



HAL
open science

Évaluation de la prévalence de l'hypertension artérielle masquée en population gériatrique

Marine Oechslin

► **To cite this version:**

Marine Oechslin. Évaluation de la prévalence de l'hypertension artérielle masquée en population gériatrique. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03664820

HAL Id: dumas-03664820

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03664820>

Submitted on 11 May 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par
Marine OECHSLIN

Le vendredi 15 avril 2022

Evaluation de la prévalence de l'hypertension artérielle masquée en population
gériatrique

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Cédric LE GUILLOU

JURY

Président :

Madame le Professeur Florence LECLERCQ

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Cédric LE GUILLOU

Madame le Docteur Laetitia GERONIMI-ROBELIN

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par
Marine OECHSLIN

Le vendredi 15 avril 2022

Evaluation de la prévalence de l'hypertension artérielle masquée en population
gériatrique

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Cédric LE GUILLOU

JURY

Président :

Madame le Professeur Florence LECLERCQ

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Cédric LE GUILLOU

Madame le Docteur Laetitia GERONIMI-ROBELIN

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022
PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	NAVARRO Maurice
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	NAVRATIL Henri
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	OTHONIEL Jacques
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	PAGES Michel
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PEGURET Claude
ASTRUC Jacques	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PELISSIER Jacques
AUSSILLOUX Charles	D'ATHIS Françoise	KLEIN Bernard	PETIT Pierre
AVEROUS Michel	DEMAILLE Jacques	LAFFARGUE François	POUGET Régis
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LALLEMANT Jean Gabriel	PUJOL Henri
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAMARQUE Jean-Louis	RABISCHONG Pierre
BALDET Pierre	DUBOIS Jean Bernard	LAPEYRIE Henri	RAMUZ Michel
BALDY-MOULINIER Michel	DUJOLS Pierre	LEROUX Jean-Louis	REBOUL Jean
BALMES Jean-Louis	DUMAS Robert	LESBROS Daniel	RIEU Daniel
BANSARD Nicole	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	ROCHEFORT Henri
BAYLET René	ECHENNE Bernard	LORIOT Jean	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BILLIARD Michel	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	SAINT AUBERT Bernard
BLARD Jean-Marie	FRAPIER Jean-Marc	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANCHO-GARNIER Hélène
BLAYAC Jean Pierre	FREREBEAU Philippe	MARTY ANE Charles	SANY Jacques
BLOTMAN Francis	GALIFER René Benoît	MATHIEU-DAUDE Pierre	SEGNARBIEUX François
BONNEL François	GODLEWSKI Guilhem	MEYNADIER Jean	SENAC Jean-Paul
BOURGEOIS Jean-Marie	GRASSET Daniel	MICHEL François-Bernard	SERRE Arlette
BOUSQUET Jean	GUILHOU Jean-Jacques	MION Charles	SOLASSOL Claude
BRUEL Jean Michel	GUI TER Pierre	MION Henri	TOUITOU Isabelle
BUREAU Jean-Paul	HEDON berbard	MIRO Luis	VIDAL Jacques
	HERTAULT Jean		VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	LANDAIS Paul	ZANCA Michel
BASTIEN Patrick	LARREY Dominique	
BLANC François	LE QUELLEC Alain	
BONAFE Alain	MARES Pierre	
BOULENGER Jean-Philippe	MAUDELONDE Thierry	
BOURREL Gérard	MAURY Michèle	
BRINGER Jacques	MESSNER Patrick	
CLAUSTRES Mireille	MILLAT Bertrand	
COMBE Bernard	MONNIER Louis	
DAURES Jean-Pierre	MOURAD Georges	
DAUZAT Michel	PREFAUT Christian	
DAVY Jean-Marc	PUJOL Rémy	
DEDET Jean-Pierre	RIBSTEIN Jean	
ELEDJAM Jean-Jacques	SCHVED Jean-François	
GROLLEAU RAOUX Robert	SULTAN Charles	
GUERRIER Bernard	TOUCHON Jacques	
GUILLOT Bernard	UZIEL Alain	
JONQUET Olivier	VOISIN Michel	

Docteurs Emerites

PRAT Dominique
PUJOL Joseph

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CANOVAS François	Anatomie
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOENIG Michel	Génétique
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire

LABAUGE Pierre	Neurologie
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges- Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie

CAMU William	Neurologie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie

MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie

PU-PH de 2ème classe

BOBBIA Xavier	Médecine d'urgence
BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie

IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LATTUCA Benoît	Cardiologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Claire	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière

VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
RICHARD Bruno	Médecine palliative

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BARATEAU Lucie	Physiologie
BERGOUIGNOUX Anne	Génétique
BOETTO Julien	Neurochirurgie
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DESHAYES Emmanuel	Biophysique et médecine nucléaire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénéréologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOUZI Farès	Physiologie
HERBAUX Charles	Hématologie, transfusion
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
LEVEQUE Maude	Parasitologie et mycologie
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maitres de Conférences des Universités

Maîtres de Conférences hors classe

BERNEX Florence	Physiologie
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences

LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérôme

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

MINET Mathilde

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

Praticiens Hospitaliers Universitaires

CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
ROCH Benoît	Pneumologie, addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BRINGER-DEUTSCH Sop	DJANIKIAN Flora	LE MOINE DONY Marie-Christine	RIDOLFO Jérôme
AGUILHON Sylvain	BRINGUIER BRANCHEREDONNADIEU-RIGOLE Hélène	LETERTRE Simon		RIPART Sylvie
AKKARI Mohamed	BRISOT Dominique	FAIDHERBE Jacques	LOPEZ Régis	RONGIERES Michel
ALRIC Jérôme	BRONER Jonathan	FATTON Brigitte	LUQUIENS Amandine	ROULET Agnès
AMEDRO Pascal	CADE Stéphane	FAUCHERRE Vincent	MANZANERA Cyril	RUBENOVITCH Josh
AMOUROUX Cyril	CAIMMI Davide Paolo	FAURE Elsa	MARGUERITTE Emmanuel	SANTONI Fannie
ANTOINE Valéry	CARR Julie	FILLERON Anne	MARTIN Lucille	SASSO Milène
ARQUIZAN Caroline	CARTIER César	FILLOLS Mélanie	MATTATIA Laurent	SCHULDINER Sophie
ATTALIN Vincent	CASPER Thierry	FITENI Frédéric	MEROUEH Fadi	SEGURET Fabienne
AYRIGNAC Xavier	CASSINOTTO Christophe	FOURNIER Philippe	MEYER Pierre	SENESSE Pierre
BADR Maliha	CATHALA Philippe	GAILLARD Nicolas	MICHEL Moïse	SERRE Jean-Emmanuel
BAIS Céline	CAZABAN Michel	GALMICHE Sophie	MILESI Christophe	SKALLI EI Medhi
BARBAR Saber Davide	CHARBIT Jonathan	GENY Christian	MORAU Estelle	SOLA Christelle
BASSET Didier	CHEVALLIER Thierry	GERONIMI Laetitia	MORQUIN David	SOULLIER Camille
BATIFOL Dominique	CHEVALLIER-MICHAUD	JGINIES Patrick	MOSER Camille	SOUKSI MEDIONI Isabelle
BATTISTELLA Pascal	COLIN Olivier	GRECO Frédéric	MOUSTY Eve	STOEBNER DELBARRE Anne
BAUCHET Luc	CONEJERO Ismael	GUEDJ Anne Marie	MOUTERDE Gaël	TEOT Luc
BELL Ariane	CONSEIL Mathieu	GROSSIN Delphine	PANSARD Nicole	THIRION Marina
BENEZECH Jean-Pierre	CORBEAU Catherine	GUYON Gaël	PERNIN Vincent	TUNEZ Virginie
BENNYS Karim	COROIAN Flavia-Oana	HEDON Christophe	PERRIGAULT Pierre François	VACHIERY-LAHAYE Florence
BERNARD Nathalie	COUDRAY Sarah	HENRY Vincent	PEYRON Pierre-Antoine	VERNES Eric
BERTCHANSKY Ivan	CRANSAC Frédéric	JAMMET Patrick	PICARD Eric	VIALA Maurice
BIBOULET Philippe	CUNTZ Danielle	JEDRYKA François	PICOT Marie Christine	VINCENT Laure
BIRON-ANDREANI Christine	DARDALHON Brigitte	JREIGE Riad	PIERONI Laurence	WAGNER Laurent
BLANC Brigitte	DAVID Aurore	KINNE Mélanie	POQUET Hélène	WALTHER LOUVIER Ulrike
BLANCHARD Sylvie	DE BOUTRAY Marie	LABARIAS Coralie	PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
BLANCHET Catherine	DE LA TRIBONNIÈRE Xav	LABORDE Caroline	PUPIER Florence	
BLATIERE Véronique	DEBIEN Blaise	LACAMBRE Mathieu	QUANTIN Xavier	
BOBBIA Xavier	DELPONT Marion	LANG Philippe	RAFFARD Laurence	
BOGE Gudrun	DENIS Hélène	LAZERGES Cyril	RAPIDO Francesca	
BOURRAIN Jean Luc	DEVILLE de PERIERE Gil	LE GUILLOU Cédric	RIBRAULT Alice	
BOUYABRINE Hassan	DI CASTRI Alberto	LEGLISE Marie Suzanne	RICHAUD-MOREL Brigitte	

Remerciements

Aux membres du Jury,

A **Madame le Professeur Florence LECLERCQ**, je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury. Je vous suis reconnaissante de m'avoir aiguillée dans le choix de mon sujet de thèse. Merci pour ce que vous m'avez apportée. Votre rigueur et votre savoir sont inspirants.

A **Monsieur le Docteur Cédric LE GUILLOU**, je te remercie d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse et de m'avoir guidée. J'en suis honorée. Merci pour ta confiance, ton soutien, ta bienveillance et ta patience. Merci pour ta franchise. Je suis fière de bientôt intégrer ton équipe et de pouvoir continuer à m'épanouir en tant que gériatre. J'espère un jour te convertir aux Stan Smith (homemade), tu verras elles sont très confortables !

A **Madame le Docteur Laetitia GERONIMI-ROBELIN**, je te remercie d'avoir accepté de rejoindre mon jury au pied levé, j'en suis très touchée. Merci de m'avoir épaulée au cours de ces mois passés, merci pour ton partage d'expérience et ton apprentissage. J'ai hâte de pouvoir passer cette nouvelle étape à tes côtés. J'en profite pour te remercier de nous avoir sponsorisé pour les vacances, même si la rando avec portage d'enfant ça n'est pas de tout repos...

Aux personnels médicaux et paramédicaux que j'ai croisé sur ma route,

Au « **MILAP** », qui m'a accueillie pour mon premier semestre en tant qu'interne. Merci à **Ninon, Carine, Marie et Manon**, vous m'avez soutenue et aidée à entrer dans la cour des « Grands ». Votre bonne humeur et vos conseils m'ont permis de progresser. Merci à **Marie**, ma compatriote Dijonnaise, avec qui j'ai pu partager mes doutes et mes faiblesses. Ce semestre n'aurait pas été le même sans toi. Merci à **Simon**, qui m'a aidée à prendre mon envol et qui a souvent amorti les premières chutes. Merci également au **Professeur RIBSTEIN**, au **Professeur FESLER** et à **Camille** pour votre bienveillance.

A la **Cardiologie A**, aussi intense qu'intéressante. Merci à **Maïa** et à **David**, pour ces quelques mois chargés en coro programmées et en Clopi ! Merci de m'avoir permis de prendre le large quand la pandémie a envahi l'hôpital. Merci à **Pierre**, pour tes bonnes blagues, tes imitations de Gilbert Montagné et ta bienveillance, je suis ravie de te retrouver à Nîmes (promis j'arrêterai de pleurer dans ton bureau...).

A **Balmes**, qui m'a permis de découvrir une autre gériatrie. Merci à **Sara**, urgentiste au grand cœur, qui m'a donnée tous ses bons plans cuisine et maison. A **Sarah** avec qui j'ai partagé chocolats et cours de boxe. A **Seb** pour ton chill légendaire. A **Emmanuelle**, pour m'avoir fait rêver avec ton projet. A **Guillaume** pour ton savoir et ta gentillesse. A **Arielle** pour m'avoir fait découvrir Papoum.

Au **SMIT**, à ce dernier semestre loin de la gériatrie, au gout si particulier. Merci à **Tayma**, reine des boutures du Pavillon 3 (que j'ai enfin rempotées), à **Laura**, passionnée et attachante, un soupçon déjantée, à **Steven**, à ta douceur et ta gentillesse. Merci à **Paulo**, aussi calé en Jordans qu'en économie du Zvicefta, pour m'avoir fait rire (et pour abandonner sa maman de temps en temps). Merci à **Myriam**, pour ta gentillesse sans égal et pour avoir été une oreille attentive. Merci à **Edouard**, pour nos délires, pour m'avoir laissé mieux te connaître. Merci à **Aurélie, Paul, Romaric** pour votre bonne humeur et ce que vous m'avez appris. Merci également au **Professeur Sotto**.

A la « **Med Gér** », à ces semestres passés et aux futurs à venir. Merci à mes co-internes avec qui je n'aurais jamais autant ri au travail (le self s'en souvient encore). A **Sandira, Murielle, Éléonore** et **Cécile**. A **Djalel** pour nos discussions de jeunes parents. A **Pierrick**, aux côtés de qui j'ai autrefois partagé des entrées. A **Théo** et **Dorine** que j'ai récemment rencontré, pour votre bonne humeur. A **Chloé**, de co-interne à cheffe, merci pour ton rire et pour ton soutien. Merci à **Delphine, Coralie, Fanny, Fannie, Amélie, Mailys, Caroline, Ariane, Valery, Maurice**, auprès de vous j'ai découvert la gériatrie que je souhaitais exercer. Merci pour votre bienveillance et votre joie, pour ce que vous m'avez apportée sur le plan professionnel et personnel. Grâce à vous, venir à l'hôpital le matin devient (presque) agréable je suis heureuse de bientôt travailler à vos côtés. Merci à **Justine** et **Chloé**, pharmaciennes de renom.

A mes co-internes de gériatrie, certains devenus chefs,

A notre chouette promo ! A **Mailys**, merci pour les soirées rires (... péniche sur la Seine ...) et pour nos confidences, un jour on arrivera de nouveau à grimper ensemble. A **Céline**, pour ta fraîcheur et ta simplicité, merci de toujours voir le positif. A **Jeanne** et à **Jessie** pour votre joie communicative. A **Ibra**, pour la danse et les bons sons.

Merci à **Camille** et **Mylène** rencontrées au détour d'un congrès, pour votre spontanéité et nos meetings potins, j'ai trouvé en vous des femmes à l'humour aussi fin (et aussi drôle) que le mien. A **Manuela**, mon « exemple », pour ton sourire à toute épreuve (merci pour les tricots et les échos !), à **Nadia**, pour ton altruisme et ta tendresse, à **Prune** pour ton franc parler, à **JB**, pour ta disponibilité.

Merci à **Adrien**, pour ton humanité (et tes talents de bricoleur !), on continuera à partager des bonnes bouteilles (et de folles courses poursuites dans les rues nîmoises, mais plus de planning de gardes...). A **Sofiane**, le plus externe des internes (sans stétho), ton phlegme à toutes épreuves force l'admiration. A **Georgie**, pour ta sensibilité et pour ta passion, tu es une personne en or. A **Nathalie**, pour tes playlists Afro House. Vous êtes de superbes rencontres.

Merci à **Vincent**, « partner in crime » dans le « glow up » de la gériatrie en Occitanie (non sans mal). Tu es un médecin brillant et engagé, j'ai de la chance de partager cette aventure avec toi (et tes playlists bad bitch).

A **Chloé**, à **Elsie**, à **Louise**, à **Sophie**, et à *tous ceux que je ne cite pas ici*, à tous les pious-pious de notre belle famille de Normacoleurs et de MMSeurs, Merci de former cette super team !

Mention spéciale à Sofiane, Maïlys et Manon sans qui ce travail n'aurait pas pu voir le jour, merci pour votre aide.

A l'Internat Saint-Elove et à mes rencontres de Montpellier,

A nos soirées de rires et de larmes en rentrant de nos services à 21h ou sur nos repos de gardes, autour d'une barquette, d'une semoule à la vanille ou d'une bière. Merci pour ces premiers souvenirs. Merci à **Solenn** pour son beurre salé et ses petits zibouibouis, à **Lucas** pour nos footings, à **Malory** pour nos rocks acrobatiques, à **PA**, à **Lazare** et **Simon** pour tous ces bons moments, bons sons et boissons. Merci à **Camille** pour ta folie. A **Gwendo** et **Clément** le couple emblématique, **Kevin** sponsor officiel aspirateur, à **Clément**, à **Romane**, à **Angélique**.

A **Lina**, mon coup de cœur. Pour nos danses endiablées, nos potins, nos soirées. Nos différences nous rassemblent. Tu rayannes et égayes mon quotidien. Merci pour ton énergie à toutes épreuves, merci pour nos délires et tes « Ah boooooon » Je n'imagine plus ma vie dans le sud sans toi. A **Dimi**, pour tes bons délires.

A **Guigui**, je suis admirative de ton indépendance. Merci pour ton soutien et ta simplicité. Malgré le temps, rien ne change. Et je suis ravie que **Micka** intègre notre petite équipe. Peut-être arrivera-t-on à matter une série entière un jour ensemble ?

A **Quentin**, pour tous nos duos K-marò / Tragédie, à nos battles de break dance et nos parties de Yanif. Merci de m'avoir attendue dans la poudreuse, merci de me faire rire. T'es un tonton zinzin plutôt sympa finalement...

A **Vincent** et **Krystelle**, merci pour ces bons moments montpelliérains et réunionnais passés à vos côtés.

A **Dodo**, merci pour ta grandeur d'âme et ton humour. Tu es une des plus belles personnes que j'ai pu rencontrer par ici. Et merci à **Jerem**, pour avoir fait partie de la famille, pour ta simplicité et ta maturité. Vous êtes des amours.

A **Hachis** (Antoine pour les intimes), ton sérieux et ton savoir contrastent avec ta folie. Les soirées n'ont jamais été aussi riches en conneries qu'avec toi. Cette blague de Lapeyronie restera une des - Best Joke Ever -. Merci de me faire autant rire.

A **Selma**, ma Princesse du Sahara, mi-Marocaine/mi-Algérienne (à ne pas divulguer), ma cointerne, ma collègue, merci de partager autant de moments de ma vie. Les karaokés sur Leslie et Amine n'auront jamais été aussi bien vécus qu'en ta présence. Je suis contente de continuer à partager mon quotidien encore quelques temps avec toi (même si tu resteras toujours de la Tour D...).

A **Nessrine**, grande gueule au grand cœur. Je crois que nos histoires de vie se rejoignent souvent, c'est sans doute pour ça qu'on se comprend si bien. Merci pour ta générosité, pour ta confiance, pour nos partages d'histoires de frères et sœurs.

A **Mélo**, tu es la seule qui comprenne aussi bien les blagues à rallonge...Premier semi couru à tes cotés et quelle fierté ! L'internat nous a un peu éloignées physiquement, tu manques à mon quotidien ! Merci pour ta joie de vivre (et pour ne pas être une Rabat-la-Joie).

A **Elsa**, mon petit chat, un château gonflable et un manche à balais ont scellé le début d'une jolie complicité. C'est à toi que j'ai confié mes premières questions existentielles montpelliéraines, merci d'avoir été de si bons conseils. Je suis heureuse de t'avoir dans ma vie.

A **Manon**, la force tranquille, les bons délires, le style à toute épreuve (à moitié volé à **Sophie**...). Te rencontrer à l'internat avait déjà été un plaisir, mais partager avec toi ces semestres m'a permis d'encore plus te découvrir. Merci pour ton écoute et ton soutien, merci pour ta bonne humeur au quotidien.

A Dijon, à ces années de fac,

A **Pauline**, quelques mots ne peuvent pas résumer mon aventure dijonnaise à tes côtés. Je n'imagine pas une vie sans toi, merci pour ta présence, merci pour les rires mais aussi parfois les pleurs. Merci pour ces partages et pour ta générosité. J'espère pouvoir encore vivre de belles aventures à tes côtés.

A **Cyrielle**, la gentillesse à l'état pur, ton humour n'a d'égal que ton bon gout (#ABBA). Tu es une personne douce et sincère, et je suis fière d'avoir la chance de te connaître. A **Béni**, le plus humain des cardiologues (et c'est dire !). Merci pour ton altruisme, tu es le savant mélange entre l'intelligence et la simplicité. J'ai adoré ces années passées à vos côtés et j'espère pouvoir en compter de nombreuses autres.

A **Marie**, mon évidence. Notre lien est unique et inexplicable. Merci de m'épauler et d'être un soutien sans faille. Nos aventures sont indescriptibles, tu es et as été un réel repère dans ma vie, je ne l'imagine pas sans toi. Tu es une femme extraordinaire, forte et inspirante. Un jour on partira ensemble en vacances avec nos deux familles.

A **Clémence**, mon bébé Clémou, le plus cute des chats noirs. Je pense qu'à chaque fois qu'on est allées courir il y avait une tempête de pluie qui se pointait (j'exagère à peine). De la gynéco à la cardio, on aura quand même de belles années d'externat. Merci pour tous ces bons moments, et pour les prochains.

A **Jeanne**, pour nos sessions BU et nos aventures à l'autre bout du monde. L'internat nous a éloignées, mais je n'oublie rien de ce qu'on a vécu. Merci pour ça.

A **Julia**, pour nos destins liés. Si on avait voulu écrire un livre, on n'aurait pas pu inventer nos histoires. Merci pour ton soutien dans les bons comme dans les mauvais moments quand nos vies ont été retournées. Merci aussi pour toutes ses soirées, à parler, souvent accompagnées d'un verre à pied. Pour les festivals, pieds dans le sable et dans l'eau. Merci également à **Alban** pour ta finesse et ton calme (MDR) mais surtout pour avoir rendu mon amie heureuse et pour avoir accueilli **Solal**. Vraiment hâte de vous coller devant un match de foot avec Ben et les gosses pour une soirée entière avec Juju...

A **Alexandre**, merci pour toutes ces années. Si j'en suis là aujourd'hui c'est aussi grâce à toi.

A ma **Team Dancelife**, à Océane, à Alex, à Margaux, à Charline mais également à Anne, pour toutes ces merveilleuses heures de rires, de concours et de spectacles. Merci !

A **Noémie**, je sais que faire ma maline ne sert à rien... Merci pour toutes ces années, je sais que les suivantes seront faites du même acabit. Notre amitié est une évidence pour moi, de près comme de loin.

A la Famille RIMET,

A **Cécile, Vincent, Camille et Math**. Merci pour votre accueil et votre générosité. Vous êtes un réel soutien. Je me sens bien parmi vous, j'ai de la chance de vous avoir.

A ma formidable Famille, mon Clan,

Papa, je suis fière des origines que tu nous as transmis. Tu es mon exemple, par ta force et par ton amour, pour tout ce que tu as vécu et pour tout ce que tu nous offres. Il paraît que j'ai ton caractère, ça explique pas mal de chose... Merci pour tout ! Je t'aime

Maman, tu m'impressionnes quotidiennement par ton courage. Tu nous as tout donné, il est grand temps de penser à toi. Je suis fière de toi, fière d'être ta grande fille. Merci de m'avoir écoutée et soutenue, merci de m'aider à grandir quotidiennement. Je t'aime

A **Amélie**, Madame ma sœur. Aussi différentes que complémentaires, je suis fière de notre lien. Je suis admirative de ton intelligence, tu es une femme forte. Je suis ravie que tu te rapproches du camp sudiste, parce que ton filleul ne jure que par toi ! Je t'aime

A **Sarah**, ma petite puce. J'avoue ne pas toujours comprendre pourquoi tu fais la gueule, mais ça me fait beaucoup rire. Tu avances dans ta petite vie, je suis fière de te toi, de te voir indépendante et épanouie. Avec tes chats, ne les oublions pas. Je t'aime

A **Mickaël**, ma ptite tête de pioche. Nos rapports sont parfois conflictuels, mais sache que je suis extrêmement fière de l'homme que tu deviens. Tu as le courage de tes opinions et les force de tes convictions. Tu restes mon petit frère préféré. Je t'aime. A **Stéphanie**, tu fais partie de la famille et je suis contente de pouvoir partager de plus en plus de moments avec toi.

A **Alexia**, mon tout petit bébé devenu grand. Je te vois encore minuscule, mais tu deviens une belle femme affirmée et indépendante. Te voir sourire est un bonheur (quand tu sors de ta chambre) et je suis fière de pouvoir multiplier nos échanges. Je t'aime

A **Benoit**, mon Amour, que dire ? Si je devais résumer mon internat, je te citerais toi uniquement. Tu es là depuis le premier jour, et tu seras là pour célébrer le dernier. Tout ce qu'on vit n'est qu'évidence. Tu m'as supportée (et ce n'est pas rien !), soutenue, canalisée. Tu m'as fait grandir, évoluer, je deviens meilleure à tes côtés. Tu es rare, tu es une chance. Une personne merveilleuse, qui me fais rire au quotidien. Tu es la gentillesse incarnée. Tu es un papa parfait. Chaque instant de vie vécu à tes côtés est meilleur. Merci pour tout, si j'en suis là, c'est grâce à toi. Bientôt je porterai ton nom, et dire que j'en suis fière est un euphémisme. J'ai hâte de tout avec Toi. Je t'aime infiniment.

A **Milo**, mon Soleil au quotidien, mon Fils. Merci d'avoir changé ma vie. Je n'ai pas gagné en point de sommeil depuis quelques mois, mais ce que tu m'apportes au quotidien ne se mesure pas. Tu es malicieux et intrépide, joyeux et attentionné. Si tu as la délicatesse de ta mère (oups...), heureusement, tu as la curiosité et l'intelligence de ton père. Je suis fière d'être ta maman et je te dédis les mots qui suivront pour que tu puisses être fier de moi. N'oublie jamais que je serai toujours là. Tu me combles de bonheur. Je t'aime plus que tout au monde.

Table des matières

A.	Introduction	25
I.	L'hypertension artérielle	26
a.	Définition.....	26
b.	Complications	26
c.	Epidémiologie	27
II.	Hypertension artérielle masquée	27
a.	Connaissances	27
b.	Recommandations.....	28
III.	Troubles neurocognitifs vasculaires.....	29
a.	Généralités	29
b.	Mise en évidence.....	29
c.	Troubles neurocognitifs dits « mixtes ».....	30
IV.	Notre étude	30
B.	Matériels et méthodes.....	31
I.	Objectif de notre étude.....	31
II.	Site de l'étude et autorisation.....	31
III.	Population étudiée	31
IV.	Diagnostic d'HTA masquée	32
V.	Autres données recueillies	32
VI.	Méthode d'analyse des données	33
C.	Résultats.....	34
I.	Population étudiée	35
II.	Population analysée.....	36
III.	Résultats intermédiaires	37
D.	Discussion	38
E.	Conclusion	41
F.	Références bibliographiques	43



G. Annexes.....	46
H. Serment.....	50

Abréviations

HTA : HyperTension Artérielle

TNC : Troubles NeuroCognitifs

PA : Pression Artérielle

MAPA : Monitoring Ambulatoire de la Pression Artérielle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CPP : Comité de Protection des Personnes

HDJ : Hôpital De Jour

GDS : Geriatric Depression Scale

REDCap : Research Electronic Data Capture

ISRAA : Inhibiteur du Système Rénine Angiotensine Aldostérone

FA : Fibrillation auriculaire

IDM : infarctus du myocarde

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

DT2 : Diabète de type 2

DFG : Débit de Filtration Glomérulaire

CKD-EPI : Chronic Kidney Disease Epidemiology collaboration

ESC : European Society of Cardiology

ESH : European Society of Hypertension

A. Introduction

L'hypertension artérielle (HTA) est une pathologie chronique multifactorielle. Il s'agit d'une pathologie silencieuse, dont le diagnostic est souvent fortuit.

Elle est le principal facteur de risque modifiable de morbidité et de mortalité dans le monde (1). Sa prise en charge peut notamment réduire le risque de morbi-mortalité cardio-vasculaire sur le long terme et notamment diminuer la survenue des accidents vasculaires cérébraux (2).

Il a également été démontré qu'une tension artérielle élevée augmente le risque de développer des troubles neurocognitifs (TNC) (3). Or les TNC sont la première cause de dépendance lourde du sujet âgé, leurs conséquences sur la qualité de vie des malades et leur coût pour la société sont majeurs. Il n'existe à ce jour aucun traitement curatif pour cette pathologie. Actuellement la prise en charge des syndromes démentiels et apparentés repose sur deux principes : la prévention par une meilleure prise en charge des facteurs de risque (4), et la prise en charge médico-sociale des déficiences et des symptômes une fois la maladie installée.

En 2019, l'enquête européenne European Union – Statistics on Income and Living Conditions (UE – SILC) révélait que la France se situait à la première position dans l'Union européenne des 27 (ex aequo avec l'Espagne) en termes d'espérance de vie à 65 ans. Cependant, elle était en septième position pour les femmes et en neuvième position pour les hommes en matière d'espérance de vie sans incapacité à 65 ans, c'est-à-dire sans réduction des activités de la vie quotidienne liée à un problème de santé. Avec le vieillissement de la population, il existe un intérêt à un meilleur contrôle de la tension artérielle dans toutes ses dimensions. On sait que le dépistage précoce ainsi que la prise en charge de l'HTA contribuent à l'allongement de l'espérance de vie en meilleure santé (5).

L'ensemble de ces données plaident pour une amélioration de la prise en charge de l'HTA dans son ensemble. Dans ce travail nous allons nous intéresser plus particulièrement à l'HTA masquée dont le dépistage et la prise en charge pourraient devenir un enjeu de santé primaire. En effet, cette entité définie par la présence d'une pression artérielle normale lors de la consultation et élevée en dehors du cabinet médical, est peu connue et donc peu recherchée. Elle constituerait un risque cardiovasculaire non négligeable. Elle est fréquemment associée à un développement insidieux d'atteintes d'organes médié par l'hypertension artérielle (6). La systématisation du dépistage de cette pathologie, même en population gériatrique, pourrait aider à prévenir la dépendance et les complications cardio-vasculaires.

I. L'hypertension artérielle

a. Définition

L'hypertension artérielle est un des principaux motifs de consultation en médecine de ville, mais également en consultation spécialisée. Elle ne se guérit pas mais peut être prise en charge avec des règles hygiéno-diététiques et la mise en place de traitements médicamenteux.

Elle est définie comme une tension artérielle systolique supérieure ou égale à 140 mmHg et/ou une tension artérielle diastolique supérieure ou égale à 90 mmHg.

La tension artérielle est par ailleurs considérée comme étant « normale haute » quand elle est mesurée entre 130 et 139 mmHg de systolique et 85 et 89 mmHg de diastolique (3).

Dans plus de 90 % des cas, l'HTA est dite essentielle contre 10 % de cas d'HTA secondaire (liée à une pathologie rénale par exemple).

La prévalence de l'HTA augmente avec l'âge. Lors du vieillissement normal, celui-ci s'accompagne d'une perte de distensibilité des artères élastiques, ce qui entraîne obligatoirement une augmentation de la pression artérielle systolique. L'HTA systolique isolée est un problème fréquent chez la personne âgée. Mais il a été démontré que peu importe l'âge du patient hypertendu, une meilleure prise en charge de sa tension artérielle réduirait le risque d'évènements cardiovasculaires (7,8).

b. Complications (9)

L'HTA peut entraîner de nombreuses complications, pouvant atteindre plusieurs organes :

- Complications cardiologiques :
 - Insuffisance cardiaque, ventriculaire gauche majoritairement (sur un cœur à la fois dilaté et hypertrophié)
 - Cardiopathies ischémiques
 - Fibrillation auriculaire
 - Complications artérielles liées à l'athérosclérose

On note également des troubles du rythme passés inaperçus et découverts lors d'enregistrements prolongés.

- Complications rénales :
 - Néphropathie vasculaire

- latrogénie liée aux traitements anti-hypertenseurs

- Complications neurologiques
 - Accident vasculaire cérébral ischémique : transitoire ou constitué
 - Hémorragie cérébrale, méningée, parfois cérébro-méningée
 - Encéphalopathie hypertensive
 - Lacune cérébrale
 - Rétinopathie hypertensive
 - Troubles neurocognitifs vasculaires et mixtes

c. Epidémiologie

En 2016 en France, environ 20 % des patients hypertendus n'étaient pas traités et 50 % des patients hypertendus traités n'atteignaient pas les objectifs de pression artérielle contrôlée (3).

Si les taux de traitement et d'équilibre de l'hypertension se sont améliorés dans la plupart des pays depuis 1990, ils ne dépassent pas 50 % dans le monde (10).

II. Hypertension artérielle masquée

a. Connaissances

La surveillance de la pression artérielle (PA) au cabinet ne reflète malgré tout que partiellement le profil tensionnel des patients. L'évolution des pratiques a mis en évidence la meilleure corrélation entre le Monitoring Ambulatoire de la Pression Artérielle (MAPA) et les risques cardiovasculaires (11). Puis l'apparition des tensiomètres oscillométriques a permis le développement de l'automesure tensionnelle. Elle consiste en une surveillance de la tension artérielle par le patient ou une tierce personne, à l'aide d'un tensiomètre, comme en cabinet. Cette méthode est moins onéreuse et permet une plus grande implication du patient dans sa prise en charge.

Quatre catégories peuvent alors être mises en évidence :

- Normotension (PA au cabinet et PA en dehors du cabinet normale)
- Hypertension artérielle permanente (PA au cabinet et PA en dehors du cabinet élevées)
- HTA dite « Blouse Blanche » (PA élevée au cabinet mais PA en dehors du cabinet normale).
- HTA dite « Masquée » (PA en dehors du cabinet élevée mais PA au cabinet normale).

Figure 1. Classification des patients en fonction de leurs mesures de PA au cabinet et en dehors du cabinet.

PA au cabinet normale	Hypertension Blouse Blanche 15-25 %	Hypertension permanente
	Normotension	Hypertension Masquée 10-20 %
	normale	élevée
	Automesure ou MAPA	

Recommandations 2021 de la Société Européenne d'Hypertension artérielle pour la mesure de la pression artérielle au cabinet et en dehors du cabinet

L'HTA blouse blanche et l'HTA masquée sont fréquentes tant chez les personnes non traitées que chez celles dont l'hypertension est traitée.

L'HTA masquée concerne les patients normotendus en consultation, mais qui sont hypertendus au domicile. Elle serait présente dans environ 15% des cas (5). Sa fréquence serait plus élevée chez les personnes avec une PA normale haute (130-139/85-89 mmHg) que chez celles dont la PA au cabinet est plus basse. Initialement, elle ne concernait que les patients ne présentant pas d'HTA, puis elle a été étendue aux patients hypertendus traités qui sont équilibrés en consultation, qui ne le sont plus à la maison.

Elle est définie comme une tension artérielle systolique moyenne (sur les tensions des 24h) supérieure ou égale à 135 mmHg et/ou une tension artérielle diastolique moyenne supérieure ou égale à 85 mmHg au domicile.

L'HTA masquée augmenterait le risque de présenter des évènements cardio-vasculaires (6).

b. Recommandations

Actuellement, il est fortement recommandé de procéder à une évaluation de la PA en dehors du cabinet médical dans deux situations :

- En présence d'une PA systolique comprise entre 130 et 139 mmHg, et une PA diastolique comprise entre 85 et 99 mmHg,

- En présence d'une PA normale basse avec la présence de complications attribuables à une hypertension artérielle.

Il est alors suggéré de préférer l'automesure à la MAPA pour des raisons pratiques, économiques et pour augmenter l'adhésion du patient à sa prise en charge (en dehors d'indication franche à l'utilisation de la MAPA, comme la recherche d'une mesure de la PA nocturne).

La gestion de l'hypertension artérielle masquée n'est jusqu'à présent que peu étayée avec une incitation à la modification du mode de vie. Envisager un traitement médicamenteux se discutera au cas par cas.

III. Troubles neurocognitifs vasculaires

a. Généralités

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les troubles neurocognitifs touchent 50 millions de personnes dans le monde. Le nombre total de personnes atteintes de cette maladie devrait atteindre 82 millions en 2030 et 152 millions d'ici 2050 (12).

Les troubles neurocognitifs vasculaires sont la deuxième forme la plus fréquente de troubles neurocognitifs (après la maladie d'Alzheimer). Elle représente un groupe hétérogène d'altérations cognitives d'origine vasculaire (13). Définie autrefois selon les critères NINDS-AIREN [National Institute for Neurological Disorders and Stroke-Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences] (14), il s'agit d'un diagnostic clinique et radiologique, difficile à établir.

Le concept de troubles neurocognitifs vasculaires a encore évolué après les publications du DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- 2013) et des critères VASCOG (15,16).

b. Mise en évidence

Les TNC vasculaires sont la conséquence de pathologies cardio-vasculaires et d'atteintes des vaisseaux. Ils résultent généralement de plusieurs petits infarctus cérébraux (ou parfois d'hémorragies), mais peuvent également être la conséquence d'un

accident vasculaire cérébral unique. Ils peuvent être prévenus avec une prise en charge précoce des facteurs de risque, notamment de l'hypertension artérielle (17).

La clinique varie en fonction de la localisation des atteintes. Il existe une perte précoce des fonctions exécutives (fonctions qui interviennent dans les activités de planification, d'organisation, et de gestion de multitâches), des troubles de la mémoire (avec des oublis fréquents) et un ralentissement idéo-moteur. On pourra également remarquer des éléments de dépression, d'irritabilité et d'apathie.

c. Troubles neurocognitifs dits « mixtes »

La maladie d'Alzheimer est la forme la plus commune de TNC. Elle est caractérisée par des lésions neurodégénératives. Les facteurs de risque cardio-vasculaires peuvent jouer un rôle dans l'apparition tardive de cette pathologie.

Les lésions dégénératives de type Alzheimer peuvent également coexister avec des lésions vasculaires, particulièrement chez les personnes âgées. Cette entité est appelée « troubles neurocognitifs mixte ». La détérioration cognitive en présence d'une maladie d'Alzheimer associée à des infarctus cérébraux serait d'ailleurs plus avancée qu'en leur absence (18). Mais le diagnostic de TNC mixte reste complexe.

Le traitement préventif de cette pathologie repose sur la prise en charge des facteurs de risques cardio-vasculaires.

IV. Notre étude

La prise en charge de l'hypertension artérielle réduit la morbi-mortalité, notamment cardiovasculaire. Mais l'hypertension artérielle est encore insuffisamment diagnostiquée. Et sa prise en charge lorsqu'elle l'est, reste à ce jour insuffisante.

La recherche d'une hypertension artérielle en consultation est devenue une pratique courante en médecine de ville, mais la recherche d'une hypertension artérielle masquée à domicile est peu réalisée. En effet l'hypertension artérielle masquée est peu consensuelle, souvent méconnue, en dépit de l'augmentation des données dans la littérature. Son dépistage et sa prise en charge restent flous en population gériatrique.

Avec le vieillissement de la population, la prise en charge précoce de cette pathologie pourrait permettre une meilleure prise en charge de l'HTA dans sa globalité, ce qui suppose une meilleure prévention des troubles neurocognitifs vasculaires, et donc de la perte d'autonomie.

B. Matériels et méthodes

I. Objectif de notre étude

Nous avons cherché à évaluer la prévalence de l'hypertension artérielle masquée en population gériatrique, en l'absence de décompensation aigue.

II. Site de l'étude et autorisation

Il s'agit d'une étude observationnelle prospective, bi-centrique menée sur les centres hospitalo-universitaires (CHU) de Montpellier et de Nîmes.

Après présentation du protocole de l'étude devant le bureau de la Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation (DRCI) le 7 juin 2021 au CHU de Nîmes, notre étude a été soumise au Comité de Protection des Personnes (CPP) EST qui a rendu un avis favorable le 30 juillet 2021. Dossier 21.01352.000010 – ID RCB N° 2021-A01726-35.

Une demande de prolongation du CPP a été accordée le 10 mars, pour une durée supplémentaire d'un an, afin de pouvoir poursuivre les inclusions.

III. Population étudiée

Il s'agit de patients âgés d'au moins 75 ans, normotendus, c'est-à-dire une PA strictement inférieure à 140/90 mmHg, admis en hôpital de jour (HDJ) gériatrique dans le cadre d'hospitalisations programmées à partir du lundi 18 octobre 2021 au CHU de Nîmes et du lundi 8 novembre 2021 au CHU de Montpellier.

Etaient exclus les patients dans l'incapacité de réaliser les mesures tensionnelles : par manque de matériel (absence de tensiomètre) ou par absence d'aide extérieure pouvant les réaliser (infirmier libéral ou entourage aidant), ainsi que les patients dans l'incapacité

de réaliser la passation des différents tests (dépistage des troubles cognitifs par une MoCA ou d'une dépression par une GDS 15 items).

Une note d'information de non opposition adéquate est remise au patient ou à son représentant légal, après information orale et éclairée.

Les patients inclus sont ensuite recensés sur le site internet Inclusio ©.

IV. Diagnostic d'HTA masquée

Les patients inclus bénéficient de mesures tensionnelles réalisées aux deux bras lors de leur passage en HDJ. Le bras présentant la PA la plus élevée était celui retenu pour la réalisation des mesures tensionnelles au domicile.

La recherche d'une HTA masquée est réalisée par le biais d'automesures, par le patient lui-même ou par un tiers, à l'aide d'un tensiomètre oscillométrique à brassard huméral, selon « La Règle des 3 » :

- 3 prises tensionnelles successives au niveau huméral (même niveau que le cœur) le matin avant traitement, assis après 5 minutes de repos
- 3 prises tensionnelles successives au niveau huméral (même niveau que le cœur) le soir entre le dîner et le coucher, assis après 5 minutes de repos
- Pendant 3 jours consécutifs

Les patients ou les personnes ayant réalisé les mesures tensionnelles sont recontactés par téléphone pour le recueil de ces mesures.

Le diagnostic est porté lorsque la moyenne des mesures tensionnelles est supérieure à 135/85 mmHg.

V. Autres données recueillies

Chaque patient réalise au cours de son passage en hôpital de jour une Montréal Cognitive Assessment (MoCA) afin de mettre en évidence des troubles neurocognitifs (19–21). Cet outil de dépistage rapide évalue l'attention, la concentration, les fonctions exécutives, la mémoire, le langage, les capacités visuoconstructives, les capacités d'abstraction, le calcul et l'orientation. Pour chaque patient nous avons également réalisé

un questionnaire, la Geriatric Depression Scale (GDS) 15 items, qui est une échelle gériatrique de dépistage des troubles thymiques (22,23). Le but était de mettre en évidence une dépression, qui pourrait interférer avec les résultats de la MoCA ou être la conséquence d'une HTA.

Les antécédents cardio-vasculaires sont également recueillis : HTA traitée ou non, fibrillation auriculaire, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, diabète de type 2.

L'hypotension orthostatique est également recherchée, ainsi que la présence d'une intoxication éthylo-tabagique.

VI. Méthode d'analyse des données

Les données sont initialement recueillies grâce à un questionnaire papier lors du passage en HDJ remis au médecin réalisant la consultation. Puis elles sont saisies sur le site internet REDCap (Research Electronic Data Capture).

Une première analyse des données permettra la description de la population totale.

Les variables quantitatives seront exprimées en moyenne et écart-type ou en médiane et quartiles. Les variables qualitatives seront exprimées en effectif et pourcentage.

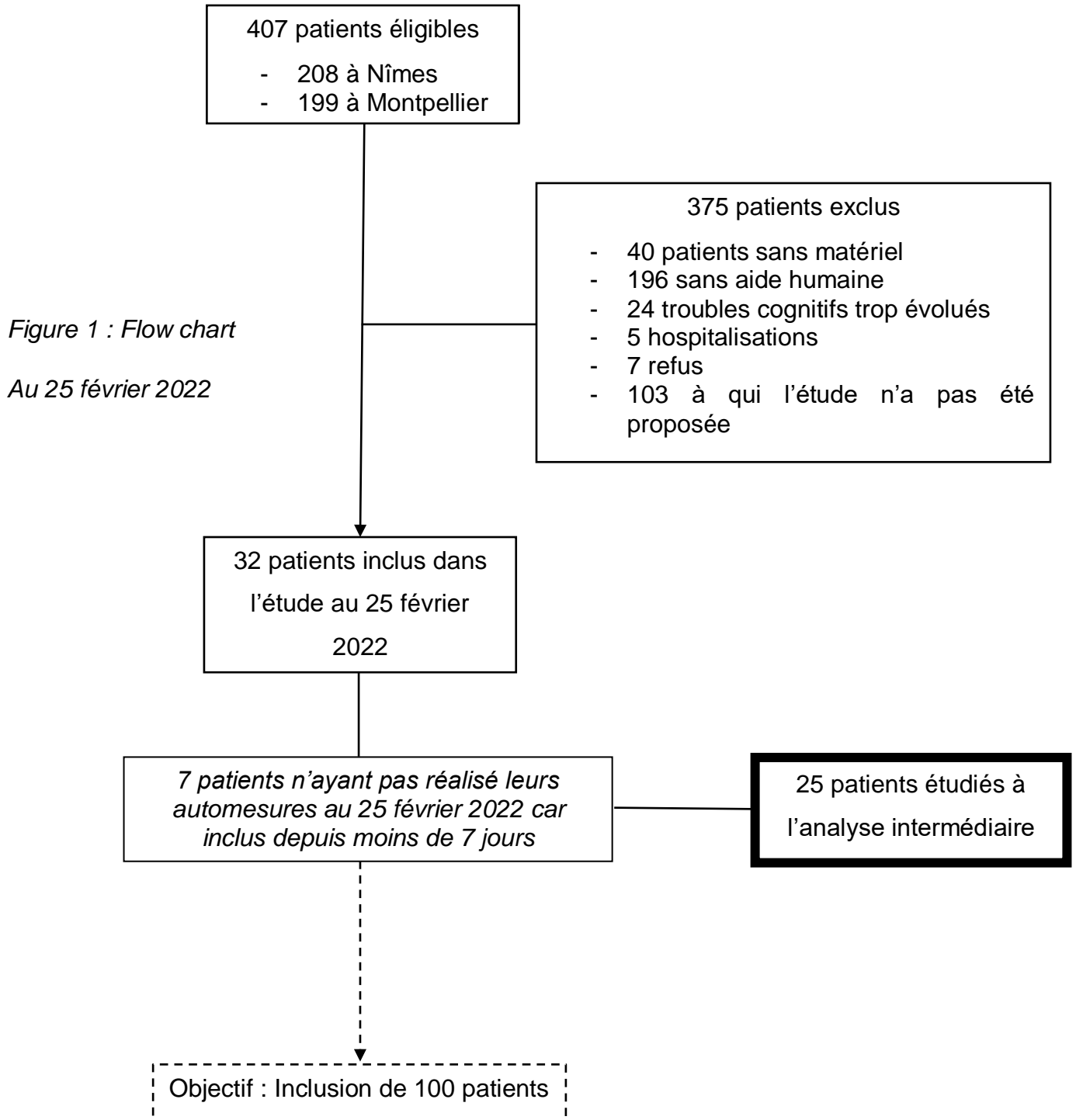
L'analyse du critère de jugement principal est une estimation de la prévalence de l'HTA masquée qui sera faite comme suit :

Nombre de patients ayant une HTA masquée / nombre total de patients

Le nombre de sujets nécessaires a été estimé à 100 patients. En supposant (selon les recommandations de l'ESC/ESH 2018) que la prévalence de l'hypertension artérielle masquée soit de 15 %, le recrutement de 100 patients permettra d'estimer cette prévalence avec une précision de 7%.

Un intervalle de confiance de cette estimation sera calculé lorsque le nombre de sujets nécessaire sera atteint.

C. Résultats



I. Population étudiée

Parmi près de 700 patients ayant été admis en hôpital de jour gériatrique pour une hospitalisation programmée, 407 patients étaient normotendus et âgés d'au moins 75 ans : 208 au CHU de Nîmes entre le lundi 18 octobre 2021 et le vendredi 25 février 2022 et 199 au CHU de Montpellier entre le lundi 8 novembre 2021 et le vendredi 25 février 2022.

196 patients ont été exclus car ils ne pouvaient pas réaliser les automesures, par absence de passage infirmier ou d'une tierce personne, et 40 par absence de tensiomètre. 24 présentaient des troubles cognitifs trop avancés empêchant la passation des tests et/ou la compréhension des consignes. 5 ont présenté une décompensation aigue nécessitant une hospitalisation suite à leur passage en HDJ, et 7 patients ont refusé.

L'étude n'a pas été proposée à 103 d'entre eux.

II. Population analysée

Age (année)														
Moyenne		85,4												
Ecart type		4,3												
Range (Min ; Max)		77 ; 96												
Sexe														
	Femme	11 (44%)	Homme	14 (56%)										
HTA traitée														
	Oui	22 (88%)	Non	3 (12%)										
		<table border="0" style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"> <tbody> <tr> <td>Bétabloquant</td> <td>11 (50%)</td> </tr> <tr> <td>Inhibiteur calcique</td> <td>9 (41%)</td> </tr> <tr> <td>Inhibiteur du SRAA</td> <td>12 (55%)</td> </tr> <tr> <td>Diurétiques thiazidiques</td> <td>6 (27%)</td> </tr> <tr> <td>Autre</td> <td>3 (14%)</td> </tr> </tbody> </table>			Bétabloquant	11 (50%)	Inhibiteur calcique	9 (41%)	Inhibiteur du SRAA	12 (55%)	Diurétiques thiazidiques	6 (27%)	Autre	3 (14%)
Bétabloquant	11 (50%)													
Inhibiteur calcique	9 (41%)													
Inhibiteur du SRAA	12 (55%)													
Diurétiques thiazidiques	6 (27%)													
Autre	3 (14%)													
	<i>Si oui, par quel traitement</i>													
Fibrillation auriculaire														
	Oui	11 (44%)	Non	14 (56%)										
Infarctus du myocarde														
	Oui	8 (32%)	Non	17 (68%)										
Accident vasculaire cérébral														
	Oui	2 (8%)	Non	23 (92%)										
Diabète de type 2														
	Oui	6 (24%)	Non	19 (76%)										
Insuffisance rénale chronique														
	Oui	18 (72%)	Non	7 (28%)										
		<table border="0" style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"> <tbody> <tr> <td>< 15 (stade 5)</td> <td>0 (0%)</td> </tr> <tr> <td>15-29 (stade 4)</td> <td>3 (17%)</td> </tr> <tr> <td>30-44 (stade 3B)</td> <td>7 (39%)</td> </tr> <tr> <td>45-59 (stade 3A)</td> <td>4 (22%)</td> </tr> <tr> <td>60-89 (stade 2)</td> <td>4 (22%)</td> </tr> </tbody> </table>			< 15 (stade 5)	0 (0%)	15-29 (stade 4)	3 (17%)	30-44 (stade 3B)	7 (39%)	45-59 (stade 3A)	4 (22%)	60-89 (stade 2)	4 (22%)
< 15 (stade 5)	0 (0%)													
15-29 (stade 4)	3 (17%)													
30-44 (stade 3B)	7 (39%)													
45-59 (stade 3A)	4 (22%)													
60-89 (stade 2)	4 (22%)													
	<i>Si oui, DFG CKD-EPI (ml/min/1.73m²)</i>													
Consommation de tabac														
	Oui	8 (32%)	Non	17 (68%)										
		<table border="0" style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"> <tbody> <tr> <td>Oui</td> <td>8 (100%)</td> </tr> <tr> <td>Non</td> <td>0 (0%)</td> </tr> </tbody> </table>			Oui	8 (100%)	Non	0 (0%)						
Oui	8 (100%)													
Non	0 (0%)													
	<i>Si oui, tabagisme sevré</i>													
Consommation d'alcool														
	Oui	2 (8%)	Non	23 (92%)										
Hypotension orthostatique														
	Oui	4 (16%)	Non	21 (84%)										

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée

25 patients ont été inclus pour cette étude intermédiaire (Tableau 1). Ils avaient une moyenne d'âge de 85,4 ans, et 14 étaient des hommes (56%).

Plusieurs comorbidités cardio-vasculaires ont été étudiées. 22 patients étaient traités pour une HTA (88%), majoritairement par des bêtabloquants et des inhibiteurs du système rénine-angiotensine-aldostérone (ISRAA). 11 présentaient une fibrillation auriculaire (FA) (44%) et 8 un infarctus du myocarde (IDM) (32%). 2 patients rapportaient un accident vasculaire cérébral (AVC) (8%) dans leurs antécédents, et 6 un diabète de type 2 (DT2) (24%). 18 patients (72%) souffraient d'une insuffisance rénale chronique avec un débit de filtration glomérulaire (DFG) CKD-EPI < 90 ml/min/1.73m², avec principalement un DFG compris entre 30 et 44 ml/min/1.73m² pour 7 d'entre eux (39%).

Du point de vue du mode de vie, 8 patients ont déjà fumé (32%), tous sevrés, et 2 consommaient activement de l'alcool (8%).

4 patients ont présenté une hypotension orthostatique lors de leur passage en HDJ.

Concernant les différents tests, la médiane de la GDS 15 items est à 3 (IQR 2 ; 5) et la médiane de la MOCA est à 20 (IQR 7 ; 25).

	Médiane	IQR (q1 – q3)
GDS 15	3	2 - 5
MOCA	20	7 - 25

Tableau 2 : Tests

III. Résultats intermédiaires

Sur les 32 patients inclus au 25 février 2022, 25 avaient pu réaliser leurs automesures. Parmi ces patients, 9 ont été diagnostiqués avec une hypertension artérielle masquée, soit 36%.

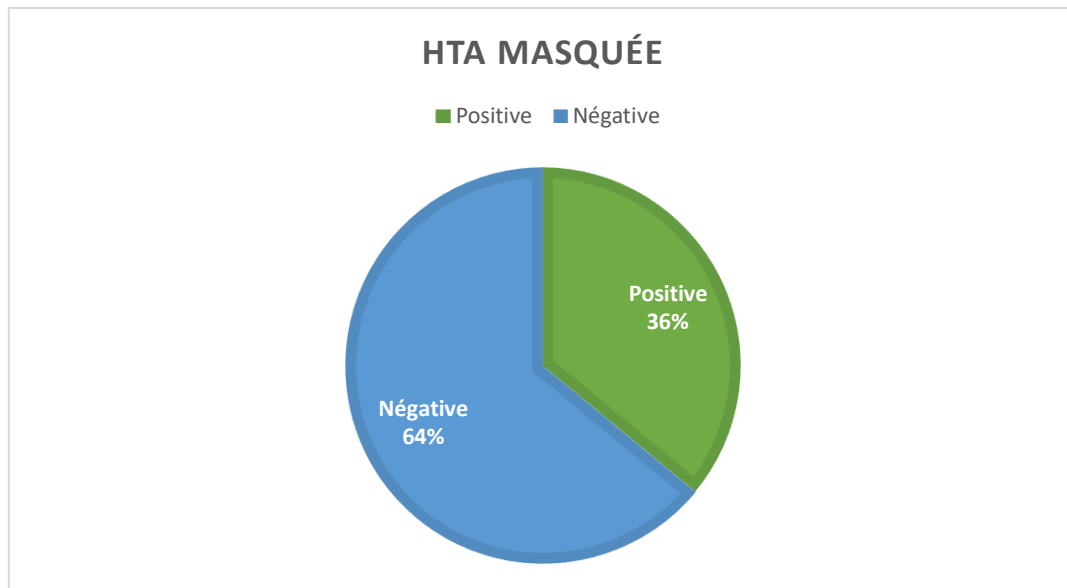


Figure 2 : HTA masquée

D. Discussion

Cette étude observationnelle prospective n'a pas permis d'inclure un nombre suffisant de patients depuis son initiation, avec actuellement seulement un quart du nombre de sujets nécessaires atteint. Les résultats présentés sont provisoires et ne révèlent tout au plus qu'une tendance.

Une des difficultés rencontrées pour le recrutement des sujets est liée à la pandémie SARS-CoV2. Elle a eu un impact négatif sur les possibilités d'inclusions, avec une réduction des hospitalisations dans les hôpitaux de jour de Nîmes et de Montpellier, par déprogrammations ou annulations. Elle a également un impact sur la gestion des patients hospitalisés, allongeant les durées de prise en charge à l'hôpital à cause des contraintes qui y sont liées (désinfections, gestes barrières, habillage et déshabillage). De même la surcharge de travail des IDE libéraux durant l'épidémie de SARS-COV 2 et la nécessité de limiter les contacts ont représenté un frein pour l'inclusion des malades ayant besoin d'un tiers pour la réalisation des mesures. La réalisation de la MoCA et de la GDS 15 items entraînaient également des consultations plus conséquentes qu'en temps normal, pouvant expliquer la complexité d'inclure des patients.

Par ailleurs nous avons décidé d'exclure les malades qui ne pouvaient pas réaliser les tests ce qui constitue a posteriori un biais de sélection. En effet la présence de troubles cognitifs majeurs, n'excluent pas l'HTA masquée.

La présence d'une hypertension artérielle lors du passage en hôpital de jour entraînait une exclusion d'office. La plus grande limite à l'inclusion est la possibilité de réalisation des automesures au retour à domicile. En effet, les patients en mesure de comprendre les consignes devaient être équipés d'un tensiomètre adapté ou y avoir accès pour les nécessités de l'étude, ce qui n'était pas le cas pour une partie d'entre eux. Pour les patients dans l'incapacité de comprendre ou de retenir les consignes, ils devaient bénéficier d'un passage infirmier, ou de la présence d'une personne apte à réaliser les mesures. Or un tiers des patients ne disposaient pas de l'entourage humain pouvant les réaliser. Le nombre important de sujets exclus est un reflet des difficultés rencontrées pour la prise en charge des patients gériatriques. Parfois isolés socialement, parfois dépendants sur le plan cognitif et/ou moteur avec la nécessité d'une assistance qu'elle soit professionnelle ou personnelle. La nécessité de mise en place d'aides à domicile est primordiale pour le suivi et le contrôle des patients et de leurs pathologies, avec un rôle clef des soignants. Néanmoins, la réalisation d'une surveillance tensionnelle à domicile n'est pas un acte valorisé, ce qui peut représenter un frein à l'intervention d'un infirmier libéral. En résumé la dépendance plus fréquente en population gériatrique entraîne, comme pour tous les soins, un allongement du temps de réalisation des automesures et peut, de fait, constituer une limite à l'inclusion dans une étude comme la nôtre.

Malgré ce faible nombre de patients inclus, ces résultats intermédiaires évaluent la prévalence de l'HTA masquée à 36%. Elle peut être majorée par la taille de l'échantillon, mais est supérieure à celle retrouvée dans les dernières recommandations de la société européenne de cardiologie (ESC) et la société européenne d'hypertension (ESH) estimée à 15% (5), ce qui est en accord avec nos attentes. Cette différence peut être expliquée par une moyenne d'âge plus élevée dans notre étude (85 ans), l'hypertension artérielle pouvant être liée au vieillissement, alors que la prévalence connue est définie pour tous les adultes confondus (adultes âgés de plus de 18 ans).

Ces premiers résultats révèlent par contre une nette majorité de patients hypertendus traités (88%), équilibrés lors de leur passage en HDJ. Compte-tenu du nombre de patients hypertendus masqués, un nombre important a de fait pour antécédent une hypertension artérielle traitée et peut être considéré comme étant hypertendu non

contrôlé masqué. Cette donnée peut être en partie expliquée par l'appréhension d'une iatrogénie engendrée par une majoration des traitements anti-hypertenseurs. Notons cependant que dans notre étude, malgré le nombre de patients hypertendus traités, seulement 4 patients (soit 16%) ont présenté un test d'hypotension orthostatique positif en HDJ, ce qui ne suggère pas une iatrogénie induite par les traitements. Cette donnée n'a pas été recherchée de manière précise pour notre étude, mais l'hypertension artérielle non contrôlée masquée pourrait être présente chez 30% des patients hypertendus traités et équilibrés en consultation (24), en partie mise en évidence avec des mesures nocturnes que nous n'avons pas recherchées. Aussi, nous pourrions envisager la recherche d'une HTA non contrôlée masquée plus spécifiquement en se basant sur des mesures diurnes, en réalisant des automesures à domicile de manière plus systématique chez les patients connus hypertendus et traités (25), comme le suggère les recommandations de l'HAS (4) et de la Société Européenne d'Hypertension Artérielle (1), avec une adaptation des thérapeutiques plus strictes.

72% des patients comptent une insuffisance rénale chronique dans leurs antécédents, avec un DFG CKD-EPI inférieur 90 ml/min/1.73 m², mais supérieur à 15 ml/min/1.73 m². Ces données appuient le fait que l'hypertension artérielle et a fortiori l'hypertension artérielle masquée favorisent les atteintes organiques, notamment rénales (26).

En fonction des résultats obtenus avec le nombre de sujets nécessaires, il pourrait être intéressant de rechercher plus spécifiquement un lien entre une HTA masquée et les facteurs de risque d'HTA. Par exemple, sachant que la pathologie la plus souvent associée à la fibrillation auriculaire, est l'hypertension artérielle, nous pourrions axer le dépistage chez les patients porteurs d'une FA.

La GDS 15 items indique une forte probabilité de dépression lorsqu'elle est comprise entre 5 et 9. Lorsqu'elle est supérieure à 10, la dépression est presque toujours présente (22,23). Les patients présentant une HTA masquée ont un risque plus élevé de développer une dépression (27). Notre étude montre une majorité de patients a priori non déprimés, mais sans préciser la présence ou non d'une HTA masquée.

Les atteintes cognitives mises en évidence avec la passation de la MoCA se répartissent en trois groupes. Les atteintes légères entre 18 et 25 points. Les atteintes modérées entre 10 et 17 points et les atteintes sévères en dessous de 10 (19–21). Au moins 75% des patients présentaient une MoCA altérée dans notre étude avec un troisième quartile à

25. La présence d'une HTA masquée entraîne principalement des tests cognitifs altérés. Cependant, la MoCA n'est pas significativement associée à la présence d'une HTA masquée (28). Ce constat est appuyé par le fait que nos inclusions ont été faites parmi une population initiale sélectionnée en hôpital de jour gériatrique. Or une partie des patients inclus y consulte pour troubles de la mémoire. Nous pouvons donc penser qu'une recherche de l'hypertension artérielle masquée en population gériatrique générale pourrait mettre en évidence une moyenne de MoCA supérieure à celle que nous avons retrouvée.

Les perspectives pour cette étude sont une poursuite des inclusions et l'approfondissements de ces résultats préliminaires. Pour cela une demande de prolongation du CPP a été faite et accordée le 10 mars 2022.

Si l'évaluation de la prévalence de l'HTA masquée confirme cette tendance, il pourra être intéressant d'envisager un dépistage systématique afin de se rapprocher des conditions de vie réelle. Et notamment chez les patients gériatriques hypertendus traités. Afin d'optimiser le contrôle de la tension artérielle au domicile et d'adapter de manière plus précise la prise en charge médicamenteuse, tout en tenant compte de la iatrogénie.

Cette recherche permettra également de prévenir les complications cardio-vasculaires, et notamment les atteintes neurocognitives. Le tout dans une optique de réduction de la dépendance et une augmentation de l'espérance de vie en bonne santé. Il pourrait s'agir d'un axe important de recherche en santé primaire.

E. Conclusion

Dans notre étude, les résultats intermédiaires semblent mettre en évidence une prévalence de l'hypertension artérielle masquée plus élevée que celle estimée jusqu'à présent sous réserve d'un faible nombre de patients étudiés, mais dans une population plus âgées.

L'étude retrouve également une grande partie des patients hypertendus et traités, non équilibrés au domicile. Cela pourrait révéler une proportion non négligeable de patients hypertendus résistants aux traitements.

Cette tendance, si elle se précisait, pourrait suggérer un intérêt au dépistage plus systématique de l'HTA masquée, et notamment de l'HTA non contrôlée masquée afin d'améliorer la prise en charge et l'optimisation des traitements, offrant des perspectives positives en termes de santé publique. Le suivi régulier des chiffres de pression artérielle à domicile pourrait s'appuyer sur les nouvelles technologies utilisées en télésurveillance et s'inscrire ou compléter un des programmes de surveillances des malades à domicile sur le modèle du PRADO par exemple. Comme toujours le dépistage et la prise en charge de cette pathologie devront s'appuyer sur une collaboration étroite entre le spécialiste, le médecin traitant, et le malade (ou ses proches). Au vu des potentiels risques iatrogènes, il sera primordial d'associer les pharmaciens dans cette prise en charge.

Ces résultats suggèrent donc un intérêt à la poursuite des inclusions afin d'affiner ces résultats sur un plus gros échantillon. L'objectif à atteindre est de 100 sujets.

F. Références bibliographiques

1. Stergiou GS, Palatini P, Parati G, O'Brien E, Januszewicz A, Lurbe E, et al. 2021 European Society of Hypertension practice guidelines for office and out-of-office blood pressure measurement. *J Hypertens.* juill 2021;39(7):1293- 302.
2. Staessen JA, Gasowski J, Wang JG, Thijs L, Den Hond E, Boissel JP, et al. Risks of untreated and treated isolated systolic hypertension in the elderly: meta-analysis of outcome trials. *Lancet Lond Engl.* 11 mars 2000;355(9207):865- 72.
3. Forette F, Seux ML, Staessen JA, Thijs L, Birkenhäger WH, Babarskiene MR, et al. Prevention of dementia in randomised double-blind placebo-controlled Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) trial. *Lancet Lond Engl.* 24 oct 1998;352(9137):1347- 51.
4. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 10 avr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2059286/fr/prise-en-charge-de-l-hypertension-arterielle-de-l-adulte
5. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J.* 1 sept 2018;39(33):3021- 104.
6. Fagard RH, Cornelissen VA. Incidence of cardiovascular events in white-coat, masked and sustained hypertension versus true normotension: a meta-analysis. *J Hypertens.* nov 2007;25(11):2193- 8.
7. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, Staessen JA, Liu L, Dumitrascu D, et al. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med.* 1 mai 2008;358(18):1887- 98.
8. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R, Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet Lond Engl.* 14 déc 2002;360(9349):1903- 13.
9. CNEC - Collège National des Enseignants de Cardiologie | Société Française de Cardiologie [Internet]. [cité 10 avr 2022]. Disponible sur: <https://sfc cardio.fr/cnec-college-national-des-enseignants-de-cardiologie>

10. Zhou B, Carrillo-Larco RM, Danaei G, Riley LM, Paciorek CJ, Stevens GA, et al. Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *The Lancet*. sept 2021;398(10304):957- 80.
11. Perloff D, Sokolow M, Cowan R. The prognostic value of ambulatory blood pressures. *JAMA*. 27 mai 1983;249(20):2792- 8.
12. Principaux repères de l'OMS sur la démence [Internet]. [cité 10 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
13. Moorhouse P, Rockwood K. Vascular cognitive impairment: current concepts and clinical developments. *Lancet Neurol*. mars 2008;7(3):246- 55.
14. Román GC, Tatemichi TK, Erkinjuntti T, Cummings JL, Masdeu JC, Garcia JH, et al. Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN International Workshop. *Neurology*. févr 1993;43(2):250- 60.
15. Sachdev PS, Blacker D, Blazer DG, Ganguli M, Jeste DV, Paulsen JS, et al. Classifying neurocognitive disorders: the DSM-5 approach. *Nat Rev Neurol*. nov 2014;10(11):634- 42.
16. The Vascular Behavioral and Cognitive Disorders criteria for vascular cognitive disorders: a validation study - PubMed [Internet]. [cité 10 avr 2022]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30927497/>
17. Kececi Savan D, Cengiz M, Yavuzer H, Yavuzer S, Sulu C, Doventas A, et al. Relation of ambulatory blood pressure measurement and cognitive functions in hypertensive elderly patients. *Aging Clin Exp Res*. août 2016;28(4):699- 704.
18. Snowdon DA, Greiner LH, Mortimer JA, Riley KP, Greiner PA, Markesbery WR. Brain infarction and the clinical expression of Alzheimer disease. The Nun Study. *JAMA*. 12 mars 1997;277(10):813- 7.
19. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*. avr 2005;53(4):695- 9.

20. Bchir S, Daoussi N, Kacemi M, Mahmoud I, Aissi M, Frih-Ayed M. Étude comparative du MoCA et du MMSE dans la détection des troubles neurocognitifs vasculaires. *Rev Neurol (Paris)*. 1 avr 2018;174:S35- 6.
21. Ismail Z, Rajji TK, Shulman KI. Brief cognitive screening instruments: an update. *Int J Geriatr Psychiatry*. févr 2010;25(2):111- 20.
22. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1983 1982;17(1):37-49.
23. Shin C, Park MH, Lee S-H, Ko Y-H, Kim Y-K, Han K-M, et al. Usefulness of the 15-item geriatric depression scale (GDS-15) for classifying minor and major depressive disorders among community-dwelling elders. *J Affect Disord*. 1 déc 2019;259:370-5.
24. Banegas JR, Ruilope LM, de la Sierra A, de la Cruz JJ, Gorostidi M, Segura J, et al. High prevalence of masked uncontrolled hypertension in people with treated hypertension. *Eur Heart J*. 7 déc 2014;35(46):3304-12.
25. Bobrie G, Chatellier G, Genes N, Clerson P, Vaur L, Vaisse B, et al. Cardiovascular Prognosis of “Masked Hypertension” Detected by Blood Pressure Self-measurement in Elderly Treated Hypertensive Patients. :8.
26. Esme M, Asil S, Yavuz B, Balci C, Kılıç MK, Kızırlanoğlu MC, et al. Masked hypertension is associated with end organ damage in geriatric age: Geriatric MASKed Hypertension and End organ damage (G-MASH-End organ Study). *Blood Press*. avr 2020;29(2):80-6.
27. Kayano H, Koba S, Matsui T, Fukuoka H, Kaneko K, Shoji M, et al. Impact of depression on masked hypertension and variability in home blood pressure in treated hypertensive patients. *Hypertens Res Off J Jpn Soc Hypertens*. nov 2015;38(11):751-7.
28. Esme M, Yavuz BB, Yavuz B, Asil S, Tuna Dogrul R, Sumer F, et al. Masked Hypertension is Associated With Cognitive Decline in Geriatric Age-Geriatric MASKed Hypertension and Cognition (G-MASH-cog) Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 16 janv 2018;73(2):248-54.

G. Annexes

ECHELLE GERIATRIQUE DE DEPRESSION (Version courte)

1 - Etes-vous globalement satisfait(e) de votre vie?	oui	non*
2 - Avez-vous renoncé à un grand nombre d'activités ?	oui*	non
3 - Avez-vous le sentiment que votre vie soit vide?	oui*	non
4 - Vous ennuyez-vous souvent?	oui*	non
5 - Etes-vous en général de bonne humeur ?	oui	non*
6 - Craignez-vous qu'un malheur soit sur le point de vous arriver ?	oui*	non
7 - Etes-vous heureux(se) de vivre actuellement ?	oui	non*
8 - Avez-vous l'impression de n'être plus bon(ne) à rien ?	oui*	non
9 - Préférez-vous rester à la maison plutôt que de sortir et faire des choses nouvelles ?	oui*	non
10 - Avez-vous l'impression d'avoir plus de problèmes de mémoire que la plupart des gens ?	oui*	non
11 - Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque?	oui	non*
12 - La vie que vous menez actuellement vous semble-t-elle plutôt inutile ?	oui*	non
13 - Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ?	oui	non*
14 - Désespérez-vous de votre situation présente ?	oui*	non
15 - Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre, que les autres ont plus de chance que vous ?	oui*	non

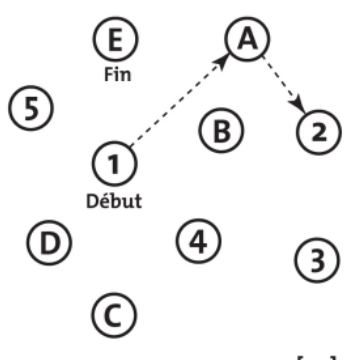
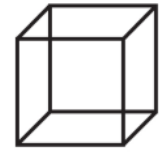

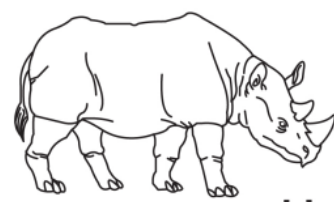
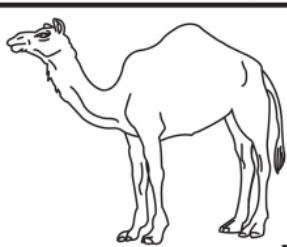
Annexe 1 : GDS 15 items

Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M., Leirer, O. (1983) : Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J of Psych Res* 17, 37-49.

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
 Version 7.1 **FRANÇAIS**

NOM :
 Scolarité :
 Sexe :

Date de naissance :
 DATE :

<p>VISUOSPATIAL / EXÉCUTIF</p>  <p style="text-align: center;">[]</p>	<p>Copier le cube</p>  <p style="text-align: center;">[]</p>	<p>Dessiner HORLOGE (11 h 10 min) (3 points)</p> <p style="text-align: center;">[] [] []</p> <p style="text-align: center;">Contour Chiffres Aiguilles</p> <p style="text-align: right;">___/5</p>	<p>POINTS</p>																																																							
<p>DÉNOMINATION</p>																																																										
 <p style="text-align: center;">[]</p>	 <p style="text-align: center;">[]</p>	 <p style="text-align: center;">[]</p>	<p>___/3</p>																																																							
<p>MÉMOIRE</p> <p>Lire la liste de mots, le patient doit répéter. Faire 2 essais même si le 1er essai est réussi. Faire un rappel 5 min après.</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td>VISAGE</td> <td>VELOURS</td> <td>ÉGLISE</td> <td>MARGUERITE</td> <td>ROUGE</td> </tr> <tr> <td>1^{er} essai</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2^{ème} essai</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	1 ^{er} essai						2 ^{ème} essai						<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td>VISAGE</td> <td>VELOURS</td> <td>ÉGLISE</td> <td>MARGUERITE</td> <td>ROUGE</td> </tr> <tr> <td>1^{er} essai</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2^{ème} essai</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	1 ^{er} essai						2 ^{ème} essai						<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td>VISAGE</td> <td>VELOURS</td> <td>ÉGLISE</td> <td>MARGUERITE</td> <td>ROUGE</td> </tr> <tr> <td>1^{er} essai</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2^{ème} essai</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	1 ^{er} essai						2 ^{ème} essai						<p>Pas de point</p>
	VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE																																																					
1 ^{er} essai																																																										
2 ^{ème} essai																																																										
	VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE																																																					
1 ^{er} essai																																																										
2 ^{ème} essai																																																										
	VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE																																																					
1 ^{er} essai																																																										
2 ^{ème} essai																																																										
<p>ATTENTION</p> <p>Lire la série de chiffres (1 chiffre/ sec.). Le patient doit la répéter. [] 2 1 8 5 4 Le patient doit la répéter à l'envers. [] 7 4 2</p> <p>___/2</p>																																																										
<p>Lire la série de lettres. Le patient doit taper de la main à chaque lettre A. Pas de point si 2 erreurs [] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAB</p> <p>___/1</p>																																																										
<p>Soustraire série de 7 à partir de 100. [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 4 ou 5 soustractions correctes : 3 pts, 2 ou 3 correctes : 2 pts, 1 correcte : 1 pt, 0 correcte : 0 pt</p> <p>___/3</p>																																																										
<p>LANGAGE</p> <p>Répéter : Le colibri a déposé ses œufs sur le sable. [] L'argument de l'avocat les a convaincus. []</p> <p>___/2</p>																																																										
<p>Fluidité de langage. Nommer un maximum de mots commençant par la lettre «F» en 1 min [] ____ (N≥11 mots)</p> <p>___/1</p>																																																										
<p>ABSTRACTION</p> <p>Similitude entre ex : banane - orange = fruit [] train - bicyclette [] montre - règle</p> <p>___/2</p>																																																										
<p>RAPPEL</p> <p>Doit se souvenir des mots SANS INDICES</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td>VISAGE</td> <td>VELOURS</td> <td>ÉGLISE</td> <td>MARGUERITE</td> <td>ROUGE</td> </tr> <tr> <td></td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> </table>		VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE		[]	[]	[]	[]	[]	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td>VISAGE</td> <td>VELOURS</td> <td>ÉGLISE</td> <td>MARGUERITE</td> <td>ROUGE</td> </tr> <tr> <td></td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> </table>		VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE		[]	[]	[]	[]	[]	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td>VISAGE</td> <td>VELOURS</td> <td>ÉGLISE</td> <td>MARGUERITE</td> <td>ROUGE</td> </tr> <tr> <td></td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> </table>		VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE		[]	[]	[]	[]	[]	<p>Points pour rappel SANS INDICES seulement</p>																		
	VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE																																																					
	[]	[]	[]	[]	[]																																																					
	VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE																																																					
	[]	[]	[]	[]	[]																																																					
	VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE																																																					
	[]	[]	[]	[]	[]																																																					
<p>Optionnel</p> <p>Indice de catégorie</p> <p>Indice choix multiples</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td>VISAGE</td> <td>VELOURS</td> <td>ÉGLISE</td> <td>MARGUERITE</td> <td>ROUGE</td> </tr> <tr> <td></td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> </table>		VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE		[]	[]	[]	[]	[]	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td>VISAGE</td> <td>VELOURS</td> <td>ÉGLISE</td> <td>MARGUERITE</td> <td>ROUGE</td> </tr> <tr> <td></td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> </table>		VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE		[]	[]	[]	[]	[]	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td>VISAGE</td> <td>VELOURS</td> <td>ÉGLISE</td> <td>MARGUERITE</td> <td>ROUGE</td> </tr> <tr> <td></td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> </table>		VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE		[]	[]	[]	[]	[]																			
	VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE																																																					
	[]	[]	[]	[]	[]																																																					
	VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE																																																					
	[]	[]	[]	[]	[]																																																					
	VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE																																																					
	[]	[]	[]	[]	[]																																																					
<p>ORIENTATION</p> <p>[] Date [] Mois [] Année [] Jour [] Endroit [] Ville</p> <p>___/6</p>																																																										
<p>© Z.Nasreddine MD www.mocatest.org Normal ≥ 26 / 30</p>																																																										
<p>TOTAL ___/30</p> <p>Ajouter 1 point si scolarité ≤ 12 ans</p>																																																										

Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, Cummings JL, Chertkow H. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc.* 2005 Apr;53(4):695-9. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x. Erratum in: *J Am Geriatr Soc.* 2019 Sep;67(9):1991.

GPM HBP

N° D'INCLUSION **C 0 1 P** _____

N° DE TEL : _____

NOM (première lettre)

PRENOM (première lettre)

DDN (AAAA) _____

FEMME HOMME

ANTECEDENTS :

- HTA TRAITEE OUI NON
 - o Beta-bloquant
 - o Inhibiteur calcique
 - o Inhibiteur du SRA
 - o Diurétique thiazidique
 - o Autre
- FIBRILLATION AURICULAIRE OUI NON
- INFARCTUS DU MYOCARDE OUI NON
- AVC OUI NON
- DIABETE DE TYPE 2 OUI NON
- INSUFFISANCE RENALE (CKD-EPI) OUI NON
 - o DFG < 15 ml/min
 - o DFG 15 – 30 ml/min
 - o DFG 30 – 45 ml/min
 - o DFG 45 – 60 ml/min
 - o DFG 60 – 90 ml/min
- CONSOMMATION DE TABAC OUI NON
 - o SEVRE
 - o ACTIF
- CONSOMMATION D'ALCOOL OUI NON

HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE OUI NON

TENSION ARTERIELLE :

- BRAS DROIT : _____ / _____ mmHg
- BRAS GAUCHE : _____ / _____ mmHg

BRAS CHOISI :

Mesures tensionnelles réalisées par : Patient Proche IDEL

Réaliser à quelques minutes d'intervalle :

- 3 mesures consécutives **le matin** entre le lever et le petit-déjeuner, à quelques minutes d'intervalle.
- 3 mesures consécutives **le soir** entre le dîner et le coucher, à quelques minutes d'intervalle.

Réaliser ces 2 séries de mesures, 3 jours de suite.

			JOUR 1		JOUR 2		JOUR 3	
			SYSTOLE	DIASTOLE	SYSTOLE	DIASTOLE	SYSTOLE	DIASTOLE
Mesure 1								
Mesure 2								
Mesure 3								

Annexe 4 : Tableaux automesures

H. Serment

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

Résumé

Etude descriptive prospective bi-centrique cherchant à évaluer la prévalence de l'hypertension artérielle (HTA) masquée en population gériatrique. Présentation des résultats intermédiaires.

Introduction

L'HTA est le principal facteur de risque modifiable de morbidité et de mortalité dans le monde. Sa prise en charge précoce permet la réduction des complications cardio-vasculaires. Le vieillissement de la population entraîne une hausse de la prévalence de certaines pathologies notamment des syndromes démentiels et apparentés. La dépendance liée à ces différentes pathologies constitue un problème de santé publique majeur. L'incidence des complications cardio-vasculaires serait d'autant plus élevée en présence d'une HTA masquée, c'est à dire absente en consultation et diagnostiquée uniquement au domicile (estimée à 15% de la population générale). Nous avons cherché à évaluer la prévalence de l'HTA masquée en population gériatrique. Le but à terme étant de mettre en place un dépistage plus systématisé de l'HTA, y compris de l'HTA masquée, afin de prévenir les troubles neuro-vasculaires.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive prospective bi-centrique menée au sein des hôpitaux de jour de gériatrie des Centres Hospitalo-Universitaires de Nîmes et Montpellier. Les patients inclus devaient être âgés de plus de 75 ans, normotendus et être en mesure de réaliser la passation des tests. Le diagnostic d'HTA masquée était posé suite à un recueil téléphonique des mesures tensionnelles réalisées au domicile selon la « Règle des 3 », en présence d'une moyenne tensionnelle supérieure ou égale à 135/85 mmHg.

Les antécédents cardio-vasculaires des patients étaient recueillis, et les patients inclus réalisaient une MoCA et une GDS 15 items.

Résultats

25 patients ont été inclus, avec une moyenne d'âge de 85,4 ans. Plusieurs comorbidités cardio-vasculaires ont été étudiées. 88% présentaient une HTA traitée, 44% une fibrillation auriculaire et 32% un infarctus du myocarde. 2 patients rapportaient un accident vasculaire cérébral (8%), et 6 un diabète de type 2 (24%). 18 patients (72%) souffraient d'une insuffisance rénale chronique avec un débit de filtration glomérulaire (DFG) CKD-EPI < 90 ml/min/1.73m². Concernant les différents tests, la médiane de la GDS 15 items est à 3 et la médiane de la MOCA est à 20.

Au total, 36% (soient 9 patients) présentaient une HTA masquée.

Conclusion

Cette étude intermédiaire a permis de mettre en évidence une prévalence de l'hypertension artérielle masquée plus élevée que celle estimée jusqu'à présent. Elle retrouve également une proportion non négligeable de patients hypertendus résistants aux traitements.

Ces résultats suggèrent donc un intérêt de poursuivre les inclusions afin d'affiner ces résultats sur un échantillon plus conséquent. L'objectif est de 100 sujets.

Hypertension artérielle masquée – Personnes âgées – Troubles neurocognitifs