

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>50. Globalement, comment évaluez-vous la qualité de l'organisation de votre sortie ?</b><br><input type="radio"/> Mauvaise <input type="radio"/> Faible <input type="radio"/> Moyenne <input type="radio"/> Bonne <input type="radio"/> Excellente<br>Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis                                                                                                                                                               |
| <b>Opinion Générale</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>51. Quelle est votre opinion générale sur l'ensemble de votre séjour (accueil, prise en charge, lieu de vie, repas, organisation de la sortie) ?</b><br><input type="radio"/> Mauvaise <input type="radio"/> Faible <input type="radio"/> Moyenne <input type="radio"/> Bonne <input type="radio"/> Excellente <input type="radio"/> Sans avis<br>Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis                                                                   |
| <b>52. Recommanderiez-vous cet établissement de santé à vos amis ou membres de votre famille s'ils devaient être hospitalisés pour la même raison que vous ?</b><br><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> Sans avis<br>Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis<br><i>1 signifie « certainement pas » et 5 signifie certainement</i>                    |
| <b>53. Si vous deviez être à nouveau hospitalisé pour la même raison, reviendriez-vous dans cet établissement ?</b><br><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> Sans avis<br>Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis<br><i>1 signifie « certainement pas » et 5 signifie certainement</i>                                                                 |
| <b>Pour Finir, Informations Vous Concernant</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>54. Comment vous sentez-vous aujourd'hui par rapport au jour de votre admission ?</b><br><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> Sans avis<br>Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis<br><i>1 signifie « beaucoup plus mal » et 5 signifie « beaucoup mieux »</i>                                                                                     |
| <b>55. Sur une échelle de 1 à 7, quel est votre niveau de satisfaction sur la vie en général ?</b><br><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> Sans avis<br>Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis<br><i>1 signifie que vous n'êtes pas du tout satisfait et 7 signifie que vous êtes très satisfait</i> |
| <b>Pour En Savoir Plus</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>56. Qu'avez-vous retenu de positif sur votre séjour ?</b><br><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>57. Qu'avez-vous retenu de négatif sur votre séjour ?</b><br><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Votre adresse mail :<br>Nom : ..... Prénom : .....<br>Votre date de sortie : .../.../....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

**QUE PENSEZ-VOUS DU SERVICE DE SOINS  
MÉDICAUX  
ET DE RÉADAPTATION **(SMR)** CENTRE HOSPITALIER  
LIMOUX-QUILLAN**



Ce questionnaire vous est proposé afin d'améliorer la qualité des prestations de votre centre hospitalier.

Vous pouvez choisir de rester anonyme.

Après y avoir répondu, je vous remercie de le remettre à l'équipe soignante ou dans l'urne réservée à cet effet ou de l'envoyer par courrier.

Chaque question vous offre différentes réponses. Cochez la réponse qui correspond à votre avis. Une case est prévue pour recueillir vos commentaires et suggestions

*Je vous remercie du temps que vous avez bien voulu consacrer à remplir ce questionnaire.*

**Le directeur**

SMR Limoux ☐

SMR Quillan ☐

**Centre Hospitalier  
Limoux-Quillan**  
 17 rue Madeleine Brès  
 11300 LIMOUX

Réf : QPR/EVAL/SPR/V2-2025

| Généralités                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Avez-vous répondu à ce questionnaire seul ?</b></p> <p><input type="radio"/> Oui   <input type="radio"/> Non, avec l'aide d'un proche ou d'un représentant légal</p> <p><b>Si vous n'êtes pas la personne hospitalisée, assurez-vous que vos réponses restituent bien l'appréciation du patient lui-même</b></p>                                                                                                                                                                            |
| <p><b>Avez-vous choisi notre établissement ?</b></p> <p><input type="radio"/> Oui, j'ai participé au choix de mon établissement</p> <p><input type="radio"/> Non, je n'ai pas eu le choix de l'établissement (transfert à la suite d'un autre séjour)</p>                                                                                                                                                                                                                                         |
| Votre Accueil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <p><b>1. Que pensez-vous de la clarté des informations reçues lors de votre accueil dans l'établissement (explications sur le fonctionnement de l'établissement, présentation des lieux, des espaces, des services) ?</b></p> <p><input type="radio"/> Mauvaise   <input type="radio"/> Faible   <input type="radio"/> Moyenne   <input type="radio"/> Bonne   <input type="radio"/> Excellente   <input type="radio"/> Sans avis</p> <p>Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis</p> |
| <p><b>2. Avez-vous reçu un livret d'accueil pour les patients ?</b></p> <p><input type="radio"/> Oui et je l'ai lu   <input type="radio"/> Oui, mais je ne l'ai pas lu   <input type="radio"/> Non   <input type="radio"/> Je ne me souviens plus</p>                                                                                                                                                                                                                                             |
| <p><b>3. Avez-vous été informé de l'existence des représentants des usagers dans l'établissement ?</b></p> <p><input type="radio"/> Oui   <input type="radio"/> Non   <input type="radio"/> Je ne me souviens plus</p>                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <p><b>4. Que pensez-vous de la façon dont le personnel vous a accueilli dans l'établissement de santé (politesse, écoute, hospitalité, gentillesse) ?</b></p> <p><input type="radio"/> Mauvaise   <input type="radio"/> Faible   <input type="radio"/> Moyenne   <input type="radio"/> Bonne   <input type="radio"/> Excellente   <input type="radio"/> Sans avis</p> <p>Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis</p>                                                                 |
| <p><b>5. Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre accueil dans l'établissement ?</b></p> <p><input type="radio"/> Mauvaise   <input type="radio"/> Faible   <input type="radio"/> Moyenne   <input type="radio"/> Bonne   <input type="radio"/> Excellente   <input type="radio"/> Sans avis</p> <p>Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis</p>                                                                                                                         |

| L'Organisation de votre Sortie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>41. Que pensez-vous de la façon dont votre sortie a été préparée / anticipée ?</b></p> <p><input type="radio"/> Mauvaise   <input type="radio"/> Faible   <input type="radio"/> Moyenne   <input type="radio"/> Bonne   <input type="radio"/> Excellente   <input type="radio"/> Sans avis</p> <p>Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis</p>                                         |
| <p><b>42. Avez-vous reçu des informations sur les médicaments à prendre après votre sortie (dosage, horaires, effets indésirables) ?</b></p> <p><input type="radio"/> Je n'avais pas de médicament à prendre après ma sortie</p> <p><input type="radio"/> Non, aucune information ne m'a été donnée</p> <p><input type="radio"/> Oui</p>                                                                 |
| <p><b>43. Que pensez-vous des informations que vous avez reçues sur les médicaments à prendre après votre sortie ?</b></p> <p><input type="radio"/> Mauvaise   <input type="radio"/> Faible   <input type="radio"/> Moyenne   <input type="radio"/> Bonne   <input type="radio"/> Excellente   <input type="radio"/> Sans avis</p> <p>Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis</p>           |
| <p><b>44. Avez-vous reçu des informations sur la reprise de votre vie quotidienne après votre sortie (sport, activités habituelles, courses, etc) ?</b></p> <p><input type="radio"/> Oui   <input type="radio"/> Non</p>                                                                                                                                                                                 |
| <p><b>45. Que pensez-vous des informations que vous avez reçues sur la reprise de votre vie quotidienne après votre sortie ?</b></p> <p><input type="radio"/> Mauvaise   <input type="radio"/> Faible   <input type="radio"/> Moyenne   <input type="radio"/> Bonne   <input type="radio"/> Excellente   <input type="radio"/> Sans avis</p> <p>Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis</p> |
| <p><b>46. Avez-vous reçu des informations pour poursuivre vos soins après votre sortie (prochains rendez-vous, matériel orthopédique, remise des comptes-rendus médicaux, séances de kinésithérapie, ...) ?</b></p> <p><input type="radio"/> Oui   <input type="radio"/> Non</p>                                                                                                                         |
| <p><b>47. Que pensez-vous des informations que vous avez reçues sur la poursuite de vos soins après votre sortie ?</b></p> <p><input type="radio"/> Mauvaise   <input type="radio"/> Faible   <input type="radio"/> Moyenne   <input type="radio"/> Bonne   <input type="radio"/> Excellente   <input type="radio"/> Sans avis</p> <p>Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis</p>           |
| <p><b>48. Durant votre séjour, avez-vous vu une assistante sociale pour préparer votre retour à domicile ?</b></p> <p><input type="radio"/> Oui   <input type="radio"/> Non, mais j'aurais souhaité en voir une   <input type="radio"/> Non, car je n'en ai pas eu besoin</p>                                                                                                                            |
| <p><b>49. Que pensez-vous de l'aide apportée par l'assistante sociale ?</b></p> <p><input type="radio"/> Mauvaise   <input type="radio"/> Faible   <input type="radio"/> Moyenne   <input type="radio"/> Bonne   <input type="radio"/> Excellente   <input type="radio"/> Sans avis</p> <p>Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis</p>                                                      |

| Vos Repas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>37. Que pensez-vous de la qualité des repas qui vous ont été servis ?</b><br><br><input type="radio"/> Mauvaise <input type="radio"/> Faible <input type="radio"/> Moyenne <input type="radio"/> Bonne <input type="radio"/> Excellente <input type="radio"/> Sans avis<br>Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis                         |
| <b>38. Que pensez-vous du respect de vos préférences alimentaires / de votre régime ?</b><br><br><input type="radio"/> Mauvais <input type="radio"/> Faible <input type="radio"/> Moyen <input type="radio"/> Bon <input type="radio"/> Excellent <input type="radio"/> Sans avis<br>Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis                  |
| <b>39. Que pensez-vous du rythme des repas (horaires du petit déjeuner, du déjeuner, du dîner) ?</b><br><br><input type="radio"/> Mauvais <input type="radio"/> Faible <input type="radio"/> Moyen <input type="radio"/> Bon <input type="radio"/> Excellent <input type="radio"/> Sans avis<br>Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis       |
| <b>40. Globalement, comment évaluez-vous la qualité de vos repas lors de votre prise en charge ?</b><br><br><input type="radio"/> Mauvaise <input type="radio"/> Faible <input type="radio"/> Moyenne <input type="radio"/> Bonne <input type="radio"/> Excellente <input type="radio"/> Sans avis<br>Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis |

| Votre Prise En Charge                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>6. Que pensez-vous de l'identification (badge, présentation, ...) du personnel du service ?</b><br><br><input type="radio"/> Mauvaise <input type="radio"/> Faible <input type="radio"/> Moyenne <input type="radio"/> Bonne <input type="radio"/> Excellente <input type="radio"/> Sans avis<br>Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis                                                                                                              |
| <b>7. Avez-vous reçu spontanément (sans avoir à le demander) des explications sur votre état de santé ?</b><br><br><input type="radio"/> Jamais <input type="radio"/> Rarement <input type="radio"/> Parfois <input type="radio"/> Souvent <input type="radio"/> Toujours <input type="radio"/> Sans avis<br>Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis                                                                                                     |
| <b>8. Les médecins, l'équipe soignante, (infirmier(e), aide-soignant(e) et l'équipe de rééducation du service ont-ils répondu à vos questions ?</b><br><br><input type="radio"/> Je n'ai pas eu de questions à poser <input type="radio"/> Non, je n'ai pas eu de réponse à mes questions <input type="radio"/> Oui                                                                                                                                                   |
| <b>9. Que pensez-vous de la clarté des réponses des médecins, de l'équipe soignante et de l'équipe de rééducation du service ?</b><br><br><input type="radio"/> Mauvaise <input type="radio"/> Faible <input type="radio"/> Moyenne <input type="radio"/> Bonne <input type="radio"/> Excellente <input type="radio"/> Sans avis<br>Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis                                                                              |
| <b>10. Durant votre séjour, vous-a-t-on expliqué votre projet de soins et de rééducation ?</b><br><br><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Je ne me souviens plus                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>11. Que pensez-vous des explications reçues sur votre projet de soins et de rééducation ?</b><br><br><input type="radio"/> Mauvaises <input type="radio"/> Faibles <input type="radio"/> Moyennes <input type="radio"/> Bonnes <input type="radio"/> Excellentes                                                                                                                                                                                                   |
| <b>12. Durant votre séjour, avez-vous été informé(e) de votre évolution ?</b><br><br><input type="radio"/> Jamais <input type="radio"/> Rarement <input type="radio"/> Parfois <input type="radio"/> Souvent <input type="radio"/> Toujours <input type="radio"/> Sans avis<br>Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis                                                                                                                                   |
| <b>13. Avez-vous (vous ou vos proches) souhaité participer aux décisions concernant votre projet de soins et de rééducation ?</b><br><br><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>14. Avez-vous (vous ou vos proches) pu participer aux décisions concernant votre projet de soins et de rééducation ?</b><br><br><input type="radio"/> Jamais <input type="radio"/> Rarement <input type="radio"/> Parfois <input type="radio"/> Souvent <input type="radio"/> Toujours <input type="radio"/> Sans avis<br>Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis                                                                                     |
| <b>15. Durant votre séjour, les professionnels ont-ils pris en compte vos besoins personnels ou votre handicap ou vos difficultés lors de vos soins quotidiens (aide quotidienne, toilette, habillage...) ?</b><br><br><input type="radio"/> Jamais <input type="radio"/> Rarement <input type="radio"/> Parfois <input type="radio"/> Souvent <input type="radio"/> Toujours <input type="radio"/> Sans avis<br>Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>16.Avez-vous bénéficié d’une écoute attentive des médecins ?</b><br><br><input type="radio"/> Jamais <input type="radio"/> Rarement <input type="radio"/> Parfois <input type="radio"/> Souvent <input type="radio"/> Toujours <input type="radio"/> Sans avis<br><small>Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis</small>                                                                                            |
| <b>17.Avez-vous bénéficié d’une écoute attentive des infirmier(e)s ou des aide-soignant(e)s ?</b><br><br><input type="radio"/> Jamais <input type="radio"/> Rarement <input type="radio"/> Parfois <input type="radio"/> Souvent <input type="radio"/> Toujours <input type="radio"/> Sans avis<br><small>Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis</small>                                                              |
| <b>18.Avez-vous bénéficié d’une écoute attentive de l’équipe de rééducation ?</b><br><br><input type="radio"/> Jamais <input type="radio"/> Rarement <input type="radio"/> Parfois <input type="radio"/> Souvent <input type="radio"/> Toujours <input type="radio"/> Sans avis<br><small>Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis</small>                                                                              |
| <b>19.Avez-vous ressenti de l’inquiétude, de l’anxiété au cours de votre hospitalisation ?</b><br><br><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>20.Que pensez-vous du soutien psychologique qui vous a été apporté par les professionnels qui vous ont pris en charge ?</b><br><br><input type="radio"/> Mauvais <input type="radio"/> Faible <input type="radio"/> Moyen <input type="radio"/> Bon <input type="radio"/> Excellent <input type="radio"/> Sans avis<br><small>Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis</small>                                       |
| <b>21.Que pensez-vous du respect de votre intimité lors de votre séjour ?</b><br><br><input type="radio"/> Mauvais <input type="radio"/> Faible <input type="radio"/> Moyen <input type="radio"/> Bon <input type="radio"/> Excellent <input type="radio"/> Sans avis<br><small>Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis</small>                                                                                        |
| <b>22.Que pensez-vous du respect de la confidentialité et du secret professionnel lors de votre séjour ?</b><br><br><input type="radio"/> Mauvais <input type="radio"/> Faible <input type="radio"/> Moyen <input type="radio"/> Bon <input type="radio"/> Excellent <input type="radio"/> Sans avis<br><small>Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis</small>                                                         |
| <b>23.Pendant cette hospitalisation avez-vous eu des douleurs (aiguës ou chroniques) ?</b><br><br><input type="radio"/> Extrêmement intenses <input type="radio"/> Intenses <input type="radio"/> Modérées <input type="radio"/> Faibles <input type="radio"/> Pas de douleur                                                                                                                                                       |
| <b>24.Que pensez-vous de la façon dont ces douleurs ont été prises en charge ?</b><br><br><input type="radio"/> Mauvaise <input type="radio"/> Faible <input type="radio"/> Moyenne <input type="radio"/> Bonne <input type="radio"/> Excellente <input type="radio"/> Sans avis<br><small>Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis</small>                                                                             |
| <b>25.Durant votre séjour, pensez-vous que les médecins, l’équipe soignante et l’équipe de rééducation travaillaient bien ensemble (de façon coordonnée) ?</b><br><br><input type="radio"/> Jamais <input type="radio"/> Rarement <input type="radio"/> Parfois <input type="radio"/> Souvent <input type="radio"/> Toujours <input type="radio"/> Sans avis<br><small>Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis</small> |
| <b>26.Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre prise en charge dans l’établissement ?</b><br><br><input type="radio"/> Mauvaise <input type="radio"/> Faible <input type="radio"/> Moyenne <input type="radio"/> Bonne <input type="radio"/> Excellente <input type="radio"/> Sans avis                                                                                                                                |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Votre Lieu De Vie</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>27.Vous étiez dans une chambre simple ?</b><br><br><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>28.Que pensez-vous des horaires de visite ?</b><br><br><input type="radio"/> Mauvais <input type="radio"/> Faibles <input type="radio"/> Moyens <input type="radio"/> Bons <input type="radio"/> Excellents <input type="radio"/> Sans avis<br><small>Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis</small>                                                                                                                                         |
| <b>29.Avez-vous un accès correct à internet dans votre chambre ?</b><br><br><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Je n’avais pas besoin d’internet                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>30.Que pensez-vous du confort de votre chambre ?</b><br><br><input type="radio"/> Mauvais <input type="radio"/> Faible <input type="radio"/> Moyen <input type="radio"/> Bon <input type="radio"/> Excellent <input type="radio"/> Sans avis<br><small>Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis</small>                                                                                                                                        |
| <b>31.Que pensez-vous de la propreté de votre chambre ?</b><br><br><input type="radio"/> Mauvaise <input type="radio"/> Faible <input type="radio"/> Moyenne <input type="radio"/> Bonne <input type="radio"/> Excellente <input type="radio"/> Sans avis<br><small>Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis</small>                                                                                                                              |
| <b>32.Que pensez-vous du calme et de la tranquillité de votre chambre ?</b><br><br><input type="radio"/> Mauvais <input type="radio"/> Faible <input type="radio"/> Moyen <input type="radio"/> Bon <input type="radio"/> Excellent <input type="radio"/> Sans avis<br><small>Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis</small>                                                                                                                    |
| <b>33.Que pensez-vous de l’adaptation des équipements de l’établissement à votre situation (aménagement de la chambre et des sanitaires, visibilité des panneaux d’affichage, ...) ?</b><br><br><input type="radio"/> Mauvaise <input type="radio"/> Faible <input type="radio"/> Moyenne <input type="radio"/> Bonne <input type="radio"/> Excellente <input type="radio"/> Sans avis<br><small>Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis</small> |
| <b>34.Avez-vous bénéficié de services (services à la personne, coiffeur, pédicure...) ou d’activités (loisirs, convivialité) lors de votre séjour ?</b><br><br><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>35.Que pensez-vous des services (services à la personne, coiffeur, pédicure...) ou des activités (loisirs, convivialité) proposés par l’établissement lors de votre séjour ?</b><br><br><input type="radio"/> Mauvais <input type="radio"/> Faibles <input type="radio"/> Moyens <input type="radio"/> Bons <input type="radio"/> Excellents <input type="radio"/> Sans avis<br><small>Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis</small>        |
| <b>36.Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre lieu de vie lors de votre prise en charge ?</b><br><br><input type="radio"/> Mauvaise <input type="radio"/> Faible <input type="radio"/> Moyenne <input type="radio"/> Bonne <input type="radio"/> Excellente <input type="radio"/> Sans avis<br><small>Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis</small>                                                                              |