

**AUTEUR : Naam :**

naam: **Anissa**

**Datum van verdediging : 01 juli 2021**

**Titel van het proefschrift: Wat zijn de belemmeringen voor de ontwikkeling van anticonceptie voor mannen? Een overzicht van de medische en sociaal-wetenschappelijke literatuur.**

**Scriptie - Geneeskunde - Lille " 2021 "**

**Indelingskader: Geneeskunde DES**

**+ specialiteit: Algemene geneeskunde**

**Trefwoorden :**                    **anticonceptie**                    **anticonceptie,**  
   **androgenen, progestines, controle**                    **vande**  
**spermatogenese**

**Samenvatting : Inleiding:** Sinds de anticonceptierevolutie in de jaren zestig is het aanbod van vrouwelijke anticonceptiemiddelen steeds verder uitgebreid. Mannelijke anticonceptiemiddelen daarentegen blijven beperkt tot de oude methoden: ontwenning en condoms, waaraan een sterilisatiemethode is toegevoegd: vasectomie. Hoe kan een dergelijke asymmetrie tussen het aanbod van vrouwelijke en mannelijke anticonceptiemiddelen in 2021 worden verklaard?

**Doelstellingen:** Het doel van dit werk is om door middel van een literatuuroverzicht de obstakels voor de ontwikkeling van anticonceptie voor mannen (MC) te identificeren en te analyseren.

**Methode:** Er werd een literatuuronderzoek uitgevoerd in de belangrijkste medische en sociaal-wetenschappelijke databanken. Na inclusie en lezing van de artikelen werd een lijst van potentiële barrières opgesteld en vergeleken met de onderzoeksgegevens.

**Resultaten:** 21 overzichtsartikelen, 214 klinische proeven en aanvaardbaarheidsstudies en 38 sociologische artikelen werden opgenomen en geanalyseerd. De belangrijkste potentiële belemmeringen waren werkzaamheid, bijwerkingen, omkeerbaarheid, aanvaardbaarheid, gebrek aan investeringen in onderzoek, geschiedenis van anticonceptie en traditionele genderspecifieke sociale voorstellingen.

**Conclusie:** Meer dan 50 jaar onderzoek heeft aangetoond dat effectieve, omkeerbare CM zonder ernstige bijwerkingen mogelijk is. Zowel mannen als vrouwen zijn bereid een CM te gebruiken. De ontwikkeling van CM lijkt te worden belemmerd door het gebrek aan investeringen van de farmaceutische industrie en traditionele sociale voorstellingen. geslachtsgebonden.

**Samenstelling van de jury :**

**Voorzitter : Professor Sophie CATTEAU-JONARD**

**Beoordelaars: Professor Arnaud VILLERS, Doctor Geoffroy ROBIN, Doctor Clara LEROY**

**Proefschriftleider: Dokter Roger MIEUSSET**

### Mannelijke thermische anticonceptie

Rock et al. 1965 (205)	137 H	Effecten op spermatogenese	<p><u>Serie 1</u>: scrotale temp°meting bij kamertemperatuur in verschillende posities n=36 <u>Serie 2</u>: scrotale temp°meting bij euspermische H=21 vs H met oligo n=37 of met varicocele n=8 <u>Serie 3</u>: scrotale temperatuurmeting tijdens baden 38°C tot 43°C gedurende 2u n=8 <u>Serie 4</u>: scrotale temperatuurmeting bij het dragen van isolerend ondergoed 6-14 wks n=7 <u>Serie 5</u>: scrotale temperatuurmeting 20 H met oligo behandeld door scrotale baden tussen 43 en 45°C gedurende 30 min tot 1 uur gedurende 6 opeenvolgende dagen</p>	<p>Verschil in rectale/scrotale temperatuur in rugligging bij kamertemperatuur = gemiddeld 2,38°C          ↓ spz concentratie vanaf S3 van het dragen van isolerend ondergoed. Tussen S5 en S9 ↓ 5 tot 25 M/mL.          Omkeerbaarheid na 3 tot 12 weken na het stoppen met de methode.</p>
French et al. 1973 (206)	5 H	Onderdrukking van spermatogenese	<p>↑ scrotale temp° tot lichaamstemperatuur° pdt          30 min/d of 15 min/d door de H zelf gedurende 5 dagen</p>	<p>↓ spz-concentratie vanaf 7d na ↑ temp° in 3/5 H          1 die geen ↑ van de scrotale temp° kon induceren; 1 bij wie ↑ van T° was onderhouden 15 min.          Nbr spz: 3 tot 10 M/mL tussen S7 en S13.</p>
Mieusset et al. 1985 (207)	14 H	Onderdrukking van spermatogenese	<p>↑ testiculaire temp° van 1,5 tot 2°C met behulp van de H lichaam als warmtebron met een specifieke jockstrap die de testikels vasthoudt tijdens de 15 overdag, over 12 maanden</p>	<p>Mobiliteit: 21-34% tussen 7-13 weken en 1-3 M/mL mobiele spz bij deze keer.          Geen secundair effect gemeld tijdens de studieperiode. Totale omkeerbaarheid na 6-8 maanden na het stoppen met de methode.</p>
Mieusset et al. 1987	19 H	Omkeerbaarheid van effecten op	<p>↑ temp° van 1,5 tot 2°C testiculair door middel van van een specifieke onderkleding die</p>	<p>Spz-concentratie 5 tot 18 M/mL M4 en M24 van de blootstelling vs 89 M/mL bij aanvang. Mobiliteit 18 tot 36% op M4 en M24 van</p>

(208)

spermatogenese

gedurende 15  
uren overdag gedurende 6 tot 24 maanden  
en dan na het stoppen van de methode.

blootstelling  
vs 67% bij aanvang  
↑ nbr morpho anomalieën: aanvankelijk <30% dan ongeveer 50%  
bij M10. Hoofdzakelijk: kopverlenging, kromming van het  
flagellum. Persistentie van morfologische afwijkingen bij nbr >  
aanvankelijk tot 14-18 maanden  
na het stoppen van de methode, maar zonder csq op  
vruchtbaarheid

Mieusset et al. 1987 (209)	19 H	Onderdrukking van spermatogenese	↑ testiculaire temp° 1,5 tot 2°C: <u>Techniek 1</u> n=13 Specifieke onderkleding met gat in het midden waardoor penis en lege scrotale huid kunnen passeren. <u>Techniek 2</u> n=6 Soortgelijke specifieke onderkleding maar gat versterkt met ring. Gedragen voor 15 uur overdag voor 6 tot 24 maanden	2° techniek efficiënter in termen van ↓ nbr van spz en hun mobiliteit: gemiddeld 0,6 M/mL spz bij M12 en 7,5% van de mobilen met techniek 2 vs. 6,7 M/mL spz en 29% van de mobiliteit met techniek 1
Shafik 1991 (210)	28 H	Onderdrukking van spermatogenese Anticonceptieve werking Omkeerbaarheid	↑ testiculaire temp° 1,5 tot 2°C. Groep I: chir fixatie van testikels in suprascrotale positie n=15. Groep II: vasthouden in suprascrotale positie met een jockstrap n=13. Gedurende 12 maanden	Azoo n=11 grp I en n=8 grp II, oligo <10M/mL n= 9 Terugkeer van normale spz-concentratie in 28 H binnen 6 maanden na stoppen. ↓ motiliteit met 8 tot 18% beweeglijke spz aan het eind van de ttt, omkeerbaar in 9 maanden in alle H. ↑ morpho anomalieën omkeerbaar binnen 6 maanden in alle H. ↓ T. 0 zwangerschap opgetreden. Zwangerschap bij alle partners met kinderwens na stoppen met van de ttt (n=19).
Shafik 1992 (211)	14 paren	Anticonceptieve werking	↑ testiculaire temperatuur° 1,5 tot 2°C door de testikels in een suprascrotale positie te houden door een polyester jockstrap, gedragen voor een periode van 12 maanden dag en nacht.	Er waren 0 zwangerschappen. Langdurig azoo waargenomen bij alle H. Tijd tot azoo: 120 tot 160 dagen (gemiddeld 139,6 dagen).
Mieusset et al. 1994 (212)	9 paren	Anticonceptieve werking	↑ testiculaire temp° 1,5 tot 2°C bij <u>techniek 1</u> : specifieke onderkleding met gat in het midden waardoor staafje en lege scrotale huid kunnen passeren, n=3 of <u>techniek 2</u> : vergelijkbare specifieke onderkleding maar gat versterkt met zacht rubber of rubber ring alleen vastgehouden met bandjes. n=6	Betere remming van de spermatogenese met techniek 2. 0 zwangerschappen in 117 blootstellingscycli, d.w.z. 100% efficiëntie voor techniek 2. Mobile spz-concentratie <1M/mL in 86,4% van de monsters zonder ooit 1,6 M/mL te overschrijden. Geen vertraagd secundair effect. Terugkeer naar beginwaarden 12 tot 18 maanden na technische stop. 1 zwangerschap vond plaats bij techniek 1 (H was na 7 weken gestopt met het dragen van onderkleding). Gemiddelde tijd van blootstelling aan deze techniek als anticonceptiemethode voor de 3 paren = 13,3 maanden. Gemiddelde mobiele spz-concentratie = 1,86 M/ml.
Moeloek 1995 (213)	10 H	Onderdrukking van spermatogenese	↑ testiculair temp° 1.5 tot 2°C door het dragen van van a polyester jockstrap gedurende 6 maanden	Oligo <20M/mL n=10H. Oligo <10M/mL n=3H. Oligo <5M/mL n=1H. ↓ van % normale vormen 18,8 vs 57,85 bij baseline.

Wang et al. 1997 (214)	21 H	Onderdrukking van spermatogenese	<p>↑ gematigde testiculaire temp° door  <u>Grp I</u>: polyester hanger (enkellaags) of  <u>Grp II</u>: dubbellaags polyester hanger (1 laag polyester + 1 laag aluminium geïmpregneerd polyester) of <u>Grp III</u>: dubbellaags hanger polyester laag. Pdt 52 weken</p>	<p>Hanger gemiddeld 0,74 uur niet gedragen.          ↑ van 0,8 tot 1°C scrotale temperatuur° tijdens het dragen van de jockstrap Nee          significante verandering in sperma parameters</p>
---------------------------	------	-------------------------------------	--	---

Zhu en al. 2010 (215)	12 H	Effecten op spermatogenese	Proteomische analyses op testiculaire biopten op verschillende tijdstippen (S2 en S9) na $\uparrow$ temp° testiculaire door hete baden van 43°C voor 30 minuten per dag, elke dag gedurende 6 opeenvolgende dagen.	Verschillende eiwitexpressies voor en 2 weken na de behandeling. 2 weken na warmtebehandeling: $\downarrow$ expressie van enkele eiwitten betrokken bij celproliferatie en overleving. $\uparrow$ expressie van sommige eiwitten betrokken bij kiemcelapoptose en antiproliferatieve mechanismen. HNRNPH1 lijkt een sleutelrol te spelen. Expressie gecorreleerd met spermatogenese (afgenomen 2 weken na de behandeling en neemt 9 weken later weer toe).
Ahmad et al. 2012 (216)	5 H	Effecten op spermatogenese	$\uparrow$ temp° van 1,5 tot 2°C testiculair en bijbal door het dragen van ondergoed specifiek gedragen gedurende 15 uur gedurende de dag, gedurende 120 opeenvolgende dagen	$\uparrow$ significante DFI (DNA-fragmentatie-index) en HDS (hoge DNA-kleurbaarheid) vanaf D20. $\uparrow$ DFI van ongeveer 200%. HDS $13,0 \pm 1,1$ D45 vs $5,9 \pm 0,3$ bij aanvang.
Rao en al. 2015 (217)	20 H	Effecten op spermatogenese en bijkomende geslachtsklieren	$\uparrow$ testiculaire temp°: <u>grp 1</u> = hete baden van 43°C pdt 30 min 1/d gedurende 10 opeenvolgende dagen of <u>grp 2</u> = hete baden van 43°C pdt 30 min 1/d om de 3 dagen (10 baden in totaal).	$\downarrow$ spz concentratie en totale spz nbr in 2 grp. $\downarrow$ + significante grp 2 (15,5% van initiële waarden op S8 vs 28,8%grp 1). Ernstige oligo (< 5M/ml) n= 4H/grp. $\downarrow$ progressieve mobiliteit in 2 grp. $\downarrow$ HOS test (hypo-osmotische zwellingstest) in 2 grp. $\downarrow$ significante totale acrosine-activiteit in 2 groepen. Geen verandering in biochemische parameters van sperma. Oxidatieve stress beoordeling: $\uparrow$ significant in 2 groepen van malondialdehyde
Zhang et al. 2018 (218)	30 H	Effecten op spermatogenese en bijkomende geslachtsklieren en hormonen seksuele	$\uparrow$ temp° van het scrotum met een elektrisch verwarmingstoestel op 43°C gedurende ongeveer 30-40 min 1/d, 2 opeenvolgende dagen per week, gedurende 3 maanden.	$\downarrow$ nbr van spz, motiliteit en nbr spz van normale vorm. $\downarrow$ significant HOS, $\downarrow$ van DNA integriteit, tot 1 maand na ttt. $\uparrow$ MIF en DFI. $\downarrow$ significant T en $\uparrow$ FSH en LH. $\uparrow$ percentage chromosoomafwijkingen voor de chromosomen 13, 18, 21, X en Y (13,7 maal hoger).
Abdelhamid et al. 2019 (219)	5 H	Effecten op spermatogenese	$\uparrow$ temp° van 1,5 tot 2°C door het dragen van een specifieke onderkleding gedurende 15 uur overdag gedurende 120 opeenvolgende dagen. n=5 Controle: sperma van 27 gezonde proefpersonen.	Nbr spz van de normale vorm gedeeld door 5 tijdens de blootstellingsperiode. $\uparrow$ MAI (multiple anomaly index) op D20, terug naar normale waarden op D193.

Abdelhamid  
et al. 2019  
(220)

5 H

Effecten op  
spermatogenese

↑ temp° van 1,5 tot 2°C door het dragen  
van specifieke onderkleding gedurende 15  
uur overdag waardoor de temperatuur  
gedurende 120 opeenvolgende dagen  
stijgt  
n=5. FISH-analyse op 234038 spz

↑ x2 aantal aneuploïdieën op D45 na blootstelling.  
Omkeerbaar effect bij D180 na blootstelling.

**Artikelen over de  
aanvaardbaarheid van CM**

Gough 1979 (230)	151 H	Theoretische aanvaardbaarheid van een anticonceptiepil voor mannen	Vragenlijsten	Op de vraag "Zou u bereid zijn een anticonceptiepil voor mannen te gebruiken als die beschikbaar was" antwoordde 55,6% ja, 18,5% waarschijnlijk ja, 18,5% waarschijnlijk nee, 7,3% nee.
Ringheim 1995 (231)	154 H	Aanvaardbaarheid  ET praktijk  als CHM	Injecties EN IM 1/week  Focusgroep + vragenlijsten	Motivaties voor deelname aan studie : behoeft aan verandering anticonceptie=36%, aangemoedigd door partner=23%. Voor meerderheid H, partner had in het verleden problemen gehad met anticonceptie. H willen de verantwoordelijkheid voor anticonceptie delen om te voorkomen dat hun partner niet langer zien lijden onder de gevolgen van de 2ndaries. H Australiërs stellen ook traditionele genderrollen ter discussie terwijl dan Aziatisch + "conservatief" H. H melden neveneffecten zoals: acne, gewichtstoename of ↑ spiermassa, maar ook een gevoel van welzijn, een gevoel van viriel zijn en ↑ libido. Secundaire effecten meestal als negatief ervaren = prikkelbaarheid. 84% gaat akkoord met een grotere gedeelde verantwoordelijkheid voor anticonceptie. Culturele verschillen: 29% in Hong Kong denkt dat de pil voor H nutteloos of geen goed idee versus 13% in Shanghai, 7% in Kaapstad, 6% tot Edinburgh. >30% (behalve Hong Kong) gebruiksklaar CHM indien beschikbaar en 43 78% (behalve Shanghai) zou er in de toekomst gebruik van maken. >50% (behalve Hong Kong) denkt dat hun partners zou CHM gebruiken. Toedieningswijzen: voor de pil in ½ gevallen in Edinburgh, ½ voor maandelijkse injecties. Redenen waarom F denkt dat CHM geen goed idee is geen vertrouwen hebben in hun partner en/of bang zijn voor neveneffecten (F Chinees).
Glasier et al. 2000 (232)	1894 F :  Schotland  450, China 900, Afrika van het zuiden 544	Aanvaardbaarheid  van een theoretische CHM	Vragenlijsten	



Martin et al. 2000 (233)	1829 H : 436 in  Schotland,  493 in Afrika Zuid en 450 in China	Aanvaardbaarheid theorie van de  CHM	Vragenlijsten	Pil gezien als meest geschikte vorm door H in Edinburgh en 16% van de zwarte H in Kaapstad en 34% van de Chinese H dachten dat ze dat CHM hun seksualiteit of mannelijkheid zou veranderen. 44% Chinese H op 83% blanke Kaapstaders bereid tot gebruik anticonceptiepil man. Injecteerbare vorm minder aanvaardbaar met 32% bereid om gebruiken in Edinburgh en Hong Kong en 62% van de blanke H's in Kaapstad. Over de noodzaak om spermogrammen te maken, de Chinese en Schotse H vonden dit minder acceptabel dan H uit Kaapstad, Hetzelfde geldt voor het tijdschema voor de doeltreffendheid.
-----------------------------	--	---	---------------	--

Weston al. (234)	en 148 H	Theoretische aanvaardbaarheid van CHM	Vragenlijsten uitgedeeld aan H's wier partner onlangs is bevallen	118 bruikbare vragenlijsten. 75,4% was misschien, waarschijnlijk of zeker bereid CHM te proberen. Zij gaven de voorkeur (in volgorde) aan: dagelijkse pil, driemaandelijke injectie of 2/jaar. Wekelijkse injectie was de laatste keuze (hoewel = de enige vorm die bewezen effectief is).
Weston al. (235)	en 76 H	Theoretische aanvaardbaarheid van CHM	Vragenlijsten uitgedeeld aan Australische immigranten wier partners onlangs waren bevallen, vergeleken met gegevens uit een eerdere studie van in Australië geboren mannen (234)	13,6% 'waarschijnlijk' of 'zeker' bereid om CHM te proberen tegenover 47,5% van de in Australië geboren mannen, maar 52,7% van de geïmmigreerde mannen antwoordde 'misschien'. Onder de geprefereerde toedieningswijzen (in volgorde): injectie 2/jaar, dagelijkse pil, injectie 4/jaar.
Heinemann et al. 2005 (236)	9342 H in 9 landen, 4 continenten	Theoretische aanvaardbaarheid van CM	Vragenlijsten	Beslissing over anticonceptie meestal door beide partners genomen. 55,1% wil een nieuwe MC gebruiken tegen 20,7% niet. Factoren die verband houden met een betere aanvaardbaarheid: hoog opleidingsniveau, wens tot vasectomie, huidig gebruik van anticonceptie. Voorkeursmethoden voor toediening: oraal, dagelijkse gelapplicatie, maandelijkse injectie, jaarlijks implantaat.
Heinemann et al. 2005 (237)	9342 H	Determinanten van de theoretische aanvaardbaarheid van MC	Vragenlijsten	<u>Positieve factoren die de beslissing om CM te gebruiken beïnvloeden</u> : doeltreffendheid, snelle werking en omkeerbaarheid, weinig bijwerkingen, verbetering van viriliteit en seksualiteit, verbetering van spierkracht, gebruiksgemak, niet-afhankelijkheid van CF. <u>Negatieve factoren die de beslissing om CM te gebruiken beïnvloeden</u> : negatieve houding tegenover CM, angst voor geslachtshormonen, angst voor geneesmiddelen, afwijzing van regelmatige medische follow-up, idee dat anticonceptie een vrouwelijke verantwoordelijkheid is, angst voor gevolgen voor de seksualiteit, religieuze weerstand.
Marcell et al. 2005 (238)	30 H en vrouwen	Theoretische aanvaardbaarheid van CHM	Semi-gestructureerde interviews	67% M en 67% F hadden een positieve indruk van CHM. De omkering van de rolverdeling in de verantwoordelijkheid voor anticonceptie werd door de meeste vrouwen positief ontvangen en door mannen als "verrassend" of onnatuurlijk beschouwd. Veel ondervraagde vrouwen wezen erop dat de meeste mannen niet gewend zijn aan regelmatige medische follow-up in tegenstelling tot henzelf en wezen op het gebrek aan diensten of preventieprogramma's voor mannen. 85% van de vrouwen zou hun partner vertrouwen om

neem CHM.

Meriggiola et al. 2006 (239)	20 H	Praktische aanvaardbaarheid van UT+NETE combinatie	UT + NETE -Om de 6 weken - Elke 8 weken - Elke 12 weken Gedurende 48 weken	92% M vindt dat M en F de verantwoordelijkheid voor anticonceptie moeten delen. 38% wil de volledige verantwoordelijkheid nemen. 75% is bereid een nieuwe CM-methode te proberen en 74% zegt dat de partner dat ook is. 66% is bereid UT+NETE te gebruiken indien beschikbaar. 32% denkt dat het grootste nadeel van injecties het gebrek aan bescherming tegen soa's is. 12 weken om effectief te zijn wordt door 39% van de mannen als onaanvaardbaar beschouwd. 64% vindt 18 weken om weer normaal te worden aanvaardbaar. 62% is bereid 10 tot 20 euro per maand te betalen, 32% 10 euro, 6% <10 euro.
Zhang et al. 2006 (240)	308 H	Praktische aanvaardbaarheid van UT	Injecties UT 500 mg IM 1/maand Vragenlijsten, interviews en focusgroep.	Redenen voor deelname aan het onderzoek: gedeelde verantwoordelijkheid voor anticonceptie 41,2%, iets goeds doen voor mijn land 36,7%, helpen het probleem van overbevolking op te lossen 41,6%. H en F noemen de manier waarop andere H's naar hen kijken, CM zou door andere H's slecht worden gezien in het licht van cultureel geaccepteerde geslachtsnormen. > 1/2 van de respondenten merkte geen chgmt tijdens ttt. 40,3% ervoer ongemakken tijdens de behandeling, waarvan 72,3% verband hield met de maandelijkse injecties, die als te en 21,7% aan het feit dat zij regelmatig naar de kliniek moesten komen.
Amory et al. 2007 (241)	38 H	Praktische aanvaardbaarheid van de DMPA +Gel T	T-gel 100 mg/d + DMPA 300 mg injectie om de 3 maanden +/- acycline 300 µg/kg om de 2 weken gedurende de eerste 12 weken 24 weken	50% is tevreden over de methode, 45% zou deze willen gebruiken indien beschikbaar, tegen 42% niet. 40% verkiest deze methode boven de methode die zij momenteel gebruiken, tegen 42% niet. Oudere proefpersonen hebben een gunstiger mening dan jongere. Proefpersonen wier partner een spiraaltje gebruikt, verkiezen deze methode minder (tevreden over het spiraaltje). 74% vindt de gel gemakkelijk toe te dienen, 55% droogt snel, 81% vindt de huid "plakkerig".
vSolomon et al. 2007 (242)	24 paren	Praktische aanvaardbaarheid van UT+MPA	Injectie UT+MPA Semigestructureer de interviews	Motivaties voor deelname aan de studie: 8/24 H uit nieuwsgierigheid, 6/24 uit noodzaak. Voor F waren de redenen risicodeling en verantwoordelijkheid. Meerderheid H merkte ↑ eetlust, gewichtstoename tijdens ttt en ↑ libido op. Sommige Fs meldden + hoge mate van stress en woede van hun partner tijdens ttt.

Eberhardt et al. (2009) (243)	100 H en 110 vrouwen	Theoretische aanvaardbaarheid van een anticonceptiepil voor mannen	Vragenlijsten	F had een positievere houding dan H over de anticonceptiepil voor mannen. F had minder vertrouwen in H om een anticonceptiepil te gebruiken dan H zelf. H in een stabiel koppel hadden een positievere houding dan degenen met occasionele partners.
-------------------------------	----------------------	--	---------------	--

Walker 2011 (244)	54 H en 134 vrouwen	Theoretisch aanvaardbaarheid van een anticonceptiemiddel voor mannen pil	Vragenlijsten + semi-gestructureerde interviews	49,5% is bereid de anticonceptiepil voor mannen te gebruiken, 19,2% niet, 31,3% misschien. Zelfde voor M en F. Geen effect van leeftijd, duur van relatie of opleidingsniveau op de aanvaardbaarheid.  De meest voorkomende opmerkingen (53%) hadden betrekking op tweedehands effecten en risico's op lange termijn. 52% F en 17% M noemden het risico vergeten een dagelijkse pil in te nemen. Sommigen (M en F) noemden de mogelijkheid om meer controle te hebben over gezinsplanning en het delen van verantwoordelijkheid voor anticonceptie. 37% van de M- respondenten zou verkiezen de anticonceptiepil voor mannen boven ontwenning of condooms. Sommige M opmerkingen maakte over mannelijkheid.
Roth et al. 2014 (245)	79 H	Praktisch aanvaardbaarheid van T-gel + Nestorone gel als  CHM	T gel 10g + -Placebo gel  -Nes 8  -Nee 12 20 tot 24 weken	58% tevreden over methode en 53% zou het aanbevelen als beschikbaar. 1/3 vrijwilligers zouden als 1 <sup>e</sup> anticonceptiemethode gebruiken als beschikbaar. Afrikaanse mannen gebruiken minder vaak een methode dan blanke mannen en Aziaten. 34% vindt de methode beter dan de methode die zij momenteel gebruiken vs. 35% die dat niet doen.

Amouroux et al. 2018 (246)	"Nieuwe vaders" M wiens F op de kraamafdeling was om te bevallen (potentiële gebruikers)	Theoretische aanvaardbaarheid van WCL	Vragenlijsten in 6 ziekenhuizen in Marseille + e-maillijst van de universiteit van Aix-Marseille (nieuwe aanbieders).	<p><u>Kennis over MC:</u> Zelfde in 2 populaties over ontwenning en condooms (99 en 98%). Over vasectomie en "nieuwe" anticonceptiemethoden waren de NP beter geïnformeerd dan de NF (88 tegen 48 en 26 tegen 10%).</p> <p><u>"Zou u bereid zijn een CM-methode te gebruiken als uw primaire vorm van anticonceptie?"</u> Ja 58,4% NF vs 70,1% MNP en 73,9% FNP. <u>Belangrijkste motivaties:</u> gedeelde verantwoordelijkheid voor anticonceptie en vermijden van de bijwerkingen van FC.</p> <p>Bij de 53 NPF die "neen" antwoordden, was gebrek aan vertrouwen in de partner de belangrijkste reden in 28,3% voor H, het gevoel te beperkt te zijn in 21,6 en 31% en angst voor bijwerkingen in 14,4 en 31%. Een hoge sociaal-economische of wetenschappelijke categorie of een hoog opleidingsniveau werd statisch geassocieerd met een hogere aanvaardbaarheid en een grotere angst voor bijwerkingen met FC</p> <p>Religie statistisch + geassocieerd met "nee" antwoord. 43,2 %NF en 92% NP willen meer informatie over CM en 54,2 en 84,6 willen meer keuze van CM.</p> <p><u>Met betrekking tot CMT:</u> 29,2% NF bereid om te proberen, belangrijkste voordelen: natuurlijk=52%, niet-hormonaal=36,2% zonder bijwerkingen=38,2% // belangrijkste nadelen: te lange gebruiksduur=55,9%, dagelijks dragen=43,1%, angst voor ongemak=38,8%.</p> <p><u>Houding van voorschrijvers:</u> 33,7% NP biedt nooit CM aan</p>
	Potentiële voorschrijvers van "nieuwe aanbieders stagiaires of jonge huisartsen of gynaecologen (M + F)			

Vera Cruz en al. (247)	412 H 2019	Aanvaardbaarheid pil theorie anticonceptiemiddel mannelijk	vignetten verschillende gebruiksscenario's presenteren een anticonceptiepil voor mannen	Vragenlijsten met	tijdens consultaties, >1/2 niet voor andere methoden dan condoms. 82,2% geïnteresseerd in deelname aan CM cursus. NP + Meer bezorgdheid over mannelijkheid voor hun patiënten dan de patiënten zelf (32,3 vs 13,5) 11% zou het anticonceptiemiddel voor mannen nooit proberen anticonceptiepil, over het algemeen oudere proefpersonen met een lager opleidingsniveau of het beoefenen van religie. Voor 11% zou het afhangen van de prijzen en de secundaire effecten. Voor 25% zou het afhangen secundaire effecten. Voor 46% zou dat afhangen van de context en de secundaire effecten.
Cartwright en al. (248)	80 H 2020 398 F	Aanvaardbaarheid theoretische CM	Kwalitatieve analyse van gegevens van focusgroep		Ongeveer 2/3 M en 1/4 F hebben een gunstig oordeel over CM dvlpt. Redenen voor een positief advies: risicodeling en verantwoordelijkheid anticonceptie, voorkomen van zwangerschappen buiten het huwelijk, verbeteren van het aanbod CM, raak meer betrokken en geef H macht in gezinsplanning. Redenen voor ongunstig advies: H zou niet accepteren en condoom reeds voldoende, vrezen negatieve gevolgen voor seksualiteit en vruchtbaarheid, standaard sociaal CF, gebrek aan vertrouwen van F's in hun partner. Gewenste CM vormen: injecteerbaar of lokale gel Onmiddellijke gevoelens na het lezen van de RISUG® beschrijving =
Lacasse en al. (249)	151 H 2020	Aanvaardbaarheid theoretisch RISUG® in afhankelijk van de stereotypen van genre	Online vragenlijst		Deze zijn: "effectiviteit", "pijn", "innovatie". Factoren die verband houden met RISUG® willen proberen = actieve seksualiteit. Aangehouden geslachtsnormen H negatief geassocieerd om RISUG® te proberen: -een beeld geven van een heteroseksueel persoon, + svt geassocieerd met vermeende "negatieve gevolgen voor de seksualiteit" en "nadelen". -denken dat H + macht moet hebben dan F, + svt geassocieerd met



Nguyen en al. (250)	57 H	Praktische aanvaardbaarheid van UFAD	DMAU 4 capsules/d gedurende 28 dagen 30 min. voor een vetrijke maaltijd n=39 Placebo n=18	gevoelde "impact negatie op seksualiteit 28% had moeite met een vetrijke maaltijd. 54% is bereid de methode te gebruiken. 77% zou methode aanbevelen. H bereid om CHM + svt te gebruiken in koppel of met hoger opleidingsniveau. 45% is bereid CHM te gebruiken, 23,5% niet en 30,9% misschien.
Saxen en al. 2021 (251)	162 H	Aanvaardbaarheid theoretische CHM	Vragenlijst	Modaliteit administratie voorkeur = vorm injecteerbare vorm. Hoofd bezorgdheid over het gebruik van CHM = doeltreffendheid en risico van effecten 2ndaries.

### Bijlage 3: Potentiële sociale, economische en culturele belemmeringen die in sociologisch verband zijn vastgesteld

Referenties	Vastgestelde thema's en subthema's
Artikelen die gaan over het thema MC	
<p>Oudshoorn et al. 1999 <i>Anticonceptie voor mannen en ruzies tussen mannen en vrouwen</i> (252)</p>	<p>Culturele voorstelling: anticonceptie = vrouw</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- genderstereotypen</li> <li>- uitsluiting van mannen</li> </ul> <p>Geschiedenis van anticonceptie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Feministische bewegingen en de anticonceptierevolutie</li> <li>- Afwezigheid van de farmaceutische industrie</li> </ul>
<p>Oudshoorn 1999 <i>Over masculiniteiten, technologieën en pijn: het testen van mannelijke anticonceptiemiddelen in de kliniek en de media.</i> (253)</p>	<p>Genderstereotypen in de pers</p>
<p>Oudshoorn 2004 <i>"Astronauten in de Spermawereld: The Renegotiation of Masculine Identities in Discourses on Male Contraceptives.</i> (254)</p>	<p>Culturele voorstelling: anticonceptie = vrouw</p> <p>Geschiedenis van de anticonceptie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vervrouwelijking</li> <li>- uitsluiting van mannen</li> </ul>
<p>Castro-Vázquez et al. 2007 <i>Heteroseksuele Japanse mannen die onderhandelen over anticonceptie. Mannen en Masculiniteiten.</i> Okt (255)</p>	<p>Genderstereotypen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mannelijkheid</li> </ul>
<p>Kalampalakis et al. 2007 <i>Gemedicaliseerde anticonceptie voor mannen: psychosociale problemen en ingebeelde angsten.</i> (256)</p>	<p>Culturele voorstelling: anticonceptie = vrouw</p> <p>Genderstereotypen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Viriliteit/seksualiteit/vruchtbaarheid</li> </ul>
<p>Desjeux 2009 <i>Geschiedenis en huidige status van voorstellingen en praktijken inzake anticonceptie voor mannen</i> (257)</p>	<p>Culturele voorstelling: anticonceptie = vrouw</p> <p>Genderstereotypen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mannelijkheid/vruchtbaarheid</li> </ul> <p>Geschiedenis van anticonceptie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- geschiedenis van het onderzoek</li> <li>- Gebrek aan</li> </ul>

middelen

- afwezigheid van de farmaceutische industrie
- overheidsmiddelen

Desjeux 2010 <i>Geschiedenis van de anticonceptie voor mannen [De ervaringen van de Vereniging voor Onderzoek en Ontwikkeling van Anticonceptie voor Mannen (1979-1986)]</i> (258)	Voorgeschiedenis van anticonceptie <ul style="list-style-type: none"> <li>- Feministische bewegingen</li> <li>- uitsluiting van mannen</li> <li>- Gebrek aan middelen</li> <li>- overheidsmiddelen</li> </ul>
Desjeux 2013 <i>Mannelijke anticonceptie" vandaag de dag. Een meervoudige realiteit.</i> (259)	Culturele voorstelling: anticonceptie = vrouw Genderstereotypen <ul style="list-style-type: none"> <li>- mannelijkheid/vruchtbaarheid</li> </ul> Mannelijke Occultatie in Gezinsplanning
Desjeux 2013 <i>Anticonceptie van mannezijde. De opkomst van een "mannelijk geweten".</i> (260)	Culturele voorstelling: anticonceptie = vrouw Genderstereotypen <ul style="list-style-type: none"> <li>- seksualiteit/vruchtbaarheid</li> </ul>
Shih et al. 2013 <i>Hij is een echte man: Een kwalitatieve studie naar de sociale context van de vasectomiebeslissingen van koppels in een raciaal gediversifieerde bevolking.</i> (261)	Genderstereotypen <ul style="list-style-type: none"> <li>- mannelijkheid/vruchtbaarheid</li> </ul>
Welzer-Lang 2013 <i>Anticonceptie voor mannen, ARDECOM en mannengroepen, uitgangspunten voor de ontwikkeling van de genderverhoudingen</i> (262)	Voorgeschiedenis van anticonceptie <ul style="list-style-type: none"> <li>- vrouwenbewegingen</li> </ul> Traditionele gendervoorstellingen (door artsen)
Dismore L et al. 2016 <i>Sociale constructies van de anticonceptiepil voor mannen: Wanneer doorbreken we de vicieuze cirkel?</i>	Gebrek aan middelen <ul style="list-style-type: none"> <li>- afwezigheid van de farmaceutische industrie</li> </ul> Genderstereotypen <ul style="list-style-type: none"> <li>- mannelijkheid</li> </ul>
Wilson 2018 <i>"Stop het in je schoen het zal je slap maken: British Men's Online Responses to a Male Pill</i> (264)	Culturele voorstelling: anticonceptie = vrouw Mannen uitgesloten van gezinsplanning Gebrek aan middelen afwezigheid van de farmaceutische industrie
Campo-Engelstein et al. 2019 <i>Waar is de pil voor de "reproductieve man? Een inhoudsanalyse van hedendaagse Amerikaanse krantenartikelen</i> (265)	Culturele voorstelling: anticonceptie = vrouw
Schmidhauser et al. 2021 <i>"Mannelijke anticonceptie: voelt het mannelijk aan?"</i> (266)	Voorgeschiedenis van anticonceptie <ul style="list-style-type: none"> <li>- vervrouwelijking</li> </ul> Culturele voorstelling: anticonceptie = vrouw Uitsluiting van mannen van gezinsplanning Genderstereotypering

- mannelijkheid

Artikelen over mannen in de reproductieve gezondheidszorg of gezinsplanning	
Chabot M. 1985 <i>Mannen zijn gewoon op doorreis</i> (267)	Voorgeschiedenis van anticonceptie - uitsluiting van mannen Genderstereotypen - mannelijkheid
Gardey 2006 <i>Wetenschap en de constructie van genderidentiteiten.</i> (268)	Genderstereotypen
Ventola 2016 <i>Het geslacht van anticonceptie: voorstellingen en praktijken van voorschrijvers in Frankrijk en Engeland</i> (269)	Feminisering van anticonceptie Medicalisering van anticonceptie Culturele voorstelling: anticonceptie = vrouw (door artsen) Genderstereotypen: seksualiteit.
Andro et al. 2009 <i>Geboortebeperking en seksuele gezondheid: waar zijn de mannen?</i>	Mannen uitgesloten van gezinsplanning Genderstereotypen : - mannelijkheid
Stratonovitch 2009 <i>Gender en geneeskunde</i> (271)	Genderstereotypen - traditionele rollen M/V
Ventola 2014 <i>Het voorschrijven van voorbehoedsmiddelen: de rol van de medische instelling in de constructie van gendercategorieën.</i> (272)	Voorgeschiedenis van anticonceptie - medicalisering - vervrouwelijking - uitsluiting van mannen Culturele voorstelling: anticonceptie = vrouw Genderstereotypen - Traditionele M/V rollen - mannelijkheid/seksualiteit
Le Guen et al. 2015 <i>Anticonceptiepraktijken van mannen in Frankrijk: bewijs van mannelijke betrokkenheid bij gezinsplanning</i> (273)	Voorgeschiedenis van anticonceptie - vervrouwelijking - medicalisering Culturele voorstelling: anticonceptie = vrouw Genderstereotype - seksualiteit
Casey et al. 2016 <i>Gezinsplanning en preconceptie bij mannen van midden dertig: Ontwikkeling van indicatoren en beschrijving van de behoefte</i> (274)	Mannen uitgesloten van gezinsplanning

Roux et al. 2017

*Van deskundigen naar lekenlogica: voorschrijvers van anticonceptiemiddelen in Frankrijk. (275)*

Medicalisering van anticonceptie

Culturele voorstelling: anticonceptie = vrouwen (door artsen)

Geschiedenis van anticonceptie

Wilson et al. 2018. <i>Marginalisering van mannen in teksten over gezinsplanning: Een analyse van opleidingshandboeken</i> (276)	Genderstereotypen (door artsen). - mannelijkheid Culturele voorstelling: anticonceptie = vrouw
Chernick et al. 2019 <i>Een kwalitatieve beoordeling om inzicht te krijgen in de belemmeringen en factoren die het gebruik van anticonceptiemiddelen beïnvloeden bij mannelijke adolescenten op de spoedeisende hulp.</i> (277)	Mannen uitgesloten van gezinsplanning Culturele vertegenwoordiging: anticonceptie = vrouwen
<b>Artikelen over de geschiedenis van anticonceptie</b>	
De Guibert-Lantoine 1998. <i>Anticonceptie in Frankrijk: een evaluatie na 30 jaar liberalisering.</i> (278)	Feminisering van anticonceptie Medicalisering van anticonceptie
Bajos et al. 2001 <i>Abortus op leeftijd</i> (279)	Feminisering van anticonceptie Medicalisering van anticonceptie Genderstereotypen (door artsen)
Bajos et al. 2004. <i>Anticonceptie, echte of symbolische hefboom van mannelijke dominantie</i> (280)	Genderstereotypen - traditionele rol M/V Voorgeschiedenis van anticonceptie - vrouwelijking
Bajos et al. 2005 <i>Anticonceptie en abortus.</i> (281)	Geschiedenis van anticonceptie - Medicalisering van anticonceptie
Jacquemart A. 2006 <i>Wanneer activisme genderidentiteit verwart</i> (282)	Geschiedenis van anticonceptie - Feministische bewegingen - uitsluiting van mannen
Jaspard et al. 2017 <i>Seksuele revolutie of genderrevolutie? Van de jaren 1960 tot de jaren 2010.</i> (283)	Voorgeschiedenis van anticonceptie - uitsluiting van mannen
Guen et al. 2017 <i>Vijftig jaar legale anticonceptie in Frankrijk: verspreiding, medicalisering, feminisering.</i> (2)	Voorgeschiedenis van anticonceptie - medicalisering - vrouwelijking



- uitsluiting van mannen

Asselin et al. 2019 <i>Anticonceptie, abortus: actueel overzicht (284)</i>	Voorgeschiedenis van anticonceptie - vervrouwelijking Culturele voorstelling: anticonceptie = vrouw
<b>Artikelen over mannen en vaderschap</b>	
Castelain-Meunier 2001 <i>Vaderschap, mannelijkheid en identiteit (285)</i>	Genderstereotypen - mannelijkheid - Traditionele M/V rollen
Devreux 2004 <i>Menselijke weerstand tegen sociale verandering: het ontstaan van een probleem (286)</i>	Genderstereotypen - traditionele rollen M/V
Devreux 2005 <i>Mannen in het gezin (287)</i>	Genderstereotypen -traditionele rollen M/V
Blais 2018. <i>Het vaderschap opnieuw uitvinden (288)</i>	Uitsluiting van mannen bij gezinsplanning