

A remplir par toute personne de 15 ans et plus

7. Suivez-vous ou avez-vous suivi un enseignement (à l'école ou ailleurs) ?

oui non

Si vous avez répondu NON, passez à la question 15

8. Combien d'années avez-vous (déjà) passées dans l'enseignement ?

*(si vous étudiez encore, ne comptez pas l'année scolaire en cours)
(si vous n'avez passé aucune année dans le niveau concerné, mentionnez 0)*

primaire secondaire (inférieur + supérieur) supérieur (type court, long ou université)

9a. Cochez le niveau d'enseignement LE PLUS ELEVE que vous avez terminé avec succès

enseignement primaire

enseignement secondaire inférieur (3 premières années)

général artistique
 technique professionnel

enseignement secondaire supérieur (3 dernières années)

général artistique
 technique professionnel
(y compris apprentissage des Classes moyennes)

post-secondaire non supérieur (1)

enseignement supérieur (type court, long ou université)

9b. A quel âge avez-vous terminé ce niveau ?

9c. Où avez-vous terminé ce niveau ?

en Belgique à l'étranger

10. Si vous avez obtenu un diplôme de l'enseignement secondaire technique ou professionnel, quelle en est l'orientation ?

- sciences appliquées (physique, chimie, etc.)
- industrie (électronique, électricité, mécanique, etc.)
- commerce, comptabilité, travaux de bureau
- sciences sociales, éducation
- sport, santé, paramédical
- services aux personnes, soins de beauté, etc
- habillement, coupe - couture
- bâtiment, construction, bois
- agriculture, agronomie
- alimentation (boulangerie, boucherie, etc.)
- hôtellerie, tourisme
- langues modernes
- informatique
- autre

11a. Cochez TOUS les diplômes que vous avez obtenus dans l'enseignement supérieur

- instituteur maternel, instituteur primaire, régendat
- non universitaire de type court (un cycle)
- université ou haute école de type long: 1e cycle (candidature)
- université ou haute école de type long: 2e cycle (2)
- université ou haute école: diplôme complémentaire (3)
- doctorat avec thèse

11b. Quel est l'intitulé complet du ou des diplômes de l'enseignement supérieur mentionnés au point 11a ?
(ex.: graduat en informatique, régendat en histoire, licences en langues romanes, ingénieur civil en construction, DES en sciences actuarielles, etc.)

A remplir par toute personne ayant terminé avec succès une formation professionnelle reconnue d'au moins 600 heures
(équivalent à 6 mois de formation à temps plein)

12. Il s'agit d'une : *(cocher plusieurs cases, si nécessaire)*

- formation professionnelle donnée par le FOREM, IBFFP, Arbeitsamt, VDAB, Classes moyennes, promotion sociale, etc
- formation dans le cadre de votre profession
- formation professionnelle suivie à titre privé

A remplir par toute personne suivant un enseignement ou suivant une formation professionnelle, qu'elle travaille ou non

13. Actuellement, vous suivez un enseignement ou vous suivez une formation professionnelle

- à temps plein
- à temps partiel pendant la journée (y compris cours isolé)
- en cours du soir et/ou de week-end (horaire décalé)
- à distance

14. Quel enseignement ou quelle formation suivez-vous ?

- enseignement maternel (y compris spécial)
- enseignement primaire (y compris spécial)

enseignement secondaire spécial

- enseignement secondaire spécial

enseignement secondaire du 1er degré (1re et 2e années)

- général (1re A ou 2e C)
- professionnel (1re B ou 2e P)

enseignement secondaire du 2e ou 3e degré (autres années)

- général ou technique/artistique de transition
- technique/artistique de qualification
- professionnel (y compris à temps partiel et apprentissage des Classes moyennes)

- post-secondaire non supérieur (1)
- supérieur non universitaire de type court / un cycle
- supérieur non universitaire de type long / deux cycles
- universitaire (4)
- supérieur ou universitaire: diplôme complémentaire (3)
- doctorat avec thèse

- autre formation professionnelle

- (1) 7e année d'enseignement secondaire, enseignement secondaire professionnel complémentaire (4e degré), chef d'entreprise des Classes moyennes
- (2) licence, ingénieur, docteur sans thèse, etc.
- (3) DES, DEC, DEA, maîtrise, agrégation de l'ens. secondaire supérieur, etc.
- (4) candidature, licence, ingénieur, docteur en médecine, etc.

A remplir par toute personne exerçant ou ayant exercé une activité rémunérée
(même si l'activité n'est ou n'a été exercée qu'une heure par semaine)

15. Votre situation professionnelle actuelle

j'exerce une activité professionnelle à temps plein sans activité professionnelle complémentaire

j'exerce une activité professionnelle à temps plein et une ou plusieurs activités professionnelles complémentaires

j'exerce une activité professionnelle à temps partiel

j'exerce plusieurs activités professionnelles à temps partiel

je suis pensionné et j'exerce une activité complémentaire

j'ai exercé une activité professionnelle et je ne l'exerce plus (actuellement chômeur, pensionné, etc.)

16. Dans le cadre de votre :

(dernière) activité principale	activité complémentaire actuelle
<i>(si vous n'exercez plus d'activité parce que vous êtes actuellement chômeur, pensionné, etc., décrivez alors votre dernière activité)</i>	
<i>(si vous exercez plusieurs activités complémentaires, répondez pour celle qui représente le plus grand nombre d'heures de travail ou qui vous procure le revenu le plus élevé)</i>	
a. quel est (était) votre statut professionnel ?	
statutaire du secteur public	<input type="checkbox"/>
contractuel du secteur public	<input type="checkbox"/>
chef d'entreprise sous contrat d'emploi	<input type="checkbox"/>
autre employé du secteur privé	<input type="checkbox"/>
ouvrier du secteur privé, apprenti	<input type="checkbox"/>
chef d'entreprise sans contrat d'emploi	<input type="checkbox"/>
indépendant travaillant principalement pour une seule personne ou société	<input type="checkbox"/>
autre indépendant, profession libérale	<input type="checkbox"/>
aidant (d'un indépendant)	<input type="checkbox"/>
personnel domestique ou de service	<input type="checkbox"/>
autre statut (ex.: ALE)	<input type="checkbox"/>
sans statut	<input type="checkbox"/>
b. quel est (était) le secteur d'activité de l'établissement où vous travail(l)iez ?	
agriculture, sylviculture, pêche	<input type="checkbox"/>
industrie	<input type="checkbox"/>
bâtiment et génie civil	<input type="checkbox"/>
commerce (de gros ou de détail)	<input type="checkbox"/>
réparation de biens (de consommation) ou de véhicules	<input type="checkbox"/>
transport, entreposage, communication	<input type="checkbox"/>
hôtel, café et restaurant (horeca)	<input type="checkbox"/>
finances (banques, assurances)	<input type="checkbox"/>
immobilier, location	<input type="checkbox"/>
services fournis aux entreprises	<input type="checkbox"/>
services domestiques	<input type="checkbox"/>
administration publique	<input type="checkbox"/>
éducation, enseignement	<input type="checkbox"/>
organismes internationaux	<input type="checkbox"/>
forces armées	<input type="checkbox"/>
santé et action sociale	<input type="checkbox"/>
autres services	<input type="checkbox"/>



A remplir par toute personne exerçant actuellement une activité rémunérée
(même si l'activité n'est exercée qu'une heure par semaine)

Répondre pour l'activité principale

17. Quel est le nom de la société, administration ou institution que vous dirigez ou qui vous occupe ?

18. Quelle est la nature de l'activité exercée par l'établissement où vous travaillez ? (ex.: garage, vente au détail de mobilier, etc.)

19. Quelle est votre profession précise ? (ex.: électricien, comptable, technicien, web-designer, etc.)

Précisez le grade, le titre et/ou la qualification de votre fonction (si vous êtes agent d'une administration publique, précisez votre niveau et/ou votre rang)

20. Si vous êtes employeur, combien de personnes rémunérez-vous ?

Répondre pour l'activité principale et pour l'activité complémentaire la plus importante

21. Combien d'heures travaillez-vous habituellement par semaine ?
(y compris les heures de préparation des enseignants et les heures supplémentaires, qu'elles soient rémunérées ou non)
(si nécessaire, donnez une moyenne sur plusieurs semaines)

activité principale	activité complémentaire
<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> heures par semaine	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> heures par semaine

(si vous n'avez pas d'activité complémentaire, mentionnez "0")

22. Si vous êtes salarié, quel type de travail exercez-vous dans le cadre de votre :

	activité principale	activité complémentaire
emploi permanent (emploi statutaire ou contrat à durée indéterminée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
emploi d'intérimaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
travail saisonnier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
emploi à durée déterminée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
programme de mise au travail (ALE, TCT, ACS, PRIME, FBI, Art. 123, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
contrat d'apprentissage, de stage ou de formation en alternance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
contrat d'étudiant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
travail occasionnel (sans contrat formel) ou autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ces questions servent uniquement à établir des statistiques globales et anonymes.
Vos données personnelles seront ensuite détruites.

23. Dans le cadre de votre activité :

	activité principale	activité complémentaire
a. quel est votre horaire habituel de travail ?		
horaire fixe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
horaire de travail décalé ou coupé (par ex. en deux blocs, matin et soir)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
horaire variable (plage fixe + plage flottante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
horaire flexible (fixé par l'employeur en fonction des nécessités du service ou de la demande du client)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
travail posté en équipes successives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autre (précisez) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. où travaillez-vous habituellement ?		
à un lieu fixe (bureau, usine, chantier, etc.) autre que le domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de manière itinérante à partir du domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de manière itinérante au départ d'un lieu fixe (gare, dépôt, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
à domicile (télétravail)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
à domicile (sauf télétravail)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. avez-vous exercé, ne fut-ce que partiellement, votre(s) activité(s) entre le 1er et le 7 octobre 2001 ?		
oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. si vous avez répondu NON à la question 23c, pour quel(s) motif(s) ?		
horaire de travail flexible, vacances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
emploi temporaire, contrat à durée déterminée, contrat d'interim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chômage partiel, chômage technique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
conflit de travail (grève, lock-out)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
maladie, accident, incapacité temporaire de travail, maternité, raison familiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
interruption volontaire de carrière, pause-carrière, congé sans solde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
enseignement, formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autre (précisez) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A remplir par toute personne exerçant une profession ou suivant un enseignement
sauf travail à domicile ou profession itinérante à partir du domicile

(si vous travaillez et suivez un enseignement, répondez pour l'occupation qui entraîne la majorité de vos déplacements)
(si vous exercez plusieurs activités professionnelles, donnez la priorité à l'activité principale)

24. Quel est l'endroit où vous travaillez effectivement ou suivez un enseignement ?

Nom _____

N° rue _____

code postal commune _____

25. Pour vous rendre à votre lieu de travail ou de scolarité vous partez généralement

de votre domicile
 d'un autre logement (adresse à préciser ci-dessous)

N° rue _____

code postal commune _____

26a. Combien de fois par jour faites-vous le trajet aller-retour entre le lieu de départ habituel et le lieu de travail ou de scolarité ?

une fois par jour deux fois ou plus par jour

b. Combien de jours par semaine faites-vous ce trajet aller-retour ?

1 2 3 4 5 6 ou 7

c. Quel(s) moyen(s) de transport utilisez-vous généralement au cours d'un même trajet ?

aucun (exclusivement à pied)
 bicyclette
 vélomoteur, moto
 transport organisé par l'école ou l'employeur
 auto, comme conducteur
 auto, comme passager
 train
 bus, tram, métro (TEC, De Lijn, STIB)

d. Quelle est la distance parcourue pour un trajet simple (et non pour le trajet aller-retour) ?

kilomètres

(Si le déplacement fait moins d'un kilomètre, indiquez 1)

e. Lors de votre dernier déplacement normal, quelles étaient vos heures de départ et d'arrivée ?
(si vous avez effectué le trajet au moins deux fois sur la journée, mentionnez le trajet aller initial et le trajet retour final)

	Départ		Arrivée	
Trajet ALLER (initial)	<input type="text"/> h	<input type="text"/> min	<input type="text"/> h	<input type="text"/> min
Trajet RETOUR (final)	<input type="text"/> h	<input type="text"/> min	<input type="text"/> h	<input type="text"/> min

f. Combien de fois par semaine combinez-vous habituellement ce trajet avec les activités ci-dessous ?

ACTIVITE	NOMBRE DE FOIS PAR SEMAINE			
Trajet ALLER				
faire des courses	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 ou plus
déposer un enfant à l'école / à la garderie	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 ou plus
autre (sport, culture, visite, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 ou plus
Trajet RETOUR				
faire des courses	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 ou plus
déposer un enfant à l'école / à la garderie	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 ou plus
autre (sport, culture, visite, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 ou plus

4a. Quelles pièces d'habitation comporte votre logement et combien y en a-t-il ?

Pour cette question, ne comptez pas les salles de bains, toilettes, buanderies, halls, vérandas, garages, greniers, caves et locaux non énumérés dans la liste ci-dessous car ils ne sont pas considérés comme des pièces d'habitation.

Type de pièce	Nombre					
	aucun	1	2 ou plus			
studio ou loft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
cuisine séparée (min. 4 m ²)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
cuisine équipée intégrée dans une autre pièce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	aucun(e)	1	2 ou plus			
living (salon + salle à manger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
salon (séparé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
salle à manger (séparée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	aucun(e)	1	2 ou plus			
bureau séparé à usage privé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
salle de jeux, de loisir, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
chambre à coucher (y compris les chambres mansardées)	aucune	1	2	3	4	5 ou plus
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4b. Quel est le nombre total de pièces d'habitation mentionnées à la question 4a ?

pièces

4c. Quelle est la superficie totale des pièces d'habitation mentionnées à la question 4a ?

- moins de 35 m² de 85 à 104 m²
 de 35 à 54 m² de 105 à 124 m²
 de 55 à 84 m² 125 m² et plus

5. Quelles sont les autres pièces de votre logement et combien y en a-t-il ? Pour cette question, ne comptez pas les salles de bains, WC, halls et vérandas.

- pièce à usage professionnel
 aucune 1 2 ou plus
- grenier et mansarde (non aménagée en pièce d'habitation)
 aucune 1 2 ou plus
- buanderie, espace de rangement et cave (sauf garage)
 aucune 1 2 ou plus

6a. Quand votre logement a-t-il été construit ?

- avant 1919 entre 1971 et 1980
 entre 1919 et 1945 entre 1981 et 1990
 entre 1946 et 1960 entre 1991 et 1995
 entre 1961 et 1970 en 1996 ou après

je ne sais pas
 mais à mon avis

- il y a 20 ans ou plus
 il y a moins de 20 ans

6b. Depuis 1991, a-t-on fait des transformations importantes dans votre logement, qui ont modifié la superficie et/ou le nombre de pièces ?

- oui non je ne sais pas

7a. Etes-vous propriétaire ou locataire de votre logement ?

- je suis propriétaire, co-propriétaire ou usufruitier
 je suis locataire et mon propriétaire est
 un particulier
 une société de logement social
 une autre société publique (CPAS, commune,...)
 une société privée
 je dispose du logement à titre gratuit

7b. Si vous êtes locataire, s'agit-il d'un logement meublé ?

- oui non

7c. Si vous êtes locataire, quel est le montant mensuel de votre loyer (sans charges) ?

- moins de 10 000 BEF (moins de 247,89 EUR)
 10 000 à moins de 20 000 BEF (247,89 à moins de 495,79 EUR)
 20 000 à moins de 30 000 BEF (495,79 à moins de 743,66 EUR)
 30 000 à moins de 40 000 BEF (743,68 à moins de 991,57 EUR)
 40 000 BEF ou plus (991,57 EUR ou plus)

8. Comment chauffez-vous votre logement ?

(cochez **une seule case**, celle qui correspond au système principal)

- installation individuelle de chauffage central
 installation de chauffage central commune à :
 plusieurs logements dans un seul bâtiment
 plusieurs bâtiments
 autre moyen de chauffage (foyer, poêle, convecteur, radiateur électrique, etc.)

9. Quelle énergie ou quel combustible utilisez-vous principalement pour le chauffage ?

(cochez **une seule case**)

- gasoil, mazout électricité
 charbon gaz de distribution (gaz naturel)
 bois gaz butane, propane
 pompe à chaleur autre source d'énergie

précisez : _____

10. Le gaz est-il disponible dans votre rue ?

- oui non je ne sais pas

11. Utilisez-vous des énergies alternatives ?

- oui non

Si oui, la(les) quelle(s)

- énergie solaire biomasse
 éolienne autre (force hydromotrice, etc.)

**12. Comment votre logement est-il isolé ?**

le logement est-il équipé de doubles vitrages ? oui non je ne sais pas

Si oui : partiellement complètement

la toiture est-elle isolée ? oui non je ne sais pas

les murs extérieurs du bâtiment sont-ils isolés ? oui non je ne sais pas

les tuyaux de chauffage (en dehors des pièces d'habitation) sont-ils isolés ? oui non je ne sais pas

13. Comment sont évacuées les eaux usées ?

Le logement est-il raccordé à un égout public ? oui non je ne sais pas

Le logement dispose-t-il d'une station d'épuration individuelle ? oui non je ne sais pas

Le logement dispose-t-il d'une fosse septique ? oui non je ne sais pas

Le logement dispose-t-il d'un puits perdu ? oui non je ne sais pas

14. De quelles installations sanitaires dispose votre logement et combien y en a-t-il ?

aucun(e) 1 2 ou plus
salle de bains (avec baignoire et/ou douche)

aucun(e) 1 2 ou plus
toilette (dans la salle de bains ou séparée)

15. De quelles autres commodités dispose votre logement ?

garage, box ou emplacement privé oui non

Si oui, pour combien de voitures ? 1 2 ou +

citerne d'eau de pluie oui non

jardin (pour usage privé) oui non

Si oui :

moins de 50 m²

entre 50 et 300 m²

plus de 300 m²

Si oui :

d'agrément

potager, verger

mixte

16. Que pensez-vous de votre logement (ou du bâtiment dans lequel il est situé) ?

	est en bon état	nécessite de petites réparations	nécessite de grosses réparations
l'installation électrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les murs intérieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les murs extérieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les fenêtres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
la corniche, les gouttières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le toit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Comment jugez-vous l'environnement immédiat de votre logement ?

	très agréable	satis-faisant	peu agréable
l'aspect esthétique des constructions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
la propreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
la qualité de l'air (pollution atmosphérique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
la tranquillité (bruit, pollution sonore)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Comment jugez-vous les facilités (équipement) offertes dans votre quartier ?

	très bien équipé	norma-lement équipé	mal équipé
les trottoirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les pistes cyclables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les routes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
la présence d'espaces verts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l'offre de transports publics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les facilités commerciales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les services de santé (médecin, infirmière, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les services administratifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les professions libérales excepté celles relatives à la santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les services sociaux et scolaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les crèches et gardiennes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les possibilités culturelles et récréatives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Equipement du ménage**19. De combien de véhicules dispose le ménage ?**

vélo	<input type="checkbox"/> aucun	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 ou plus
vélocycle	<input type="checkbox"/> aucun	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 ou plus
moto	<input type="checkbox"/> aucune	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 ou plus
auto	<input type="checkbox"/> aucune	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 ou plus

20. De quelles autres commodités dispose le ménage ?

ligne téléphonique fixe (1 ligne = 1 numéro)	<input type="checkbox"/> aucune	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 ou plus
GSM	<input type="checkbox"/> aucun	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 ou plus
ordinateur	<input type="checkbox"/> aucun	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 ou plus
connexion internet	<input type="checkbox"/> aucune	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 ou plus

