
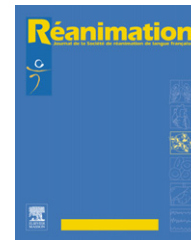




Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
 EM|consulte  
www.em-consulte.com



## MISE AU POINT

# La régulation médicale en médecine d'urgence

## *Medical regulation in emergency medicine*

M. Giroud

*Samu–Smur, centre hospitalier de Pontoise, BP 79, 95303 Cergy-Pontoise, France*

Reçu le 17 août 2009 ; accepté le 25 août 2009

Disponible sur Internet le 11 septembre 2009

### MOTS CLÉS

Régulation médicale ;  
Centre d'appels ;  
Préhospitalier ;  
Aide médicale  
urgente ;  
Télémédecine ;  
Douleur thoracique

### KEYWORDS

Medical regulation;  
Call centre;  
Prehospital;  
Emergency medical  
service;  
Telemedicine;  
Chest pain

**Résumé** La régulation médicale est un acte médical pratiqué au téléphone par un médecin d'un centre d'appels dédié aux urgences. Le médecin régulateur détermine et déclenche la réponse la mieux adaptée à l'état du patient, puis, si nécessaire, oriente le patient directement vers une unité d'hospitalisation appropriée. La pratique de la régulation médicale nécessite un environnement adapté au sein d'une structure dédiée, le Samu–centre 15, implantée au cœur du secteur des urgences d'un hôpital. La régulation médicale occupe, en France, une place croissante dans la gestion des urgences préhospitalières. Chaque année, dix millions de cas sont pris en charge dans les Samu. La réponse donnée est un simple conseil, l'envoi du médecin généraliste de permanence, l'envoi d'une ambulance ou l'intervention du Smur. Par exemple, le Samu–Centre 15 envoie immédiatement un Smur devant une douleur thoracique pouvant faire évoquer un syndrome coronarien aigu, puis oriente directement le patient dans l'unité de coronarographie en mobilisant le coronarographe d'astreinte, dès avant l'arrivée du patient à l'hôpital. La régulation médicale aide ainsi le patient à accéder rapidement au juste soin. Elle optimise, au quotidien, l'emploi des ressources hospitalières et contribue à une meilleure structuration de l'offre de soins sur un territoire de santé. Elle est aussi un facteur d'égalité et de cohésion sociale.

© 2009 Publié par Elsevier Masson SAS pour la Société de réanimation de langue française.

**Summary** Medical regulation is a medical act carried out on the phone by a doctor acting in a call centre dedicated to emergencies. In response to a call, the regulator doctor determines and puts into action the most suitable solution according to the case, and, if necessary, orientates the patient directly toward an appropriate hospital unit. The medical regulation practice necessitates a dedicated structure, the Samu Call Centre within a hospital emergency service. In France, medical regulation plays an increasing role in the management of prehospital emergencies. Each year, 10 million cases are taken in charge by Samu call centres. Main responses to calls are advices, sending of a general practitioner on duty, an ambulance car, or, in the most severe cases, a hospital Mobile Intensive Care Unit (MICU) with a physician on board. For example, the Samu, facing a patient with a chest pain possibly related to a coronary disorder,

Adresse e-mail : [marc.giroud@ch-pontoise.fr](mailto:marc.giroud@ch-pontoise.fr).

dispatches immediately a MICU, and orientates the patient directly to a coronary care unit, mobilizing the physician, often on duty or at home, before the patient's arrival. Medical regulation helps the patient to access rapidly to the right care. It optimizes the daily use of hospital resources and contributes to a better structuring of health care organisation on a territory. It is also a factor in social equality and cohesion.

© 2009 Published by Elsevier Masson SAS on behalf of Société de réanimation de langue française.

## Définition

La régulation médicale est un acte médical pratiqué au téléphone par un médecin régulateur d'un centre d'appels, en réponse à une demande concernant un patient se trouvant à distance en situation d'urgence.

L'acte de régulation médicale commence par un interrogatoire médical conduit avec méthode et dans le délai le plus rapide par le médecin régulateur. Au terme de ce dialogue, le médecin régulateur établit une ou des hypothèses diagnostiques et pronostiques et évalue les risques de la situation en regard des bénéfices attendus des différentes prises en charge possibles : conseil médical, aide aux gestes de premier secours, prescription médicamenteuse, intervention médicale auprès du patient, orientation et transport du patient. L'acte de régulation médicale aboutit à la prescription du juste soin. Il se poursuit par la mise en œuvre de cette prescription, l'assistance aux éventuels intervenants, l'anticipation de chaque étape et le suivi de la prise en charge du patient, le temps nécessaire à la prise de relais par une autre structure de santé.

La régulation médicale est une des composantes de la médecine d'urgence, de la télémédecine et de la médecine de catastrophe.

## Justification

Le patient confronté à une urgence médicale ne sait pas évaluer lui-même la gravité, ni mettre en œuvre les moyens appropriés. Un médecin dûment formé à cela et agissant dans un centre dédié est le mieux à même d'assurer le dialogue avec le patient, de maîtriser les règles d'emploi des ressources, d'en connaître la disponibilité, de déterminer et de mettre en œuvre, au cas par cas, la solution la mieux adaptée dans le délai le plus rapide. Le temps passé par un tel médecin à comprendre à distance la situation et à prendre les dispositions nécessaires est un temps court ; ce temps initialement investi permet d'organiser et de sécuriser la prise en charge du patient.

## Mission

Le Code pénal (art. 223-6) prescrit l'obligation d'assistance à personne en péril et le Code de déontologie médicale pose les règles de la pratique médicale. Comme à tout médecin, ces règles s'appliquent au médecin régulateur.

Le Code de santé publique (art. L. 1110-5) énonce les droits des patients et notamment : « Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins

les plus appropriés. . . ». Il définit que les centres de régulation médicale des Samu, implantés dans des établissements de santé (art. L. 6311-2 et R. 6311-2) : « déterminent et déclenchent, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ; s'assurent de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, compte tenu du respect du libre choix, et font préparer son accueil ; organisent, le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires ; veillent à l'admission du patient ». Il précise les conditions de l'orientation hospitalière du patient (art. R. 6123-18 et R. 6123-32-1) : « Tout établissement autorisé. . . est tenu d'accueillir en permanence dans la structure des urgences toute personne. . . qui lui est adressée, notamment par le Samu » et « Lorsque le patient nécessite une prise en charge. . . spécialisée dans un très bref délai et que son pronostic vital ou fonctionnel est engagé, il est directement orienté, par le Samu ou en liaison avec ce dernier, vers le plateau technique adapté à son état ».

La mission du Samu couvre les champs de la permanence des soins en médecine ambulatoire, du secours à personne, du transport sanitaire urgent, de l'aide médicale urgente, des catastrophes et des crises sanitaires.

## Éthique

Comme tout acte médical, la régulation médicale est, par essence, dédiée à une personne, fût-elle à distance, et a pour finalité première de lui apporter, dans une démarche de « solidarité active », la prise en charge que son état requiert, en faisant pour elle tout ce qui est raisonnablement possible. En second lieu, la finalité est aussi communautaire, le médecin régulateur devant, comme tout médecin, limiter ses prescriptions à ce qui est nécessaire.

La régulation médicale doit garantir l'équité dans l'accès aux soins. Le Code de santé publique (art. L. 1110-3) énonce qu' « Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès. . . aux soins ». Les inégalités territoriales, sociales, humaines, sont donc à repérer et, dans toute la mesure du possible, à compenser par des dispositions appropriées.

L'acte d'orientation du patient assuré par le médecin régulateur doit être accompli en toute neutralité à l'égard des acteurs de santé. La régulation médicale consiste souvent à confier une mission à un professionnel. Or cette mission peut déplaire à ce professionnel. Il se peut aussi, à l'inverse, que ladite mission soit revendiquée par un autre professionnel. Dans ces situations, la morale commande que

le médecin régulateur n'ait à l'esprit que l'intérêt de son patient.

## Critères de décision

La décision du médecin régulateur associe des critères médicaux, opérationnels et contextuels.

La « valence sociale » intervient fortement dans les éléments contextuels. Elle est souvent associée à des considérations pratiques (ex. : le patient n'a pas de véhicule pour se rendre de lui-même auprès du médecin).

## Conditions d'exercice

La pratique professionnelle de la régulation médicale nécessite un environnement adapté au sein d'une structure dédiée [1]. Le centre de régulation médicale du Samu—centre 15 est situé au cœur du secteur des urgences de l'établissement de santé. Il est installé dans des locaux suffisamment vastes (500 m<sup>2</sup> pour la salle de régulation et ses annexes). Il dispose d'un système de communication et d'une documentation.

L'organisation des centres de régulation médicale évolue sous la contrainte de l'augmentation continue de la demande [2]. Le fonctionnement du centre de régulation médicale dépend de celui du réseau dont il est lui-même l'un des animateurs [3]. Avec chacun de ses partenaires, le centre de régulation médicale développe conventions et protocoles. Le réseau des urgences (Code de santé publique, art. R. 6123-26 à R. 6123-32) est doté de trois outils : la convention constitutive du réseau, le répertoire opérationnel des ressources, la fiche de dysfonctionnement.

Des médecins urgentistes assurent en continu la régulation médicale au sein du Samu, y compris la nuit. Des médecins généralistes y participent également à certaines heures. Les médecins sont assistés par des assistants de régulation médicale.

## Enseignement et recherche

La régulation médicale est enseignée dans le cursus de médecine d'urgence. Cette formation peut être complétée par un diplôme universitaire de régulation des urgences médicales à la faculté de médecine de Créteil [4]. Samu de France et la Société française de médecine d'urgence assurent l'essentiel de la formation continue et encouragent les travaux de recherche.

## Bonnes pratiques

Le patient doit recevoir une information claire et adaptée sur son état de santé et les risques qui lui sont liés, sur les bénéfices attendus et les risques possibles des actions envisagées et sur les conditions de sa prise en charge. Il doit être associé aux décisions le concernant.

Le suivi systématique, par exemple une heure après, des cas pris en charge par un simple conseil permet de rattraper une incompréhension, de saisir une évolution inattendue et de réévaluer la situation. Un tel suivi apporte, en outre, un retour d'information précieux au médecin et au service.

Le médecin régulateur doit couvrir l'hypothèse la plus défavorable en engageant le Service mobile d'urgence et de réanimation (Smur) dans toutes les situations où un risque susceptible d'en justifier l'intervention est évoqué et ne peut être rationnellement écarté [5].

La bonne gestion du temps est un enjeu majeur. L'engagement du Smur doit se faire en première intention, plutôt que secondairement à l'envoi d'un premier moyen pour évaluer la situation. Pour le patient éloigné, Smur et moyen de proximité doivent être engagés simultanément, car le délai de route étant long, il ne faut surtout pas y ajouter le délai d'une décision différée.

Lorsque le patient se trouve aux confins de plusieurs territoires, le médecin régulateur doit s'affranchir des contraintes de la sectorisation administrative.

L'anticipation de l'étape suivante doit être la préoccupation permanente du médecin régulateur. L'orientation directe du patient vers l'unité de soins la mieux adaptée à son état est, à cet égard, l'une des pratiques les plus efficaces pour une gestion économe du temps.

Les organisations et les systèmes d'information et de communication des Samu doivent être interopérables dans le but de faciliter la coordination (transferts secondaires, recherches de places spécialisées, hélicoptères, interventions en limite de département), la mutualisation de ressources spécialisées (centre antipoison, régulations spécialisées), les permanences partagées pour constituer la masse d'activité nécessaire à la qualité notamment la nuit, l'entraide et le renfort en cas d'indisponibilité du moyen adapté, de débordement, de panne ou de catastrophe.

Les partenaires du Samu sont nombreux en dehors comme à l'intérieur de l'hôpital. La vocation du Samu est de leur apporter toute l'assistance possible dans son domaine de compétence.

## Démarche qualité

La démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité est d'autant plus nécessaire en régulation médicale que les actes y sont très nombreux et polymorphes [6].

Le dossier de régulation médicale est un élément clé de la qualité. Il doit comporter : motif de recours, symptômes, antécédents, hypothèses, débat bénéfices—risques, choix du patient, prescription du médecin régulateur, bilans itératifs. La clôture du dossier est le moment de vérifier et de valider l'ensemble de la démarche.

Les mécanismes de coordination avec les partenaires doivent être formalisés.

La gestion des événements indésirables, non-conformités, dysfonctionnements et plaintes représente une contribution majeure à la démarche qualité.

## Évaluation

La satisfaction du patient peut être évaluée par des enquêtes téléphoniques.

La revue des dossiers ne peut se faire que par sondage, chaque Samu traitant plusieurs centaines de cas chaque jour.

L'évaluation de la régulation médicale repose sur une double appréciation : d'une part, celle de l'application des règles de bonne pratique en fonction du motif de recours et,

d'autre part, celle du résultat final de la démarche, notamment aux yeux du service receveur. Pour cela, le retour d'information doit être organisé. Le repérage des patients arrivés aux urgences sans le concours du Smur alors que leur état l'aurait justifié est un indicateur majeur. De même, le taux d'engagement des Smur en seconde intention [6].

L'évaluation du réseau des partenariats doit être conjointe. Le Samu doit fournir des états sur l'orientation des patients. Il doit, en retour, avoir communication des motifs de refus consignés dans les registres des appels, tenus dans chaque unité.

## Discussion

La régulation médicale occupe, en France, une place croissante dans la gestion des urgences réelles ou ressenties. Chaque année, dix millions de cas de régulation médicale sont pris en charge dans les Samu. En réponse, les Samu-centres 15 mettent en œuvre une panoplie de moyens : simple conseil (de l'ordre de 30 % des cas) ou envoi du médecin généraliste de permanence (30 %), d'une ambulance privée ou des pompiers (30 %) ou intervention du Smur (10 %). L'action de la régulation médicale permet, face à une demande croissante, de contenir le recours au Smur, dont le nombre d'interventions reste remarquablement stable au fil des ans. Les Smur sont, du reste, les seules structures d'urgences dont l'activité est entièrement régulée médicalement et demeure stable.

À travers le monde, la conception française apparaît comme une référence, notamment du fait de l'efficacité reconnue de la prise en charge des douleurs thoraciques qui repose sur une chaîne dont le Samu-centre 15 est un maillon essentiel permettant l'envoi rapide du Smur dans tous les cas pouvant faire évoquer un syndrome coronarien aigu, l'orientation directe du patient dans la filière de soin la plus adaptée (accès direct à la table de coronarographie) et la mise en œuvre anticipée des ressources nécessaires (mobilisation du coronarographe d'astreinte, dès avant l'arrivée du patient à l'hôpital). L'évaluation des différents délais par les Samu a d'ailleurs fortement impulsé la réorganisation de la cardiologie interventionnelle [7–9]. Les progrès de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux passent également par la recommandation d'un appel direct au Samu-centre 15 [10]. Le modèle anglo-saxon, grand rival conceptuel, est d'une très grande efficacité, mais, fonctionnant avec des *paramedics*, il ne comporte pas de régulation médicale et donc pas d'orientation ciblée du patient.

L'installation par la loi du centre de régulation médicale en son sein confère une nouvelle responsabilité à l'hôpital. Ce fait n'a pas manqué de conduire des praticiens libéraux à s'interroger sur la neutralité du Samu-centre 15. Le Samu ne favoriserait-il pas l'hôpital public au détriment des structures privées et ne pourrait-on pas l'implanter ailleurs qu'à l'hôpital? La réponse est de souligner que la neutralité du médecin régulateur lui est imposée par le Code de déontologie. La participation des généralistes libéraux à la régulation médicale au sein des Samu-centres 15 contribue, en outre, à garantir l'équilibre entre ville et hôpital et entre secteur privé et secteur public.

La participation des généralistes à la régulation médicale est un incontestable succès. La complémentarité entre

généralistes et urgentistes est la garantie d'une réponse coordonnée, efficace et adaptée aux appels urgents dans leur diversité croissante. L'action des généralistes permet le développement des conseils médicaux et la limitation des visites à domicile. Elle pose toutefois la question de la délimitation du champ d'action des Samu-centre 15. Certains, attachés à la conception originelle d'un Samu centré sur les seules urgences vitales, demandent que soient créés des centres d'appels séparés pour l'aide médicale urgente, d'une part, et pour la permanence des soins, d'autre part. Cette suggestion, qui pourrait séduire a priori, ne résiste pas à la réflexion. Tout porte, en effet, à penser qu'il est plus efficace et plus sûr de traiter conjointement les cas graves et les moins graves. On ne saurait, d'ailleurs, demander à l'appelant de faire la distinction entre les cas relevant de l'aide médicale urgente et ceux relevant de la permanence des soins. La difficulté et l'intérêt de la régulation médicale étant, précisément, de redresser les éventuelles erreurs d'appréciation des patients. C'est, du reste, son principe même que de recevoir des appels non filtrés.

## Aspects médicalégaux

Faite d'actes courts et immédiats, la régulation médicale est particulièrement vulnérable à l'erreur humaine. Les conséquences de ces erreurs sont parfois dramatiques et souvent très exposées à une visibilité extérieure. Le public, dans une attitude de défiance, considère que derrière l'échec, il y a nécessairement une faute. Il en découle une judiciarisation croissante.

La principale situation d'échec de la régulation médicale est le non-engagement d'un Smur dans une situation de doute sur la gravité, le médecin régulateur favorisant l'hypothèse la plus bénigne qui lui paraît la plus probable, sans prendre rationnellement en compte l'incertitude et ses possibles conséquences. Ce risque d'erreur est plus important la nuit dans les organisations où le médecin régulateur dort, d'où la recommandation de disposer d'un médecin régulateur éveillé à son poste [5,6].

Certaines situations à très haut risque justifient une attention redoublée : refus de soins par le patient, fin de vie supposée, arrêt de la réanimation. . .

Les profils d'appelants sont très variés et peuvent tromper. Certains possèdent une culture médicale relativement solide. D'autres, en revanche, ignorent des choses que l'on croirait unanimement partagées. Certains sont vindicatifs et l'on risque d'en inférer qu'ils exagèrent la gravité des symptômes, tandis que d'autres sont si policés et confiants qu'ils s'expriment sans aucune insistance, ce qui peut masquer le caractère dramatique de la situation. Lorsqu'un appel est répété, le médecin régulateur, suivant l'ornière dans laquelle il a initialement installé son raisonnement, passe parfois à côté du rattrapage que pourrait lui permettre ce nouvel appel. De même, un patient ayant été vu par un généraliste ou un service d'urgences et qui appelle le Samu-centre 15 peut, un peu trop vite, être considéré comme devant simplement être rassuré, ayant déjà été parfaitement évalué par la consultation médicale dont il a précédemment bénéficié.

Le refus d'admission dans une unité spécialisée engage, certes, la responsabilité du praticien de ce service, mais également celle du médecin régulateur qui doit alors rechercher une solution différente, souvent alors insatisfaisante et source de difficultés. Le refus du spécialiste n'exonère pas le médecin régulateur de sa responsabilité personnelle dans l'orientation du patient, car il a la faculté d'insister, voire d'imposer le patient et il pourrait lui être reproché de ne l'avoir pas fait. Le cas du refus d'admission d'un patient en unité spécialisée alors qu'un lit y est disponible mais « réservé » est particulièrement sensible. L'orientation d'un patient ne relevant pas d'une filière spécifique est ainsi rendue particulièrement difficile et risquée.

## Perspectives

La mise en place prochaine du dossier médical personnel (DMP) informatisé au niveau national devrait faciliter la gestion des appels d'urgence des patients au lourd passé pathologique, à domicile ou en maison de retraite, et renforcer les liens avec le médecin traitant [11]. L'exercice même de la régulation médicale – qui a beaucoup évolué depuis l'époque fondatrice où la gestion des accidents était le cœur du métier – accélèrera ainsi sa mutation vers la prise en charge globale des crises aiguës des pathologies chroniques, pour lesquelles la connaissance documentée des antécédents est essentielle. Le vieillissement de la population avec son cortège de polyopathologies, les contraintes de la démographie médicale, les progrès constants de la médecine et l'augmentation de la demande de soins imposeront des pratiques nouvelles. Dans ce contexte, le DMP facilitera le développement de la télé-médecine et de la téléprescription [12]. La régulation médicale, en tant que pratique médicale, devrait être enrichie par l'usage du DMP qui augmentera fortement son contenu immédiat et facilitera le suivi des cas.

## Conclusion

La régulation médicale, acte médical, est l'une des multiples facettes de l'art de soigner. Elle suppose un professionnalisme exigeant, un sens profond de la solidarité, l'esprit du travail en réseau, un réel savoir-faire relationnel et une éthique rigoureuse.

La régulation médicale est un service rendu à un moment donné à une personne donnée, qui se trouve au téléphone « en face du médecin », qui vit une situation qu'elle ressent comme urgente et qui requiert une aide. La régulation médicale a pour vocation de garantir à cette personne l'accès au juste soin et de lui apporter, dans le respect de son autonomie, une plus-value en termes de rapidité, d'efficacité, de qualité, de sécurité et d'humanité.

Le centre de régulation médicale n'est ni une autorité ni un passage obligé, mais un acteur du réseau des urgences médicales, au service du patient et des acteurs de ce réseau. Il est un espace de convergence entre les professionnels

de l'organisation préhospitalière des secours et des soins de ville (pompiers, ambulanciers, généralistes, spécialistes, acteurs de l'hospitalisation à domicile) et le réseau hospitalier des urgences. Il est également un poste d'observation (avec un rôle de veille et d'alerte) et un acteur majeur des crises sanitaires (ex. : pandémie). Pièce importante du dispositif de Santé publique, il optimise, au quotidien, l'emploi des ressources hospitalières et contribue à une meilleure structuration de l'offre de soins sur un territoire de santé.

Pratiquée dans le cadre du service public hospitalier, la régulation médicale est un facteur d'égalité et de cohésion sociale, permettant, à la personne la moins favorisée et la moins informée comme à la plus aisée, d'accéder aux ressources les plus performantes dans les meilleurs délais, chaque fois que cela est nécessaire.

## Conflits d'intérêts

Aucun.

## Références

- [1] Samu de France, Société française d'anesthésie et de réanimation. Réception et régulation des appels pour les urgences médicales en dehors de l'hôpital. Conférence d'expert. *Rev Samu* 2006;1:35–7.
- [2] Penverne Y, Jenvrin J, Danet N, et al. Samu-centre 15 : de nouveaux métiers et nouvelles pratiques. In: *Congrès Urgences 2009*, chapitre 79. Paris; 2009, p. 793–806.
- [3] Braun F, Berthier F. Les interconnexions de la régulation médicale. In: *Congrès Urgences 2009*, chapitre 81. Paris; 2009, p. 817–29.
- [4] Bertrand C, Ouss I, Jehel L, Le Bourgeois JP. Stratégie d'évaluation des compétences au cours du diplôme universitaire de régulation des urgences médicales. *Pedagog Med* 2004;5:27–34.
- [5] Guide d'aide à la régulation au Samu-centre 15. In: *Samu de France*, 2<sup>e</sup> édition. Paris: Sferm; 2009.
- [6] Giroud M. La qualité en régulation médicale. In: *Conférence Congrès Urgences 2007*, chapitre 67. Paris; 2007, p. 659–71.
- [7] Lapandry C. Registre E-Must Île-de-France. Évaluation en médecine d'urgence des stratégies diagnostiques de l'infarctus du myocarde. *Rev Samu* 2004;338–44.
- [8] Goldstein P, Wiel E, Assez N, Adiensen C. Le syndrome coronarien aigu dans le cadre de l'urgence pré-hospitalière. In: *Conférences d'actualisation 2005*. La collection de la Sfar, Elsevier édition, p. 515–26.
- [9] Haute Autorité de santé. Prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë en dehors des services de cardiologie. In: *Conférence de consensus*. Paris: HAS; 2006.
- [10] Haute Autorité de santé. Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce. In: *Recommandation pour la pratique clinique*. Paris: HAS; 2009.
- [11] Giroud M. L'accès au dossier médical personnel par le médecin régulateur du Samu. In: *Congrès Urgences 2009*, chapitre 80. Paris; 2009, p. 807–16.
- [12] Haute Autorité de santé. Prescription médicamenteuse par téléphone (ou téléprescription) dans le cadre de la régulation médicale. In: *Recommandations*. Paris: HAS; 2009.