

RISQUES SPÉCIFIQUES DE LA PRATIQUE PHYSIQUE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

T. PAILLARD (1)

RÉSUMÉ : L'objectif de cet article consiste à présenter les risques spécifiques de la pratique physique chez la personne âgée. Ces risques concernent principalement la perte de l'intégrité physique et l'affaiblissement de la capacité de régulation métabolique. Le risque d'atteinte de l'intégrité physique (blessures, traumatismes) lié à la pratique régulière n'est globalement pas plus important chez la personne âgée que chez la personne jeune. Le choix d'une activité physique adaptée à ses capacités physiques et cognitives et une conduite de pratique raisonnée limitent grandement ces dangers. Lorsque l'activité est adaptée, le nombre d'accidents par rapport au nombre de pratiquants serait effectivement très faible. Par ailleurs, la participation à un programme d'éducation à la prévention liée à la pratique physique réduit notablement le risque d'accidents, de traumatismes et de blessures (et, donc, de chutes) dans le cadre d'une pratique ultérieure. Quant aux risques métaboliques, les contractions musculaires isométriques d'une durée supérieure à 6 secondes, réalisées à une intensité supérieure à 50% de la force maximale demeurent inappropriées. L'activité physique réalisée en ambiances thermiques extrêmes (0-5°C et > 25-30°C) devrait être évitée. L'hydratation anticipée devrait être pratiquée abondamment, c-à-d bien avant la sensation de soif.

MOTS-CLÉS : *Sujet âgé - Activité physique - Blessure - Accident - Intégrité physique*

SPECIFIC RISKS OF PHYSICAL ACTIVITY IN THE ELDERLY

SUMMARY : The aim of this paper is to present the specific risks of physical activity in elderly subjects. These risks mainly consist of the loss of physical integrity and the weakening of the capabilities of metabolic regulation. The risk of impairment of physical integrity (e.g. injury) related to regular physical activity is not overall greater in elderly subjects than in young subjects. The choice of a physical activity that is suited to the elderly subject's physical and cognitive abilities largely limits these risks. When physical activity is adapted to suit elderly subjects, the number of accidents in relation to the number of participants is actually very low. In fact, participation in a program of education for prevention related to physical activity reduces the risk of accidents and injuries (and, thus, falls) occurring thereafter. In the case of metabolic risks, isometric muscular contractions carried out under certain conditions (duration: > 6 seconds; intensity: > 50 % of maximal voluntary contraction) are inappropriate. Physical activity carried out in extreme thermal atmospheres (0-5 °C and > 25-30°C) should be avoided. Hydration is very important and liquids should be drunk well before any thirst sensation occurs.

KEYWORDS : *Elderly subjects - Physical activity - Injury - Accident - Physical integrity*

INTRODUCTION

Le vieillissement s'accompagne de modifications structurelles et fonctionnelles évolutives de l'organisme qui réduisent les capacités d'adaptation de l'individu en diminuant l'efficacité de ses mécanismes de régulation (1). Chez les personnes vieillissantes (dont les modifications physiologiques mentionnées ci-dessus deviennent notoires généralement à partir de 65 ans), les bienfaits de la pratique régulière d'une activité physique et/ou sportive ne sont plus à démontrer. Cette pratique génère des effets protecteurs contre les effets du vieillissement normal et pathologique au niveau de l'appareil locomoteur actif (sarcopénie) et passif (ostéoporose, arthrose), des systèmes cardio-vasculaire (hypertension artérielle) et pulmonaire (broncho-pneumopathie chronique obstructive), des différentes fonctions métaboliques (diabète, dyslipidémie) et des structures

cérébrales (altération des fonctions cognitive, mnésique et motrice, anxiété, dépression, démence) (2, 3). La relation dose-réponse entre l'activité physique et la santé est bien établie et s'accompagne d'une réduction du risque de chute, de maladie chronique, de prise de poids pathologique et de mortalité chez les personnes âgées de plus de 65 ans (2, 3). Indépendamment de toute pathologie et autre traitement pharmacologique, la personne vieillissante présente néanmoins quelques risques corporels liés à sa pratique d'activité physique. En effet, les sujets âgés actifs présentent certains risques corporels spécifiques à la pratique physique et/ou sportive sur les plans locomoteurs (blessures, traumatismes) et métaboliques (mort subite, accidents vasculaires liés à une maladie sous-jacente ignorée) que ne présentent pas les sujets âgés sédentaires ou inactifs. La question du bénéfice entre les effets sanitaires positifs induits par l'activité physique régulière et les risques corporels spécifiques liés à l'activité physique mérite d'être posée. C'est pourquoi l'objectif de cette courte revue consiste à présenter les principaux résultats des travaux traitant des risques spécifiques de la pratique physique chez la personne âgée. Ces risques concernent principalement la perte de l'intégrité physique

1) Laboratoire Activité Physique Performance et Santé (UPRES EA 4445), Université de Pau & Pays de l'Adour, Département STAPS de Tarbes, ZA Bastillac Sud, 65000 Tarbes, France.

(appareil locomoteur) et l'affaiblissement de la capacité de régulation métabolique (fonctions métaboliques).

INTÉGRITÉ PHYSIQUE

Les chutes, les blessures, les accidents et autres faits traumatisants liés à la pratique physique engagent l'intégrité physique de la personne âgée de plus de 65 ans.

Certes, les personnes vieillissantes physiquement actives présentent un plus grand risque de blessures liées aux activités sportives et de loisirs (29,4/1.000) comparativement aux personnes vieillissantes inactives (15,2/1.000), mais les personnes inactives présentent un plus grand risque de blessures liées aux activités qui ne sont ni des activités sportives, ni des activités de loisirs (71,1/1.000) comparativement aux personnes physiquement actives (59,9/1.000) (4). Bien que l'incidence de blessures liées aux activités sportives et de loisirs soit associée à la participation à ces activités, aucune association n'a été observée entre la pratique d'activités sportives et de loisirs et les blessures corporelles globales (4). En somme, les personnes vieillissantes actives ne sont pas davantage victimes de blessures en tout genre que les personnes inactives dans la vie de tous les jours. La différence entre le risque de blessures liées à l'activité physique et les bénéfices sanitaires induits par la pratique physique demeure donc bénéfique. Il convient désormais de s'interroger pour savoir si les personnes vieillissantes sont davantage victimes de blessures liées à l'activité physique comparativement aux personnes jeunes.

La très récente méta-analyse de Stathokostas et coll. (5) suggère que le risque de blessures liées à la pratique d'activité physique et sportive n'est globalement pas plus important chez les personnes vieillissantes comparativement aux personnes jeunes. Effectivement, pour 1.000 heures de jeux (sports) collectifs de balle chez des sujets de 67 ans de moyenne d'âge, le taux de blessures est de 3,3 (6), pour 1.000 heures d'exercice de renforcement musculaire chez des sujets âgés de 68 à 85 ans, le taux de blessures est de 2,2 (7), tandis que pour 1.000 heures de pratique sportive (football, football en salle, tennis, volley-ball, hockey sur gazon, course, gymnastique, ski/snowboard et sports équestres) chez des sujets jeunes, le taux de blessures est de 10 (8). Il est vrai que l'accidentologie des activités concernées par ces dernières études diffère notablement (ski/

snowboard *versus* renforcement musculaire). On peut supposer que le taux de blessures chez les personnes âgées se rapprocherait probablement de celui des personnes jeunes pour un ensemble d'activités physiques identiques. A ce titre, l'étude de Stathokostas et coll. (5) montre que certaines activités physiques et sportives demeureraient davantage accidentogènes que d'autres, particulièrement chez les personnes vieillissantes. Le taux de blessures sévères liées à la pratique du ski serait effectivement plus élevé chez les personnes âgées (> 65 ans ou > 60 ans respectivement) que chez les personnes jeunes (9, 10). En outre, le risque de mortalité lié à la pratique du cyclisme augmenterait avec l'âge (11). Ces auteurs rapportent en effet qu'en Suède, les personnes âgées de plus de 65 ans pratiquant le cyclisme sur route présenteraient un risque de mortalité 4 fois supérieur à celui des adolescents de moins de 14 ans. Chez les personnes âgées de 75 à 84 ans, ce risque serait même 6 fois plus élevé que chez les cyclistes adultes jeunes (11). En France, la Fédération Française de Retraite Sportive (12) a publié un rapport relatif à l'accidentologie des pratiques sportives pour les seniors qui montre également (sur deux années, 2007-2008 et 2008-2009) que l'activité sportive la plus accidentogène serait le cyclotourisme (0,6% et 0,7% des licenciés pratiquant cette activité). En revanche, les activités physiques ne présentant pas de risques particuliers sur le plan des chutes et/ou de l'engagement de l'intégrité physique n'engendrent pas davantage de blessures musculo-squelettiques chez les personnes vieillissantes comparativement aux personnes jeunes (5). Le risque d'induction de pathologies musculo-squelettiques par la pratique de la marche, par exemple, n'est pas plus important chez les personnes vieillissantes que chez les personnes jeunes (5). Le risque d'accidents liés à la pratique physique chez les licenciés de la Fédération Française de Retraite Sportive (12) serait également très faible concernant la randonnée pédestre, la gymnastique, l'aquagym et les activités dansées. En outre, cette Fédération rapporte que la gravité moyenne sur la totalité des accidents ne dépasse pas le niveau 3, c'est-à-dire les fractures (niveau 1 : pas de conséquences après examen; niveau 2 : pas grave, type entorse; niveau 3 : grave : types fractures et traumatismes divers; niveau 4 : hospitalisation, séquelles éventuelles; niveau 5 : incapacité permanente ou décès). Néanmoins, pour une activité donnée telle que la marche, le lieu de pratique peut s'avérer plus ou moins géné-

rateur de blessures puisque Little et coll. (13) rapportent que ces dernières se produiraient le plus fréquemment lorsque les personnes vieillissantes marchent sur les côtés des voies de circulation et sur les trottoirs. Le renforcement musculaire à domicile engendrerait davantage de blessures chez les personnes de plus de 65 ans que chez les personnes plus jeunes (14). Les conditions matérielles conditionnent également le risque de blessures puisque le renforcement musculaire pratiqué avec des appareils engendre davantage de blessures chez des personnes de plus de 55 ans (18,2%) comparativement à des personnes plus jeunes (9,3%; $p < 0,001$) (15). Le renforcement musculaire pratiqué avec des poids et haltères (23,6%) serait davantage accidentogène que lorsqu'il est pratiqué avec des appareils à charge guidée (9,7%; $p < 0,001$) à la fois pour les personnes vieillissantes et les personnes jeunes (15). Par ailleurs, l'état physiologique du pratiquant tel que l'indice de masse corporelle et plus exactement le pourcentage de masse grasse, influe défavorablement sur le risque de blessures liées à une pratique physique relativement peu traumatisante comme la marche (16). D'autres travaux de recherche sont nécessaires pour définir plus globalement les activités peu ou prou pathogènes et décrire leurs modes de pratique susceptibles d'amplifier ou de minorer le risque de blessures corporelles.

Les interventions d'initiation à la pratique constituent un bon moyen de limiter les risques liés à la pratique physique (17, 18). Little et coll. (13) relatent les résultats d'un programme d'éducation à la pratique physique encadré par des éducateurs sportifs et réalisé par 167 personnes âgées de plus de 60 ans. Ce programme d'une durée de 8 semaines comportait 3 séances hebdomadaires d'une durée d'1 heure (dont 2 séances de pratique physique et 1 séance d'informations théoriques préventives et sécuritaires). A l'issue de ce programme, les sujets ont été suivis par des entretiens téléphoniques pendant 12 mois (contacter à deux reprises, une fois à 6 mois et une fois à 12 mois). Les résultats de cette étude montrent qu'à l'issue du programme, 29% des sujets ont continué à pratiquer dans les mêmes conditions et 71% ont pratiqué de façon indépendante différents exercices de modalités variées. Parmi les personnes qui ont pratiqué de façon indépendante, 34% des personnes ont pratiqué la marche et 19% le renforcement musculaire. En outre, seulement 23 des 167 personnes (13,8%) ont été victimes de blessures musculo-squelettiques liées à l'ac-

tivité physique durant la période de suivi de 12 mois. Les enseignements qu'il est possible de retenir de ce type d'étude est que les personnes qui ont suivi un programme éducatif à l'exercice physique continuent à pratiquer durablement, à l'issue de ce programme, de façon indépendante majoritairement, des activités faiblement pathogènes. Celles-ci n'entraînent qu'un faible nombre de blessures musculo-squelettiques si l'on se réfère à la revue de littérature de Stathokostas et coll. (5) qui signale un risque de blessures allant de 16% à 27% chez les personnes vieillissantes pratiquant une activité physique. En effet, les programmes d'intervention et d'éducation abaissent le risque de blessures dans le cadre d'une pratique physique indépendante ultérieure au même niveau que celui observé dans le cadre d'une pratique physique encadrée par une tierce personne (10-15%) (5).

Les risques liés à la pratique physique chez la personne âgée de plus de 65 ans concernent principalement l'engagement de son intégrité physique, mais il n'en demeure pas moins que les risques liés à sa régulation métabolique ne sont pas neutres.

RÉGULATION MÉTABOLIQUE

Les risques sur le plan de l'homéostasie cardio-vasculaire, de la thermorégulation et de la régulation des volumes liquidiens ne sont pas anodins dans le cadre de la pratique physique chez la personne vieillissante.

Sur le plan de l'homéostasie vasculaire, la personne vieillissante présente des réserves physiologiques limitées pour répondre aux agressions externes. Le système nerveux autonome subit des involutions avec l'avancée en âge. La capacité de réponse des récepteurs alpha-adrénergiques paraît préservée alors que celle des récepteurs bêta-adrénergiques semble altérée (19). Dès lors, la vasomotricité vasculaire nécessaire à la régulation de la pression sanguine artérielle est affectée. En effet, bien que l'organisme du sujet âgé puisse conserver ses propriétés vasoconstrictives, ses propriétés vasodilatatrices seraient altérées. En conséquence, sous l'effet de l'avancée en âge, l'organisme préserve ses capacités à lutter contre une baisse de pression artérielle alors que ses capacités à s'adapter à une hausse de cette même pression sont plus limitées. Sur le plan pratique, tout exercice physique susceptible d'induire durablement une forte augmentation de la pression artérielle doit faire l'objet d'une certaine prudence chez les personnes vieilliss-

santes. Par exemple, dans le cadre de l'exercice aérobie, sur la base de facteurs de risques cardio-vasculaires éventuels (obésité, hypertension, dyslipidémie), de l'état de santé général et des activités physiques habituelles, l'intensité de l'activité devrait être limitée (modérée) et régulée à partir de la perception de l'effort et/ou de la fréquence cardiaque (10 battements/min < au seuil ischémique) (2). Dans le cadre de la pratique du renforcement musculaire chez les personnes vieillissantes, les actions musculaires isométriques de forte intensité (> 50% de la force maximale) d'une durée supérieure à 6 secondes semblent inappropriées.

Concernant la thermorégulation, la personne vieillissante présente une plus grande sensibilité à l'hypothermie et à l'hyperthermie que la personne jeune. Les problèmes relatifs à l'hypothermie proviennent d'une diminution de la production de chaleur par rapport à la masse corporelle. Cependant, la production de chaleur est essentiellement assurée par la masse musculaire. Pour une masse corporelle donnée, la masse musculaire du sujet âgé étant plus faible que celle du sujet jeune, il est donc logique que l'organisme du sujet âgé produise moins de chaleur. Néanmoins, après ajustement de la masse maigre pour les deux populations (jeune et âgée), la thermogénèse des personnes vieillissantes reste en deçà de celle des personnes jeunes pour une même valeur de masse maigre (19). Ce phénomène résulte d'une réduction de l'activité musculaire et d'une inefficacité du frisson (dont le rôle est d'accroître la thermogénèse). En outre, l'augmentation de la thermogénèse induite par la digestion à l'issue d'une ingestion alimentaire est nettement plus faible chez un sujet âgé que chez un sujet jeune. Par ailleurs, dans des ambiances froides, les personnes vieillissantes perdent leur capacité à conserver la chaleur, car les réactions vasoconstrictrices de leurs artérioles cutanées régressent en amplitude. De surcroît, elles éprouvent des difficultés à distinguer des variations de chaleur et ont une perception retardée de la sensation de froid par rapport aux personnes jeunes. Les personnes vieillissantes sont également vulnérables à l'hyperthermie, car elles éliminent moins bien la chaleur que les personnes jeunes. En ambiance chaude, leurs réactions vasodilatatrices cutanées sont affaiblies, ce qui diminue la dissipation de la chaleur à travers la peau. En outre, au cours du vieillissement, le seuil de température nécessaire au déclenchement de la sudation s'élève et le débit sudoral diminue, ce qui limite les capacités de refroidissement

de l'organisme. En pratique, l'exercice physique pratiqué en ambiance thermique extrême (< 0-5° et > 25-30°) semble inapproprié chez la personne vieillissante.

La régulation des volumes liquidiens est aussi perturbée sous l'effet de l'avancée en âge. Les réserves hydriques diminuent, car la masse hydrique corporelle et le pourcentage en eau pour une masse corporelle donnée régressent. La diminution du contenu hydrique résulte d'une réduction de la masse musculaire et d'une baisse du volume hydrique extracellulaire. La régulation des différents compartiments liquidiens diminue en efficacité, ce qui, associé à une hypodipsie due à une baisse de la sensibilité du centre régulateur de la soif, expose fortement le sujet âgé à la déshydratation (3). Le seuil de la sensation de soif est plus élevé chez les personnes vieillissantes que chez les personnes jeunes. Ceci peut s'expliquer par une concentration osmotique de base plus élevée. En outre, à l'issue d'une période de restriction hydrique, les personnes vieillissantes ne boivent pas suffisamment pour restaurer leur équilibre volémique à cause de cette perte de sensation de soif. Par ailleurs, la réduction de la sécrétion en ADH (hormone anti-diurétique) et l'allongement du temps de latence de son action renforcent le risque de déshydratation (19). Les altérations des réponses rénales au NFA (facteur natriurétique auriculaire) et au système rénine-angiotensine aldostérone contribuent à induire une diminution du pouvoir de concentration des urines et d'excrétion des ions H⁺. Ces involutions sont logiquement associées à une réduction du flux plasmatique rénal et à des troubles de la régulation volémique chez les personnes vieillissantes. La conséquence de ces précédents phénomènes se manifeste par une augmentation du volume hydrique dans l'urine, ce qui favorise également la déshydratation. De surcroît, lorsque les pertes en sodium sont supérieures aux apports, le capital sodé de l'organisme baisse et crée une hémococoncentration et une hyperosmolarité plasmatique. Le volume hydrique extracellulaire régresse alors que le volume intracellulaire n'est pas affecté. La déshydratation extra-cellulaire peut être partiellement compensée par un transfert d'eau issue du milieu intra-cellulaire, mais ce phénomène demeure insuffisant et aboutit finalement à une déshydratation globale. L'organisme vieillissant conserve, cependant, une certaine capacité d'adaptation partiellement compensatrice, puisque, en cas de déshydratation persistante, la sensibilité des cellules tubulaires à l'ADH peut augmenter. D'une manière générale, le maintien de l'équilibre hydrique chez le sujet âgé impose qu'il apprenne à consommer de l'eau

en l'absence de sensation de soif (de surcroît au cours d'une activité physique relativement intense et/ou longue). Sur le plan pratique, le sujet âgé doit être encouragé à boire avant la sensation de soif pendant et après l'exercice physique (encore davantage que le sujet jeune).

CONCLUSION

Il est actuellement difficile de fournir avec précision les taux d'accidents et de blessures liés à la pratique de chaque activité physique et/ou sportive ainsi que leurs causes et leurs corollaires chez les personnes vieillissantes. En outre, les différentes modalités de pratique physique, telles que, par exemple, l'intensité de l'exercice et l'environnement dans lequel les activités physiques sont réalisées, comportent tellement de variables potentiellement influentes que l'identification précise des activités particulièrement pathogènes demeure complexe. Cependant, la différence entre le risque de blessures et d'accidents liés à l'activité physique et les bénéfices sanitaires induits par la pratique physique régulière demeure bénéfique pour la santé des personnes vieillissantes. De plus, la littérature relate que le risque d'atteinte de l'intégrité physique au cours de la pratique physique ainsi que le risque de blessures liées à la pratique régulière ne sont pas globalement plus importants chez les personnes âgées que chez les personnes jeunes. En fait, le choix d'une activité physique adaptée à leurs capacités physiques et cognitives et une conduite de pratique raisonnée limitent grandement ces risques. Lorsque l'activité est adaptée, le nombre d'accidents par rapport au nombre de pratiquants serait effectivement très faible (12). En outre, la participation à un programme d'intervention et d'éducation à la prévention et à la sécurité liée à la pratique physique réduit notablement le risque d'accidents, de traumatismes et de blessures (et, donc, de chutes) dans le cadre d'une pratique ultérieure. Quant aux risques métaboliques, l'intensité de l'exercice aérobic (spécifiquement pour les personnes à risques) et les contractions musculaires intenses de type isométrique doivent faire l'objet d'une certaine prudence, les chaleurs environnementales extrêmes doivent être évitées et la réhydratation pratiquée abondamment et de manière anticipée.

BIBLIOGRAPHIE

- INSERM (rapport collectif). *Activité physique. — Contextes et effets sur la santé*. ISBN 978-2-85598-862-4, 2008.
- Batt ME, Tanji J, Börjesson M.— Exercise at 65 and beyond. *Sports Med*, 2013, **43**, 525-530.
- Paillard T.— *Vieillesse et Condition Physique*. Edition Ellipses, Paris, 2009, 59-65.
- Carlson SA, Hootman JM, Powell KE, et al.— Self-reported injury and physical activity levels : United States 2000 to 2002. *Ann Epidemiol*, 2006, **16**, 712-719.
- Stathokostas L, Theou O, Little RM, et al.— Physical activity-related injuries in older adults: a scoping review. *Sports Med*, 2013, **43**, 955-963.
- Barnett L, Green S, van Beurden E, et al.— Older people playing ball : what is the risk of falling and injury? *J Sci Med Sport*, 2009, **12**, 177-183.
- Coleman EA, Buchner DM, Cress ME, et al.— The relationship of joint symptoms with exercise performance in older adults. *J Am Geriatr Soc*, 1996, **44**, 14-21.
- Schmikli SL, Backx FJ, Kemler HJ, et al.— National survey on sports injuries in the Netherlands : target populations for sports injury prevention programs. *Clin J Sport Med*, 2009, **19**, 101-106.
- Girardi P, Braggion M, Sacco G, et al.— Factors affecting injury severity among recreational skiers and snowboarders : an epidemiology study. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*, 2010, **18**, 1804-1809.
- Hopkins CL, Youngquist ST, Johnson E, et al.— Outcome of elderly patients injured at winter resorts. *Am J Emerg Med*, 2011, **29**, 528-533.
- Ekman R, Welander G, Svanström L, et al.— Bicycle-related injuries among the elderly-a new epidemic? *Public Health*, 2001, **115**, 38-43.
- Fédération Française de Retraite Sportive. *Analyse de l'accidentologie des pratiques sportives sécurisées pour les seniors*.— <http://www.ffrs-retraite-sportive.org> — Consultation du 1 juillet 2013.
- Little RM, Paterson DH, Humphreys DA, et al.— A 12-month incidence of exercise-related injuries in previously sedentary community-dwelling older adults following an exercise intervention. *BMJ Open*, 2013, **3**, pii: e002831.
- Jones CS, Christensen C, Young M.— Weight training injury trends: a 20-year survey. *Phys Sportsmed*, 2000, **28**, 61-72.
- Kerr ZY, Collins CL, Comstock RD.— Epidemiology of weight training-related injuries presenting to United States emergency departments, 1990 to 2007. *Am J Sports Med*, 2010, **38**, 765-771.
- Carroll JF, Pollock ML, Graves JE, et al.— Incidence of injury during moderate- and high-intensity walking training in the elderly. *J Gerontol*, 1992, **47**, 61-66.
- Gerson LW, Stevens JA.— Recreational injuries among older Americans, 2001. *Inj Prev*, 2004, **10**, 134-138.
- Jones CS, Turner LW.— Non-equipment exercise-related injuries among US women 65 and older : emergency department visits from 1994-2001. *J Women Aging*, 2005, **17**, 71-81.
- American Geriatrics Society (Fondation IPSEN, Société Française de Gérontologie, IPSEN).— *Syllabus Geriatrics*. Auto-édition, Allard/Ipsen, Paris, 1998, 11-15.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr. T. Paillard, Université de Pau et des Pays de l'Adour, Département STAPS, ZA Bastillac Sud, 11 rue Morane Saulnier, 65000 Tarbes, France. Email : thierry.paillard@univ-pau.fr