

# **Les interventions des ergothérapeutes dans le parcours de soin et les dispositifs d'accompagnement des patients survivants d'un AVC**

Analyse de l'enquête flash

## Membres du groupe de travail

**Anaïs BOURGUET** – ergothérapeute, équipe mobile Handicap33

**Jean-Michel CAIRE** – ergothérapeute, docteur en Sciences de l'éducation, directeur de l'IFE de Toulouse

**Clémence CHASSAN** – ergothérapeute, docteur en informatique, formatrice IFE de Toulouse

**Amandine COOK** – ergothérapeute, Tour de Gassies, master Recherche et Organisation en Santé - Recherche en Réadaptation

**Sara CORELLA-PEREZ** – ergothérapeute spécialisée en neurologie adulte, étudiante en Master 2 RG3PE

**Mathilde LECLERC** – ergothérapeute, étudiante en master 2 santé parcours RG3PE

**Isabelle MARCHALOT** – ergothérapeute, Ingénieur formation projet en réadaptation, Centre de développement des compétences Pierre Noal

**Julie MAYET** – ergothérapeute libérale

**Eric SORITA** – ergothérapeute, docteur en Sciences cognitives, maître de conférences associé  
Institut Universitaire des Sciences de la Réadaptation

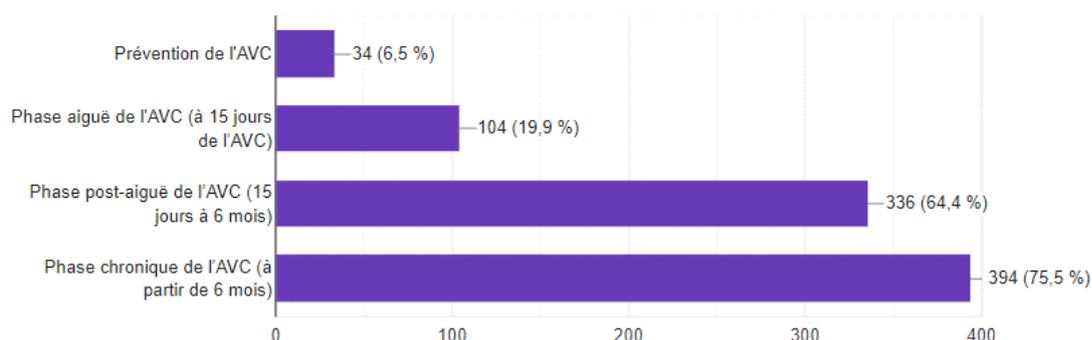
**Fanny SOUM-POUYALET** (coordinatrice) – ergothérapeute, docteur en anthropologie sociale, directrice technique de l'ANFE

## Table des matières

Quel est votre domaine de pratique en tant qu'ergothérapeute ?	4
Qui oriente les patients vers votre intervention ?	5
Dans quel(s) type(s) de structure intervenez-vous et pour quel pourcentage de temps de travail ?	6
Savez-vous qui finance votre activité ?	8
Devez-vous rendre compte de votre activité ?	9
Quelle serait votre estimation de la proportion de personnes survivantes de l'AVC que vous accompagnez par an au regard de votre activité globale ?	12
Quelle tranche d'âge de survivants de l'AVC accompagnez-vous le plus souvent ?	12
Considérant la population que vous accompagnez le plus souvent, quelle est la durée moyenne d'une séance ?	13
Pourriez-vous indiquer le type d'acte que vous réalisez et sa fréquence ?	13
Avez-vous des recommandations spécifiques pour améliorer la prise en soin actuelle des patients survivants de l'AVC en ergothérapie ?	14
Avez-vous des commentaires complémentaires à faire ou souhaitez-vous partager d'autres informations ou expériences pertinentes sur votre pratique en tant qu'ergothérapeute dans le domaine de l'AVC ?	14
Conclusion	19

Du fait des évolutions des parcours et du soin, l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) s'est interrogée sur les interventions des ergothérapeutes dans les parcours de soins et les dispositifs d'accompagnement des patients survivants d'un AVC. L'objectif de l'association est, d'une part, de mettre en lumière la pratique ergothérapique auprès de cette population et, d'autre part, de recueillir les témoignages des professionnels sur leur pratique conventionnelle ou innovante afin de mettre en évidence le rôle de l'ergothérapie dans cette filière. Cette enquête s'est déroulée du mardi 9 avril au mardi 23 avril. 523 réponses ont été recueillies<sup>1</sup>. Cet échantillon est quantitativement représentatif de la pratique des ergothérapeutes dans la filière AVC en France. On peut donc en déduire que les réponses reflètent bien les pratiques de terrain et que cette question mobilise la communauté professionnelle.

### **Quel est votre domaine de pratique en tant qu'ergothérapeute ? (question à choix multiples)**



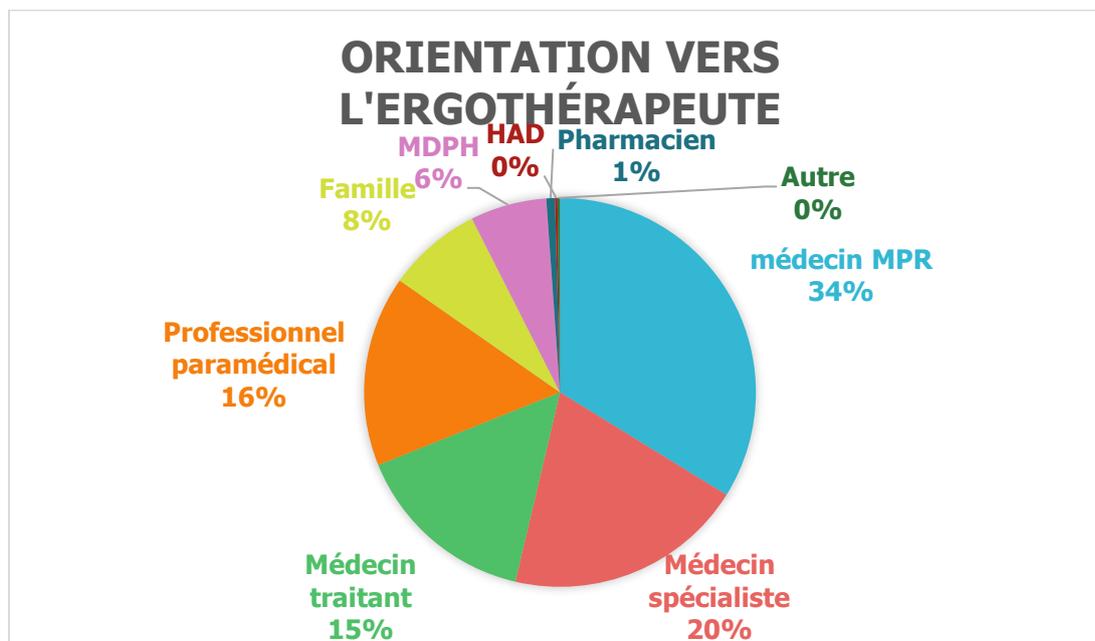
On constate que les ergothérapeutes sont plus présents dans la phase de retour à la vie quotidienne auprès de patients vivant à domicile et interviennent pour les  $\frac{3}{4}$  d'entre eux auprès des personnes plus de 6 mois après l'évènement.

---

<sup>1</sup>- Des questions à choix multiples ont, la plupart du temps, été soumises aux répondants. Par conséquent, la somme des réponses ne correspond pas à 100%

Le faible niveau d'intervention dans certains domaines (prévention primaire par exemple) peut refléter le peu d'offre existantes dans ces domaines.

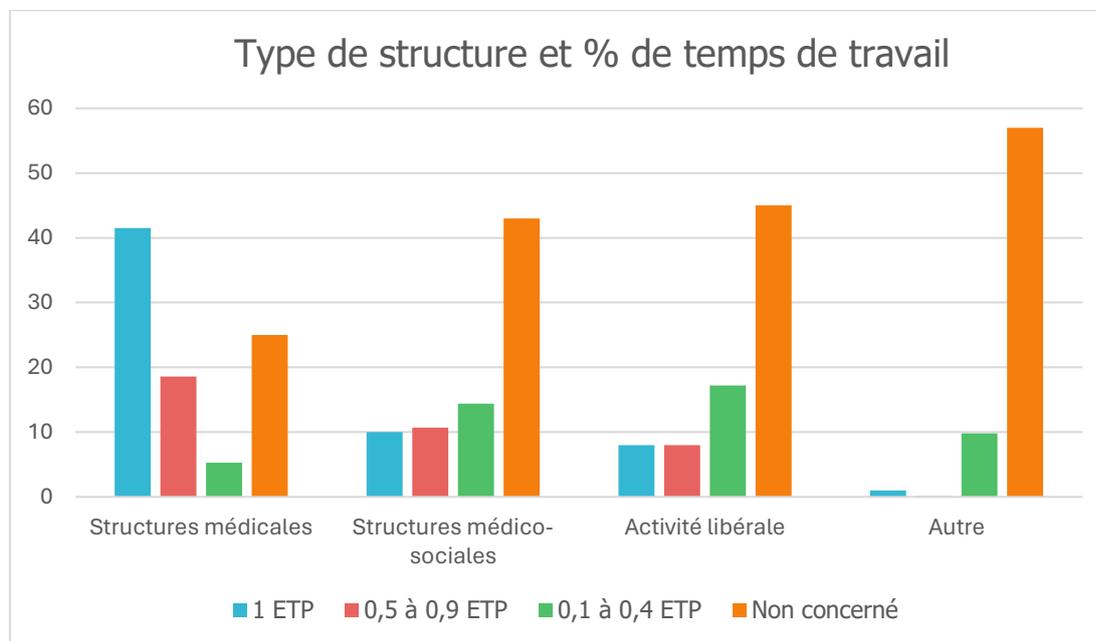
**Qui oriente les patients vers votre intervention ? (question à choix multiples)**



Près de 70 % des orientations sont médicales puisqu'elles sont le fait des médecins MPR, des spécialistes ou des médecins traitants. Les commentaires font également mention d'orientation par les neurologues. Ce résultat s'explique en partie par les contextes d'exercice des répondants (41,6% exerce en structure médicale) et la soumission des ergothérapeutes à la prescription médicale. Elle traduit également le fait que l'ergothérapeute est clairement identifié comme une ressource dans l'accompagnement AVC par les médecins.

En outre, les autres orientations, y compris celles mentionnées dans les commentaires (collectivités locales ou départementales CCAS, CLIC, DAC, service d'évaluation APA...), témoignent de la reconnaissance de l'ergothérapeute comme acteur clé de la filière « hors les murs » bien qu'il ne soit pas conventionné. De façon notable, quoique plus anecdotique, des orientations par les assistantes sociales, les services d'aide à domicile, les revendeurs de matériel ou la mutuelle sont ainsi évoquées.

**Dans quel(s) type(s) de structure intervenez-vous et pour quel pourcentage de temps de travail ? (question à choix multiples)**



On remarque que l'exercice à temps complet reste essentiellement lié à l'activité dans les structures médicales (41,6%). Le pourcentage de temps de plus de la majorité des répondants est distribué dans différents types et contextes d'activités.

- ***Si vous avez coché "autre" à la question précédente, pourriez-vous préciser ? (96 réponses)***

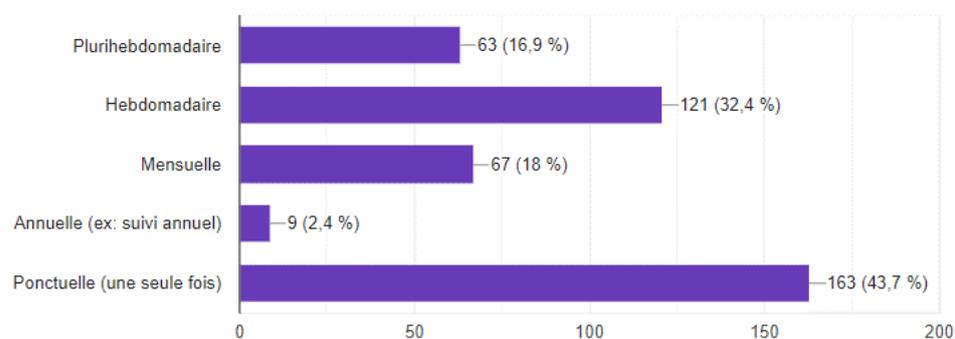
Les précisions apportées en commentaires donnent une idée de la très grande variabilité et diversité des conditions et structures d'exercice des ergothérapeutes. Qu'il s'agisse d'évoquer les services de structures médicales dans lesquels ils interviennent, les dispositifs ou équipes mobiles spécifiques, ou toute forme d'activité salariée ou libérale, on remarque que les ergothérapeutes sont présents dans tous les maillons de la chaîne de prise en soin y compris « hors les murs », au sein des lieux de vie. Sont ainsi cités par exemple :

CICAT, CAMSP, UEROS, MDPH, EQLAAT, court séjour gériatrique, département d'expertise en ergothérapie, crèche, salarié de cabinet privé, PSDM, unité de soins palliatifs, entreprise d'aménagement du domicile, établissement en santé mentale, assurance et mutuelle santé, caisse de retraite, IFE et structures

de formation, SPASAD, GEM, équipe COMETE, USP, PCO, Bénévole croix blanche, sensibilisation en entreprise pour les TMS (en tant qu'auto-entrepreneur).

Les ergothérapeutes interviennent ainsi aussi bien auprès des enfants que des personnes âgées, des salariés qui reprennent une activité suite à l'AVC, qu'auprès des personnes en fin de vie. En termes d'activité, on peut déjà faire le constat au regard de la nature des structures qui les emploient qu'ils sont sollicités pour différents types de missions liées à l'accompagnement vers l'autonomie dans les activités de vie quotidienne (dont participent l'aménagement du domicile, l'adaptation des lieux de travail et de formation ou encore la prescription des aides techniques).

- ***Si vous intervenez sur les lieux de vie, quelle est la fréquence la plus courante de votre intervention ? (373 réponses)***

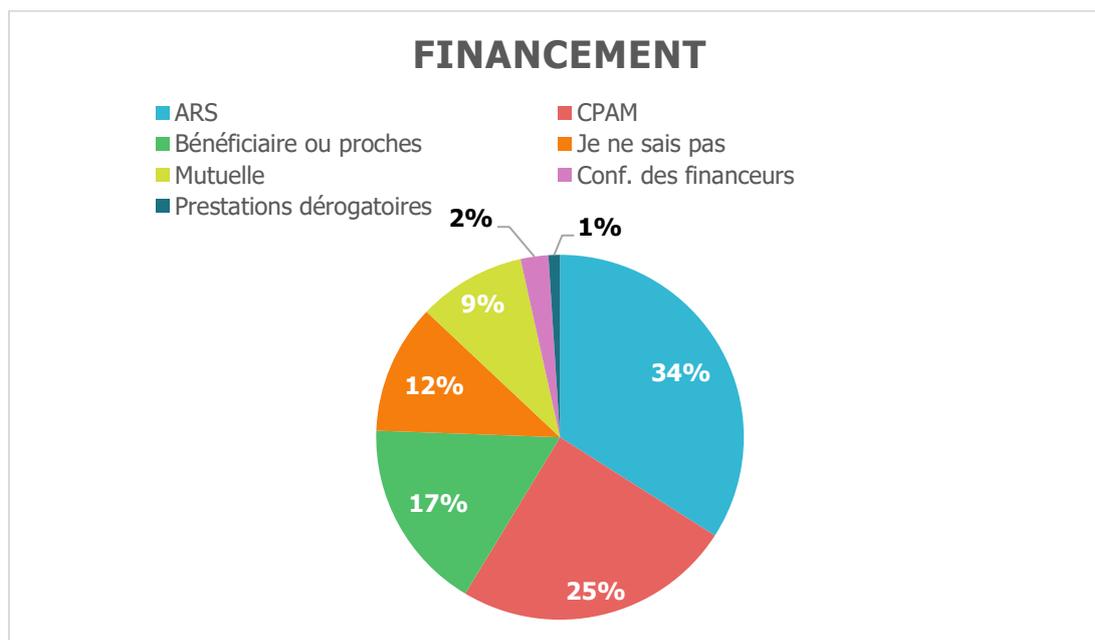


Le nombre de répondants montre que plus de 70% des ergothérapeutes de l'échantillon intervient sur les lieux de vie. Les lieux de vie sont donc des secteurs d'intervention familiers pour l'ergothérapeute puisque les interventions ponctuelles sont de l'ordre de 43,7% et les interventions hebdomadaires de 32,4%.

- Les interventions ponctuelles relèvent plutôt de l'aménagement du lieu de vie ou de la préparation du retour vers les activités et le lieu de vie (y compris lieu de formation ou d'exercice professionnel).
- Les interventions plus fréquentes concernent l'accompagnement vers l'autonomie. La durée de celui-ci est variable en fonction des objectifs, des besoins mais aussi de la source de financements disponible (*cf point suivant*).

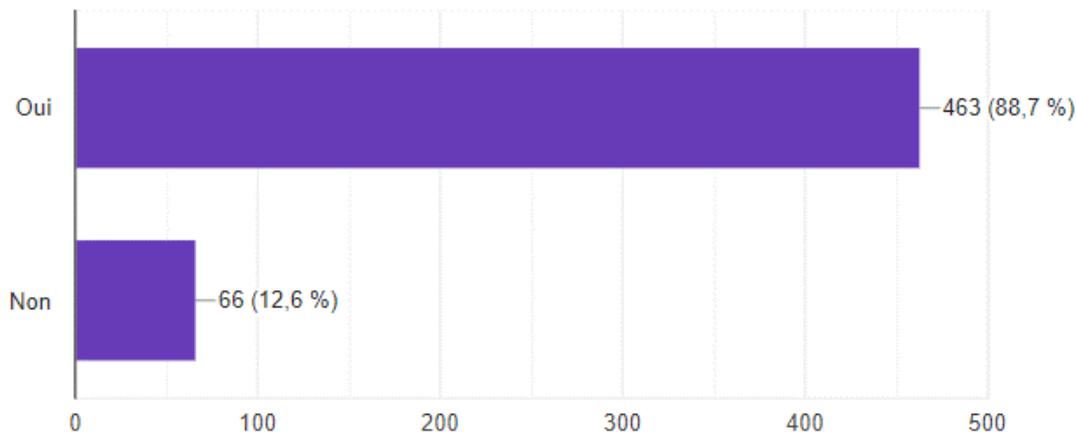
Notons que dans les commentaires de fin de questionnaire, plusieurs alertes sont émises mentionnant l'impossibilité de pouvoir accompagner des personnes, dont les évaluations ont montré le besoin d'accompagnement, pour des raisons de moyens ou de missions (moyens du service ou de la structure notamment temporels mais également moyens financiers).

### Savez-vous qui finance votre activité ? (question à choix multiples)



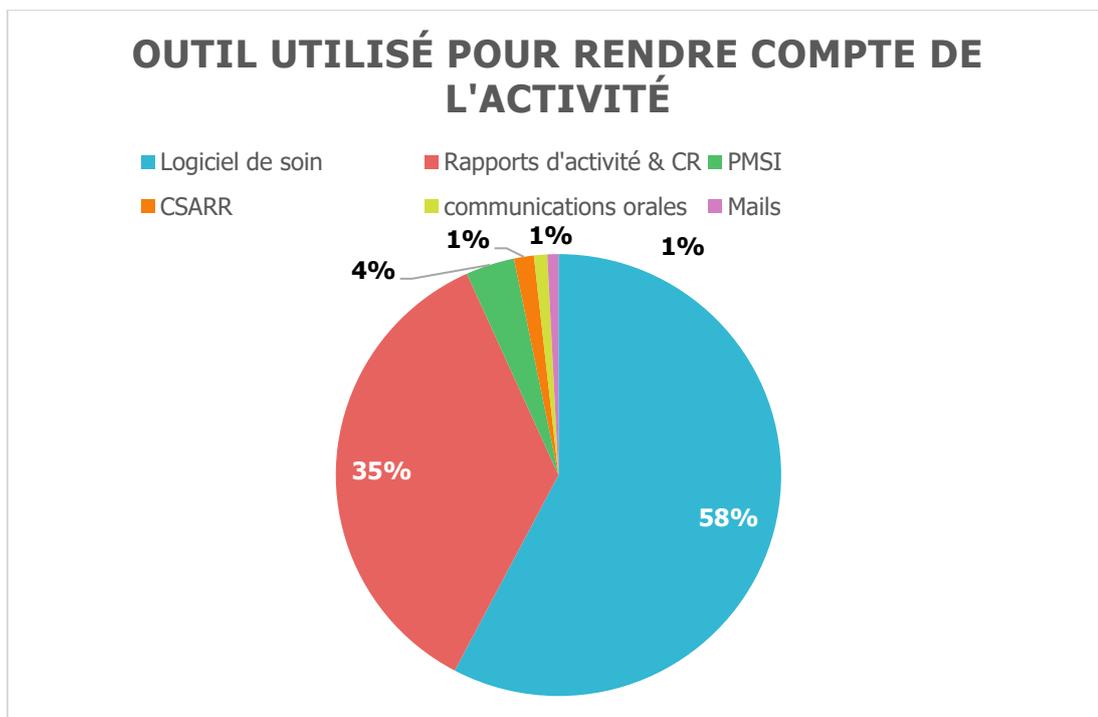
Près des 2/3 des ergothérapeutes travaillent dans des structures sanitaires ou médico-sociales et sont donc financés par le service public alors que près d'1/3 sont financés directement ou indirectement par le bénéficiaire, avec ou sans aide financière extra-légale. Cette situation est en elle-même un indicateur de potentielle inégalité économique face à l'accès aux soins ergothérapeutiques malgré les besoins.

**Devez-vous rendre compte de votre activité ?**



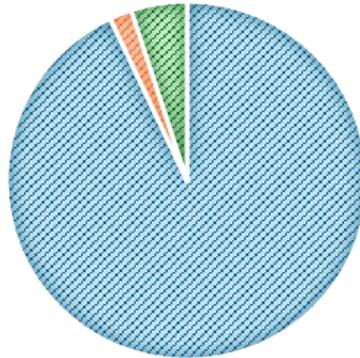
La grande majorité des ergothérapeutes rend compte de son activité, est familière avec la pratique de l'écrit professionnel et s'inscrit dans la culture de la traçabilité (88% transmettent).

- **Si vous devez rendre compte de votre activité, quel outil utilisez-vous dans ce but ? (questions à choix multiples) – 478 réponses**



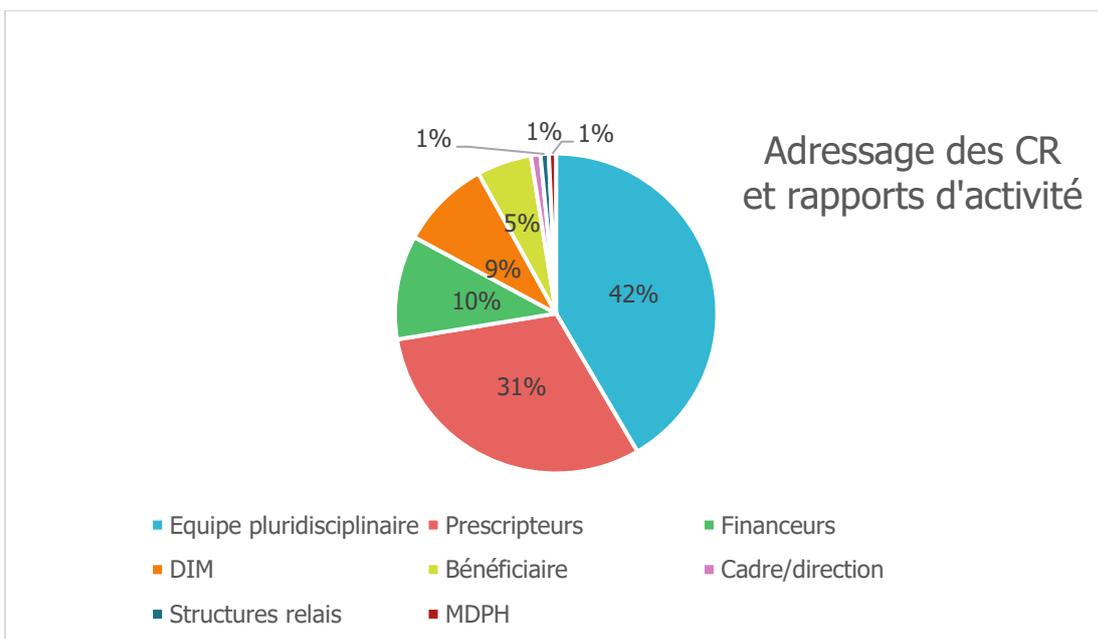
## OUTILS DE TRANSMISSION D'INFORMATION

■ traçabilité formelle    ■ traçabilité non standardisée    ■ cotation actes



Le type d'outils de transmission privilégié peut expliquer la difficulté à recenser les actes des ergothérapeutes puisque la très grande majorité des ergothérapeutes utilisent les outils et logiciels de soin spécifiques de leur structure d'appartenance.

- **Si vous devez rendre compte de votre activité, à qui adressez-vous vos comptes-rendus ou rapports ? (question à choix multiples) – 483 réponses**



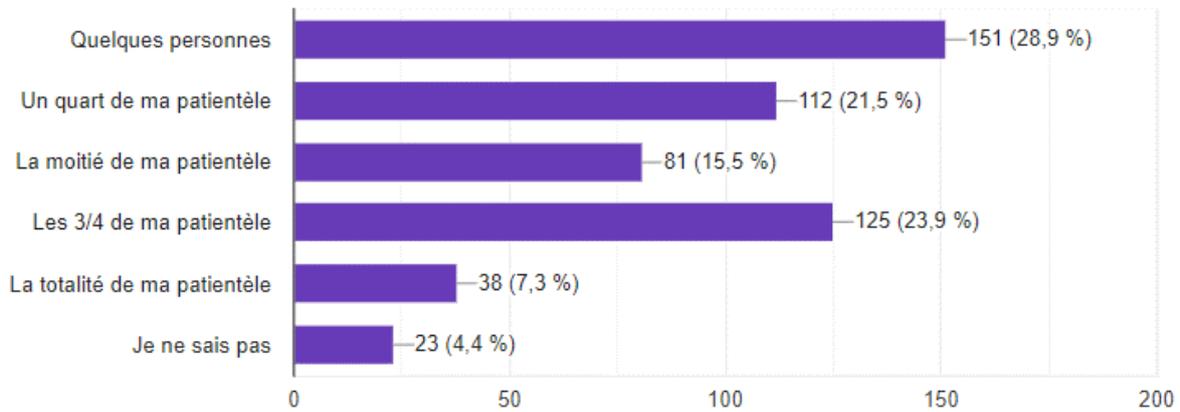
Les outils utilisés pour rendre compte de l'activité sont essentiellement les logiciels de soin ce qui est cohérent avec la question relative à l'adressage de ces données d'activités puisque l'objectif est de faire du lien avec l'équipe pluridisciplinaire qui constitue la cible première de ces communications.

Les rapports d'activités, bilans et comptes-rendus ergothérapeutiques répondent également à cette cible mais sont aussi à mettre en lien avec les éléments à fournir aux prescripteurs auxquels ils sont envoyés (qui totalisent environ 1/3 de l'adressage) et aux financeurs (1/10ème). Dans cette catégorie, le recours à une plateforme e-santé ou un outil de communication sécurisée partagé est énoncé par 10 répondants. Chacun d'eux cite un outil différent, témoignant ainsi du manque d'harmonisation des solutions disponibles sur le territoire.

La catégorie « bénéficiaire » n'avait pas été proposée dans les réponses suggérées. Or, les ergothérapeutes répondants mettent en évidence l'importance de rendre compte de l'intervention au bénéficiaire (46 commentaires de la catégorie « autre »). Il en va de même du lien avec les structures qui assurent le suivi et la continuité du parcours du patient après l'accompagnement effectué par l'ergothérapeute qui apparaissent dans 13 commentaires (dont la MDPH signalée 6 fois). Le souci de rendre des comptes à la hiérarchie est également spontanément évoquée dans 8 commentaires.

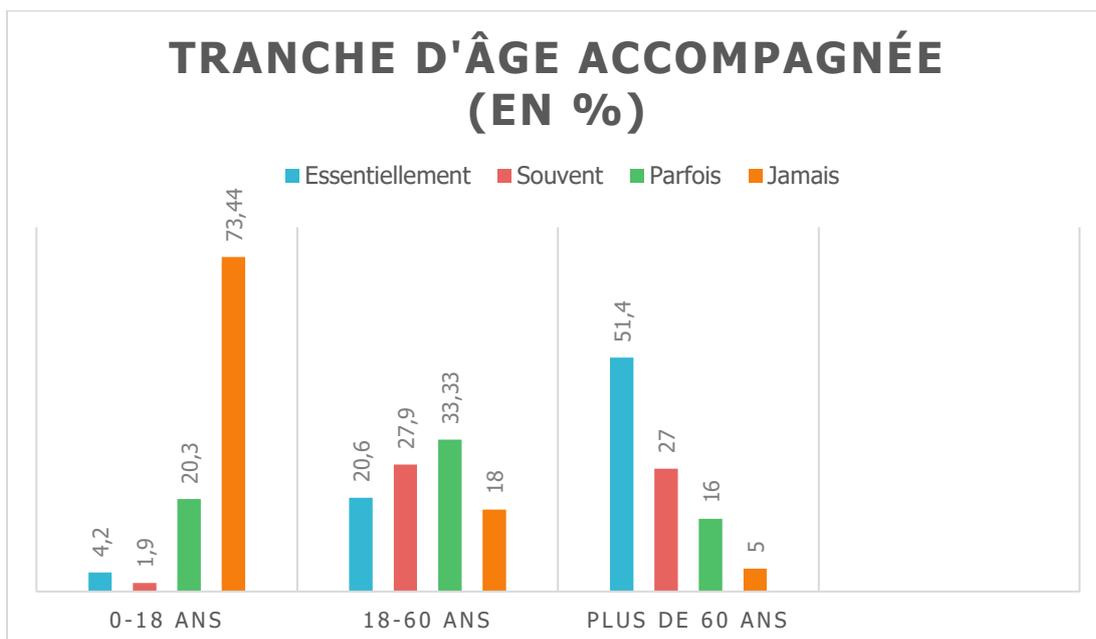
Le lien avec la DIM comme l'utilisation d'outils de recueil et gestion des données type PMSI et CSARR restent à la marge dans la comptabilisation de l'activité. A l'inverse, on constate la persistance de la communication orale et notamment des transmissions. Le mailing (sans précision sur la dimension sécurisée de l'envoi et le contenu exact) est également évoqué. Les commentaires énoncent enfin l'usage de supports non dématérialisés (cahiers de liaison et dossiers papiers des résidents dans les structures médico-sociales et les équipes intervenants à domicile).

**Quelle serait votre estimation de la proportion de personnes survivantes de l'AVC que vous accompagnez par an au regard de votre activité globale ?**

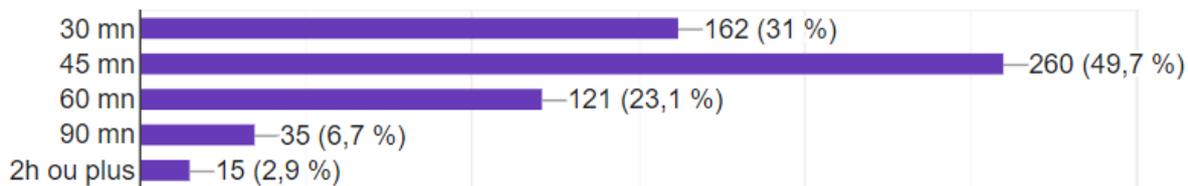


On peut mettre en évidence l'expertise des répondants dans le domaine puisque seul 1/3 n'intervient que rarement auprès de cette population, alors que 36% le fait régulièrement et 31% très souvent. Ainsi, l'intervention auprès des patients post AVC représente plus de la moitié de la clientèle de près de la moitié des ergothérapeutes (46,7%). Cela montre que c'est une des premières population cible de l'ergothérapie et que le besoin est important.

**Quelle tranche d'âge de survivants de l'AVC accompagnez-vous le plus souvent ? (question à choix multiples)**



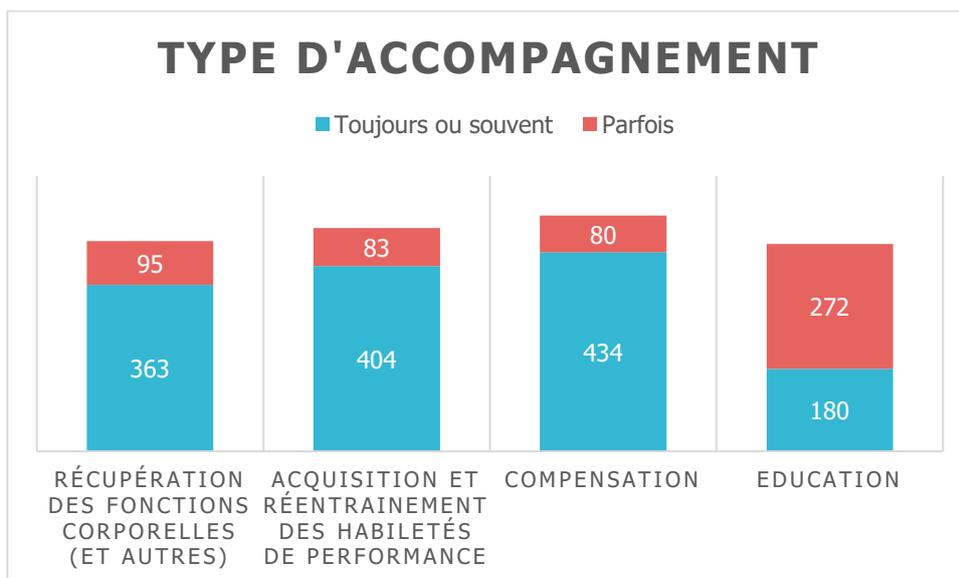
**Considérant la population que vous accompagnez le plus souvent, quelle est la durée moyenne d'une séance ?**



La durée moyenne indiquée correspond à la durée moyenne des séances d'ergothérapie en libérale dans les dispositifs (45mn). Pour autant les commentaires pointent la très grande variabilité de la durée qui reste fonction de deux facteurs principaux :

- L'état de fatigue et les capacités de la personne (les séances sont courtes en réanimation par exemple ou lorsque l'épisode d'AVC est très ancien)
- Les objectifs de la séance (une mise en situation extérieure requerra potentiellement plus de temps que l'installation d'une aide technique par exemple)

**Pourriez-vous indiquer le type d'acte que vous réalisez et sa fréquence ? (question à choix multiples)**



### *Précisions de lecture*

- Interventions basées sur le modèle de récupération des fonctions corporelles et autres (force musculaire, dextérité, concentration, attention, sensibilité, etc)
- Interventions basées sur le modèle d'acquisition sur le réentraînement des habiletés de performance (s'habiller, cuisiner, ranger, conduire etc)
- Interventions basées sur le modèle de compensation (aide technique, modification de l'environnement physique et humain, etc)
- Interventions basées sur le modèle d'éducation (ETP, formation des professionnels et de l'entourage, etc)

La typologie des actes réalisés par les ergothérapeutes est très variée. On note néanmoins l'importance des actes liés à la compensation ainsi qu'à l'acquisition et au réentraînement des habiletés de performance. Agissant dans le contexte des environnements de vie de la personne, les objectifs d'intervention de l'ergothérapeute, définis avec la personne, sont ainsi ciblés sur l'autonomie dans la réalisation des activités de vie quotidienne en contexte écologique.

### **Avez-vous des recommandations spécifiques pour améliorer la prise en soin actuelle des patients survivants de l'AVC en ergothérapie ?**

### **Avez-vous des commentaires complémentaires à faire ou souhaitez-vous partager d'autres informations ou expériences pertinentes sur votre pratique en tant qu'ergothérapeute dans le domaine de l'AVC ?**

La première question a totalisé 191 recommandations, la seconde 124 commentaires. Le traitement qualitatif de ces deux questions ouvertes a été réalisé conjointement étant donné la similitude de contenu entre les réponses à ces deux questions. Le croisement des deux items permet de faire ressortir des thématiques récurrentes corroborées par l'analyse de contenu.

### ➤ Un besoin de reconnaissance de l'ergothérapie dans la filière AVC

**La nécessité de mieux faire reconnaître le rôle et la place de l'ergothérapie auprès des survivants de l'AVC** est pointée par la plupart des remarques. On compte 43 occurrences « ergothérapie » dans l'ensemble des recommandations et commentaires. Celles-ci sont largement complétées par des occurrences de type « notre expertise », « notre savoir-faire », « l'autonomie dans les activités de vie quotidienne » et autres expressions ou références renvoyant directement à la pratique ergothérapique. **Le manque de financement des séances d'ergothérapie est mis en cause.**

**Celui-ci va de pair avec les problématiques d'accompagnement « hors les murs ».** Les séances d'ergothérapie libérale n'étant pas prises en charge par la sécurité sociale, les bénéficiaires n'ont pas ou ne se donnent pas les moyens de bénéficier de cet accompagnement. Une corrélation est établie en sortie de SMR entre l'absence d'accompagnement (ou un accompagnement trop ponctuel) et la perte de chance ou aggravation prévisible de la situation de handicap. **Le manque d'accessibilité des soins post-AVC et de l'ergothérapie en particulier mis en évidence est mis en corrélation avec le manque de place de l'ergothérapie dans l'accompagnement et dans les dispositifs d'équipes mobiles** où ils ne sont pas toujours présents. La dimension optionnelle de l'ergothérapie est mise en évidence et déplorée.

*« Retard à la PEC/nb de séances et suivi insuffisant – certaines problématiques apparaissent à distance quand il n'y a plus de suivi »*

*« Très peu d'orientation ou de suivi par défaut de financements. Le reste à charge pour les familles est limitant, surtout en milieu rural où les retraites sont faibles. »*

*« En libéral, j'ai souvent des appels pour les suivis des patients post AVC. Malheureusement il doit y en avoir moins d'un quart qui décide de faire le suivi. Ceci en raison du non-remboursement des séances par la sécurité sociale »*

*« Intégration ergo dans le dispositif PRADO »*

### ➤ **Un besoin d'optimisation de l'accompagnement post épisode aiguë et d'accompagnement à domicile largement souligné**

Dans la continuité, la nécessité de faciliter la mise en œuvre et l'accessibilité à tous des séances d'ergothérapie à domicile est, à ce titre, relevée. Plus globalement, l'importance du suivi à domicile est soulignée dans une logique de maintien ou récupération de l'autonomie dans les activités de vie quotidienne. Ainsi, 89 occurrences « domicile » peuvent être dénombrées. L'idée sous-jacente est de pointer le fait que l'accompagnement de l'AVC ne peut pas se limiter à la prise en soin aiguë ou post-aiguë sous peine de laisser « les gens au milieu du pont » et ne pas répondre à un besoin des patients et proches identifiés dans les études épidémiologiques sur le devenir à 1 an et + post-AVC. S'y surajoute le manque d'informations sur les possibilités d'accompagnement, la nécessité d'assurer une coordination entre l'accompagnement en institution et l'accompagnement « hors les murs », et le fait de laisser aux ergothérapeutes intervenant en institution plus de possibilités d'intervenir à domicile dans cet objectif de continuité du soin et de passage de relais.

*« Qu'ils arrivent en SMR HTP plutôt que de rentrer chez eux sans accompagnement et de revenir 6 mois après avec plus de difficultés ».*

*« Améliorer le lien entre centre de rééducation et service d'accompagnement à domicile (et réduire les délais d'attente) »*

### ➤ **La nécessité de dégager des lignes de financement spécifiques dédiées au suivi post-AVC et plus particulièrement aux séances d'ergothérapie**

Face à ce besoin d'optimisation de l'accompagnement à domicile, le manque de financement est, là encore, largement évoqué. En témoignent notamment 31 occurrences « financement », complétées par ailleurs par d'autres types d'occurrence très variées (salaires, coût, frais...). Il s'agit bien sûr de la question du financement des séances d'ergothérapie qui posent plus particulièrement problème aux principaux intéressés mais également du financement de la rééducation et suivi hors les murs d'une façon plus générale. Le fait que l'offre de soins aux survivants de l'AVC soit essentiellement concentrée dans les institutions est ainsi mis en évidence.

*« Il faudrait une systématisation du suivi à domicile, durée et fréquence selon (ré-) évaluation à la sortie de l'hôpital, en bonne coordination avec le médecin traitant.*

*« J'oserais dire qu'un suivi en HTP devrait être obligatoire après une hospitalisation en CH pour qu'au minimum ils soient accompagnés dans leur occupation. »*

### ➤ **Les alertes portant sur les inégalités d'accès à une rééducation qualitative**

Au-delà de la question même du financement, plusieurs commentaires dénoncent des **inégalités d'accès à la rééducation**, liées au manque de place dans les centres et services et aux offres de rééducation proposées (59 occurrences « rééducation »). On distingue ainsi dans les commentaires une analyse qualitative des offres de rééducation, qui s'appuie sur la dimension pluridisciplinaire ou le manque de personnel, le nombre de séances, les objectifs identifiés.

*« La rééducation ne s'arrête pas au plateau technique ! »*

*« Avoir un effectif et un temps suffisants ainsi qu'une diversité d'outils de rééducation adaptés pour éduquer très tôt les patients à une auto-rééducation encadrée ».*

### ➤ **L'identification de l'ergothérapie comme levier de résilience du système de santé pour pallier les inégalités d'accès à la rééducation**

Sont également dénoncés, illustrés par les mêmes occurrences et des occurrences complémentaires (« ehpad », « âgé »...), **les choix âgistes qui sont faits par les centres et services de rééducation**. Les places octroyées aux personnes âgées et résidents d'EHPAD se révèlent en effet particulièrement limitées. Dans ce contexte, **les ergothérapeutes intervenant en EHPAD, prennent en charge la rééducation des résidents sans pour autant que ces actes soient identifiés comme relevant d'un accompagnement spécifique post-AVC**. Les manquements du système de soin (territoires mal pourvus en services et dispositifs d'accompagnement post-AVC ou biais liés aux situations complexes)

révèlent l'importance du rôle de l'ergothérapeute qui, de fait, les pallie sans pour autant être identifié comme tel.

*« Améliorer l'accès aux SSR pour les personnes vivant en EHPAD »*

*« Lorsqu'un Résident d'EHPAD est adressé aux urgences pour 1 AVC, il serait souhaitable qu'il puisse bénéficier de bilans et de rééducation ! Tout simplement ! Le dernier résident concerné a été hospitalisé 12h. Il est revenu à l'EHPAD sans bilan malgré des séquelles évidentes. Cela limite les chances de récupération pour ces personnes, d'autant que certains étaient autonomes pour la majorité des actes de la vie quotidienne ».*

*« J'ai 2 suivis en ce moment en santé mentale de personnes qui ont fait un AVC. D'emblée, on se dit que ce n'est pas le rôle de la santé mentale mais j'interviens en milieu rural : pas de médecin, pas de kiné, etc. Les personnes sont isolées+++ Je fais des VAD tous les 15j surtout pour prévenir les chutes, sécuriser l'environnement, conseiller l'entourage, accompagner à reprendre les activités comme les courses, etc. Quand j'ai voulu arrêter, suite à mes échanges avec ma cadre, cela a été très mal vécue, car les personnes ont dit que l'intervention ergo les rassurait et baissait donc leur anxiété... Donc je continue... »*

### ➤ **L'accent mis sur l'importance de l'approche systémique**

**La nécessité de prendre en considération l'environnement de la personne** dans son ensemble (milieu de vie et environnement social) est un point focal des commentaires et recommandations. 38 occurrences concernent les termes « famille », « aidant » et « proches », les occurrences « domicile », comme on l'a vu, sont de 89 à laquelle s'ajoutent celles de « environnement », « milieu » et « lieu de vie ». **Les ergothérapeutes alertent ainsi sur la nécessité de contextualiser l'accompagnement des survivants d'un AVC en agissant sur l'ensemble de l'écosystème.** Prévenir l'épuisement de l'aidant, adapter les lieux de vie, s'assurer de l'appropriation des acquis de la rééducation en contexte écologique : le caractère indispensable de ces objectifs d'intervention est rappelé.

*« Absence de d'apprentissage de compensations (gestuelles, stratégies, techniques, aides techniques) dans le milieu de vie réel de la personne qui conduit à une sur dépendance humaine, un abandon d'activités et d'occupations »*

*« Des situations de sur handicap sont présentes, l'entourage n'est pas suffisamment accompagné (épuiement des aidants). L'objectif est d'éviter la rupture dans les parcours (tous types d'AVC). L'accompagnement en ergothérapie à domicile permettrait d'accompagner la réinsertion, réhabilitation en complémentarité des interventions d'autres professionnels de santé visant un objectif unique de réapprendre à vivre avec les séquelles présentes et à s'adapter, et d'accompagnement au changement. Cette intervention ne doit pas être au long cours mais axée sur des objectifs ciblés avec la personne (SMART) »*

## Conclusion

Cette enquête flash a permis de souligner l'engagement des ergothérapeutes dans l'accompagnement des survivants de l'AVC quel que soit leur âge. La visibilité des ergothérapeutes dans la filière se révèle néanmoins diluée par la pluralité des pratiques de traçabilité de leurs contextes d'exercice. Une part de cette activité est en outre rendue invisible par le manque d'adressage et d'orientation spécifique vers l'ergothérapie. Les ergothérapeutes interviennent en effet dans des contextes pluridisciplinaires ou des lieux de soin qui ne leur permettent pas de mettre en évidence cet accompagnement spécifique qu'ils mettent en œuvre.

La spécificité de l'intervention ergothérapique, axée sur l'autonomie dans les activités de vie quotidienne dans les environnements de vie des survivants, constitue néanmoins un maillon essentiel de l'accompagnement de ces derniers. En raison de la typologie de ses actes thérapeutiques et de ses contextes d'exercice, l'ergothérapeute se révèle donc aujourd'hui un acteur clé de la filière AVC et un garant de l'accompagnement inclusif.

# CONTACT



**Association Nationale Française des Ergothérapeutes**

64 rue Nationale - CS 41362

75214 Paris Cedex 13

01 45 84 30 97

accueil@anfe.fr

**[www.anfe.fr](http://www.anfe.fr)**