

# QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL ENFANTS

## QUESTIONNAIRE DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

*Ce questionnaire doit être administré à toutes les femmes qui ont la charge d'un enfant de moins de cinq ans vivant avec elles (voir HL4 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage).*

*Un questionnaire individuel sera rempli pour chaque enfant éligible.*

*Les questions doivent être posées à la mère ou la personne en charge de l'enfant éligible (voir HL7 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage).*

*Inscrivez le numéro de ligne de chaque enfant, le numéro de ligne de la mère de l'enfant ou de la personne en charge, ainsi que les numéros de grappe et de ménage en haut de chaque page.*

REGION |\_\_| GRAPPE |\_\_|\_\_|\_\_| CONCESSION |\_\_|\_\_|\_\_| MENAGE |\_\_|\_\_|

### SECTION 1 : ENREGISTREMENT DES NAISSANCES ET L'EDUCATION PRESCOLAIRE

N°	QUESTIONS & FILTRES	CODES	PASSER A
BR1	Nom de l'enfant		
BR1A	N° de ligne de l'enfant	__ __	
BR1B	N° de ligne de la mère ou de la personne qui a la charge de l'enfant	__ __	
BR2	Age de l'enfant (copiez de HL4 de la feuille d'enregistrement du ménage).	Age (en années révolues)  __ __	
BR3	<p>MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR LA SANTE DE CHAQUE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS QUI EST A VOTRE CHARGE ET QUI VIT ACTUELLEMENT AVEC VOUS.</p> <p>JE VEUX VOUS POSER DES QUESTIONS SUR (nom). EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE (nom) EST-IL/ELLE NE/E ?</p> <p><i>Insister:</i> QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE ? Si la mère connaît la date exacte de naissance, ajoutez également le jour ; si non, inscrivez 99 pour le jour</p>	<p>Date de naissance</p> <p>BR3D Jour  __ __ </p> <p>BR3M Mois  __ __ </p> <p>BR3Y Année  __ __ __ __ </p>	
BR4	<p>EST-CE QUE (nom) A UN CERTIFICAT DE NAISSANCE ? PUIS-JE LE VOIR ?</p> <p><i>Si un certificat est présenté, vérifiez la date de naissance déclarée. Si aucun certificat de naissance n'est présenté, essayer de vérifier la date en utilisant un autre document (carnet de santé, etc.). Corrigez l'âge déclaré, si nécessaire.</i></p>	<p>Oui, vu. .... 1 →</p> <p>Oui, pas vu ..... 2 →</p> <p>Non ..... 3 →</p> <p>NSP ..... 9 →</p>	BR8
BR5	<p><i>Si aucun certificat de naissance n'est montré demandez :</i></p> <p>EST-CE QUE LA NAISSANCE DE (nom) A ETE ENREGISTREE ?</p>	<p>Oui..... 1 →</p> <p>Non..... 2 →</p> <p>NSP ..... 9 →</p>	BR8 BR6 BR7
BR6	<p>POURQUOI LA NAISSANCE DE (nom) N'EST-ELLE PAS ETE ENREGISTREE ?</p> <p>Encercler 1 pour toutes les raisons citées si non encercler 2 mais ne suggérer pas de réponses</p>	<p style="text-align: right;">Oui</p> <p>Non</p> <p>Coût trop élevé..... 1 2</p> <p>Éloignement du centre d'état-civil 0 0 ..... 1 2</p> <p>Ne savait pas quelle devrait être enregistrée. 1 2</p> <p>En retard et ne voulait pas payer d'amende . 1 2</p> <p>Ne sait pas où l'enregistrer ..... 1 2</p> <p>Autre ..... 1 2 (à préciser)</p>	

N°	QUESTIONS & FILTRES	CODES	PASSER A
BR7	SAVEZ -VOUS COMMENT ENREGISTRER LA NAISSANCE DE VOTRE ENFANT ?	Oui.....1 Non..... 2	
BR8	Vérifier l'âge. Si 3 à 4 ans révolus, demandez :  EST-CE QUE (nom) A FREQUENTE UN PROGRAMME ORGANISE D'EDUCATION PRESCOLAIRE (TEL QU'UN ETABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVE, Y COMPRIS UN JARDIN d'ENFANTS OU UNE GARDERIE COMMUNAUTAIRE) ?	Oui.....1 Non..... 2	

## SECTION 2 : VITAMINE A

N°	QUESTIONS & FILTRES	CODES	PASSER A
VA1	EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU UNE CAPSULE DE VITAMINE A (SUPPLEMENT) COMME CELLE-CI ?  <i>Montrez la capsule ou le flacon</i>	Oui.....1 Non..... 2 NSP ..... 9	SECTION 3 SECTION 3
VA2	DEPUIS COMBIEN DE MOIS (nom) A-T-IL/ELLE PRIS LA DERNIERE DOSE ?	Nombre de mois .       __   __  NSP ..... 99	
VA3	OU (nom) A-T-IL/ELLE REÇU CETTE DERNIERE DOSE ?	Visite de routine au centre de santé ..... 1 Visite d'enfant malade dans établissement sanitaire ..... 2 Journées Nationales de Vaccination ..... 3 Autre ..... 4 (à préciser) NSP .....9	

### SECTION 3 : ALLAITEMENT

N°	QUESTIONS & FILTRES	CODES	PASSER A
BF1	(nom) A-T-IL/ELLE ETE ALLAITE?	Oui.....1 Non..... 2 NSP ..... 9	→ BF4 → BF4
BF2	(nom) EST-IL/ELLE ENCORE ALLAITE ?	Oui.....1 Non..... 2	→ BF4
BF3	<p>DEPUIS HIER A PAREILLE HEURE, EST-CE QUE (nom) A REÇU UNE DES CHOSES SUIVANTES :</p> <p><i>Lisez chaque élément à haute voix et encerclez le code adéquat avant de continuer avec l'élément suivant.</i></p> <p>A. VITAMINE, SUPPLEMENTS DE MINERAUX OU MEDICAMENT ?</p> <p>B. EAU PLATE ?</p> <p>C. EAU SUCREE, EAU AROMATISEE, JUS DE FRUIT, THE OU INFUSION ?</p> <p>D. SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE (SRO)</p> <p>E. LAIT EN BOITE, EN POUDDRE OU LAIT FRAIS OU PREPARATION POUR BEBE ?</p> <p>F. AUTRES LIQUIDES ?</p> <p>F1. AUTRES LIQUIDES (à préciser)</p> <p>G. ALIMENTS SOLIDES OU SEMI-SOLIDES (BOUILLIE) ?</p>	<p>NSP O N</p> <p>BF3A. Suppléments de Vitamines ..... 1 2 9</p> <p>BF3B. Eau plate ..... 1 2 9</p> <p>BF3C. Eau sucrée ou jus ..... 1 2 9</p> <p>BF3D. SRO ..... 1 2 9</p> <p>BF3E. Lait ..... 1 2 9</p> <p>BF3F. Autres liquides ò ò ò ò ò ò ò 1 2 9</p> <p>BF3F1. _____ (Si oui à autres, préciser)</p> <p>BF3G. Aliments solides/semi-solides ..1 2 9</p>	
BF4	DEPUIS HIER A PAREILLE HEURE EST- CE QUE (nom) A BU QUELQUE CHOSE AU BIBERON ?	Oui.....1 Non..... 2 NSP ..... 9	

## SECTION 4 : TRAITEMENT DES MALADIES

N°	QUESTIONS & FILTRES	CODES	PASSER A
CI1	EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A EU LA DIARRHEE AU COURS DES 2 DERNIERES SEMAINES , C'EST-A-DIRE, DEPUIS ( <i>jour de la semaine</i> ) DE L'AVANT DERNIERE SEMAINE ?  <i>La diarrhée est déterminée par la mère ou la personne en charge, ou elle est définie comme trois selles liquides ou plus par jour ou par la présence de sang dans les selles.</i>	Oui..... 1 Non..... 2 NSP ..... 9	→ CI3
CI2.	AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A SOUFFERT D'UNE AUTRE MALADIE TELLE QUE LA TOUX OU LA FIEVRE, OU D'UN AUTRE PROBLEME DE SANTE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP ..... 9	→ CI4 → CI11 → CI11
CI3	AU COURS DE CE DERNIER EPISODE DE DIARRHEE, ( <i>nom</i> ) A T-IL/ELLE BU UNE DES CHOSES SUIVANTES :  <i>Lire chaque élément à haute voix et encerclez le code adéquat avant de continuer avec l'élément suivant.</i>  CI3A LAIT MATERNEL ? CI3B GRUAU DE CEREALE, GRUAU DE RACINE OU SOUPE ? CI3C AUTRE LIQUIDES-MAISON CONSIDERES ACCEPTABLES LOCALEMENT (PAR EXEMPLE SSS, BOISSON A BASE DE YAOURT) ? CI3D PAQUETS DE SRO ? CI3E AUTRES LAITS OU PREPARATIONS POUR BEBE CI3F EAU ET ALIMENTS A CERTAINS MOMENTS DE LA JOURNEE ? CI3G EAU UNIQUEMENT ? CI3H <b>AUTRES LIQUIDES CONSIDERES COMME «INACCEPTABLES» (PAR EXEMPLE : COLA, ETC. (UTILISEZ LE NOM LOCAL) ?</b> CI3I RIEN	NSP O N A. Lait maternel .....1 2 9 B. Gruau ..... 1 2 9 C. Autre acceptables ..... 1 2 9 D. Paquets de SRO ..... 1 2 9 E. Autres laits ..... 1 2 9 F. Eau plus aliments ..... 1 2 9 G. Eau uniquement ..... 1 2 9 H. Liquides inacceptables ..... 1 2 9 I. Rien .....1 2 9	1 → CI5
CI4.	AU COURS DE LA MALADIE DE ( <i>nom</i> ) ,LUI AVEZ-VOUS DONNE A BOIRE BEAUCOUP MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ?	Beaucoup moins ou pas du tout ..... 1 Environ la même (ou un petit peu moins) ..2 Plus que d'habitude ..... 3 NSP .....9	
CI5	AU COURS DE LA MALADIE DE ( <i>nom</i> ), LUI AVEZ-VOUS DONNE A MANGER MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ? Si «moins» insistez  BEAUCOUP MOINS OU UN PETIT PEU MOINS QUE D'HABITUDE ?	Pas du tout.....1 Beaucoup moins.....2 Un petit peu moins.....3 Environ la même quantité.....4 Plus que d'habitude.....5 NSP .....9	



N°	QUESTIONS & FILTRES	CODES	PASSER A
CI6.	EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A SOUFFERT DE LA TOUX A UN MOMENT QUELCONQUE AU COURS DES 2 DERNIERES SEMAINES ? C'EST-A-DIRE, DEPUIS ( <i>jour de la semaine</i> ) DE L'AVANT DERNIERE SEMAINE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP ..... 9	→ CI11 → CI11
CI7	QUAND ( <i>nom</i> ) SOUFFRAIT DE LA TOUX RESPIRAIT-IL/ELLE PLUS RAPIDEMENT QUE D'HABITUDE AVEC UN SOUFFLE COURT ET RAPIDE OU AVAIT-IL/ELLE DES DIFFICULTES A RESPIRER ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP ..... 9	→ CI11 → CI11
CI8	EST-CE QUE LES SYMPTOMES ETAIENT DUS A UN PROBLEME DANS LA POITRINE OU A UN NEZ BOUCHE ?	Nez bouché .....1 Problème dans la poitrine.....2 Les deux ..... 3 Autre ..... 4 (à préciser) NSP .....9	→ CI11 → CI11
CI9	AVEZ-VOUS DEMANDE DES CONSEILS OU RECHERCHE UN TRAITEMENT EN DEHORS DE LA MAISON ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP ..... 9	→ CI11 → CI11
CI10	OU AVEZ-VOUS RECHERCHE UN TRAITEMENT? QUELQUE PART AILLEURS ?  <i>Encercler tous les endroits cités, mais insistez PAS ou ne suggérez pas Si l'endroit est cité, encercler 1 sinon 2</i>	Oui Non CI10A Hôpital..... 1 2 CI10B Centre de santé..... 1 2 CI10C Dispensaire..... 1 2 CI10D Agent de santé du village..... 1 2 CI10E Clinique SMI./PMI..... 1 2 CI10F Clinique mobile..... 1 2 CI10G Médecin privé..... 1 2 CI10H Guérisseur traditionnel..... 1 2 CI10I Pharmacie ou vendeur de médicaments. 1 2 CI10J Parent ou ami ..... 1 2 CI10K autres ..... 1 2 CI10K1 _____ (Si oui à autres, préciser)	
CI11.	<i>Posez cette question (CI11) une fois seulement pour chaque personne qui a la charge d'un enfant.</i>  PARFOIS LES ENFANTS ONT DES MALADIES GRAVES ET IL FAUT LES CONDUIRE TOUT DE SUITE DANS UN ETABLISSEMENT SANITAIRE. POUR QUELS SYMPTOMES EMMENERIEZ-VOUS IMMEDIATEMENT VOTRE ENFANT DANS UN ETABLISSEMENT SANITAIRE ?  <i>Continuez à demander les signes/ symptômes jusqu'à ce que l'enquête ne soit plus en mesure de s'en rappeler.</i>  <i>mais NE lui faites PAS de suggestions</i>	Oui Non CI11A Enfant ne peut pas boire ..... 1 2 CI11B Enfant devient plus malade.....1 2 CI11C Enfant développe une fièvre..... 1 2 CI11D Enfant a une respiration rapide.....1 2 CI11E Enfant a des difficultés à respirer...1 2 CI11F Enfant a du sang dans les selles.....1 2 CI11G Enfant boit difficilement.....1 2 CI11H Autre ..... 1 2 CI11H1 _____ (Si oui à autres, préciser) CI11I Autre .....1 2 CI11I1 _____ (Si oui à autres, préciser) CI11J Autre .....1 2 CI11J1 _____ (Si oui à autres, préciser)	

--	--	--	--

## SECTION 5 : PALUDISME

N°	QUESTIONS & FILTRES	CODES	PASSER A
ML1	AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES C'EST A DIRE DEPUIS ( <i>jour de la semaine</i> ) DE L'AVANT DERNIERE SEMAINE, ( <i>nom</i> ) A-T-IL/ELLE EU DE LA FIEVRE?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP ..... 9	ML8 ML8
ML2	EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A ETE EMMENE DANS UN ETABLISSEMENT SANITAIRE POUR LA FIEVRE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP ..... 9	ML6 ML6
ML3	EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A PRIS UN MEDICAMENT CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME QUI LUI A ETE PRESCRIT DANS L'ETABLISSEMENT SANITAIRE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP ..... 9	ML5 ML5
ML4	QUEL MEDICAMENT PRESCRIT DANS L'ETABLISSEMENT SANITAIRE ( <i>nom</i> ) A-T-IL/ELLE PRIS ?  <i>Ne suggérer pas de réponse</i>  <i>Encercler tous les médicaments cités.</i> <i>Si le médicament est cité, encercler 1 sinon 2</i>	Oui Non ML4A Paracétamol.....1 2 ML4B Chloroquine.....1 2 ML4C Fansidar.....1 2 ML4D Autre 0 0 0 0 0 0 0 0 .1 2 ML4D1 _____ (Si oui à autres, préciser) ML4Z NSP .....0 0 0 0 0 0 ...1 2	
ML5	A-T-ON DONNE A ( <i>nom</i> ) UN MEDICAMENT CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME AVANT D'ÊTRE EMMENE DANS UN ETABLISSEMENT SANITAIRE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP ..... 9	ML7 ML8 ML8
ML6	A-T-ON DONNE A ( <i>nom</i> ) UN MEDICAMENT CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME DURANT CETTE MALADIE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP ..... 9	ML8 ML8



N°	QUESTIONS & FILTRES	CODES	PASSER A
ML7	<p>QUEL MEDICAMENT A-T-ON DONNE A (nom) ?</p> <p><i>Encercler tous les médicaments donnés avant de visiter l'établissement sanitaire ou s'il n'y a pas eu de visite à un établissement sanitaire.</i></p> <p><i>Encercler tous les médicaments cités.</i> <i>Si le médicament est cité, encercler 1 sinon 2</i></p>	<p style="text-align: right;">Oui Non</p> <p>ML7A Paracétamol.....1 2</p> <p>ML7B Chloroquine.....1 2</p> <p>ML7C Fansidar.....1 2</p> <p>ML7D Autre ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò .1 2</p> <p>ML7D1 _____ (Si oui à autres, préciser)</p> <p>ML7Z NSP ..... ò 1 2</p>	
ML8	(Nom) A-T-IL DORMI SOUS UNE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIERE ?	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2 → SECTION 6</p> <p>NSP ..... 9 → SECTION 6</p>	
ML9	CETTE MOUSTIQUAIRE A-T-ELLE ETE TRAITEE D'UN PRODUIT ANTI-MOUSTIQUE ?	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2 → SECTION 6</p> <p>NSP ..... 9 → SECTION 6</p>	
ML10	<p>DEPUIS QUAND LA MOUSTIQUAIRE A-T-ELLE ETE TRAITEE LA DERNIERE FOIS ?.</p> <p><i>(Inscrire la durée en mois révolus)</i></p>	<p>Mois  __   __ </p> <p>NSP.....99</p>	

## SECTION 6 : VACCINATION

N°	QUESTIONS & FILTRES	CODES	PASSER A	
<p><i>Si une carte de vaccination est disponible, copiez les dates de chaque type de vaccination inscrite sur la carte dans les Questions IM2 à IM5. Les Questions IM7 à IM15 sont réservées à l'enregistrement des vaccinations reçues par l'enfant dont la date n'est pas inscrite sur la carte. Les Questions IM7 à IM15 seront posées seulement si la carte n'est pas disponible.</i></p>				
IM1	<p>Y A-T-IL UNE CARTE DE VACCINATION POUR (nom) ?</p> <p>Si Oui : PUIS-JE LA VOIR ?</p>	<p>Oui, vue ..... 1</p> <p>Oui, non vue..... 2</p> <p>Non ..... 3</p>	<p>→ IM7</p> <p>→ IM7</p>	
	<p>(a) Copiez les dates de toutes les vaccinations de la carte.</p> <p>(b) Enregistrez dans la colonne jour si la carte indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée.</p>	Date de Vaccination		
		JOUR	MOIS	ANNEE
IM2	BCG BCG			
IM3A.	VPO0 VPO0			
IM3B.	VPO1 VPO1			
IM3C.	VPO2 VPO2			
IM3D.	VPO3 VPO3			
IM4A.	DTCoq1 DTCoq1			
IM4B.	DTCoq2 DTCoq2			
IM4C.	DTCoq3 DTCoq3			
IM5.	ROUGEOLE ROUGEOLE			
IM6.	<p>EN PLUS DES VACCINATIONS INDIQUEES SUR CETTE CARTE, EST-CE QUE (nom) A REÇU D'AUTRES VACCINATIONS, Y COMPRIS LES VACCINATIONS FAITES LE JOUR D'UNE CAMPAGNE NATIONALE DE VACCINATION ?</p> <p><i>Enregistrez uniquement si l'enquête mentionne le BCG, la VPO 0-3, le DTCoq 1-3, et/ou la rougeole.</i></p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Insister sur le type de vaccin et écrire dans la colonne correspondant au jour pour les questions (IM2 à IM5)</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP..... 9</p>	<p>→ IM15</p> <p>→ IM15</p> <p>→ IM15</p>	
IM7.	<p>EST-CE QUE (nom) A REÇU DES VACCINATIONS POUR EVITER DE CONTRACTER DES MALADIES, Y COMPRIS LES VACCINATIONS FAITES LE JOUR D'UNE CAMPAGNE NATIONALE DE VACCINATION ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP..... 9</p>	<p>→ IM15</p> <p>→ IM15</p>	

N°	QUESTIONS & FILTRES	CODES	PASSER A
IM8.	EST-CE QUE (nom) A REÇU UNE VACCINATION DU BCG CONTRE LA TUBERCULOSE - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE A L'AVANT-BRAS GAUCHE QUI LAISSE UNE CICATRICE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....9	
IM9	EST-CE QUE (nom) A REÇU DES « VACCINATIONS SOUS FORME DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LUI EVITER DE CONTRACTER DES MALADIES , C'EST-A-DIRE LA POLIO ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....9	→ IM12 → IM12
IM10	QUEL AGE (nom) AVAIT-IL/ELLE QUAND LA PREMIERE DOSE LUI A ETE DONNEE : JUSTE APRES LA NAISSANCE OU PLUS TARD ?	Juste après la naissance .....1 Plus tard .....2	
IM11	COMBIEN DE FOIS (nom) A- T-IL/ELLE REÇU DES GOUTTES ?	Nombre de fois            _ _ _	
IM12	EST-CE QUE (nom) A REÇU DES "VACCINATIONS PAR INJECTION» C'EST-A-DIRE UNE INJECTION DANS LA CUISSE OU LA FESSE POUR LUI EVITER D'ATTRAPER LE TETANOS, LA COQUELUCHE, LA DIPHTERIE ? (INJECTION DONNEE PARFOIS EN MEME TEMPS QUE LES GOUTTES CONTRE LA POLIO).	Oui.....1 Non.....2 NSP.....9	→ IM14 → IM14
IM13.	COMBIEN DE FOIS ?	Nombre de fois            _ _ _	
IM14	(nom) A-T-IL/ELLE REÇU DES VACCINATIONS PAR INJECTION (C'EST-A-DIRE UNE PIQURE AU BRAS, A L'AGE DE 9 MOIS OU PLUS TARD ) POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA ROUGEOLE ?	Oui .....1 Non.....2 NSP.....9	
IM15	<p>SEL VOUS PLAIT DITES-MOI SI (nom) A PARTICIPE A L'UNE DES JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION (JNV) SUIVANTES :</p> <p><b>Campagne 1999</b> 1<sup>er</sup> tour : 03, 04, 05 Novembre 1999 2<sup>ème</sup> tour : 09, 10, 11 Décembre 1999</p> <p><b>Campagne 1998</b> 1<sup>er</sup> tour : 04, 05, 06 Novembre 1998 2<sup>ème</sup> tour : 09, 10, 11 Décembre 1998</p> <p><b>Campagne 1997</b> 1<sup>er</sup> Tour : 11, 12, 13 Novembre 1997 2<sup>ème</sup> tour : 16, 17, 18 Décembre 1997</p>	<p style="text-align: right;">O N</p> <p>NSP</p> <p><b>Campagne 1999</b> 1<sup>er</sup> tour : 03, 04, 05 Novembre 1999 ..1 2 9 2<sup>ème</sup> tour : 09, 10, 11 Décembre 1999 ...1 2 9</p> <p><b>Campagne 1998</b> 1<sup>er</sup> tour : 04, 05, 06 Novembre 1998 ..1 2 9 2<sup>ème</sup> tour : 09, 10, 11 Décembre 1998 ...1 2 9</p> <p><b>Campagne 1997</b> 1<sup>er</sup> Tour : 11, 12, 13 Novembre 1997 ..1 2 9 2<sup>ème</sup> tour : 16, 17, 18 Décembre 1997 ..1 2 9</p>	