

## PMA Burkina Faso

### Enquête de suivi de la phase 2

### Questionnaire interview cliente post consultation

001a. Votre numéro d'identification: Est-ce bien votre numéro d'identification?	
001b. Saisissez votre numéro d'identification ci-dessous. <i>Merci de saisir votre numéro unique.</i>	
La date et l'heure sont-elles correctes? \${today_formatted}	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
002b. Veuillez saisir la date et l'heure	Jour: Mois: Année:
003a. Région	<input type="radio"/> centre est <input type="radio"/> centre <input type="radio"/> hauts bassins <input type="radio"/> cascades <input type="radio"/> sahel <input type="radio"/> centre sud <input type="radio"/> nord <input type="radio"/> boucle du mouhoun <input type="radio"/> plateau central <input type="radio"/> centre nord <input type="radio"/> est <input type="radio"/> centre ouest <input type="radio"/> sud ouest
003b. Province	
003c. Commune	
003d. Village	
004. Zone de dénombrement <i>Pour les SPS existants, la ZD est déterminée à partir de l'ensemble des données d'une phase précédente, car une SPS peut desservir plus d'une ZD.</i>	
005. Nom du SPS <i>Veuillez sélectionner le nom du SPS de la phase précédente.</i>	
006. Choisissez le nom de la cliente que vous souhaitez suivre aujourd'hui	

007. Choisissez le numéro de téléphone de la cliente que vous allez appeler pour le suivi	
008. Appuyez sur pour appeler \${phone_number_lab}	
Nombre de tentatives d'appel <i>Entrez le nombre de tentative d'appel.</i>	
010. Vous a-t-on répondu ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
011. Bonjour. Je m'appelle ....., je vous appelle de la part de l'Institut Supérieur des Sciences de la Population (ISSP). Pourrais-je parler à \${identifiant_name} ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
012. Parlez-vous à la bonne personne au téléphone ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
013. Enregistrez le résultat de l'appel.	<input type="radio"/> Bonne personne jointe <input type="radio"/> Pas de réponse <input type="radio"/> Mauvais numéro <input type="radio"/> Téléphone éteint <input type="radio"/> Téléphone ne marche plus <input type="radio"/> Participante non disponible <input type="radio"/> Participante incapacitée
<b>CONSENTEMENT ECLAIRE</b> <i>Veillez lire le texte de présentation sur l'écran suivant. Administrez les procédures de consentement.</i>	
<p>Bonjour, je me nomme ..... et je travaille pour l'Institut Supérieur des Sciences de la Population (ISSP) de l'Université Joseph Ki-Zerbo de Ouagadougou (UJKZ). Nous faisons suite à l'entretien que nous avons eu le \${base_interview_date}. Pour rappel, nous avons mené une enquête auprès de vous sur les services de santé que vous avez reçus à \${base_facility_name}. En effet, nous vous avons demandé votre consentement pour participer à une enquête téléphonique de suivi et vous avez accepté. Par ailleurs, vous nous avez également fourni votre numéro de téléphone. Ainsi, nous vous serions très reconnaissants de participer à cette courte enquête de suivi qui prendra environ 20 minutes. A cet effet, je vous appelle pour vous poser quelques questions supplémentaires de suivi par téléphone, comme nous avons expliqué la fois passée.</p> <p>Pourquoi est-ce qu'on vous demande de participer ?</p> <p>Les participantes à cette enquête ont été sélectionnés à la fin de l'année dernière parmi les clientes qui se rendent dans les établissements de santé du Burkina Faso. Nous tenons à préciser que la participation à cette enquête est volontaire et il n'y a</p>	

<p>aucun avantage personnel direct pour votre participation dans cette étude. Néanmoins nous comptons vivement sur votre participation car votre point de vue est très important. Si vous ne souhaitez pas répondre à une question en particulier, faites-le moi savoir et je passerai à la question suivante ou vous pouvez arrêter l'entretien à tout moment. Toutes les informations que vous fournirez resteront strictement confidentielles et votre nom et votre numéro de téléphone seront séparés des données et ne seront pas utilisés pour effectuer des analyses ou présenter des résultats.</p> <p>Avant de continuer, avez-vous des questions sur cette enquête ?</p> <p>Risques, préjudices et avantages potentiels pour les participantes:</p> <p>Il n'y a aucun avantage direct pour vous en tant que participante, mais les données de toutes les participantes seront utilisées collectivement pour informer la prestation de services de planification familiale dans les différentes régions du Burkina Faso. Par ailleurs, un transfert de crédit téléphonique d'un montant de 500 FCFA vous sera envoyé dans les deux prochains jours en guise de remerciement comme compensation du temps que vous avez consacré à répondre à notre questionnaire. Il n'y a pas de risques ou de préjudices perçus pour la participation à cette étude. Toutefois, si vous vous sentez gêné ou mal à l'aise pour répondre à certaines questions, veuillez me le faire savoir afin que je puisse passer cette question.</p> <p>Personne à contacter pour des compléments d'informations ou inquiétudes:</p> <p>Si vous avez des questions ou des inquiétudes par rapport à cette étude, vous pouvez joindre l'Investigateur Principal nationale de l'étude Dr. Georges GUIELLA dont le contact téléphonique est (+226) 25 30 25 59. Si cela s'avère nécessaire, vous pouvez aussi joindre le Comité d'Ethique pour la Recherche en Santé (CERS) du Burkina Faso qui a donné son approbation pour l'étude au numéro de téléphone (+226) 20 97 48 68</p>	
<p>014a. Veuillez lui lire le texte du consentement verbal. Ensuite, demandez: Puis-je commencer l'entretien à présent ?</p>	<p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p>
<p>015. Pouvons-nous reprendre rendez-vous pour mener l'interview à une autre heure ou un autre jour ?</p>	<p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p>
<p>016. Enregistrez la date et l'heure du rendez-vous reprogrammé pour l'interview. <i>Enter time and date by asking the respondent</i></p>	<p>Jour:</p>

	Mois: Année:
<p><b>SECTION 1 – Caractéristiques de l'enquêtée</b></p> <p><i>J'aimerais maintenant vous poser quelques questions à propos de vous.</i></p>	
101. Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec un homme comme si vous étiez mariés ? <i>Relancer: Si la réponse est "non", demandez si l'enquêtée est divorcée, séparée ou veuve.</i>	<input type="radio"/> Oui, actuellement mariée <input type="radio"/> Oui, vit avec un homme <input type="radio"/> Pas en union actuellement : Divorcée / séparée <input type="radio"/> Pas en union actuellement : Veuve <input type="radio"/> Non, jamais en union <input type="radio"/> Pas de réponse
102. Êtes-vous actuellement enceinte?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Pas sûre <input type="radio"/> Pas de réponse
103. De combien de mois êtes-vous enceinte? <i>Veillez saisir le nombre de mois révolus. Saisir - 88 si ne sait pas et -99 si pas de réponse.</i>	
<p><b>Section 2 – Questions de suivi sur la planification familiale</b></p> <p><i>A présent, je souhaiterais vous poser quelques questions sur vos expériences en matière de la planification familiale depuis la dernière fois que nous vous avons parlé</i></p>	
201. Nous vous avons interviewée à/au \${base_facility_name} le \${base_interview_date}. À ce moment-là, vous a-t-on donné une méthode de planification familiale ou une prescription pour obtenir une méthode ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Pas de réponse
201a. La dernière fois que nous avons parlé, vous avez dit que vous avez reçu le/la \${base_method_lab} pour prévenir une grossesse. Depuis cette visite, avez-vous commencé à utiliser le/la \${base_method_lab} ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Méthode enregistrée lors de l'enquête de base n'était pas correcte <input type="radio"/> Pas de réponse
202. Utilisez-vous toujours le/la \${base_method_lab}?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Pas de réponse
203. Pourquoi avez-vous arrêté d'utiliser \${base_method_lab}? Ne lisez pas les modalités de réponse à voix haute. Plusieurs choix sont possibles.	<input type="checkbox"/> Tombée enceinte pendant l'utilisation de la méthode <input type="checkbox"/> Rapports sexuels peu fréquents/ conjoint ou partenaire absent <input type="checkbox"/> Souhaitait tomber enceinte

	<input type="checkbox"/> A eu des effets secondaires <input type="checkbox"/> A eu peur d'avoir des effets secondaires, mais n'en a pas eu <input type="checkbox"/> Désapprobation du conjoint <input type="checkbox"/> Désapprobation d'une autre personne <input type="checkbox"/> Voulait une méthode plus efficace <input type="checkbox"/> Aucune méthode disponible <input type="checkbox"/> Manque d'accès / trop loin <input type="checkbox"/> Trop cher <input type="checkbox"/> Peu pratique à utiliser <input type="checkbox"/> Fataliste <input type="checkbox"/> Difficulté à tomber enceinte/ ménopausée <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Pas de réponse
<p>204. Est ce que vous, ou votre partenaire faites actuellement quelque chose ou utilisez-vous actuellement une méthode pour retarder ou éviter une grossesse?</p>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Pas de réponse
<p>205. Que faites-vous pour retarder ou éviter une grossesse?          RELANCEZ Faites-vous quelque chose d'autre?  <i>Sélectionnez toutes les méthodes mentionnées. Assurez-vous de faire dérouler la liste JUSQU'EN BAS pour voir tous les choix possibles</i></p>	<input type="checkbox"/> Stérilisation féminine <input type="checkbox"/> Stérilisation masculine <input type="checkbox"/> Implants <input type="checkbox"/> DIU / Stérilet <input type="checkbox"/> Injectables <input type="checkbox"/> Pilule <input type="checkbox"/> Pilule du lendemain / Contraception d'urgence <input type="checkbox"/> Préservatif masculin <input type="checkbox"/> Préservatif féminin <input type="checkbox"/> Diaphragme <input type="checkbox"/> Mousse/Gelée spermicide <input type="checkbox"/> Méthodes des jours fixes / Collier du cycle <input type="checkbox"/> MAMA <input type="checkbox"/> Méthode du rythme <input type="checkbox"/> Retrait <input type="checkbox"/> Autres méthodes traditionnelles <input type="checkbox"/> Pas de réponse
<p>Cochez la case pour confirmer que vous avez lu toutes les options</p>	<input type="radio"/>
<p>206. Vous avez indiqué avoir arrêté <math>\\${base\_method\_lab}</math> et avoir commencé à utiliser <math>\\${current\_method\_lab}</math>. Depuis combien de mois avez-vous arrêté <math>\\${base\_method\_lab}</math>?</p>	

<p>L'entretien de base s'est déroulé le <math>\{base\_interview\_date\}</math>. Saisissez -88 si l'enquêtée ne sait pas. Saisissez -99 s'il n'y a pas de réponse.</p>	
<p>207. Où votre partenaire ou vous-même avez-vous obtenu <math>\{current\_method\_lab\}</math>?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Même endroit qu'à l'interview initiale</li> <li><input type="radio"/> Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS)</li> <li><input type="radio"/> Clinique de planification familiale</li> <li><input type="radio"/> Clinique mobile (secteur public)</li> <li><input type="radio"/> Centre hospitalier régional</li> <li><input type="radio"/> Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA)</li> <li><input type="radio"/> Centre médical (CM)</li> <li><input type="radio"/> Agents itinérants de santé et agents communautaires</li> <li><input type="radio"/> Hôpital / clinique privé(e)</li> <li><input type="radio"/> Pharmacie</li> <li><input type="radio"/> Cabinet médical</li> <li><input type="radio"/> Clinique mobile (secteur privé)</li> <li><input type="radio"/> Maternité</li> <li><input type="radio"/> Agent de santé</li> <li><input type="radio"/> Boutique / marché / supermarché</li> <li><input type="radio"/> Organisation religieuse</li> <li><input type="radio"/> Evènement communautaire</li> <li><input type="radio"/> Autre</li> <li><input type="radio"/> Ne sait pas</li> <li><input type="radio"/> Pas de réponse</li> </ul>
<p>208. Vous avez indiqué avoir arrêté <math>\{base\_method\_lab\}</math>. Depuis combien de mois avez-vous arrêté d'utiliser <math>\{base\_method\_lab\}</math>? Saisissez -88 si l'enquêtée ne sait pas. Saisissez -99 s'il n'y a pas de réponse.</p>	
<p>209. Avez-vous eu des problèmes ou des effets secondaires en utilisant <math>\{current\_method\_lab\}</math>?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Oui</li> <li><input type="radio"/> Non</li> <li><input type="radio"/> Pas de réponse</li> </ul>
<p>210. Lesquels ? Ne lisez pas les modalités de réponse à voix haute. Plusieurs choix sont possibles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Plus de saignement</li> <li><input type="checkbox"/> Saignements moins abondants</li> <li><input type="checkbox"/> Saignements plus abondants</li> <li><input type="checkbox"/> Saignements irréguliers</li> <li><input type="checkbox"/> Saignements intermenstruels (saignements légers)</li> <li><input type="checkbox"/> Douleurs utérines/ de ventre</li> <li><input type="checkbox"/> Règles plus douloureuses</li> <li><input type="checkbox"/> Prise de poids</li> <li><input type="checkbox"/> Perte de poids</li> <li><input type="checkbox"/> Irritation/ pigmentation du visage</li> <li><input type="checkbox"/> Mal de tête</li> <li><input type="checkbox"/> A eu une infection</li> </ul>

	<input type="checkbox"/> Nausées/ vomissements <input type="checkbox"/> Moins de libido <input type="checkbox"/> Sécheresse vaginale <input type="checkbox"/> État général faible <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Changements d'humeur <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Pas de réponse
211. Avez-vous ces problèmes ou ces effets secondaires actuellement ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Pas de réponse
212. Avez-vous cherché de l'aide pour ces problèmes ou ces effets secondaires ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Pas de réponse
212a. A qui avez-vous demandé de l'aide ?	<input type="radio"/> Même endroit qu'à l'interview initiale <input type="radio"/> Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) <input type="radio"/> Clinique de planification familiale <input type="radio"/> Clinique mobile (secteur public) <input type="radio"/> Centre hospitalier régional <input type="radio"/> Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) <input type="radio"/> Centre médical (CM) <input type="radio"/> Agents itinérants de santé et agents communautaires <input type="radio"/> Hôpital / clinique privé(e) <input type="radio"/> Pharmacie <input type="radio"/> Cabinet médical <input type="radio"/> Clinique mobile (secteur privé) <input type="radio"/> Maternité <input type="radio"/> Agent de santé <input type="radio"/> Boutique / marché / supermarché <input type="radio"/> Organisation religieuse <input type="radio"/> Evènement communautaire <input type="radio"/> Autre <input type="radio"/> Ne sait pas <input type="radio"/> Pas de réponse
213. Avez-vous eu des problèmes ou des effets secondaires pendant que vous utilisiez $\{base\_method\_lab\}$ ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Pas de réponse
214. Lesquels ? Ne lisez pas les modalités de réponse à voix haute. Plusieurs choix sont possibles.	<input type="checkbox"/> Plus de saignement <input type="checkbox"/> Saignements moins abondants <input type="checkbox"/> Saignements plus abondants <input type="checkbox"/> Saignements irréguliers

	<input type="checkbox"/> Saignements intermenstruels (saignements légers) <input type="checkbox"/> Douleurs utérines/ de ventre <input type="checkbox"/> Règles plus douloureuses <input type="checkbox"/> Prise de poids <input type="checkbox"/> Perte de poids <input type="checkbox"/> Irritation/ pigmentation du visage <input type="checkbox"/> Mal de tête <input type="checkbox"/> A eu une infection <input type="checkbox"/> Nausées/ vomissements <input type="checkbox"/> Moins de libido <input type="checkbox"/> Sécheresse vaginale <input type="checkbox"/> État général faible <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Changements d'humeur <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Pas de réponse
215. Avez-vous ces problèmes ou ces effets secondaires actuellement ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Pas de réponse
216. Avez-vous cherché de l'aide pour ces problèmes ou ces effets secondaires ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Pas de réponse
216a. A qui avez-vous demandé de l'aide ?	<input type="radio"/> Même endroit qu'à l'interview initiale <input type="radio"/> Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) <input type="radio"/> Clinique de planification familiale <input type="radio"/> Clinique mobile (secteur public) <input type="radio"/> Centre hospitalier régional <input type="radio"/> Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) <input type="radio"/> Centre médical (CM) <input type="radio"/> Agents itinérants de santé et agents communautaires <input type="radio"/> Hôpital / clinique privé(e) <input type="radio"/> Pharmacie <input type="radio"/> Cabinet médical <input type="radio"/> Clinique mobile (secteur privé) <input type="radio"/> Maternité <input type="radio"/> Agent de santé <input type="radio"/> Boutique / marché / supermarché <input type="radio"/> Organisation religieuse <input type="radio"/> Evènement communautaire <input type="radio"/> Autre

	<input type="radio"/> Ne sait pas <input type="radio"/> Pas de réponse
217a. Lors de votre consultation de planification familiale initiale, pensez-vous avoir reçu trop, trop peu ou juste assez d'informations sur les effets secondaires que vous pourriez rencontrer	<input type="radio"/> trop <input type="radio"/> juste assez <input type="radio"/> trop peu <input type="radio"/> pas de réponse
217b. Lors de votre consultation de planification familiale initiale, pensez-vous avoir reçu trop, trop peu ou juste assez d'informations sur que faire en cas de problème	<input type="radio"/> trop <input type="radio"/> juste assez <input type="radio"/> trop peu <input type="radio"/> pas de réponse
217c. Lors de votre consultation de planification familiale initiale, pensez-vous avoir reçu trop, trop peu ou juste assez d'informations sur comment changer de méthode	<input type="radio"/> trop <input type="radio"/> juste assez <input type="radio"/> trop peu <input type="radio"/> pas de réponse
217d. Lors de votre consultation de planification familiale initiale, pensez-vous avoir reçu trop, trop peu ou juste assez d'information sur comment arrêter d'utiliser votre méthode	<input type="radio"/> trop <input type="radio"/> juste assez <input type="radio"/> trop peu <input type="radio"/> pas de réponse
<p><b>Section 3 – Utilisation future d'une méthode contraceptive</b></p> <p><i>J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre future utilisation de la planification familiale.</i></p>	
301. Pensez-vous que vous utiliserez une méthode contraceptive pour retarder ou éviter de tomber enceinte dans les 12 prochains mois ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Pas de réponse
302. Quand pensez-vous commencer à utiliser une méthode ?	<input type="radio"/> X mois <input type="radio"/> X années <input type="radio"/> Bientôt / Maintenant <input type="radio"/> Après la naissance de cet enfant <input type="radio"/> Ne sait pas <input type="radio"/> Pas de réponse
Saisissez \${fp_start_lab} :	
303. Quelle méthode pensez-vous utiliser ?	<input type="radio"/> Stérilisation féminine <input type="radio"/> Stérilisation masculine <input type="radio"/> Implants <input type="radio"/> DIU / Stérilet <input type="radio"/> Injectables <input type="radio"/> Pilule <input type="radio"/> Pilule du lendemain / Contraception d'urgence <input type="radio"/> Préservatif masculin

	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Préservatif féminin</li> <li><input type="radio"/> Diaphragme</li> <li><input type="radio"/> Mousse/Gelée spermicide</li> <li><input type="radio"/> Méthodes des jours fixes / Collier du cycle</li> <li><input type="radio"/> MAMA</li> <li><input type="radio"/> Méthode du rythme</li> <li><input type="radio"/> Retrait</li> <li><input type="radio"/> Autres méthodes traditionnelles</li> <li><input type="radio"/> Pas de réponse</li> </ul>
<p>304 Où votre partenaire ou vous-même obtiendrez-vous <math>\{fp\_start\_which\_lab\}</math>?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Même endroit qu'à l'interview initiale</li> <li><input type="radio"/> Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS)</li> <li><input type="radio"/> Clinique de planification familiale</li> <li><input type="radio"/> Clinique mobile (secteur public)</li> <li><input type="radio"/> Centre hospitalier régional</li> <li><input type="radio"/> Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA)</li> <li><input type="radio"/> Centre médical (CM)</li> <li><input type="radio"/> Agents itinérants de santé et agents communautaires</li> <li><input type="radio"/> Hôpital / clinique privé(e)</li> <li><input type="radio"/> Pharmacie</li> <li><input type="radio"/> Cabinet médical</li> <li><input type="radio"/> Clinique mobile (secteur privé)</li> <li><input type="radio"/> Maternité</li> <li><input type="radio"/> Agent de santé</li> <li><input type="radio"/> Boutique / marché / supermarché</li> <li><input type="radio"/> Organisation religieuse</li> <li><input type="radio"/> Evènement communautaire</li> <li><input type="radio"/> Autre</li> <li><input type="radio"/> Ne sait pas</li> <li><input type="radio"/> Pas de réponse</li> </ul>
<p>305. Pouvez-vous me dire pourquoi vous ne prévoyez pas d'utiliser une méthode contraceptive dans les 12 prochains mois ? ENREGISTREZ TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Veut un/un autre enfant</li> <li><input type="checkbox"/> Peu/pas de rapports sexuels</li> <li><input type="checkbox"/> Ménopause / Hystérectomie</li> <li><input type="checkbox"/> Infertile / peu fertile</li> <li><input type="checkbox"/> N'a pas eu de règles depuis la dernière naissance</li> <li><input type="checkbox"/> Allaitement</li> <li><input type="checkbox"/> Conjoint absent depuis plusieurs jours</li> <li><input type="checkbox"/> S'en remet à Dieu / Fataliste</li> <li><input type="checkbox"/> Enquêtée opposée</li> <li><input type="checkbox"/> Mari / conjoint opposé</li> <li><input type="checkbox"/> Autres personnes opposées</li> <li><input type="checkbox"/> Prohibition religieuse</li> <li><input type="checkbox"/> Ne sait pas où se procurer</li> </ul>

	<input type="checkbox"/> Peur des effets secondaires <input type="checkbox"/> Préoccupations de santé <input type="checkbox"/> Manque d'accès / Trop loin <input type="checkbox"/> Coûte trop cher <input type="checkbox"/> Méthode préférée non disponible <input type="checkbox"/> Aucune méthode disponible <input type="checkbox"/> Utilisation peu pratique <input type="checkbox"/> Interfère avec les processus du corps <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Pas de réponse
<p>Remerciez la personne interrogée pour le temps qu'elle a bien voulu vous accorder.  <i>L'enquêtee a terminé, mais il vous reste d'autres questions à compléter.</i></p>	
<p><b>Résultats du Questionnaire</b></p>	
<p>098. En quelle langue avez-vous effectué cette enquête ?</p>	<input type="radio"/> Anglais <input type="radio"/> Français <input type="radio"/> Mooré <input type="radio"/> Goumantchema <input type="radio"/> Ffulde <input type="radio"/> Dioula <input type="radio"/> Autre
<p>099. Veuillez enregistrer le résultat du questionnaire de l'interview client post-consultation.</p>	<input type="radio"/> Complété <input type="radio"/> Différé <input type="radio"/> Refusé <input type="radio"/> Complété en partie <input type="radio"/> Autre