

A propos des obstacles psychologiques à la prévention des naissances

par P.-A. Gloor¹ (Lausanne)

Multiplicité des procédés, lenteur de diffusion des méthodes recommandables, troubles dans l'information et dans l'application, plaintes subjectives, échecs avec grossesses non désirées : cette liste de difficultés montre que la prévention des naissances ne peut évidemment pas se réduire à une question d'information simple. Ce domaine n'est pas celui du « bon sens » ni même celui

de l'« intérêt » personnel à court ou à long terme.

Si les motivations psychologiquement conscientes ont été largement décrites, les résistances inconscientes d'étude plus difficile sont moins reconnues. Elles constituent pourtant un adversaire redoutable, qui sait déjouer les projets raisonnables et les bonnes intentions, et qu'il serait imprudent de minimiser.

Multiplicité des procédés

Toute liste des moyens préventifs peut être critiquée, selon les points de vue ; certains procédés sont voisins ou peuvent être combinés ; enfin des progrès techniques tendent à allonger la liste. Je propose ici un classement en quatre groupes :

1. Méthodes *brutales* de prévention dont l'élimination doit être recherchée : infanticide, avortement dit criminel, interruption dite légale de la grossesse, stérilisation chez les deux sexes.

¹ Privat-docent à la Faculté de médecine, médecin-adjoint de la Polyclinique psychiatrique universitaire de Lausanne.

2. Méthodes contraceptives *insuffisantes* soit sur le plan de l'efficacité, soit sur celui de l'innocuité ou de l'acceptabilité : coït interrompu, étreinte réservée ; ablutions postcoïtales ; abstinence simple et abstinence périodique (Knaus-Ogino, méthode des températures) ; dispositifs intra-utérins ; spermicides employés seuls.

3. Méthodes actuellement *recommandables* : diaphragme ou cape ; préservatif masculin ; contraception orale.

4. Procédés à l'étude : contraception orale (vaginale) postcoïtale (« morning-after-pill » et prostaglandines) ; « pilule » masculine ; vaccination féminine.

L'acceptabilité des méthodes actuellement recommandables demeure irrégulière ; l'emploi continu ou alternant de ces trois moyens per-

met jusqu'à un certain point de «mesurer» le sérieux de l'attitude contraceptive.

Lenteur de diffusion

Depuis une préhistoire très reculée, aucun groupe humain, semble-t-il, n'a vécu sous le régime d'une fécondité maxima qui se confondrait avec la fertilité biologique. Les techniques préventives recensées par les historiens et les ethnographes ont longtemps été des procédés magiques d'une étonnante diversité. Pourtant, ici ou là des méthodes quelque peu efficaces avaient été mises au point, surtout dans les milieux de la prostitution où le besoin s'en faisait sentir. Jusqu'au XVIII^e siècle, ces techniques n'avaient pas tendance à diffuser en dehors d'un groupe restreint ; il n'est pas encore possible de démêler les facteurs psycho-sociaux complexes qui ont, par la suite, favorisé la vogue du coït interrompu (la «fraude conjugale» d'anciens auteurs), puis, cent ans plus tard, d'autres moyens contraceptifs. Malgré les progrès techniques, la persistance des méthodes insuffisantes est remarquable, et ni l'ignorance ni l'inertie ne constituent des explications satisfaisantes de cet état de choses².

Troubles dans l'information et dans l'application ; les plaintes

La curiosité portant sur la prévention des naissances, si elle est marquée chez les adultes mais aussi chez les enfants, ne constitue pas une garantie de recherche soignée d'une information précise. Tout médecin et tout spécialiste du planning familial peut citer des cas de défaillances quelquefois incroyables ; il en a ressenti momentanément du découragement et a dû rechercher un mode adéquat de réaction.

Il est de même difficile de savoir comment se comporter devant le cortège des plaintes à propos de l'emploi de tel ou tel moyen contraceptif. Il existe un risque de se trouver entraîné sur un terrain favorable aux résistances de la clientèle — par exemple une discussion «rai-

² A chaque mise au point d'une nouvelle méthode, on a vu apparaître une modalité inédite de grossesse non désirée. La suspension, durant deux ou trois cycles, de la contraception orale, se présente maintenant comme un danger ; malgré des mises en garde, bien des patientes prétendent ignorer le risque provenant de la fertilité temporairement augmentée et scotomisent la nécessité d'une méthode contraceptive de remplacement.

sonnable» sur l'inexistence d'un danger ou l'inanité des plaintes. Ainsi, d'un commun accord — mais inconscient, médecins et patientes peuvent éviter de s'engager dans une discussion plus délicate des émotions de culpabilité, de honte, de dégoût ou d'angoisse bien souvent liées à la prévention des naissances.

Conflit entre motivations conscientes et inconscientes

La diminution du taux de natalité démontre l'existence ancienne de motifs conscients impérieux d'une conduite de prévention des naissances. Des enquêtes psycho-sociales nous indiquent que peu d'adultes souhaitent une vie de couple sans enfant, ou au contraire une famille nombreuse. Le désir de descendance s'exprime par des chiffres moyens de deux à trois enfants ; pourtant il demeure une marge statistique de naissances peu ou non désirées (*Van Emde Boas* 1939 : 40 % des premiers-nés, taux augmenté aux naissances suivantes ; 44 % pour une enquête américaine ; 44 % pour *Pasini* sur un échantillon genevois 1971).

Il est probable que sur le *plan inconscient* nous comprenons mal et lentement les projets du Moi conscient. Le désir inconscient de descendance se trouvait autrefois, tant bien que mal, en accord avec les émotions conscientes et les signaux du groupe social, puisqu'il semblait vital, vu la mortalité des jeunes mères et des bébés, que des grossesses se produisent le plus souvent possible. La baisse du taux moyen de natalité est concomitante à une situation conflictuelle lentement aggravée.

Ce conflit peut être normalement résolu par un effort personnel, et, en couple, par une communication des émotions dans le respect du partenaire ou du conjoint ; somme toute, après élaboration, l'effort peut être modéré et supportable. Mais trop souvent il aboutit à des solutions boiteuses, conflictuelles, parfois franchement névrotiques avec des attitudes inadéquates ou dangereuses symptomatiques de conflits cachés. La discordance précédemment signalée entre désir inconscient d'une nombreuse descendance et projets «raisonnables» peut alors se combiner à d'autres tensions psychiques datant de l'enfance, de l'adolescence ou des soucis du jeune adulte au début de la vie sentimentale et sexuelle.

L'enfant comme but libidinal narcissique et objectal

Dès sa naissance, l'être humain doit graduellement renoncer à un comportement psychique caractérisé par un intérêt uniquement centré sur lui-même (libido narcissique). Il entre en contact avec le monde extérieur que la mère va représenter de façon privilégiée ; s'il se représentait que ce monde était soumis à ses moindres désirs, il doit bientôt s'apercevoir avec un déplaisir extrême que l'univers extérieur a une existence propre qui échappe largement à son pouvoir. Il y a alors scission de la libido primitive, une partie se portant vers des «objets» extérieurs qui se constituent. En cas de bon échange affectif entre une mère et un bébé, l'échec de la libido narcissique sera compensé par le plaisir provenant des contacts extérieurs.

Depuis cet âge très tendre jusqu'à l'extrême vieillesse, toute la vie libidinale, agressive et érotique, garde la trace de ce clivage et de cet équilibre à maintenir. L'expérience d'une descendance, comme les phantasmes qui précèdent et accompagnent la situation de paternité et de maternité, obéissent aussi à cette règle.

La description des émois conscients adultes vis-à-vis des enfants espérés, nés, en croissance, font traditionnellement une part très large à la libido objectale ; cette façon de procéder est sympathique mais accompagnée d'illusions dont il faut se méfier. L'amour profond des parents — dans des cas extrêmes ils font le sacrifice de leur vie pour leurs enfants — s'attache progressivement, quand la libido objectale fonctionne bien, à l'originalité de l'enfant, à sa valeur croissante d'être autonome sans crainte exagérée d'une rupture ou même d'un affaiblissement des liens affectifs à la prise d'indépendance³.

Mais la libido narcissique entre aussi en jeu, de même que les signaux du groupe social, et dans une série de situations, on peut décrire une menace ou une dégradation de l'amour objectal :

³ Genèse 2, 24 : «L'homme quittera son père et sa mère s'attachera à sa femme». Cette opération ne se déroule habituellement pas sans à-coups, avec interférence dans le choix du partenaire et du conjoint, qui se trouve aussi sous la dépendance de facteurs libidinaux narcissiques et objectaux.

1. L'enfant *reflet* de ses parents. Il est inévitable, et même agréable en plus, de se livrer au jeu des ressemblances de corps, de visage, de mimique, d'intérêts affectifs et intellectuels, au profit des identifications réciproques. Toutefois cela peut aller jusqu'à une contestation inconsciente de l'individualité propre de l'enfant, le sexe de ce dernier ne convient pas toujours, et en société encore teintée de valeurs patriarcales ce sont surtout les fillettes qui ont eu à pâtir de telles situations.

2. L'enfant *agresseur et rival*. Durant une grossesse même désirée, des émotions du niveau œdipien sont ranimées. Le phénomène est souvent perceptible chez de jeunes pères qui redouteraient un accaparement de la mère par le bébé, donc une menace pour leur couple consolidé depuis peu. L'étrange phénomène de la *couvade* ou de ses équivalents est en rapport avec de tels conflits. Cette rivalité normalement supportable peut mal tourner si un adulte n'a pu élaborer ses pulsions agressives contre-œdipiennes⁴ qui rendent toute grossesse ambivalente et qui interfèrent dans toute conduite préventive.

L'enfant peut être impliqué dans des rivalités entre adultes : par exemple le «match» qui peut s'engager à qui aura le plus d'enfants ou le plus rapidement ; il s'agit bien d'enfants «désirés» mais dans un but spécial, et peu objectal, de prestige.

3. L'enfant *remède* : s'il est fréquent qu'un couple en difficultés refuse une nouvelle grossesse, il peut aussi rechercher une réconciliation autour d'un berceau, suite à la trop fameuse «réconciliation sur l'oreiller». L'opération est risquée pour l'enfant comme pour les parents.

4. L'enfant *gage*. Luttant contre leurs propres pulsions agressives et érotiques, les parents confirment leur bonne conduite par leur façon d'élever leurs rejetons. Les enfants deviennent

⁴ *Devereux* nous a rappelé que les crimes d'Œdipe étaient inconscients, et qu'il y avait eu préalablement l'agressivité *consciente* du père, Laïos, qui avait fait exposer son fils nouveau-né. De même, si nous sommes justement indignés du sort d'enfants maltraités ou martyrs, nous serions avisés de nous demander si de telles conduites ne sont pas potentiellement présentes chez chacun.

alors «une ligne de défense extérieure contre les pulsions» (G. Mendel).

La comparaison plus ou moins consciente entre situations passées et présentes se manifeste aussi par des affirmations du genre «je ne veux pas qu'il souffre ce que j'ai éprouvé»; cette déclaration d'intention probablement sincère peut ménager des surprises par la suite.

5. L'enfant *arme* ou *outil* est une autre variante et son sort est peu enviable; conçu pour forcer le mariage, ou dans la perspective d'un héritage, il peut aussi être l'objet d'une politique royale, féodale ou bourgeoise voulant assurer la permanence du «nom», de la «lignée», de l'«entreprise», situation qui a fourni maint thème aux tragédiens et aux romanciers.

6. L'enfant *preuve*; sa venue au monde constitue un démenti à une angoisse narcissique qui tourmente l'un et l'autre parent depuis sa propre enfance: phantasmes de manœuvres destructrices diverses, avec à la clef le complexe de castration chez les deux sexes. Certes les réalisations adultes, notamment les premiers rapports sexuels heureux, sont en partie une «réponse» et une «preuve» d'intégrité corporelle physiologique et psychologique mais souvent non décisive. Nombre de femmes ont peur d'abord d'être stériles, puis qu'une grossesse ne soit pas «en ordre», et que le bébé ne soit pas «normal»⁵; le tout est quelquefois reporté en bloc à la perspective suivante de maternité.

Chez l'homme, il existe des terreurs parallèles; aider à la mise en train d'une grossesse est normalement apaisant pour le narcissisme masculin, mais il arrive que des sujets névrosés ne puissent s'en contenter, regrettent de n'avoir pu mettre au monde «vraiment» un enfant et conservent un doute et une infériorité vis-à-vis du sexe féminin.

Modes de conflit

La question de la preuve d'intégrité est probablement un facteur majeur de résistances à la contraception, et une source de craintes plus

⁵ Cornelia, mère des Gracques, prenait ses fils pour des bijoux — mais non sa fille. On a asséné cet exemple, tenu pour «admirable» à des générations d'enfants astreints à l'étude du latin.

⁶ Rationalisations actuelles: les médicaments à la suite de l'affaire de la thalidomide; les rayons X; les incompatibilités sanguines.

ou moins bien rationalisées: l'«attention continue» déclarée pénible, l'ennui des contrôles médicaux et des changements éventuels de procédé, les arguments d'ordre «esthétique», la difficulté d'assurer au sein du couple une communication efficace d'émotions multiples, contradictoires. Au contraire, les manœuvres brutales et dangereuses de l'avortement criminel, de l'interruption légale dans une moindre mesure, et des stérilisations paraissent en rapport avec une «preuve» partiellement sauvegardée et, d'autre part, l'«avantage» d'un malheur unique, rapidement décidé, avec de plus, un aspect *expiatoire* où le masochisme peut trouver son compte; cela expliquerait partiellement la persistance de ces procédés préventifs, surtout dans le cas de l'avortement criminel.

Ainsi peut se former un *écran* où peuvent se projeter bien des insécurités actuelles ou passées, avec justification de plaintes. Il en résulte des attitudes dont voici quelques-unes:

1. La négation et l'isolation des rapports entre sexualité et fécondité a surpris les premiers ethnologues qui ont pu l'observer. Pour diverses tribus les grossesses ne résultent pas d'un acte sexuel mais d'une volonté divine, en général l'action de l'esprit des ancêtres. Une masse d'Européens qui n'ont jamais entendu parler de telles croyances se comportent *en fait* comme s'ils étaient du même avis. Des discussions sur les «méthodes naturelles» laissent apparaître des motifs de cet ordre autour de la notion de sacrilège.

2. Dans notre civilisation patriarcale, il y a eu suspicion portée à l'image de la femme *sexuelle* (versant érotique, la tendresse étant recommandée), avec survalorisation de la femme *maternelle*. On retrouverait là la mythologie de la prostitution (la croyance que les prostituées travaillent par plaisir est fort tenace) et de fait la contraception se ressent encore de cette origine. Une crainte apparentée, très fréquemment mise en avant, c'est la prime à l'immoralité et notamment à l'adultère, conséquence d'une contraception efficace qui inhiberait une saine crainte de la grossesse (et aussi des maladies vénériennes).

Parallèlement, on constate une diminution du prestige masculin qui amène défensivement des poses hyperviriles (qui jouent un rôle dans la résistance à l'emploi du préservatif masculin et surtout à la stérilisation masculine).

3. Le complexe inconscient de castration chez les deux sexes peut se manifester par une impuissance ou une frigidité liées à un mode contraceptif. Un exemple caractéristique : l'impuissance masculine par suite d'une contraception orale féminine ; on pourrait aligner des équations de ce type : précaution de la femme = refus de l'enfant = refus du pénis = perte d'identité masculine adulte. La plupart des plaintes subjectives doivent être en rapport avec des mécanismes apparentés : somatisations liées au refoulement et à l'isolation.

4. L'état d'ignorance sexuelle massive empêche le développement de la communication émotionnelle au sein du couple et particulièrement l'expression d'émotions *ambivalentes* ; l'agressivité normale est particulièrement réprimée et refoulée. Rares sont les jeunes couples qui aient discuté de la *peur* légitime des rapports sexuels même heureux, où il apparaît des dérivés des pulsions sadiques infantiles, transformées par maturation, intégration, sublimation ; les «violences» résiduelles ne sont nullement antinomiques à la tendresse. Que les partenaires ou les conjoints soient de plus *dangereux* l'un pour l'autre du fait que leur fertilité potentielle, cela non plus n'est pas évoqué ou guère. Même dans le cas d'une grossesse préparée et désirée, il s'agit pour un homme d'assumer une agressivité normale, au moment de l'accouchement où l'objet de son amour risque sa santé et sa vie (même si la médecine offre des garanties toujours accrues) ; puis l'«heureux événement» d'une naissance va constituer une charge sérieuse pour vingt ans ou plus, même normalement compensée et au-delà par les plaisirs narcissiques et objectaux de la paternité et de la maternité. Les émois du romantisme amoureux, valable⁷, fonctionnent aussi comme défense contre des émotions de cet ordre.

Bien des facteurs collectifs, connexes à l'ignorance, entretiennent des conduites peu conscientes d'irresponsabilité, de clandestinité, de passivité⁸ : facteurs de mode, de transmission peu sûre de renseignements, de désir de sécurité sans peine, même dans certains cas de l'autorité médicale visant à imposer un procédé jugé préférable.

⁷ *Ullerstam* : Le coït hétérosexuel est probablement le plus dangereux des rapports sexuels (p. 254).

⁸ *Pasini* : Il se profile ici le risque d'un passage d'une acceptation passive des naissances à une acceptation passive de la contraception (p. 71).

Les progrès à préparer

Comme on doit s'attendre à la poursuite du mouvement de baisse de la natalité, phénomène qui devient planétaire, le conflit laissé à lui-même ne peut que s'aggraver. Vu la lenteur des changements psychosexuels (derrière la façade de la «révolution sexuelle») il faut redouter la persistance de conduites inadéquates préparant de nouvelles victimes des méthodes préventives brutales ou des procédés contraceptifs insuffisants, donc de nouveaux contingents d'enfants nés menacés dans leur avenir psychique et même somatique.

Les données supplémentaires susceptibles d'orienter l'action future peuvent provenir de l'expérience du planning familial mais de plus :

1. Des *psychanalyses*⁹ ; l'acquisition d'une attitude responsable, l'adoption d'une technique contraceptive efficace et modifiable sont des traits qui pourraient être mis au rang de signes terminaux d'une cure réussie.

2. Des *anamnèses* médicales, du moment que patients et médecins acceptent mieux l'examen et la discussion de préoccupations sexuelles, au cours desquelles des points de la structure profonde apparaissent.

3. De la *préparation à l'accouchement* : l'information, les exercices de relaxation et de contrôle, l'action sécurisante d'une initiation en groupe améliorent le contact entre médecins et patientes, au profit indirect de l'éducation contraceptive par la suite¹⁰.

4. De l'*éducation sexuelle scolaire* qui est loin d'être une action à sens unique. Les éducateurs peuvent apprendre bien des choses de leurs jeunes auditeurs, non encore barricadés derrière un réseau défensif longuement mis au

⁹ Y compris les psychothérapies d'inspiration analytique et les groupes thérapeutiques. *Devereux* (1965) décrit 38 situations chez des patients en analyse, à propos de difficultés d'emploi du diaphragme et du préservatif masculin ; la triade : masochisme-désir inconscient de grossesse-agressivité contre le partenaire résume ses constatations. Cet auteur souhaite la mise au point d'un test projectif apte à explorer les modes défensifs en rapport avec la contraception, utilisable par des non-spécialistes. Pour «la pilule» *Ziolko* arrive à des descriptions superposables, en mentionnant en plus la mobilisation de mécanismes du stade oral déclenchés par l'ingestion d'une drogue.

¹⁰ Ajoutons que l'épouvantail de la psychiatrisation de la médecine ne peut être évoqué dans ce domaine où les psychiatres ne sont guère intervenus.

point comme chez l'adulte. La discussion précoce de la prévention des naissances, nous pouvons l'espérer, sera plus utile que mainte mise au point hâtive, angoissée et déficiente au début d'une vie sexuelle.

5. De l'attitude du public devant l'évolution psychosociale en rapport avec des changements psychosexuels. Tout se tient : prophylaxie des grossesses indésirées, nouveau statut de la femme, de l'adolescent, de l'enfant ; « érotisation » ou soi-disant telle des spectacles, des lectures, de la publicité, du costume. Le groupe social manie autrement les mesures permissives, ou au contraire interdictives et punitives. Pour rendre possible le travail des centres de planning familial, pour mettre sur pied une éducation sexuelle scolaire, il a fallu une « décriminalisation » de ces activités et la mise en sommeil d'articles du Code pénal fédéral qui auraient pu y être opposés.

Après le test du droit de vote des femmes, l'agitation autour de la « pornographie », nous en arrivons aux discussions sur l'initiative « pour la décriminalisation de l'avortement » qui va nous renseigner sur le degré d'évolution psychosexuelle en Suisse.

Nous saurons alors quelles chances pourrait avoir un programme d'information en grand des adultes, en vue d'un développement du planning familial : non pas une augmentation « réjouissante » de la fréquentation des centres comme si l'on parlait de l'expansion annuelle d'un chiffre d'affaires, mais un passage à un niveau quantitativement et qualitativement différent, par multiplication rapide des centres de Planning, action répétée et intensive des *mass media*, recours éventuel aux techniques psychocommerciales¹¹. Cet effort pourrait probablement entamer la soi-disant inertie et la soi-disant ignorance, et constitue un objectif valable d'hygiène physique et mentale. En cas de maintien de pénalités, avec les phantasmes autour des thèmes délit-culpabilité-tribunal-geôlier, il faudra se résigner à de lents progrès des méthodes contraceptives, et au maintien de procédés préventifs expéditifs. Notre psychisme inconscient est fort conservateur et tout espoir de réforme doit en tenir compte. Il demeure souhaitable et urgent de poursuivre un effort de progression le long de la séquence infanticide-avortement-interruption de grossesse-contraception, dans l'intérêt de l'équilibre sentimental et sexuel

¹¹ Pour l'instant, seul le sport commercialisé a « bénéficié » d'un effort de ce genre.

des couples et dans celui de nos descendants qui méritent le respect avant même qu'ils soient conçus.

Bibliographie

- Af Geijerstam G. K.* : An annotated Bibliography of induced Abortion. Center f. Pop. Plan. Univ. Michigan. Ann. Arbor, 1969.
- Bergues H.* et coll. : La prévention des naissances dans la famille. INED cahier 35, PUF Paris, 1960.
- Devereux G.* : A psychoanalytic Study of Contraception. *J. Sex. Res.*, 1, 2, 105-134, 1965.
- Devereux G.* : Essai d'ethnopsychiatrie générale. Gallimard, Paris, 1970.
- Downs L. A. and Clayson D.* : Unwanted Pregnancy. *Twent. Ann. Meet. Amer. Coll. of Obst. a. Gyn.*, Chicago, 1972.
- Favez G.* : 2000 questions : attitudes des garçons de 14 à 16 ans, face à la sexualité. *Bull. Inf. Educ. Sex.*, 6, 4-46, Pro Familia, Lausanne, 1972.
- Fribourg A.* : Psychopathologie et contraception. *Rev. Med. Paris*, 12, 653-660, 1965.
- Gloor P.-A.* : A propos de la stérilisation masculine. Implications psychosociologiques. *Praxis*, 60, 9, 281-287, 1971.
- Gloor P.-A.* : Avortement, interruption de grossesse. *Cahiers Protestants*, 5, 3-32, Lausanne, 1972.
- Gloor P.-A.* : Quelques commentaires sur les obstacles psychologiques à la prévention des naissances. *Bull. Inf. Educ. Sex.*, 7, 21-28, Pro Familia, Lausanne, 1972.
- Groddeck G.* : Au fond de l'homme, cela. Gallimard, Paris, 1963.
- Mendel G.* : Pour de coloniser l'enfant. *Pet. Bibl. Payot* 188, Paris, 1971.
- Merger R. et Chadeyron P.-A.* : L'accouchement sans douleur. Que sais-je ? 1134, PUF, Paris, 1964.
- Pasini W.* : Approche psychologique de la régulation des naissances. *Rev. Med. Prev.*, 2, 13, 61-76, 1968.
- Pasini W.* : Le désir de grossesse, fil d'Ariane de la gynécologie psychosomatique. *Med. Hyg.*, 977, 1393-1397, 1971.
- La population et l'avenir des Etats-Unis* ; Et. Plan. Fam. 3, 5, Popul. Counc. New York-Paris, 1972.
- Revaz C.* : Indications et limites des nouvelles méthodes contraceptives. *Praxis*, 43, 1315-1317, 1972.
- Ullerstam L.* : Les minorités érotiques. Pauvert, Paris, 1965.
- Van Emde Boas C.* : Planning familial. *Bull. soc. R. Belge Gyn. et Obst.*, 35, 109-123, 1965.
- Ziolko H. U.* : Psychodynamische Aspekte bei oraler Kontrazeption. *Z. f. Psych. u. med. Psychol.* 19, 164-168, 1969.

Adresse de l'auteur : Dr P.-A. Gloor, PD, Petit-Chêne 18, CH-1003 Lausanne.