



Profil épidémiologique, morbidité prédominante chez les anciens combattants et retraités militaires : analyse rétrospective d'une série des cas de 1969 à 2022

Epidemiological Profile, Predominant Morbidity Among Veterans and Military Retirees: retrospective analysis of case series from 1969 to 2022

Jean Baptiste Muajima^{1,2}, Germain Kapour²,
Patrick Mukengeshay Twende², Laure Stella
Ghoma Linguiss³, Didier Nkoko Bompangue²

Auteur correspondant

Jean Baptiste Muajima

Courriel : jeanmuajima@gmail.com

Ecom Alger, Faculté de Médecine, Université de
Kinshasa, RDC

Summary

Context and objective. Increasing morbidity among veterans is a major public health concern in low-income countries. This specific group often receives less attention. This study aimed to describe the distribution of the most common diseases among veterans and military retirees in Kinshasa and identify factors associated with the predominant pathology in this group. *Methods.* A cross-sectional analytical study was conducted on veterans and military retirees in Kinshasa. Data were collected through a documentary review and analyzed using RStudio software. *Results.* Five pathologies were predominant among veterans and military retirees: hypertension, heart disease, diabetes mellitus, stroke, and malaria. Related diseases were also identified, including hypertension associated with diabetes mellitus, stroke associated with diabetes mellitus, sepsis associated with Buruli ulcer, and heart disease associated with hypertension. The sole factor significantly associated with hypertension in these individuals was the military rank: Subaltern officer (aOR = 0.290, 95% CI [0.117-0.720], p = 0.008); Non-commissioned officers (aOR = 0.186, 95% CI [0.098-0.356], p < 0.001); Senior officers (aOR = 0.246, 95% CI [0.079-0.758], p = 0.015). *Conclusion.* The present study provides valuable information on the health status of veterans and military retirees, contributing to a better understanding of their healthcare needs.

Keywords: Morbidity, Veterans, Military retirees, Associated factors

Received: December 13th, 2023

Accepted: July 16th, 2024

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v17i4.10>

1. Ministère de la défense nationale et anciens combattants, Kinshasa, République démocratique du Congo
2. Ecom Alger, Faculté de Médecine, Université de Kinshasa, RDC
3. Institut Nationale de Recherche en Sciences de la

Résumé

Contexte & objectif. La morbidité croissante parmi les vétérans est un enjeu majeur de santé publique dans les pays à faible revenu. Ce groupe spécifique reçoit souvent moins d'attention. La présente étude visait à décrire la distribution des maladies les plus courantes chez les anciens combattants et les retraités militaires à Kinshasa et à identifier les facteurs associés à la pathologie prédominante dans ce groupe. *Méthodes.* Une série des cas analytique a été menée auprès des anciens combattants et des retraités militaires à Kinshasa. Les données ont été collectées par une revue documentaire et analysées à l'aide du logiciel RStudio. *Résultats.* Cinq pathologies sont prédominantes chez les anciens combattants et les retraités militaires : l'hypertension artérielle, la cardiopathie, le diabète sucré, l'accident vasculaire cérébral et le paludisme. Des pathologies associées ont également été identifiées, notamment l'hypertension artérielle associée au diabète sucré, l'accident vasculaire cérébral associé au diabète sucré, le sepsis associé à l'ulcère de Buruli, et la cardiopathie associée à l'hypertension artérielle. Le seul facteur significativement associé à l'hypertension chez ces individus est le grade : Officier subalterne (OR = 0,290, IC 95 [0,117-0,720], p = 0,008) ; Sous-officiers (OR = 0,186, IC95 [0,098-0,356], p < 0,001) ; Officiers supérieurs (OR = 0,246, IC95 [0,079-0,758], p = 0,015).

Conclusion. L'état des anciens combattants et retraités militaires dans cette étude est marqué par une prépondérance des maladies non transmissibles, contribuant ainsi à une meilleure compréhension de leurs besoins en matière de soins de santé.

Mots-clés : Morbidité, Anciens combattants, Retraités militaires, Facteurs associés

Reçu le 13 mai 2024

Accepté le 5 juillet 2024

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v17i4.10>



Introduction

Les anciens combattants sont définis comme des militaires ou des personnes militarisées (y compris les aumôniers) inscrites sous le contrôle de la force publique entre août 1914 et novembre 1918, ou entre mai 1940 et novembre 1945, ayant servi durant la Première ou la Seconde Guerre mondiale au Congo, ou sur des théâtres d'opérations conformément à la loi (1). Les retraités militaires, quant à eux, sont définis comme tout militaire ayant servi dans l'armée dès le recrutement, y compris la prise d'armes, pendant 30 ans ou ayant atteint l'âge de 65 ans (1). Ces individus ont joué un rôle crucial en République démocratique du Congo (RDC) (1). La législation établit des critères pour être considéré comme un ancien combattant ou un retraité militaire, avec des conditions liées aux dates de service et à l'âge (1-2). La morbidité et la mortalité parmi les anciens combattants suscitent l'attention de divers acteurs, notamment les ministères au niveau national et provincial, les chercheurs en santé, les décideurs politiques et le public. Les militaires sont exposés à des risques de santé spécifiques, souvent liés à leurs opérations intérieures et internationales ; ils développent diverses pathologies, bien que leurs taux de mortalité restent généralement inférieurs à ceux de la population civile, soulevant des questions sur les facteurs de risque et de protection potentiels (3). À l'échelle internationale, la morbidité chez les anciens combattants suscite des inquiétudes mondiales, notamment en ce qui concerne les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète, les maladies respiratoires chroniques et les traumatismes, alignées sur les objectifs de développement durable des Nations Unies (4-5). Les anciens combattants et les retraités militaires ont fait l'objet de nombreuses études depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale. La transition de la vie militaire à la vie civile représente un défi majeur, tant sur le plan psychologique que pratique, engendrant du stress et un sentiment de déracinement. Les problèmes de santé mentale, tels que le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et la dépression, sont fréquents, mais longtemps tabous dans le milieu militaire (6-7). La stigmatisation entourant la santé mentale peut décourager les anciens combattants de demander de l'aide, contribuant à des taux de suicide plus élevés que la moyenne de la population générale

(8). En RDC, les anciens militaires souffrent de blessures de guerre, de troubles psychiques et de maladies infectieuses, mais leur accès aux soins est limité (1,9). Le manque de données fiables sur leur situation, en raison de l'instabilité politique, laisse présumer que les conflits armés ont laissé de nombreux vétérans avec des séquelles physiques et psychologiques, aggravées par un environnement précaire (10-11). Ainsi, les objectifs de la présente étude étaient de décrire la distribution des pathologies rencontrées chez des anciens combattants et retraités militaires et d'identifier les facteurs associés à la pathologie prédominante recensée.

Méthodes

Site d'étude

L'Hôpital Militaire des Anciens Combattants, situé à Kinshasa, capitale de la RDC, fondé en 1963 en reconnaissance des soldats congolais ayant combattu aux côtés des Belges pendant les deux guerres mondiales. Initialement un dispensaire, il est devenu un centre de santé sous la direction belge, puis a évolué vers le statut actuel d'Hôpital Militaire des Anciens Combattants depuis 2018. Placé sous la responsabilité du ministère de la Défense nationale, il offre gratuitement des soins aux anciens combattants et retraités militaires. Situé dans la commune de Kasavubu, l'hôpital compte 265 agents et joue un rôle crucial dans la prise en charge médicale de cette population spécifique.

Type d'étude, Échantillonnage et Collecte des Données

Il s'agissait d'une analyse rétrospective d'une série analytique des cas. La population cible était composée du personnel militaire de la ville de Kinshasa, plus précisément des anciens combattants et retraités militaires qui ont sollicité des soins médicaux à l'Hôpital des Anciens Combattants entre 1969 et 2022. Ont été inclus dans l'étude les anciens combattants et retraités militaires enregistrés à l'hôpital militaire des anciens combattants avec des dossiers complets. Les anciens combattants et retraités militaires dont le suivi s'est déroulé en dehors de la période d'étude n'ont pas été pris en compte. La taille de l'échantillon, calculée par la formule $n = \frac{Z^2_{\alpha/2} \cdot P \cdot (1-P)}{d^2}$ avec $Z_{\alpha/2} = 1.96$ à 95% de degré de confiance, une marge d'erreur $d = 5\%$ (0.05) et une Proportion $P = 50\%$ (parce que n'ayant aucune donnée a priori sur la morbidité prédominante), $n=384$. Pour une meilleure



représentativité de la population subjacente, et pour avoir la diversité et variabilité de la population, nous avons ramené l'échantillon à 624 anciens combattants et retraités militaires sélectionnés de façon systématique sur 2842 patients enregistrés (dont les dossiers étaient complets). Une grille de collecte des données épidémiologiques, sociodémographiques et cliniques a été utilisée pour les données enregistrées dans les fiches et les registres des malades. La collecte de données a eu lieu entre janvier et mai 2023.

Variables collectées et définitions opérationnelles

- **Âge** : Variable continue mesurant l'âge des participants en années.
- **Sexe** : Variable catégorielle binaire mesurant le genre des participants. Codée comme 1 pour les masculins et 2 pour les féminins.
- **Année de Recrutement** : Variable catégorielle indiquant l'année à laquelle chaque individu a été recruté dans l'armée.
- **Grade** : Variable catégorielle désignant le rang militaire de chaque participant à l'étude. Codée comme 1 pour Caporal, 2 pour les officiers subalternes (regroupant Adjudant, Sergent, Sergent-Major), 3 pour les sous-officiers (regroupant sous-lieutenant, Lieutenant et Capitaine), 4 pour les officiers supérieurs (regroupant Major, Lieutenant-Colonel, Colonel et général).
- **Type de force Service** : Variable catégorielle désignant la catégorie de service de l'individu. Codée 1 pour la force terrestre, 2 pour la force aérienne et 3 pour la force maritime ou navale.
- **Nombre d'Années de Service** : Variable continue mesurant la durée totale du service militaire de chaque participant.
- **Tabagisme** : Variable catégorielle indiquant la notion de fumeur de tabac inscrit dans le dossier du malade. Codée 0 pour non (absence) et 1 pour oui (présence).
- **Alcoolisme** : Variable catégorielle indiquant la notion de consommation d'alcool inscrite dans le dossier du malade. Codée 0 pour non (absence) et 1 pour oui (présence).
- **Morbidité** : La morbidité a été déterminée à partir des derniers diagnostics enregistrés dans le dossier médical de chaque patient. Les cinq diagnostics les plus fréquents parmi les anciens combattants et retraités

militaires ont été considérés comme les morbidités prédominantes.

- **Pathologies associées** : associations de maladies présentes chez le même patient. Les 5 pathologies associées les plus fréquentes parmi les anciens combattants et retraités militaires ont été pris en compte.

Ces variables ont permis d'analyser en profondeur la santé des anciens combattants et retraités militaires.

Analyses statistiques

Les données de la présente étude ont été saisies dans le logiciel Excel et exportées dans le logiciel RStudio. Nous avons utilisé des statistiques descriptives telles que les moyennes, les écarts types et les fréquences pour résumer les caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée. Les facteurs associés à la morbidité dominante ont été recherchés à l'aide de l'analyse de régression logistique multivariée. Le seuil de signification statistique a été fixé à 5 %.

Considérations éthiques

Dans le cadre de la présente étude, nous avons maintenu une transparence totale avec les parties prenantes concernant les objectifs de recherche. Étant donné que nous utilisons des données dépersonnalisées provenant de dossiers existants, le consentement éclairé a été exempté. Les données ont été traitées de manière confidentielle, avec un accès restreint réservé aux chercheurs autorisés, sans collecte d'identifiants, afin de garantir la confidentialité et l'anonymat. Aucun risque spécifique lié à l'étude n'a été relevé pour cette population.

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques des patients anciens combattants et retraités militaires

Au total 624 dossiers médicaux des anciens combattants et retraités militaires ont été colligés. Les caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude sont consignées dans le tableau 1. Le sexe masculin (93,5 %) et la tranche d'âge de 65 à 74 ans (73,5 %) étaient prépondérants. Leur âge moyen était de $73,8 \pm 6,36$ ans. Les officiers subalternes (adjudants, sergents et sergent-major) étaient majoritaires (77 %). Le type de service majoritaire parmi les patients anciens combattants et retraités militaires était celui de la force terrestre (62,89 %). La moyenne des années de service était de $29,5 \pm 4,6$ ans et la tranche du nombre d'années de service



rendue par les vétérans la plus représentée était celle supérieure à 30 ans (55 %).

Tableau 1. Distribution des anciens combattants selon leurs caractéristiques sociodémographiques

IC :	Variables	Effectifs (%)	IC à 95%
Sexe	Féminin	40 (6,41)	4,49-8,33
	Masculin	58 (93,59)	91,67-95,51
Tranche d'âge (ans)	65-74	459 (73,56)	70,10-77,02
	75-84	146 (23,40)	20,08-26,72
	85-94	16 (2,56)	1,32-3,80
	95-104	3 (0,48)	0,06-1,02
	Caporal	57 (9,13)	6,87-11,40
Grade	Officier subalterne	473 (75,80)	72,44-79,16
	Sous-officiers	64 (10,26)	7,88-12,64
	Officiers supérieurs	30 (4,81)	3,13-6,49
Type de service	Force aérienne	68 (10,90)	8,45-13,34
	Force Navale	161 (25,80)	22,37-29,23
	Force Terrestre	395 (63,30)	59,52-67,08
Nombre d'année de service	10-20	20 (3,20)	1,82-4,59
	20-30	249 (39,90)	36,06-43,75
	>30	355 (56,89)	53,01-60,78
Tabagisme	Oui	381 (61,06)	57,23-64,88
	Non	243 (38,94)	36,06-41,82
Alcoolisme	Oui	435 (69,71)	66,11-73,32
	Non	189 (30,29)	26,68-33,89

Intervalle de confiance

Distribution des maladies documentées chez les anciens combattants et retraités militaires
Les cinq principales pathologies enregistrées chez les anciens combattants et les retraités militaires pendant la période d'étude sont

illustrées dans la figure 1 ci-après : hypertension artérielle (20,0 %), cardiopathies (14,7 %), diabète sucré (11,7 %), accidents vasculaires cérébraux (AVC) 9,1% et le paludisme (6,4 %).

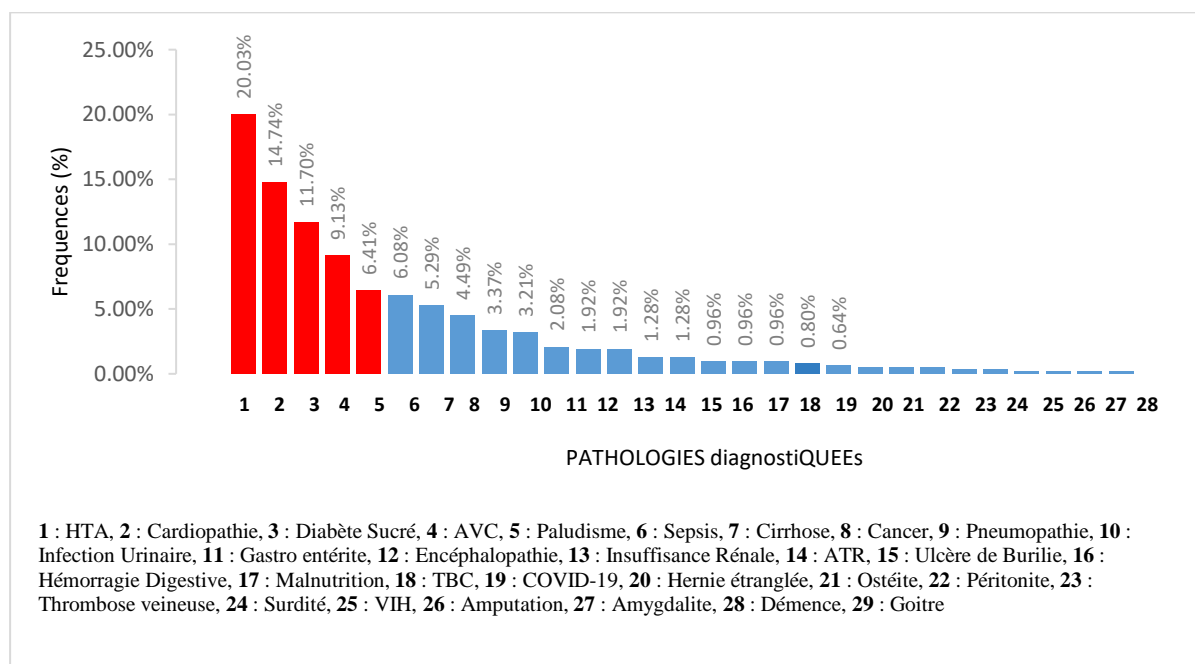


Figure 1. Distribution des anciens combattants et retraités militaires selon les pathologies diagnostiquées



Dans le cadre de la présente étude, 187 patients sur un total de 624 (soit 30 %) présentaient des pathologies associées. Les associations les plus fréquentes étaient les suivantes : Hypertension artérielle et diabète sucré (HTA-DS) 8,34 %,

Accident vasculaire cérébral et diabète sucré (AVC-DS) 3,04%, Sepsis et ulcère de Burili 2,88%, Cardiopathie et hypertension artérielle 2,24%. Cela est mis en évidence par la figure 2.

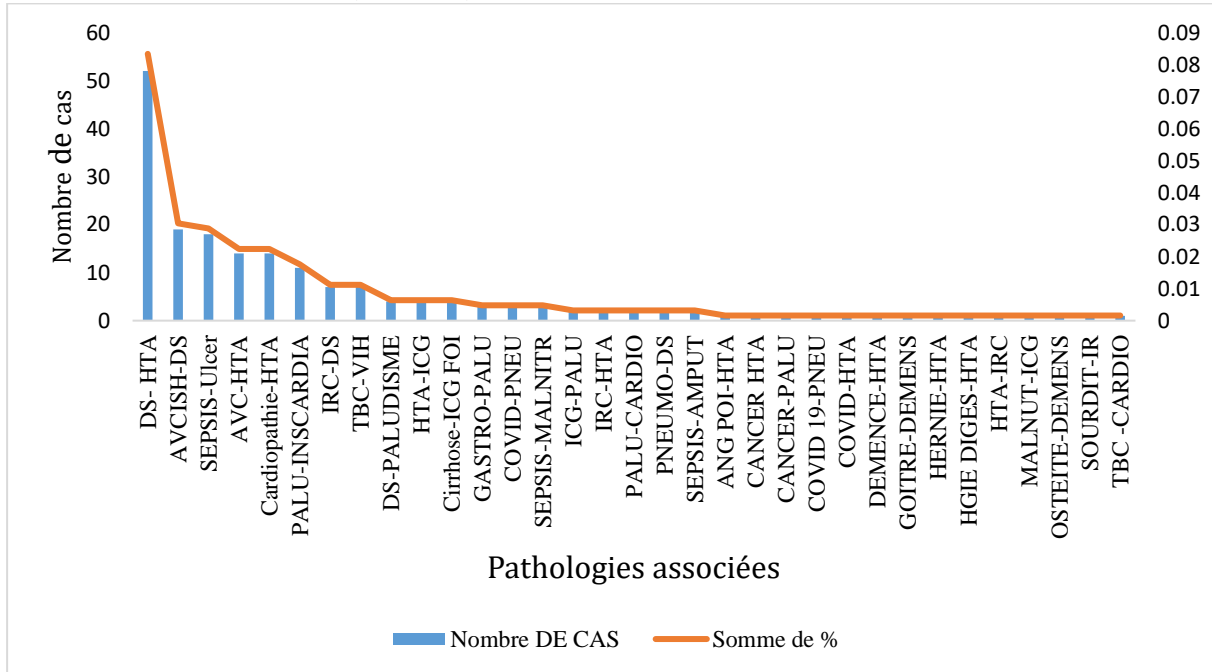


Figure 2. Distribution des anciens combattants et retraités militaires selon les pathologies associées

Facteurs associés à l'hypertension artérielle chez les anciens combattants et retraités militaires

En analyse bivariée, deux facteurs ont été identifiés comme étant significativement associés à l'hypertension chez les anciens combattants et les retraités militaires. Il s'agit du grade militaire avec les modalités suivantes : Officier subalterne (OR = 0,343, IC95 [0,153-0,768], p = 0,009) ; Sous-officiers (OR = 0,262, IC95 [0,151-0,453], p < 0,001) ; Officiers supérieurs (OR = 0,257, IC95 [0,087-0,757], p = 0,014).

De plus, le type de force militaire dans laquelle ils ont servi, en particulier la force aérienne, est également associé à l'hypertension (OR = 2,004, IC95 [1,129-3,560], p = 0,018).

En analyse multivariée, le grade militaire demeure le seul facteur significativement associé à l'hypertension artérielle chez les anciens

combattants et retraités militaires : Officier subalterne (OR = 0,290, IC95 [0,117-0,720], p = 0,008) ; Sous-officiers (OR = 0,186, IC95 [0,098-0,356], p < 0,001) ; Officiers supérieurs (OR = 0,246, IC95 [0,079-0,758], p = 0,015).

Le sexe masculin montre une tendance à une association avec l'hypertension après ajustement, mais cette association reste marginalement non significative (p = 0,056). Les autres caractéristiques n'ont montré aucune association significative.

En résumé, tous les grades supérieurs (officiers subalternes, sous-officiers, officiers supérieurs) présentent un risque significativement plus faible d'hypertension par rapport aux caporaux, même après ajustement, ce qui en fait des facteurs protecteurs. Les facteurs associés à l'hypertension artérielle sont résumés dans le tableau 2.



Tableau 2. Facteurs associés à l'hypertension artérielle chez les anciens combattants et retraités militaires

Variable	Analyse bivariée		Analyse multivariée	
	P	OR (IC à 95 %)	P	aOR (IC à 95 %)
Sexe				
Féminin		1		1
Masculin	0,226	1,564 (0,758-3,224)	0,056	2,134 (0,980-4,647)
Grade				
Caporal		1		1
Officier subalterne	0,009	0,343 (0,153-0,768)	0,008	0,290 (0,117-0,720)**
Sous-officiers	<0,001	0,262 (0,151-0,453)	<0,001	0,186 (0,098-0,356)***
Officiers supérieurs	0,014	0,257 (0,087-0,757)	0,015	0,246 (0,079-0,758)*
Tabac				
Non		1		1
Oui	0,583	0,893 (0,595-1,339)	0,678	1,120 (0,655-1,916)
Alcool				
Non		1		1
Oui	0,291	0,789 (0,508-1,225)	0,894	0,932 (0,332-2,615)
Type de force militaire servi				
Force Terrestre		1		1
Force aérienne	0,018	2,004 (1,129-3,560)*	0,122	1,664 (0,872-3,175)
Force Navale	0,651	1,113 (0,700-1,769)	0,260	1,343 (0,804-2,244)
Pathologie associée				
Non		1		1
Oui	0,227	0,774 (0,510-1,173)	0,578	0,871 (0,536-1,416)
Tranches d'Âges (ans)				
Moins de 75 ans		1,		1
75 à 84	0,708	0,735 (0,147-3,676)	0,315	0,162 (0,005-5,652)
85 à 94	0,979	1,022 (0,207-5,045)	0,563	0,354 (0,010-11,954)
95 et plus	0,672	0,700 (0,134-3,648)	0,440	0,252 (0,008-8,335)
Années de services				
Moins de 20 ans		1		1
20 à 30 ans	0,531	0,670 (0,191-2,348)	0,159	0,238 (0,032-1,754)
Plus de 30 ans	0,637	0,907 (0,604-1,361)	0,996	1,001 (0,634-1582)

OR = odd ratio, IC = intervalle de confiance

- . : marginalement significatif ($0,05 \leq p < 0,1$)

- * : significatif ($p < 0,05$)

- ** : très significatif ($p < 0,01$)

- *** : hautement significatif ($p < 0,001$)

Discussion

Personnels militaires féminins moins représentés, sous-officiers majoritaires parmi les anciens combattants et les années de services supérieurs à 30 ans

Dans le cadre de la présente étude, nous avons observé que la proportion de personnels militaires féminins parmi les anciens combattants et les retraités militaires était faible. Cette situation peut s'expliquer par le fait qu'à l'époque du recrutement pour la Seconde Guerre mondiale, les femmes n'étaient pas attirées par le service militaire. Les recruteurs privilégiaient la force physique, et les femmes étaient considérées comme physiquement moins aptes. Quelques

personnels féminins ont été recrutés de force, contre leur gré, notamment des religieuses provenant de couvents. Malgré les efforts de promotion de l'égalité des genres, la minorité des femmes dans l'armée congolaise persiste jusqu'à aujourd'hui. Un article en ligne mentionne que la proportion actuelle de femmes dans l'armée congolaise est de 2,5 % (12-13). En ce qui concerne les grades, nous avons constaté que les officiers subalternes étaient majoritaires parmi les anciens combattants et les retraités militaires. Cette situation s'explique par le fait qu'au moment du recrutement, l'accent était mis sur les subalternes qui devaient être au front. Par conséquent, ceux qui ont connu des promotions



se limitent davantage au rang des sous-officiers. Cette logique de recrutement est observée dans plusieurs pays à travers le monde (2). Enfin, nous avons relevé que certains anciens combattants et retraités militaires ont dépassé 30 ans de service. Il est important de noter que l'armée fonctionne selon un système contractuel avec ses recrues. Initialement, des contrats d'une durée de 5 à 10 ans étaient signés pour les premiers recrues de la force publique. Par la suite, les contrats ont évolué vers des carrières, mais la durée de service ne pouvait pas dépasser 30 ans ou l'âge de 65 ans. La retraite est officialisée par une ordonnance du Président de la République. Il arrive souvent que cette ordonnance soit signée bien après la période légale de retraite, ce qui explique ces dépassements. Cette réalité est également observée dans d'autres pays (14).

Morbidité prédominante chez les anciens combattants et retraités militaires

La morbidité parmi les anciens combattants et les retraités militaires en République démocratique du Congo (RDC) est caractérisée par la prévalence de certaines maladies, notamment l'hypertension artérielle, le diabète sucré, les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et le paludisme. Cette situation est probablement due aux conditions de vie difficiles que ces individus rencontrent, ainsi qu'au stress associé à la transition vers la vie après le service militaire (15). Malheureusement, le traitement médical qu'ils reçoivent est souvent insuffisant. Ces résultats mettent en évidence l'importance cruciale d'une prise en charge médicale et sociale adéquate pour ces anciens combattants et retraités militaires. Il est donc essentiel de développer des approches intégrées de soins de santé pour répondre à leurs besoins complexes. De plus, la présence de comorbidités est fréquente au sein de cette population, ce qui pose des défis supplémentaires en matière de gestion de la santé et du bien-être. La situation à Kinshasa, où un seul hôpital dessert 24 communes, rend l'accès aux soins difficile pour ceux qui vivent dans des zones éloignées et pour d'autres vétérans qui ne sont pas conscients de l'existence de cet hôpital.

Facteurs associés à l'hypertension artérielle chez les anciens combattants et retraités militaires

Les résultats de la présente étude montrent que certains facteurs comme le grade sont significativement associés à l'hypertension artérielle chez les anciens combattants et les retraités militaires en partie liée à l'avancement en âge et au sédentarisme. Les officiers

subalternes, les sous-officiers et les officiers supérieurs ont un risque significativement plus faible d'hypertension comparé aux caporaux. Cela peut être attribué à plusieurs raisons dont le fait que les officiers et sous-officiers peuvent avoir un meilleur accès aux soins de santé et à des ressources éducatives sur la gestion de la santé. Ils peuvent également bénéficier de meilleures conditions de travail et de moins de stress physique comparé aux caporaux. Ces résultats sont cohérents avec d'autres études qui ont montré que les niveaux hiérarchiques plus élevés dans les organisations militaires sont associés à de meilleures conditions de vie et de travail, réduisant ainsi le risque de maladies chroniques telles que l'hypertension. D'autres études antérieures ont également montré que le statut socio-économique et professionnel peut influencer la santé. Kario et son équipe ont démontré que les personnes occupant des postes avec plus de responsabilités et de meilleurs revenus avaient un meilleur contrôle de la pression artérielle, en raison de l'accès à des soins de santé de meilleure qualité et d'une plus grande prise de conscience des problèmes de santé (16-17).

En analyse bivariée, il a été observé que servir dans la force aérienne était associé à un risque accru d'hypertension. Cependant, cette association n'est pas restée significative après ajustement en analyse multivariée. Cela suggère que d'autres facteurs peuvent jouer un rôle plus déterminant. Ce résultat peut être en partie expliqué par les conditions de travail spécifiques et les exigences physiques et psychologiques différentes entre les forces terrestres, aériennes et navales. Les personnels des forces aériennes peuvent être exposés à des niveaux de stress différents, notamment liés aux missions aériennes et aux responsabilités associées à la gestion des équipements sophistiqués.

Bien que le sexe masculin montre une tendance à une association avec l'hypertension après ajustement, cette association reste marginalement non significative ($p = 0,056$). Cela peut être dû à une différence biologique dans la prévalence de l'hypertension entre les sexes, bien que d'autres facteurs tels que le style de vie et les habitudes de santé doivent être considérés. Les études antérieures ont également montré que les hommes ont généralement un risque plus élevé d'hypertension comparé aux femmes, probablement en raison de différences hormonales et de comportements liés à la santé.



Malgré ces résultats significatifs, l'étude présente certaines limites. La taille de l'échantillon rend difficile la généralisation des conclusions à l'ensemble de la population des anciens combattants et retraités militaires du pays. De plus, l'absence de certaines informations pertinentes non enregistrées a empêché la détermination de la mortalité dans ce groupe. Ces limitations soulignent la nécessité de recherches futures pour combler ces lacunes et fournir une image plus complète de la santé de cette population spécifique.

Conclusion

Les résultats de la présente étude révèlent que chez les anciens combattants et retraités militaires, les maladies non transmissibles surplombent les maladies transmissibles. Seul le grade a émergé comme le facteur significativement associé à l'hypertension artérielle de manière indépendante. Ces résultats soulignent l'importance de prendre en compte divers facteurs lors de l'évaluation de la morbidité chez les anciens combattants et retraités militaires. Cependant, il est essentiel de mener davantage de recherches pour mieux comprendre ces associations et élaborer des stratégies de prévention et de prise en charge adaptées.

Conflit d'intérêt

Aucun conflit d'intérêt n'est noté ni déclaré pour tous les auteurs en rapport avec cet article

Contribution des auteurs

Chaque auteur a contribué de manière significative à la conception (MKJ, BKD, LGL), la collecte des données (TMP, MKJ) l'analyse et l'interprétation des résultats (MKJ, BKD, LGL, KG, TMP). L'investigateur principal (MKJ) a rédigé la première version du manuscrit, qui a ensuite été révisée par tous les auteurs qui ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Remerciements

Nous adressons nos remerciements à toutes les personnes qui ont bien voulu participer à la présente étude ainsi qu'au personnel de l'Hôpital militaire des anciens combattant qui ont facilité la collecte des données.

Références

1. Martial, Mumba. La législation sur La détention et l'usage d'armes en République Démocratique du Congo : état de lieux et perspectives de Renforcement. *KAS African Law Study Library - Librairie Africaine d'Etudes Juridiques*. 2018 ; **5** (3):421-437.

2. Kalala I., Mulumba M., Sanga Kabamba E.. Autopsie Du Respect Des Principes Classiques Régissant les Services publics en République Démocratique du Congo ; *KAS African Law Study Library - Librairie Africaine d'Etudes Juridiques*. 2018 ; **5** (3):506-529. <https://doi.org/10.5771/2363-6262-2018-3-421>.
3. Ja B. Posttraumatic stress disorder and mortality among U.S. Army veterans 30 years after military service. *Ann Epidemiol*. apr 2006;**16** (4). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16099672/>
4. Stéphane Z., Lois et expériences dans l'entre-deux-guerres, des invalides aux handicapés, *Alter*, 2019; **13** (4):231-243, <https://doi.org/10.1016/j.alter.2019.08.004>. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1875067219301233>. ISSN 1875-0672.
5. Organisation Mondiale de la Santé (OMS); Maladies non transmissibles [Internet]. *WHO, Geneva, Suisse* 2020. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> [cité 3 nov 2023]
6. Hoge CW, Grossman SH, Auchterlonie JL, Riviere LA, Milliken CS, Wilk JE. PTSD treatment for soldiers after combat deployment: low utilization of mental health care and reasons for dropout. *Psychiatr Serv Wash DC*. 1 août 2014; **65** (8):997-1004.
7. Hoge CW, Auchterlonie JL, Milliken CS. Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *JAMA*. 1 mars 2006; **295** (9):1023-1032.
8. Brenner LA, Gutierrez PM, Cornette MM, Betthausen LM, Bahraini N, Staves PJ. A Qualitative study of potential suicide risk factors in returning combat veterans. *J Ment Health Couns*. 2008;**30** (3):211-225.
9. Brauman R. Situations d'exception en Médecine humanitaire. *In Paris cedex*



14. *Presses Universitaires de France*; 2018 ; 2(3):29-105. Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-medecine-humanitaire--9782130809234-p-29.htm> [cité 3 nov 2023].
10. Roy TC. Diagnoses and mechanisms of musculoskeletal injuries in an infantry brigade combat team deployed to Afghanistan evaluated by the brigade physical therapist. *Mil Med.* août 2011;176 (8):903-908.
11. Cornet Anne. Le soldat congolais dans la Grande Guerre. Un oublié de la propagande de guerre belge ?, *Outre-Mers*, 2016/1 (N° 390-391), p. 211-233. DOI : 10.3917/om.161.0211. URL : <https://www.cairn.info/revue-oultre-mers-2016-1-page-211.htm> [cité 6 nov 2023]
12. Ruffini Pierre-Bruno, « La diplomatie scientifique, entre enjeux mondiaux et intérêt national », *Hermès, La Revue*, 2018/2 (81) :101-109. DOI : 10.3917/herm.081.0101. URL : <https://www.cairn.info/revue-hermes-la-revue-2018-2-page-101.htm>.
13. Augé Axel. Le soldat congolais et la pédagogie du genre ; *Inflexions*, 2011/2 (N° 17), p. 139-146. DOI : 10.3917/infle.017.0139. URL : <https://www.cairn.info/revue-inflexions-2011-2-page-139.htm> [cité 30 nov 2023].
14. Gracieux C. Jeunesse et service militaire en France dans les années 1960 et 1970. Le déclin d'un rite de passage. In: *Jeunesse oblige. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France*; 2009:213-224. (Le Nœud Gordien). Disponible sur: <https://www.cairn.info/jeunesse-oblige--9782130566922-p-213.htm> [cité 8 nov 2023].
15. Vernay Michel, bonaldi Christophe, Grémy Isabelle. Les maladies chroniques : tendances récentes, enjeux et perspectives d'évolution. *Santé Publique*, 2015/HS (S1) : 189-197. DOI : 10.3917/spub.150.0189. URL : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-HS-page-189.htm>
16. Barbabella Francesco, Poli Arianna, Kostakis Ioannis, « Statut économique et participation sociale : effets sur la qualité de vie des personnes âgées fragilisées. Une étude transversale en Italie et en Grèce », *Retraite et société*, 2019/1 (81) :41-64. DOI : 10.3917/rs1.081.0041. URL : <https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2019-1-page-41.htm>.
17. Mogi M, Maruhashi T, Higashi Y, Masuda T, Nagata D, Kario K, et al. Update on Hypertension Research in 2021. *Hypertens Res.* 2022 Aug;45 (8):1276-1297. doi: 10.1038/s41440-022-00967-4. Epub 2022 Jul 5. PMID: 35790879; PMCID: PMC9255494.

Voici comment citer cet article : Muajima JB, Kapour G, Twende PM, Linguiss LSG, Bompangue DN. Profil épidémiologique, morbidité prédominante chez les anciens combattants et retraités militaires : analyse rétrospective d'une série des cas de 1969 à 2022. *Ann Afr Med* 2024; 17 (4): e5676-e5684. <https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v17i4.10>