

# QUESTIONNAIRE DE SANTE A BUT STATISTIQUE

## *Présentation de l'enquête*

Suite à la LOI n° 2010-2 du 5 janvier 2010 relative à la reconnaissance et à l'indemnisation des victimes des essais nucléaires français et au Décret n° 2010-653 du 11 juin 2010 mettant en application la dite Loi, il serait important d'avoir un état de la santé des vétérans et de leurs familles.

Le questionnaire que vous avez entre les mains est destiné à une étude très importante qui nous permettra d'appuyer nos demandes auprès des pouvoirs publics à partir de données scientifiques précises **pour améliorer la liste des maladies entrant dans le champ de la loi**. Nous vous demandons de remplir ce questionnaire avec soin et précision, notamment toutes les questions se rapportant à votre santé et celle de vos descendants.

Le bilan pourrait faire l'objet d'un article dans une revue médicale. Une copie de ce bilan sera remis aux membres qui en feront la demande.

Nous tenons à préciser qu'aucun nom permettant d'identifier ceux qui ont répondu à ce questionnaire ne sera communiqué. Seule la FNOM détiendra le registre nominal des personnes qui auront répondu au questionnaire.

Les éléments recueillis ne serviront qu'à but statistique et pour une éventuelle étude épidémiologique, en complet anonymat, conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 « informatique et libertés ».

Tous les résultats seront chiffrés et comparés aux statistiques de la population française et à d'autres études similaires qui, notamment en Grande-Bretagne, en Nouvelle-Zélande, en Polynésie et à Fidji ont utilisé un questionnaire voisin.

Si vous avez besoin d'information et d'aide pour remplir ce questionnaire vous pouvez prendre contact au siège de la FNOM ou près de votre association.

## **AUTORISATION**

Je soussigné \_\_\_\_\_ membre de l'association n° \_\_\_\_\_  
consent à l'utilisation des informations inscrites par moi-même dans ce questionnaire pour les besoins de l'étude sur la santé des adhérents de l'association des Vétérans des essais nucléaires français. J'ai pris note **que ni mon nom ni celui des membres de ma famille ne seront divulgués dans les rapports et bilans de cette étude.**

Date : ..... Signature : .....

Cadre réservé FNOM

## **1.-Identification du Vétéran**

NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Age au moment du premier essai \_\_\_\_\_

Date de décès éventuellement \_\_\_\_\_ Age au moment du décès \_\_\_\_\_

Adresse actuelle : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ ; Fax : \_\_\_\_\_ ; e-mail : \_\_\_\_\_

**CE QUESTIONNAIRE N'EST PAS UN DOSSIER JURIDIQUE**

## 2.- Situation du Vétéran

Quelles ont été vos périodes de service ?

---

---

---

Dans quel organisme (armée, entreprise sous-traitante, CEA) au moment des essais ?

- Armée de terre  ; Armée de l'air  ; Armée de mer

dans quel(le) arme, service, base ou bateau ? \_\_\_\_\_

- C.E.A.

dans quel service ? \_\_\_\_\_

- Entreprise sous-traitante  la (les) quelle(s) ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sur quel(s) site(s) d'expérimentation étiez-vous affecté ?

**Sahara**  : Reggane  ; In Eker  ; autre : \_\_\_\_\_ dates : \_\_\_\_\_

**Pacifique**  : Moruroa  ; Fangataufa  ; Hao  ; autre : \_\_\_\_\_

dates : \_\_\_\_\_

Quelle fonction occupiez-vous au moment des essais ?

---

---

A quels essais avez-vous assisté ? Indiquez les années ?

---

---

---

A quelle distance du "point zéro" des essais étiez-vous ?

---

---

Décrivez votre activité / votre travail quand vous participiez aux essais :

---

---

Quel était votre statut au moment des essais ?

service militaire :    oui  ; non

engagé volontaire :    oui  ; non  ; durée de l'engagement : .....

militaire de carrière : oui  ; non

civil sous contrat    oui  ; non

autre : \_\_\_\_\_

Etiez-vous volontaire pour les essais ?

\_\_\_\_\_

Quelles informations sur la protection vous ont été données **avant votre arrivée** sur les sites d'essais ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quelles informations sur la protection vous ont été données **pendant les essais** ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quelles informations sur **les effets possibles des radiations sur votre santé** vous ont été données pendant que vous participiez aux essais ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quels vêtements ou équipements de protection (par ex. combinaison, lunettes, dosimètres) vous ont été fournis pendant que vous participiez aux essais ?

---

---

---

---

A cette époque, comment avez-vous ressenti les essais du point de vue de votre santé (physique, émotionnel) ?

---

---

---

Au moment des essais, fumiez-vous ? non  ; oui  ; Nbre de cigarettes : \_\_\_\_\_

Depuis les essais, avez-vous fumé ? non  ; oui  ; Nbre de cigarettes : \_\_\_\_\_

Avez-vous arrêté de fumer ? non  ; oui  ; en quelle année ? \_\_\_\_\_

Avez-vous l'habitude de boire des boissons alcoolisées ? non  ; oui  ; modérément

Quels médicaments avez-vous pris pendant le service ? Pour quelle maladie ?

---

---

Quels médicaments prenez-vous actuellement ? Pour quelle maladie ?

---

---

---

**Après les essais, quel(s) métier(s), emploi(s), avez-vous exercé ?** précisez les années

---

---

---

### 3.- État de santé du Vétérán

Avez-vous été diagnostiqué pour **un cancer** ? non  ; oui

La liste ci-dessous n'est pas complète, ajoutez si vous avez eu d'autres types de cancer. Indiquez ci-dessous la date du diagnostic et la date de l'opération éventuelle.

Bouche	Larynx	Sein
Lèvre	Poumon	Tissus conjonctifs (sarcome)
Langue	Plèvre	
Cavité nasale	Médiastin	Glandes endocrines
Glandes salivaires	Cerveau	Thyroïde
Pharynx	Yeux	
Œsophage		Rein
Estomac	Peau (type ?)	Vessie
Duodénum	Mélanome	Voies urinaires
Intestin grêle	Mycosis fongoïde	Prostate
Colon	Polycythémie	Testicules
Rectum	Leucémie (quel type ?)	Génital (autre)
Péritoine	Lymphome	Os
Foie	Myélome multiple	Colonne vertébrale
Vésicule biliaire	Maladie de Hodgkin	
Pancréas		Métastases
	Autre (spécifiez)	

Type de cancer \_\_\_\_\_ Année du diagnostic \_\_\_\_\_  
Année opération \_\_\_\_\_

Type de cancer \_\_\_\_\_ Année du diagnostic \_\_\_\_\_  
Année opération \_\_\_\_\_

Type de cancer \_\_\_\_\_ Année du diagnostic \_\_\_\_\_  
Année opération \_\_\_\_\_

Avez-vous été traité par chimiothérapie non  ; oui  , par radiothérapie (rayons) non  ; oui  ?

Avez-vous été diagnostiqué pour **d'autres maladies non cancéreuses** ?

En quelle année a-t-elle été diagnostiquée ? Spécifiez la maladie.

La liste ci-dessous n'est pas complète, ajoutez le nom si vous avez eu d'autres maladies.

Maladies cardiaques	Maladie des reins	Arthrite
Hypertension artérielle	Lithiase rénale	Polyarthrite
Athérosclérose	Maladie génito-urinaire	Spondylarthrite ankylosante
Anévrisme	Adénome prostate	

Problèmes dermatologiques	Maladies gastriques	Rhumatismes
Ongles, mains, pieds	Problèmes intestinaux	Spondylose cervicale
Dermatite	Diarrhée	Spondylose lombaire
Lupus érythémateux	Ulcère gastrique	Ostéoarthrite
Dermatose à répétition	Ulcère au duodénum	Ostéomyélite
Démangeaisons à répétition	Colite	Ostéoporose
Chute précoce de cheveux	Diverticulite	Maladies pulmonaires
Chute précoce de dents	Recto colite hémorragique	Bronchite chronique
Autres problèmes dentaires	Problèmes cœliaques	Emphysème
Cataracte	Maladies hépatiques	Asthme
Glaucome	Lithiase vésiculaire	Diabète sucré
Rétinite pigmentaire	Pancréatite	Adénome Thyroïde
Décollement rétine	Infections à répétition	Hyperthyroïdie
Autre maladie des yeux	Douleurs chroniques, habituelles (spécifiez)	Maladies neurologiques (spécifiez)
Problèmes auditifs	Fatigue chronique	Maladie mentale
Acouphènes		Dépression
Anémie	Fibromyalgie	Accès de panique
Polyglobulie		Choc émotionnel (spécifiez)
Hypercholestérolémie	Autres maladies	Agoraphobie

Pour la chute précoce des cheveux  et des dents  , indiquez l'année : \_\_\_\_\_

Maladie 1 \_\_\_\_\_ Année du diagnostic \_\_\_\_\_

Année opération ? \_\_\_\_\_

Maladie 2 \_\_\_\_\_ Année du diagnostic \_\_\_\_\_

Année opération ? \_\_\_\_\_

Maladie 3 \_\_\_\_\_ Année du diagnostic \_\_\_\_\_

Année opération ? \_\_\_\_\_

Maladie 4 \_\_\_\_\_ Année du diagnostic \_\_\_\_\_

Année opération ? \_\_\_\_\_

Maladie 5 \_\_\_\_\_ Année du diagnostic \_\_\_\_\_

Année opération ? \_\_\_\_\_

#### 4.- Informations sur la famille

Avez-vous eu des problèmes de stérilité ? non  ; oui  . Donnez les années, si possible.

\_\_\_\_\_

Avez-vous utilisé la procréation médicale assistée :

- traitement hormonal : non  ; oui

- insémination artificielle, non  ; oui  ; Fivette, ? non  ; oui

indiquez les dates \_\_\_\_\_

## Enfants

Combien de vos enfants ont été conçus **AVANT** les essais ? Donnez les années de naissance et le sexe.

Année de Naissance	sexe	Age de la mère au moment de la naissance	Age du père au moment de la naissance
1 _____	_____	_____	_____
2 _____	_____	_____	_____
3 _____	_____	_____	_____
4 _____	_____	_____	_____

Combien de vos enfants ont été conçus **APRES** les essais ? Donnez les années de naissance et le sexe.

Année de Naissance	sexe	Age de la mère au moment de la naissance	Age du père au moment de la naissance
1 _____	_____	_____	_____
2 _____	_____	_____	_____
3 _____	_____	_____	_____
4 _____	_____	_____	_____
5 _____	_____	_____	_____
6 _____	_____	_____	_____
7 _____	_____	_____	_____

Délai entre la fin de votre séjour sur les sites et la naissance de votre premier enfant : \_\_ \_\_\_\_\_

## Petits enfants

Combien avez-vous eu **de petits-enfants** ? Donnez l'année de naissance et indiquez lequel de vos enfants a donné naissance à ce petit-fils.

Année de naissance du petit fils (fille)	sexe	Sexe de votre enfant qui a donné naissance à ce petit-fils (fille)	Année de naissance de votre enfant qui a donné naissance à ce petit-fils (fille)
1 _____	_____	_____	_____
2 _____	_____	_____	_____
3 _____	_____	_____	_____

4	_____	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____	_____
6	_____	_____	_____	_____
7	_____	_____	_____	_____
8	_____	_____	_____	_____

**Arrière petits enfants**

Combien avez-vous d'arrière-petits-enfants ?

Année de naissance de votre arrière-petit fils (fille)	sexe	Sexe de votre enfant qui est le grand-père (mère)	Année de naissance de votre enfant qui est le grand-père (mère)
1 _____	_____	_____	_____
2 _____	_____	_____	_____
3 _____	_____	_____	_____
4 _____	_____	_____	_____
5 _____	_____	_____	_____
6 _____	_____	_____	_____

**Santé du conjoint**

Est-ce que la mère de vos enfants a fait un séjour sur les sites ou dans la région ?

Non  ; oui  : où ? Sahara  ; Polynésie  : dates : \_\_\_\_\_

Est-ce que la mère de vos enfants a eu des problèmes de santé ? non  ; oui

Si oui, précisez :

---



---

Dans votre famille, y a-t-il eu des problèmes congénitaux pour d'autres que pour vos enfants, petits-enfants ou arrière-petits-enfants ? non  ; oui

Si oui, précisez :

---

---

---

Dans la famille de votre femme, y a-t-il eu des problèmes congénitaux pour d'autres que pour vos enfants, petits-enfants ou arrière-petits-enfants ? non  ; oui

Si oui, précisez :

---

---

---

Votre femme a-t-elle eu des problèmes Gynécologiques/Obstétrique ? non  ; oui

Si oui, précisez :

---

---

---

Autres problèmes de santé: non  ; oui

Si oui, précisez :

---

---

---

Vous et votre femme, avez-vous eu les problèmes suivants :

- difficulté d'avoir un premier enfant : non  ; oui  ;

- difficulté pour en avoir d'autres ? non  ; oui  ;

Donnez les années si possible

---

---

---

Fausse couches : non  ; oui  ; nombre : \_\_\_\_\_ ; année(s) \_\_\_\_\_

Avortement thérapeutique : non  ; oui  ; année \_\_\_\_\_ ; motif \_\_\_\_\_

Enfant mort-né: non  ; oui  ; nombre : \_\_\_\_\_ ; année \_\_\_\_\_

---

---

Décès néonatal (dans le premier mois de vie) : non  ; oui  ; nombre : \_\_\_\_\_

---

## Santé des enfants

Vos enfants ont-ils souffert de l'un des problèmes suivants ? Indiquez le sexe et l'année de naissance des enfants qui ont été atteints de ces maladies. Cette liste n'est pas complète, ajoutez, s'il s'agit d'autres maladies.

Microcéphalie	Retard mental	Faible développement physique
Hydrocéphalie	Paralysie cérébrale	Retard de croissance
Épilepsie	Cerveau	Surdité
Déformation de la hanche		
Déformation de la colonne vertébrale	Cataracte	Hémorragie cérébrale
Scoliose	Microphthalmie	Troubles sanguins
Rotules déformées	Anophtalmie	Anémie aplasique
Pieds palmés	Faible vision	H�mophilie
Atrophie d'un membre	C�c�it�	Leucémie
Déformation des doigts	Atrésie de l'œsophage	Souffle au cœur
Déformation des orteils	Atrésie du pylore	maladies cardiaques
Orteils (en moins, en plus)	Atrésie anale	Maladie de Raynaud
Déformation des jambes	Colon	Testicules non descendus
Spina bifida		Cancer des glandes surrénales
Déformation de poitrine	Eczéma	Cancer des testicules
Myopathie	Dermatose	Problèmes ovariens
Pied bot	Autres maladies de peau	Absence de règles
Arthrite	Lupus	Kystes ovariens
Palais fendu	Sarcoïdose	Mélanomes ovarien
Bec de li�vre	Mucoviscidose	Problème de glandes surrénales
Ganglioblastome	Rate	Excès d'hormones mâles
Neuroblastome	Maladie des tissus conjonctifs	Pilosité excessive
Spasticité (tremblements)	Problèmes de fertilité (spécifier)	Anomalie rénale
Sclérose en plaque	Syndrome de Cornelia de Lange	Problèmes de vessie
Trisomie 21	Maladie de Perthes	Malformation génitale (spécifier)
Thalidomide	Maladie de Letterer Siwe	
Diabète sucré	Syndrome de Mucha Habermann	Hermaphrodisme

Sexe de l'enfant	Année de naissance	Maladie
1 _____	_____	_____
2 _____	_____	_____
3 _____	_____	_____
4 _____	_____	_____

Est-ce que **vos petits-enfants** ont eu des problèmes de santé ? non  ; oui   
Spécifiez le sexe, l'année de naissance, la maladie.

---

---

---

---

Est-ce que **vos arrières-petits-enfants** ont eu des problèmes de santé ? non  ; oui   
Spécifiez le sexe, l'année de naissance, la maladie.

---

---

**Merci beaucoup pour votre aide**

Retournez dès que possible ce **questionnaire** au siège de la fédération :

**F.N.O.M.**  
**Fédération Nationale des Officiers Mariniers**  
**45 boulevard Vincent AURIOL**  
**750013 PARIS**