme, qu'il incombe de gérer le planning familial »*, a fait remarquer Kawtar de Settat.

L'indifférence des prestataires de soins, les longs délais d'attente dans les établissements de santé et l'indisponibilité de certains services, comme la pose de stérilets dans les établissements de soins de santé primaires, dissuadent les femmes de chercher activement à obtenir des conseils en matière de contraception.

Les restrictions strictes imposées à la mobilité des femmes sont apparues comme un obstacle important dans toutes les régions. Les femmes ne peuvent quitter leur domicile sans l'accord de leur mari ou de leur belle-mère. Celles qui s'aventurent seules, même pour des raisons médicales, sont considérées comme manquant de respect envers leur famille.

Une participante a décrit son expérience en disant : « *Mon mari m'a apporté la pilule de la pharmacie et je n'ai pas le droit de quitter la maison sans sa permission. J'ai fini par tomber enceinte. Cette pilule spécifique, de type 'progestatif', est la raison de ma grossesse. Au début, j'ai résisté parce qu'il changeait la pilule pour moi. Le centre de santé où je pouvais obtenir la bonne pilule est loin de chez nous, et il est difficile d'organiser le transport et d'autres aspects logistiques. De plus, l'infrastructure n'est pas fiable, ce qui complique encore les choses » (Fatiha, Sale).*

## Discussion

L'amélioration de la santé reproductive au Maroc est depuis longtemps un défi persistant [15], et la planification familiale offre un potentiel considérable pour atteindre cet objectif [10]. Cependant, peu de recherches ont été menées sur les connaissances, attitudes et pratiques des femmes marocaines en matière de planification familiale.

Les narrations des participantes attestent de l'incidence significative des normes sociétales, des anticipations familiales et des vécus sur la compréhension et la prise de décision relatives à la planification familiale au Maroc. Cela correspond à des recherches récentes menées dans d'autres pays à faible revenu [7,8,20]. Les résultats obtenus indiquent que l'autonomie reproductive des femmes, les perceptions culturelles relatives à la reproduction et les pressions exercées par les réseaux sociaux interagissent de manière concertée pour influencer le recours à la contraception, agissant tantôt comme un facteur facilitateur, tantôt comme une contrainte. Ces constatations confirment les conclusions de recherches effectuées dans d'autres pays à faible revenu [18].

Au Maroc, l'utilisation de la contraception n'est pas considérée comme normale avant la première conception, ce qui amène les femmes et les couples à envisager la planification familiale après la période du *post-partum*.

Le désir de fonder une famille après le mariage est un thème commun à toutes les participantes. Cela met en évidence la croyance sociale largement répandue selon laquelle un partenariat réussi implique d'avoir des enfants. Cette notion est étroitement liée à l'importance de la maternité en tant que moyen pour les femmes d'accomplir leur destin et de s'assurer un rôle prépondérant dans la construction sociétale d'une féminité idéalisée [21].

Ces normes culturelles dominantes influencent fortement la prise de décision de nos participantes concernant la planification familiale après le mariage. Cependant, les discussions et négociations réelles ont eu lieu dans le cadre de leur partenariat conjugal.

L'absence d'enfant de sexe masculin au sein du ménage conduit souvent à une augmentation du nombre total de naissances, ce qui contribue à expliquer les variations observées dans la taille des familles. Du point de vue des femmes, les hommes préfèrent avoir des enfants de sexe masculin parmi leur progéniture. Cette conclusion implique que, selon eux, les fils sont les protecteurs de la famille en l'absence du père. Elle est

## Discussion

Improving reproductive health in Morocco has long been a challenge [15], and family planning offers a way to achieve this goal. However, little research has been conducted on the knowledge, attitudes, and practices of Moroccan women regarding family planning [10].

Participants' narratives demonstrate the significant influence of societal norms, family expectations, and personal experiences on family planning understanding and decision-making in Morocco. These findings are consistent with recent research conducted in other low-income countries [7,8,20]. The results suggest that women's reproductive autonomy, cultural perceptions of reproduction, and social network pressures interact to influence contraceptive use, sometimes facilitating and sometimes constraining it. These findings corroborate the conclusions of research conducted in other low-income countries [18].

In Morocco, contraceptive use before the first conception is not considered normal, leading women and couples to consider family planning after the *postpartum* period.

The desire to start a family after marriage was a common theme among all participants. This highlights the widespread social belief that a successful partnership involves having children. This notion is closely linked to the importance of motherhood as a means for women to fulfill their destiny and secure a prominent role in the societal construction of idealized femininity [21]. These dominant cultural norms strongly influence our participants' decisions about family planning after marriage. However, the actual discussions and negotiations took place within the context of their marital partnership.

The absence of male children in the household often leads to an increase in the total number of births, which helps explain variations in family size. From the women's perspective, men prefer to have sons among their offspring. This implies that, in their view, sons are the family's protectors in the absence of the father. This finding is comparable to a qualitative study conducted in Ethiopia, which also revealed a preference for boys over girls. Additionally, having a large family is a status symbol and mark of popularity in other communities [8].

In our study, women expressed a preference for small families, primarily citing socioeconomic constraints. This finding aligns with previous studies, which have shown a gradual reduction in

comparable à une étude qualitative menée en Éthiopie, qui a également révélé une préférence pour les garçons par rapport aux filles. En outre, le fait d'avoir une famille nombreuse est un symbole de statut et une marque de popularité dans d'autres communautés [8].

Dans notre étude, les femmes exprimaient une préférence pour les familles de petite taille, invoquant principalement des contraintes socio-économiques. Ce constat est cohérent avec la littérature où plusieurs enquêtes nationales et comparatives montrent une réduction progressive de la taille idéale de la famille au Maroc et dans des contextes similaires. Par exemple, la taille familiale souhaitée est passée de 5 à 3,7 enfants entre 1980 et 1995 au Maroc, tandis qu'une baisse significative de la fécondité a été observée en milieu rural (de 6,6 à 3 enfants par femme) en lien avec l'éducation et l'emploi des femmes [3,6]. Ces résultats confirment que la préférence pour de plus petites familles s'inscrit dans un processus plus large de transition démographique et de transformation socio-culturelle. Cependant, il n'est pas rare que les maris souhaitent des familles plus nombreuses. Comme pour les autres décisions en matière de reproduction, les choix des femmes concernant la taille de la famille font l'objet de discussions permanentes avec leurs maris et impliquent parfois la belle-mère, qui joue un rôle important dans la dynamique familiale marocaine.

La plupart des femmes interrogées dans le cadre de notre enquête, en particulier les primo-mères ou celles qui n'ont jamais utilisé de contraception biomédicale, ont une connaissance limitée des méthodes contraceptives, la pilule étant le choix le plus populaire. De même, leur compréhension de la Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée était limitée, comme l'ont montré d'autres recherches récentes [21].

Notre étude montre qu'en raison d'une mauvaise utilisation des contraceptifs, un nombre significatif de femmes sont exposées au risque de grossesses non désirées. Nos résultats révèlent plusieurs mythes et obstacles associés à l'utilisation de diverses méthodes contraceptives, en particulier le stérilet. Un nombre important de femmes ont des idées fausses et des inquiétudes à propos de cette méthode, principalement basée sur des informations provenant d'amies, de membres de la famille et de conjoints. Les expériences personnelles et les anecdotes provenant des réseaux sociaux ont eu une influence plus importante sur la perception de la sécurité que les conseils médicaux. Des résultats similaires ont été rapportés

the ideal family size in Morocco and similar contexts through national and comparative surveys. For instance, the desired family size in Morocco fell from 5 to 3.7 children between 1980 and 1995, while a significant decline in fertility was observed in rural areas (from 6.6 to 3 children per woman), which was connected to women's education and employment [3,6]. These results confirm that the preference for smaller families is part of a broader process of demographic transition and sociocultural transformation. However, it is not uncommon for husbands to want larger families. As with other reproductive decisions, women's choices regarding family size are the subject of ongoing discussions with their husbands and sometimes with their mothers-in-law, who play an important role in Moroccan family dynamics.

Most of the women interviewed in our survey, especially first-time mothers or those who have never used biomedical contraception, had limited knowledge of contraceptive methods. The pill was the most popular choice. Similarly, their understanding of the lactation amenorrhea method was limited, as other recent research has shown [21].

Our study shows that a significant number of women are at risk of unwanted pregnancies due to the misuse of contraceptives. Our findings reveal several myths and barriers associated with various contraceptive methods, particularly the IUD. Many women have misconceptions and concerns about this method based mainly on information from friends, family members, and spouses. Personal experiences and social network anecdotes influence perceptions of safety more than medical advice. Similar results have been reported in other studies, which found that acceptance of the IUD was facilitated by comprehensive advice from healthcare providers, but hindered by fear and rejection from friends, family, and neighbors [9,18].

According to our study's results, most women want contraceptives that are easy to use and offer freedom in choosing, using, and accessing the most appropriate method without being limited by socioeconomic factors, such as difficulty accessing health services or needing permission from a spouse.

A lack of communication between health personnel and women in family planning units at health facilities, as well as a lack of specific contraceptive options, particularly IUD insertion, in rural areas negatively impact women's awareness of and access to birth control methods.

dans d'autres études où l'acceptation du DIU était facilitée par les conseils complets des prestataires de soins de santé, mais entravée par la peur et le rejet des amies, de la famille et des voisins [9,18]. Selon les résultats de notre étude, la plupart des femmes souhaitent des contraceptifs faciles à utiliser, sans complications et offrant la liberté de choisir, d'utiliser et d'accéder à la méthode contraceptive la plus appropriée sans être limitées par des facteurs socio-économiques, tels que les difficultés d'accès aux services de santé ou la nécessité d'obtenir l'autorisation de leur conjoint. Le manque de communication entre le personnel de santé et les femmes dans les unités de planification familiale des établissements de santé, ainsi que l'absence d'options contraceptives spécifiques dans les régions rurales, notamment la pose de DIU, ont un impact négatif sur la sensibilisation et l'accès des femmes aux méthodes de contrôle des naissances. Il est donc impératif d'aborder ces questions en fournissant des informations complètes, en encourageant une approche amicale, en organisant des séances de conseil et en impliquant les maris pour dissiper les fausses rumeurs sur les contraceptifs.

Pour répondre à ces défis, plusieurs interventions ont démontré leur efficacité dans des contextes similaires [1,12,19,23].

### 1. Programmes de sensibilisation communautaire

Des initiatives telles que les visites à domicile de motivation systématique (VDMS) ont permis de renforcer l'information sur la contraception et de favoriser son acceptation dans les communautés rurales. Ces programmes, en impliquant les leaders communautaires et en adaptant les messages aux réalités locales, ont contribué à une meilleure compréhension et utilisation des méthodes contraceptives.

### 2. Renforcement de l'autonomisation des femmes

L'autonomisation des femmes est un facteur clé pour améliorer leur santé reproductive. Des programmes visant à renforcer les compétences des femmes, à promouvoir leur participation à la prise de décision et à améliorer leur accès à l'éducation et à l'emploi ont montré des résultats positifs en matière de santé reproductive.

### 3. Amélioration de l'accès aux services de santé reproductive

L'extension des services de santé reproductive, notamment par la formation de prestataires de santé communautaires et l'utilisation de la télémédecine, a permis d'améliorer l'accès

Therefore, it is imperative to address these issues by providing comprehensive information, encouraging a friendly approach, organizing counseling sessions, and involving husbands to dispel false rumors about contraceptives.

Several interventions have proven effective in similar contexts to address these challenges [1,12,19,23].

**1. Community awareness programs**, such as systematic motivational home visits (SMHV), have helped strengthen knowledge of and acceptance of contraception in rural communities. These programs involve community leaders and adapt messages to local realities, contributing to a better understanding and use of contraceptive methods.

**2. Strengthening women's empowerment** is a key factor in improving reproductive health. Programs that strengthen women's skills, promote their participation in decision-making processes, and improve their access to education and employment have shown positive results in terms of reproductive health.

**3. Improving access to reproductive health services.** Expanding reproductive health services, particularly through training community health providers and using telemedicine, has improved access to contraceptive services in remote areas. These approaches facilitate the dissemination of information and access to contraceptive methods.

**4. Despite cultural barriers, comprehensive sexuality education (CSE)** has proven effective in reducing risky behaviors and increasing contraceptive use. Integrating CSE into school and community programs, along with teacher training and parental involvement, is essential to its success.

Therefore, an integrated approach combining community awareness, women's empowerment, improved access to reproductive health services, and CSE is crucial to addressing unmet contraceptive needs and improving the reproductive health of women in rural Morocco.

aux services contraceptifs dans les zones reculées. Ces approches ont facilité la diffusion de l'information et l'accès aux méthodes contraceptives.

#### 4. Éducation sexuelle complète

Bien que confrontée à des obstacles culturels, l'éducation sexuelle complète a montré son efficacité pour réduire les comportements à risque et augmenter l'utilisation des contraceptifs. Son intégration dans les programmes scolaires et communautaires, avec la formation des enseignants et l'implication des parents, est essentielle pour son succès.

Par conséquent, une approche intégrée combinant sensibilisation communautaire, autonomisation des femmes, amélioration de l'accès aux services de santé reproductive et éducation sexuelle complète est cruciale pour répondre aux besoins non satisfaits en matière de contraception et améliorer la santé reproductive des femmes en milieu rural marocain.

## Conclusion

Notre étude met en lumière les obstacles posés par diverses normes de genre à l'utilisation de certains moyens de contraceptions. Les décisions de planification familiale des femmes que nous avons étudiées sont directement influencées ou complétées par des stéréotypes de genre pertinents. Nos résultats révèlent que les décisions en matière de planification familiale sont influencées par plusieurs facteurs socio-culturels et économiques, notamment le pouvoir décisionnel du mari, la nécessité de son consentement, la préférence pour une descendance masculine, le statut inférieur des femmes, leurs connaissances limitées en contraception, ainsi que l'influence de la famille élargie. Malgré ces contraintes, la plupart des femmes souhaitent une méthode contraceptive sûre et réversible. Le statut socio-économique apparaît déterminant : les couples aspirent à une meilleure qualité de vie pour leurs enfants et associent la limitation des naissances à cette perspective, bien que, dans les ménages défavorisés, la réduction du nombre d'enfants demeure difficilement envisageable.

Ces aspects sont interconnectés et donnent lieu à des considérations complexes qui se traduisent souvent par des conflits ou des préférences divergentes parmi les couples mariés en matière de planification familiale. La participation des femmes à la prise de décision est souvent limitée. Beaucoup d'entre elles adoptent les préférences de leur mari

## Conclusion

Our study highlights the barriers that various gender norms pose to the use of certain contraceptive methods. The family planning decisions of the women in our study are influenced by relevant gender stereotypes.

Our findings reveal that these decisions are influenced by several sociocultural and economic factors, including the husband's decision-making power, the need for his consent, the preference for male offspring, the inferior status of women, their limited knowledge of contraception, and the influence of the extended family. Despite these constraints, most women desire a safe, reversible method of contraception. Socioeconomic status appears to be a determining factor; couples aspire to a better quality of life for their children and associate birth control with this prospect. However, in disadvantaged households, reducing the number of children remains difficult to envision.

These interconnected aspects give rise to complex considerations that often result in conflicts or divergent preferences among married couples regarding family planning. Women's participation in decision-making is often limited, due to male authority in the household and related circumstances many women adopt their husbands' preferences.

en raison du contrôle exercé par l'homme dans le ménage et des circonstances connexes.

Pour résoudre ces problèmes, il est impératif de dissiper les idées fausses et les craintes entourant les DIU et d'améliorer le comportement de soutien des professionnels de la santé. Par conséquent, des interventions sont nécessaires pour renforcer l'autonomie des femmes en matière de prise de décision et leurs capacités de négociation dans les questions liées à la planification familiale.

Il est essentiel de donner la priorité à la disponibilité des traitements, tels que les contraceptifs injectables et la contraception définitive qui nécessitent l'acceptation du partenaire. L'éducation des filles et l'implication des hommes dans la planification familiale peuvent faciliter les décisions à long terme en matière de santé reproductive et améliorer la compréhension des différentes techniques contraceptives chez les femmes.

### Déclaration du Comité d'éthique institutionnel

L'étude a été menée conformément à la Déclaration d'Helsinki et approuvée par le Comité d'éthique de la Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat, Maroc (référéncé sous CERB: 45/21)

### Déclaration de consentement éclairé

Un consentement éclairé a été obtenu auprès de toutes les participantes impliquées dans l'étude.

### Financement

Cette recherche n'a reçu aucun financement externe.

### Contributions des auteurs et autrices

Conceptualisation: CM et JETJ; Méthodologie: CM, JETJ et LA; Analyse formelle: CM et JETJ; Investigation: CM; Curation des données: CM et LA; Rédaction-préparation du brouillon original: CM SY et JETJ; Rédaction-révision et édition: CM, SY, JETJ et LA; Visualisation: JETJ et LA; Supervision: LA. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version publiée du manuscrit.

### Déclaration de liens d'intérêt

Aucun lien d'intérêt n'a été déclaré.

To address these issues, it is imperative to dispel misconceptions and fears surrounding IUDs and to improve health professionals' supportive behavior. Therefore, interventions are needed to strengthen women's autonomy and bargaining power in family planning decisions.

Prioritizing the availability of treatments such as injectable contraceptives and permanent contraception is essential, as these require partner acceptance. Educating girls and involving men in family planning can facilitate long-term reproductive health decisions and improve women's understanding of different contraceptive methods.

### Institutional ethics committee statement

The study was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki and was approved by the Ethics Committee of the Faculty of Medicine and Pharmacy in Rabat, Morocco (CERB: 45/21).

### Informed consent statement

Informed consent was obtained from all participants involved in the study.

### Funding

This research received no external funding.

### Authors' contributions

Conceptualization: CM and JETJ; Methodology: CM, JETJ, and LA; Formal analysis: CM and JETJ; Investigation: CM; Data curation: CM and LA; Original draft writing and preparation: CM, SY, and JETJ; Writing and editing: CM, SY, JETJ, and LA; Visualization: JETJ and LA; Supervision: LA. All authors have read and approved the published version of the manuscript.

### Declaration of interests

The authors declare no conflicts of interest related to this work.

## Auteurs et autrices/ Authors

Chaimae MOUJAHID (1, c.moujahid@uhp.ac.ma, ORCID: 0000-0001-5702-0844), Soufiane YASSARA (4, syassara@gmail.com, ORCID: 0009-0005-2104-5405), Jack E. TURMAN Jr. (2,3 jaturman@iu.edu, ORCID: 0000-0003-4721-9213), Loubna AMAHDAR\* (1, ORCID: 0000-0001-9069-9158)

1. Laboratoire des sciences et ingénierie biomédicales, biophysique et santé, Institut supérieur des sciences de la santé, Université Hassan Premier, Settat 26000, Maroc
2. Département des sciences sociales et comportementales, École de santé publique Richard M. Fairbanks, Université de l'Indiana, Indianapolis, IN 46202, États-Unis
3. Département de pédiatrie, École de médecine, Université de l'Indiana, Indianapolis, IN 46202, États-Unis
4. Faculté de médecine et de pharmacie, Université Mohammed V à Rabat, Maroc, Laboratoire de recherche en biotechnologie médicale (MEDBIOTECH), Département de pathologie, Institut national d'oncologie, Rabat, Maroc

Autrice correspondante: isslsm3@gmail.com

## Références / References

1. Alam MB, Khanam SJ, Kabir MA, Hassen TA, Khan MN. Association between women's empowerment and use of modern contraception methods in Bangladesh: evidence from Bangladesh demographic and health survey 2022. *Contracept Reprod Med.* 2025 Jul 18;10(1):41. doi: 10.1186/s40834-025-00383-2.
2. Armitage A. Family planning in Maghreb: redefining responsibility. *Entre Nous Cph Den.* 1993 Oct;(24):10-1.
3. Azelmat M, Ayad M, Belhachmi H. Enquête nationale sur la planification familiale, la fécondité et la santé de la population au Maroc (ENPS 1987). Rabat, Ministère de la santé, 1989, 214 p.
4. Bradshaw CJA, Perry C, Judge MA, Saraswati CM, Heyworth J, Le Souëf PN. Lower infant mortality, higher household size, and more access to contraception reduce fertility in low- and middle-income nations. *PLoS One.* 2023 Feb 22;18(2):e0280260. doi: 10.1371/journal.pone.0280260.
5. Coyne IT. Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling: merging or clear boundaries? *J Adv Nurs.* 1997 Sep;26(3):623-30. doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.t01-25-00999.x.
6. Eltigani EE. Changes in Family-Building Patterns in Egypt and Morocco: A Comparative Analysis. *International Family Planning Perspectives.* 2000;26(2):73-8. doi: 10.2307/2648270.
7. Geleta D, Birhanu Z, Kaufman M, Temesgen B. Gender Norms and Family Planning Decision-Making Among Married Men and Women, Rural Ethiopia: A Qualitative Study. *Sci J Public Health.* 2015;3(2):242-50. doi: 10.11648/j.sjph.20150302.23.
8. Gelata D. Femininity, masculinity and family planning decision-making among married men and women in rural Ethiopia: A qualitative study. *J Afr Stud Dev.* 2018;10(9):124-33. doi: 10.5897/JASD2018.0498.
9. Guendelman S, Denny C, Mauldon J, Chetkovich C. Perceptions of hormonal contraceptive safety and side effects among low-income Latina and non-Latina women. *Matern Child Health J.* 2000 Dec;4(4):233-9. doi: 10.1023/a:1026643621387.
10. Housni EA. Planification familiale. In: Enquête sur la population et la santé familiale (EPSF 2003-2004). Rabat, ministère de la Santé [Maroc], ORC Macro, et Ligue des États Arabes. 2005:57-81.
11. Lopez V, Whitehead D. Sampling data and data collection in qualitative research. In: Schneider Z, Whitehead D, editors. *Nursing & Midwifery Research: Methods and Appraisal for Evidence-Based Practice.* Elsevier Mosby, 2013:123-40.
12. Melnick AL, Rdesinski RE, Creach ED, Choi D, Harvey SM. The influence of nurse home visits, including provision of 3 months of contraceptives and contraceptive counseling, on perceived barriers to contraceptive use and contraceptive use self-efficacy. *Womens Health Issues.* 2008 Nov-Dec;18(6):471-81. doi: 10.1016/j.whi.2008.07.011.
13. Ministère de la santé du Maroc. Enquête nationale sur la population et la santé familiale (ENPSF-2011). Rabat, ministère de la Santé, 2012.
14. Ministère de la Santé du Maroc. Enquête nationale sur la population et la santé familiale (ENPSF-2018). Rabat, ministère de la santé, 2019. <https://www.unicef.org/morocco/media/>
15. OMS. La santé sexuelle et reproductive au cœur des priorités du gouvernement marocain. Organisation mondiale de la Santé – Bureau régional de la Méditerranée orientale.
16. Ouahid H, Mansouri A, Sebbani M, Nouari N, Khachay FE, Cherkaoui M, Amine M, Adarmouch L. Gender norms and access to sexual and reproductive health services among women in the Marrakech-Safi region of Morocco: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2023 Jun 2;23(1):407. doi: 10.1186/s12884-023-05724-0.
17. Pace DS. Probability and Non-Probability Sampling – An Entry Point for Undergraduate Researchers. *Int J Quant Qual Res Methods.* 2021;9(2):1-15.
18. Rustagi N, Taneja DK, Kaur R, Ingle GK. Factors affecting contraception among women in a minority community in Delhi: a qualitative study. *Health Popul Perspect Issues.* 2010;33(1):10-5.
19. Salam RA, Faqqah A, Sajjad N, Lassi ZS, Das JK, Kaufman M, Bhutta ZA. Improving Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Systematic Review of Potential Interventions. *J Adolesc Health.* 2016 Oct;59(4S):S11-S28. doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.05.022.
20. Schuler SR, Rottach E, Mukiri P. Gender norms and family planning decision-making in Tanzania: a qualitative study. *J Public Health Afr.* 2011 Sep 5;2(2):e25. doi: 10.4081/jphia.2011.e25.
21. Spagnoletti BRM, Bennett LR, Kermod M, Wilopo SA. 'I wanted to enjoy our marriage first... but I got pregnant right away': a qualitative study of family planning understandings and decisions of women in urban Yogyakarta, Indonesia. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018 Aug 30;18(1):353. doi: 10.1186/s12884-018-1991-y.
22. Varea C, Crognier E, Bley D, Boetsch G, Baudot P, Baali A, Hilali MK. Determinants of contraceptive use in Morocco: stopping behaviour in traditional populations. *J Biosoc Sci.* 1996 Jan;28(1):1-13. doi: 10.1017/s0021932000022045.
23. Wang X, Iftikhar H, Shah U, Hashmi U, Iqbal MS. Transforming reproductive healthcare in rural China: The impact of mobile health, telemedicine, and e-health innovations on family planning and maternal health services. *Afr J Reprod Health.* 2025 Aug;29(8s):13-21. doi: 10.29063/ajrh2025/v29i8s.2.

## **Annexe : Fiche d'information sur l'étude pour évaluer les connaissances et attitudes à l'égard des résultats en matière de santé maternelle au Maroc**

### **Appendix: Fact sheet on the study to assess knowledge and attitudes toward maternal health outcomes in Morocco**

---

# FICHE D'INFORMATION SUR L'ÉTUDE POUR EVALUER LES CONNAISSANCES ET ATTITUDES A L'EGARD DES RESULTATS EN MATIERE DE SANTE MATERNELLE AU MAROC

Partie de planification familiale et taille de famille : Perception, connaissances et prise de décision.

## 1. Caractéristiques Sociodémographiques

- Quel est votre âge ?
- Quel est votre statut matrimonial actuel ? (Célibataire, mariée, en union libre, divorcée, veuve, etc.)
- Combien d'enfants avez-vous actuellement ?
- Quel est le niveau d'études le plus élevé que vous avez atteint ?
- Quelle est votre activité professionnelle actuelle ?
- Vivez-vous en milieu urbain, périurbain ou rural ?
- Quelle est votre religion (si vous souhaitez répondre) ?
- Quel est votre âge au premier mariage ?
- Quel est le niveau d'étude de ton mari ?
- Quel est la profession de votre conjoint ?
- Est-ce qu'il a une deuxième femme ou plus que vous ? Si plus combien ?
- Vivez-vous ensemble au sein de même ménage ou séparé ?

---

## 2. La prise de décision en matière de planification familiale

- Pouvez-vous me décrire comment se prennent les décisions liées à la planification familiale dans votre couple ou votre foyer ? qui prend la décision ? qui autre ?
- Quelles sont, selon vous, les principales influences sur vos décisions concernant la planification familiale ? comment ?
- Quel rôle pensez-vous que votre partenaire joue dans le processus de décision concernant l'utilisation de méthodes contraceptives ?
- Selon toi, le mari va-t-il également une responsabilité dans la gestion de la contraception ?
- Est-il généralement d'accord avec le moyen que tu choisis ? Qui, entre vous deux, prend la décision concernant le type de contraception utilisé ? Et penses-tu qu'il pourrait assumer une part de cette responsabilité, par exemple en utilisant le préservatif si certains moyens contraceptifs ne peuvent pas être utilisés pour des raisons de santé ?"

## 3. Utilisation actuelle de la contraception et comportements à l'égard des méthodes de contraception

- Quelle méthode contraceptive utilisez-vous actuellement, et pourquoi avez-vous fait ce choix ?
- Comment décririez-vous votre expérience avec les méthodes contraceptives que vous avez utilisées dans le passé ?
- Quelles sont vos principales préoccupations ou réticences par rapport à l'utilisation des contraceptifs ?

## 4. La taille et le concept de famille

- Pouvez-vous me parler un peu de ce que le terme "famille" signifie pour vous....
- A quoi pensez-vous quand vous entendez le terme "famille" ?
- Pouvez-vous me dire qui fait partie de votre famille ?

- 
- Pouvez-vous me parler des différents rôles des membres de la famille ? (Par exemple, que fait votre mari pour la famille ? Que faites-vous pour votre famille ?)
  - Comment se prennent les décisions dans votre famille ? (Par exemple, comment l'argent est-il dépensé, à quoi sert-il, ou même où vivez-vous et avec qui vivez-vous ?)
  - Comment définissez-vous la taille idéale d'une famille ? Pourquoi ?
  - Quels facteurs influencent votre choix quant au nombre d'enfants que vous souhaitez avoir ?
  - En quoi vos expériences personnelles ou culturelles influencent-elles votre vision de la famille idéale ?

## **5. Connaissances des femmes en matière de planification familiale et de méthodes contraceptives**

- Quelles méthodes de contraception connaissez-vous actuellement ?
- Où avez-vous appris les informations que vous possédez sur la planification familiale ?
- Selon vous, quelles informations devraient être plus accessibles ou mieux diffusées concernant la contraception ?
- Pourriez-vous me décrire comment vous utilisez chaque méthode de contraception ? Et que faites-vous en cas d'oubli (exemple de la pilule) ?

## **6. Barrières affectant l'utilisation des contraceptifs, en particulier le dispositif intra utérin**

- Avez-vous déjà envisagé l'utilisation d'un stérilet (DIU) ? Pourquoi ou pourquoi pas ?
- Quels obstacles ou difficultés avez-vous rencontrés (ou pensez-vous rencontrer) concernant l'accès aux contraceptifs ?
- Selon vous, quels sont les principaux freins socioculturels ou personnels à l'utilisation des méthodes contraceptives dans votre communauté ?
- Avez-vous déjà parlé avec ton mari sur ce moyen de contraception ?

- 
- Quel est son point de vue sur ce moyen contraceptif (DIU)
  - Avez-vous besoin de son consentement pour utiliser le DIU ? quel est son point de vue ?