



Information administrative

ARRÊTÉ DU 3 MAI 1989

relatif aux durées et conditions d'éviction, mesures de prophylaxie à prendre à l'égard des élèves et du personnel dans les établissements d'enseignement et d'éducation publics et privés en cas de maladies contagieuses

(J.O. du 31 mai 1989)

Le ministre d'État, ministre de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports, le secrétaire d'État auprès du ministre d'État, ministre de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports, chargé de la Jeunesse et des Sports, le ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale,

Vu le Code de la santé publique, et notamment ses articles L. 2, L. 7, L. 18 et L. 192;

Vu l'article 272 de l'arrêté organique du 18 janvier 1887, modifié par l'arrêté du 22 août 1939;

Vu les articles 7, 9 et 12 de l'arrêté du 18 août 1893;

Vu l'avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France;

Vu l'avis du Conseil supérieur de l'Éducation nationale,

Arrêtent :

Article premier. — Tous les élèves et les membres du personnel atteints de maladies contagieuses ou ayant été au contact d'une personne présentant l'une de ces affections, sont soumis à des mesures de prophylaxie, dont parfois l'éviction. Ces dispositions sont applicables à tous les établissements d'enseignement et d'éducation publics et privés de tous ordres. Les mêmes dispositions s'appliquent également aux centres de vacances et de loisirs.

Article 2. — Les mesures de dépistage et de prophylaxie des sujets au contact sont à l'initiative de l'autorité sanitaire représentée par la direction départementale des Affaires sanitaires et sociales.

Article 3. — Les conditions d'éviction et les mesures de prophylaxie sont fixées ainsi qu'il suit :

COQUELUCHE

Malades : trente jours d'éviction à compter du début de la maladie.

Sujets au contact : pas d'éviction.

DIPHTÉRIE

Malades : trente jours d'éviction à compter de la guérison clinique. Ce délai peut être abrégé si deux prélèvements rhinopharyngés pratiqués à huit jours d'intervalle sont négatifs.

Sujets au contact : pas d'éviction :

- vaccinés : une injection de rappel;
- non vaccinés :
 - mise en route immédiate de la vaccination,
 - prélèvements de gorge,
 - antibiothérapie pendant sept jours en cas de prélèvement positif.

MÉNINGITE À MÉNINGOCOQUE

Malades : éviction jusqu'à guérison clinique.

Sujets au contact : pas d'éviction.

Prophylaxie médicamenteuse et, en cas de méningite du groupe A ou C, vaccination chez les sujets ayant un contact fréquent avec le malade : famille, voisins de dortoir, camarades habituels, voisins de classe, éventuellement toute la classe.

POLIOMYÉLITE

Malades : éviction jusqu'à absence de virus dans les selles.

Sujets au contact : vaccination ou revaccination systématique de tous les élèves et de tout le personnel de l'établissement. Prélèvement des selles à l'initiative de l'autorité sanitaire.

ROUGEOLE, OREILLONS, RUBÉOLE

Malades : éviction jusqu'à guérison clinique.

Sujets au contact : pas d'éviction. La vaccination est recommandée chez les personnes non vaccinées et n'ayant pas eu antérieurement la maladie. Dès qu'un cas de rubéole se déclare, les femmes en âge de procréer doivent en être informées. En ce qui concerne les femmes enceintes, une autorisation d'absence, ne pouvant excéder le début du quatrième mois de la grossesse, est alors accordée sur leur demande aux femmes présentant un test sérologique négatif de la rubéole.

INFECTIONS À STREPTOCOQUES HÉMOLYTIQUES DU GROUPE A

Malades : la réadmission est subordonnée à la présentation d'un certificat médical attestant qu'ils ont été soumis à une thérapeutique appropriée.

Sujets au contact : pas d'éviction.

En cas de situation épidémique dans un établissement, prélèvements de gorge et antibiothérapie à l'initiative de l'autorité sanitaire.

FIÈVRES TYPHOÏDE ET PARATYPHOÏDE

Malades : éviction jusqu'à guérison clinique.

Sujets au contact : pas d'éviction. Renforcement des règles d'hygiène individuelle et collective.

INFECTIONS PAR LE V.I.H. (VIRUS DU SIDA) OU LE VIRUS DE L'HÉPATITE B

Pas d'éviction ni des sujets atteints ni des sujets au contact.

TEIGNES

Malades : éviction jusqu'à présentation d'un certificat attestant qu'un examen microscopique a montré la disparition de l'agent pathogène.

Sujets au contact : dépistage systématique.

TUBERCULOSE RESPIRATOIRE

Malades : éviction jusqu'à présentation d'un certificat médical attestant la négativation de l'expectoration.

Sujets au contact : pas d'éviction. Dépistage chez les enfants de la classe et les membres du personnel ayant eu un contact avec le malade.

PÉDICULOSE

Malades : pas d'éviction si traitement.

Sujets au contact : pas d'éviction.

DYSENTERIE AMBIENNE OU BACILLAIRE, GALE, SYNDROME GRIPPAL ÉPIDÉMIQUE, HÉPATITE A, IMPÉТИGO (ET AUTRES PYODERMITES), VARICELLE

Malades : éviction jusqu'à guérison clinique.

Sujets au contact : pas d'éviction.

Article 4. — Sont abrogés les arrêtés du 14 mars 1970 et du 16 décembre 1975 relatifs aux durées et conditions d'éviction et aux mesures de prophylaxie à prendre en cas de maladies contagieuses dans les établissements d'enseignement et d'éducation publics et privés.

Article 5. — Le directeur général de la Santé au ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale, le directeur des Lycées et Collèges, le directeur des Écoles au ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports, le directeur de la Jeunesse au secrétariat d'État auprès du ministre d'État, ministre de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports, chargé de la Jeunesse et des Sports, sont chargés chacun en ce qui le concerne de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

*Le ministre de la Solidarité,
de la Santé et de la Protection sociale,*
Claude ÉVIN

*Le ministre d'État,
ministre de l'Éducation nationale,
de la Jeunesse et des Sports,
Lionel JOSPIN*

*Le secrétaire d'État auprès du ministre d'État,
ministre de l'Éducation nationale,
de la Jeunesse et des Sports,
chargé de la Jeunesse et des Sports,
Roger BAMBUCK*

Note de la rédaction du B.E.H. :

Ce nouvel arrêté diffère des précédents textes sur les points suivants :

- les conditions d'éviction et les mesures de prophylaxie sont maintenant regroupées dans un seul texte pour les élèves, qu'ils soient externes ou internes, et pour le personnel enseignant;
- les centres de vacances et de loisirs sont maintenant concernés par les dispositions de l'arrêté;
- les mesures de prophylaxie sont prises à l'initiative des D.D.A.S.S., ce qui n'était pas précisé auparavant;
- enfin, des modifications ont été apportées pour certaines mesures de prophylaxie et trois maladies ont été ajoutées (infections à V.I.H., hépatite B et pédiculose).

ENQUÊTE

LES LEISHMANIOSES IMPORTÉES ET AUTOCHTONES

Philippe TUPPIN, Dominique JEANNEL, Gilles BRUCKER, Martin DANIS et Marc GENTILINI

Centre national de référence pour les maladies d'importation

Institut Santé et Développement, université Pierre-et-Marie-Curie
15-21, rue de l'École-de-Médecine, 75270 Paris Cedex 06

La mise en place en France métropolitaine d'un réseau de surveillance des leishmanioses importées et autochtones a débuté au cours de l'année 1986 et nous présentons ici les résultats de deux années de fonctionnement.

I. MÉTHODES ET DONNÉES RECUÉILLIES

1. Constitution du réseau

107 services hospitaliers ont été contactés, comprenant l'ensemble des services de parasitologie des centres hospitalo-universitaires et, dans la région Midi - Pyrénées, tous les services hospitaliers de dermatologie (9), d'hématologie (12) et les laboratoires centraux polyvalents des centres hospitaliers généraux (39) [tabl. 1]. Il leur était demandé de remplir une fiche pour chaque nouveau cas de leishmaniose cutanée ou viscérale diagnostiquée. Cette fiche demande l'âge, le sexe et la nationalité du malade, le lieu d'infestation, et

des renseignements sur les méthodes diagnostiques, les signes cliniques et biologiques présents, la présence d'une immunodépression, le traitement et l'évolution de la maladie.

Ce recueil a nécessité trois rappels car des centres n'ont pas vu la nécessité de répondre, soit parce qu'ils n'avaient aucun cas à signaler, soit parce qu'ils adressaient leurs prélevements à un autre centre. Un taux global de participation de 64 % a été obtenu, et 43 % des participants n'ont observé aucun cas en 1986 et 1987. La participation diffère selon le type de centre : 71 % pour les laboratoires de parasitologie, 59 % pour les laboratoires centraux des C.H.G., 54 % (5 sur 9) pour les services de dermatologie et 50 % (6 sur 12) pour les services d'hématologie.

2. Nombre de cas recensés et critères diagnostiques

Pour ces deux années, 159 cas de leishmaniose nous ont été communiqués, dont 95 formes vis-

cérales (60 %) et 64 formes cutanées (40 %). Les formes cutanées sont minoritaires, mais il est probable que des cas soient traités en consultation hospitalière ou libérale sans confirmation parasitologique et échappent au réseau de surveillance des laboratoires. En revanche, la grande majorité des formes viscérales sont certainement prises en charge en milieu hospitalier où elles font l'objet d'investigations biologiques approfondies et les résultats obtenus ici doivent être assez fiables.

Sur les 64 formes cutanées, le diagnostic parasitaire était positif pour 54 cas; la sérologie était positive pour 6 des 10 cas restants. Dans les formes viscérales, la mise en évidence des leishmanies a été obtenue dans 71 cas sur 95, et la sérologie était positive dans 84 cas parmi lesquels 23 sujets n'ayant pas de diagnostic parasitologique.

Tableau 1. — Répartition des centres contactés

Centres	Nord-Est	Nord-Ouest	Île-de-France	Est	Centre	Sud-Ouest	Sud-Est	Total
Contactés	8	7	17	6	3	4	62	107
Non répondant	1	2	4	2	0	1	28	38
N'ayant pas observé de cas	0	1	6	1	2	0	20	30

II. RÉSULTATS

1. Caractéristiques générales

Origine de l'infestation et nationalité des sujets (tabl. 2). Globalement, les leishmanioses importées et autochtones sont en proportions équivalentes. Les principaux lieux d'infestation hors territoire métropolitain sont la Guyane, l'Europe (Italie, Espagne) et Israël. La majorité des patients sont métropolitains (70%). Les 43 sujets étrangers comprennent 36 Maghrébins, 3 Africains de l'ouest, 2 Européens, 1 Laotien, 1 Péruvien. Pour

35 sujets étrangers, le lieu d'infestation est leur pays d'origine. Quand le lieu d'infestation est la France métropolitaine (tabl. 3, 4), la forme la plus fréquente dans cette série est la leishmaniose viscérale (70 cas sur 74) avec les réserves déjà émises précédemment (I.2). Le département le plus touché est celui des Bouches-du-Rhône.

En revanche, la majorité des leishmanioses cutanées recensées ont été contractées à l'étranger (Maghreb, Guyane, Afrique et moins fréquemment, Amérique du Sud) [tabl. 4].

Tableau 2. — Lieu de contamination selon la nationalité des sujets

Lieu	Nationalité	
	Français	Autres nationalités
France.....	70	4
Guyane.....	10	0
Europe méditerranéenne.....	10	1
Autres pays.....	21	36
Ensemble.....	111	41

Tableau 3. — Lieu d'infestation en métropole

Forme	Départements											Total	
	Alpes-Maritimes	Ardèche	Bouches-du-Rhône	Gard	Gers	Hérault	Lozère	Pyrénées-Orientales	Rhône	Tarn	Var		
Cutanée.....	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	1	0	4
Viscérale.....	7	1	33	8	1	2	1	2	0	1	0	7	63

Tableau 4. — Forme de la leishmaniose selon le lieu d'infestation

Forme	Lieu								Total
	France	Guyane	Amérique-du-Sud	Maghreb	Afrique	Europe méditerranéenne	Asie	Total	
Humide.....	4	4	1	24	9	3	0	45	
Cutanée :									
— sèche	0	4	1	4	1	1	0	11	
— cutanéo-muqueuse.	0	2	2	0	0	0	1	5	
Ensemble.....	4	10	4	28	10	4	1	61	
Viscérale.....	70	0	0	7	0	10	2	89	

2. Répartition par âge suivant la forme (tabl. 5)

La leishmaniose viscérale touche particulièrement les jeunes enfants : ici, 40 patients sur 95 ont

moins de 4 ans, mais les adultes ne sont pas non plus épargnés (26 sujets de plus de 30 ans). La leishmaniose cutanée atteint des sujets de tout âge avec une plus grande fréquence chez les adultes jeunes.

Tableau 5. — Répartition par forme et par âge

Forme	Âge						
	0-1 an	2-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	> 60 ans
Cutanée.....	6	6	7	16	11	7	6
Viscérale.....	23	17	4	18	17	4	5

3. Les formes cutanées

Les formes humides sont les plus fréquentes (74%). 5 formes cutanéo-muqueuses ont été

rapportées mais 3 d'entre elles sont douteuses, pour 2 cas guyannais, il s'agirait plutôt d'un pian-bois. Un cas asiatique est rapporté, celui d'un

Laotien ayant séjourné en Thaïlande avant de s'établir à Grenoble qui présentait au niveau des mains des lésions surinfectées où le parasite a été mis en évidence.

Le nombre moyen de lésions est de 3 pour les formes sèches (intervalle : 1-14) et de 2 pour les formes humides (intervalle 1-7), qui sont donc moins extensives.

Le traitement est connu pour 45 sujets et fait appel le plus souvent au sel d'antimoine (30 cas). La pentamidine a été employée 4 fois et un autre traitement 11 fois. Concernant ces autres traitements, ils ont été plutôt utilisés pour des lésions uniques ou peu nombreuses : on retrouve le stiboglutonate de sodium et l'azote liquide principalement. Le kétokonazole et la rifamycine ont été aussi employés. Dans 35 cas l'évolution est signalée comme favorable sous traitement ; 1 cas a nécessité plusieurs cures de sel d'antimoine.

4. Les formes viscérales

Immunodépression associée

Une immunodépression liée à l'infection au V.I.H. est signalée pour 14 patients qui tous présentaient une leishmaniose viscérale ; celle-ci a été contractée en France pour 9 sujets, en Europe (2 cas, Italie et Grèce respectivement), dans le Maghreb (1 cas, Algérie), en Inde (1 cas).

Traitement et évolution

Le traitement est précisé pour 90 sujets et faisait appel au sel d'antimoine 72 fois, seul pour 59 patients et associé à la pentamidine pour 14 patients. Les 11 autres malades ont été traités par d'autres produits : stiboglutonate de sodium et itraconazole. 2 sujets ont été transfusés et 2 autres ont eu une splénectomie. L'évolution est notée favorable pour 71 sujets et défavorable (chronicité, décès) pour 5 sujets, tous immunodéprimés.

Signes cliniques

Le plus fréquent est la splénomégalie (92%). Viennent ensuite la fièvre (88%), l'hépatomégalie (57%), les adénopathies (25,5%), les taches cutanées (2%). La fièvre était le seul signe présent pour 2 cas ; les autres signes ne sont jamais isolés. Dans 50 % des cas il y a association de fièvre, splénomégalie, hépatomégalie et, dans 38 % des cas, fièvre et splénomégalie seulement.

Signes biologiques

Dans l'ordre de fréquence, on retrouve l'anémie (92%), la thrombopénie (76%), une hyperglobulinémie (68%), une leucopénie (65%). L'association des 4 signes biologiques était présente chez 46 % des sujets. 8 sujets présentaient un signe isolé : l'anémie (6 cas), la thrombopénie (1 cas), une leucopénie (1 cas). Une association de 3 signes, anémie, leucopénie, thrombopénie, existait dans 15 % des cas et une association de 2 signes, anémie et hypergammaglobulinémie, dans 10 % des cas.

III. CONCLUSION

La leishmaniose viscérale est présente en France dans les régions du sud et demande une certaine vigilance des praticiens, en particulier concernant les jeunes enfants. Rappelons, et cette étude le souligne de nouveau, que le tableau clinique et biologique est souvent incomplet et peu évocateur. La leishmaniose importée est en majorité cutanée et, en tant que pathologie du voyage, peut être rencontrée dans toute la France. Tous les cas présentant une immunodépression (à V.I.H.) associée sont des leishmanioses viscérales.

BIBLIOGRAPHIE

- GENTILINI M., DUFLO B. — *Leishmanioses*. Médecine tropicale, Paris, Flammarion, Médecine Sciences, 1986, pp. 125-133.
- MONTALBAN C., SEVILLA F., MORENO A. et al. — *Visceral leishmaniosis : an opportunistic infection in the AIDS*. J. infect., 1987 ; 15(3) : 247-50.
- Organisation mondiale de la santé. — *Les leishmanioses*. Série Rapports techniques, 1984, n° 70.
- QUILICI M., DUNAN S., DUMONT H. et al. — *Le Kala-azar méditerranéen infantile dans le sud-est de la France*. Ann. pédiatr. (Paris), 1987, 34(5) : 369-73.

Cas déclarés pour certaines maladies transmissibles

Sémaine du 15 au 21 mai 1989

RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1985	Typhoides et paratyphoides	SIDA	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	Toxi-infection alimentaire collective	RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1985	Typhoides et paratyphoides	SIDA	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	Toxi-infection alimentaire collective
ALSACE	67 - Rhin (Bas-)	935 000		1						LIMOUSIN	19 - Corrèze	242 000		1				2	
	68 - Rhin (Haut-)	660 000			1			6			23 - Creuse	137 000							
	Total	1 596 000		1	1			6			87 - Vienne (Haute-)	357 000		2					
AQUITAINE	24 - Dordogne	380 000								LORRAINE	Total	736 000		3				2	
	33 - Gironde	1 162 000		1				19			54 - Meurt.-et-Mos.	713 000							
	40 - Landes	302 000									55 - Meuse	199 000							2
	47 - Lot-et-Garonne	302 000						4			57 - Moselle	1 009 000							
	64 - Pyrénées-Atlan.	565 000									88 - Vosges	349 000							
AUVERGNE	Total	2 711 000		1				23			Total	2 314 400							
	03 - Allier	366 000								MIDI - PYRÉNÉES	09 - Ariège	135 000							
	15 - Cantal	161 000									12 - Aveyron	278 000							
	43 - Loire (Haute-)	207 000									31 - Garonne (Hte-)	848 000							
	63 - Puy-de-Dôme	601 000		3				1			32 - Gers	173 000							
BOURGOGNE	Total	1 335 000		3				1			49 - Lot	158 000							
	21 - Côte-d'Or	481 000						2			65 - Pyrénées (Htes-)	227 000							1
	58 - Nièvre	237 000									81 - Tarn	340 000							
	71 - Saône-et-Loire	571 000									82 - Tarn-et-Gar.	194 000							
	89 - Yonne	316 000						2			Total	2 352 000							1
BRETAGNE	Total	1 605 000						4		NORD - PAS-DE-CALAIS	59 - Nord	2 509 000							7
	22 - Côtes-du-Nord	544 000									69 - Pas-de-Calais	1 421 000							7
	29 - Finistère	839 000									Total	3 931 000							14
	35 - Ille-et-Vilaine	771 000	1							NORMANDIE (BASSE-)	14 - Calvados	603 000		1					2
	56 - Morbihan	603 000									50 - Manche	472 000							2
CENTRE	Total	2 757 000	1					26			61 - Orne	295 000							
	18 - Cher	322 000	1					2		NORMANDIE (HAUTE-)	27 - Eure	483 000							
	28 - Eure-et-Loir	377 000									76 - Seine-Maritime	1 285 000							
	36 - Indre	239 000		1							Total	1 688 000							
	37 - Indre-et-Loire	519 000								PAYS DE LA LOIRE	44 - Loire-Atlant.	1 026 000							10
CHAMPAGNE-ARDENNE	41 - Loir-et-Cher	301 000									49 - Maine-et-Loire	697 000							1
	45 - Loiret	558 000						2			53 - Mayenne	276 000							1
	Total	2 317 000	1		1			4			72 - Sarthe	511 000							1
	08 - Ardennes	300 000									85 - Vendée	498 000							2
	10 - Aube	292 000									Total	3 007 000		1					14
CORSE	51 - Marne	550 000								PICARDIE	02 - Aisne	535 000			1				1
	52 - Marne (Haute-)	210 000						1			60 - Oise	685 000		1	1				5
	Total	1 352 000						2			80 - Somme	549 000							1
FRANCHE-COMTÉ	2 A - Corse-du-Sud	113 000									Total	1 770 000		1	2	6	1		
	2 B - Corse (Haute-)	135 000								POITOU - CHARENTES	16 - Charente	342 000							
	Total	248 000									17 - Charente-Mar.	519 000		1					
ÎLE-DE-FRANCE	25 - Doubs	473 000									79 - Sèvres (Deux-)	344 000							
	39 - Jura	245 000									86 - Vienne	377 000		1					
	70 - Saône (Haute-)	237 000									Total	1 582 000		1	2				2
	90 - Terr. de Belfort	134 000								PROVENCE - ALPES - CÔTE D'AZUR	04 - Alpes-Hte-Prov.	122 000							
	Total	1 089 000									05 - Alpes (Hautes-)	107 000							1
LANGUEDOC-ROUSSILLON	75 - Paris (Ville)	2 134 000	1	16	1			23			06 - Alpes-Marit.	892 000							
	77 - Seine-et-Marne	965 000									13 - B.-du-Rhône	1 739 000	1	5					
	78 - Yvelines	1 259 000						4			83 - Var	748 000		3					2
	91 - Essonne	1 022 000		3	1			13			84 - Vaucluse	438 000		1					3
	92 - Hauts-de-Seine	1 366 000		7				7			Total	4 046 000		1	9				6
FRANCE OUTRE-MER	93 - Seine-St-Denis	1 331 000		1						RHÔNE - ALPES	01 - Ain	440 000							
	94 - Val-de-Marne	1 184 000		3	1			17			07 - Ardèche	272 000							
	95 - Val-d'Oise	967 000		2				5			26 - Drôme	403 000		1					
	Total	10 228 000	1	32	3			70			38 - Isère	976 000							
	11 - Aude	285 000									42 - Loire	739 000							
FRANCE OUTRE-MER	30 - Gard	553 000						4			69 - Rhône	1 458 000			20				
	34 - Hérault	738 000						5			73 - Savoie	332 000							
	48 - Lozère	74 000						-1			74 - Savoie (Haute-)	519 000							
	66 - Pyrénées-Orient.	384 000									Total	5 139 000		21					2
	Total	1 998 000						10			TOTAL DE LA SEMAINE		5	75	8		196	5	
FRANCE MÉTROPOLITaine	971 - Guadeloupe	328 400								FRANCE MÉTROPOLITaine	20 premières semaines de 1989	83	1 411	290	68	21	3 572	48	
	972 - Martinique	329 600		1				1			20 premières semaines de 1988	93	939	216	79	14	3 758	40	
FRANCE OUTRE-MER	973 - Guyane	73 000																	
	974 - Réunion	516 000		1				2											

Directeur de la publication : M. Maurice ROBERT
 Rédacteur en chef : D^r Elisabeth BOUVET
 Rédaction : D^rs Jean-Baptiste BRUNET, Bruno HUBERT, Anne LAPORTE, Colette ROURE
 Administration : M. André CHAUVIN - Secrétariat : Mme Sylvie CLUZAN

Direction générale de la Santé
 Sous-direction de la Prévention générale et de l'Environnement
 Bureau 1 C : 1, place de Fontenoy, 75700 Paris - Tél. : (1) 47 65 25 54
 N° CPP : 2015 AD

Revue disponible uniquement par abonnement : 200 F pour l'ensemble des publications de l'année civile.
 Le seul mode de paiement accepté est le paiement à la commande. Les demandes d'abonnement doivent être faites exclusivement par courrier adressé à :

IMPRIMERIE NATIONALE – DÉPARTEMENT DIFFUSION
 B.P. 637, 59506 DOUAI CEDEX