



Prise en charge de l'HTA des résidents d'EHPAD, nouvelles recommandations (stratégie).

Journées des EHPADs de Normandie. Les franciscaines, Deauville. 15 juin 2026

Pr Philippe Chassagne. Rouen.

16 Chiffres clés Hypertension

PRÉVALENCE

1 adulte sur **3**
est hypertendu^{1,16}



TRAITEMENT

1 hypertendu sur **2**
est traité
pharmacologiquement^{1,16}



CONTRÔLE

1 hypertendu sur **4**
a une pression artérielle
contrôlée^{1,16}



FARDEAU

17 millions
de personnes de plus de 18
ans atteintes d'HTA en
France²⁰



PRESSION ARTÉRIELLE MOYENNE

126/77 mm Hg
Pression artérielle moyenne de la
population française¹



SPÉCIALISTES

11%
des hypertendus
sont suivis par un
cardiologue³⁴



PRISE EN CHARGE

22% des
hypertensions
non traitées sont
de grade 2 ou 3^{1,16}

TRAITEMENT

1,6 million de
Français initient
un traitement
anti HTA chaque
année¹⁸

DÉPISTAGE

84%
De la population a eu
une mesure de la
pression artérielle dans
l'année¹

CONNAISSANCE

1 hypertendu sur **2**
ne sait pas qu'il est
hypertendu^{1,16}



TRAITEMENT

60%
des hypertendus traités
pharmacologiquement avaient
une monothérapie^{1,16}



TRAITEMENT

93%
des patients émettent des
réserves lors de la
prescription d'un traitement
antihypertenseur¹⁴



AUTOMESURE

59%
des hypertendus
traités possèdent
un appareil
d'automesure
tensionnelle¹



RECOURS AUX SOINS

10
consultations par
an chez le
généraliste pour
les hypertendus³⁴



OBSERVANCE

40%
des
hypertendus
traités sont
observants³⁴

TRAITEMENT

57%
Des patients hypertendus
déclarent ne pas avoir reçu
de conseils hygiéno-
diététiques dans l'année¹⁹



**Premier facteur de
risque modifiable
cardio-vasculaire**
**Second facteur de
risque après le
tabagisme**

**Première cause d'AVC
(risque X 7)**
**Incidence supérieure
des TNCM**

HTA

**Première cause
d'insuffisance
cardiaque**

**Maladie rénale
chronique
(néphroangiosclérose)**

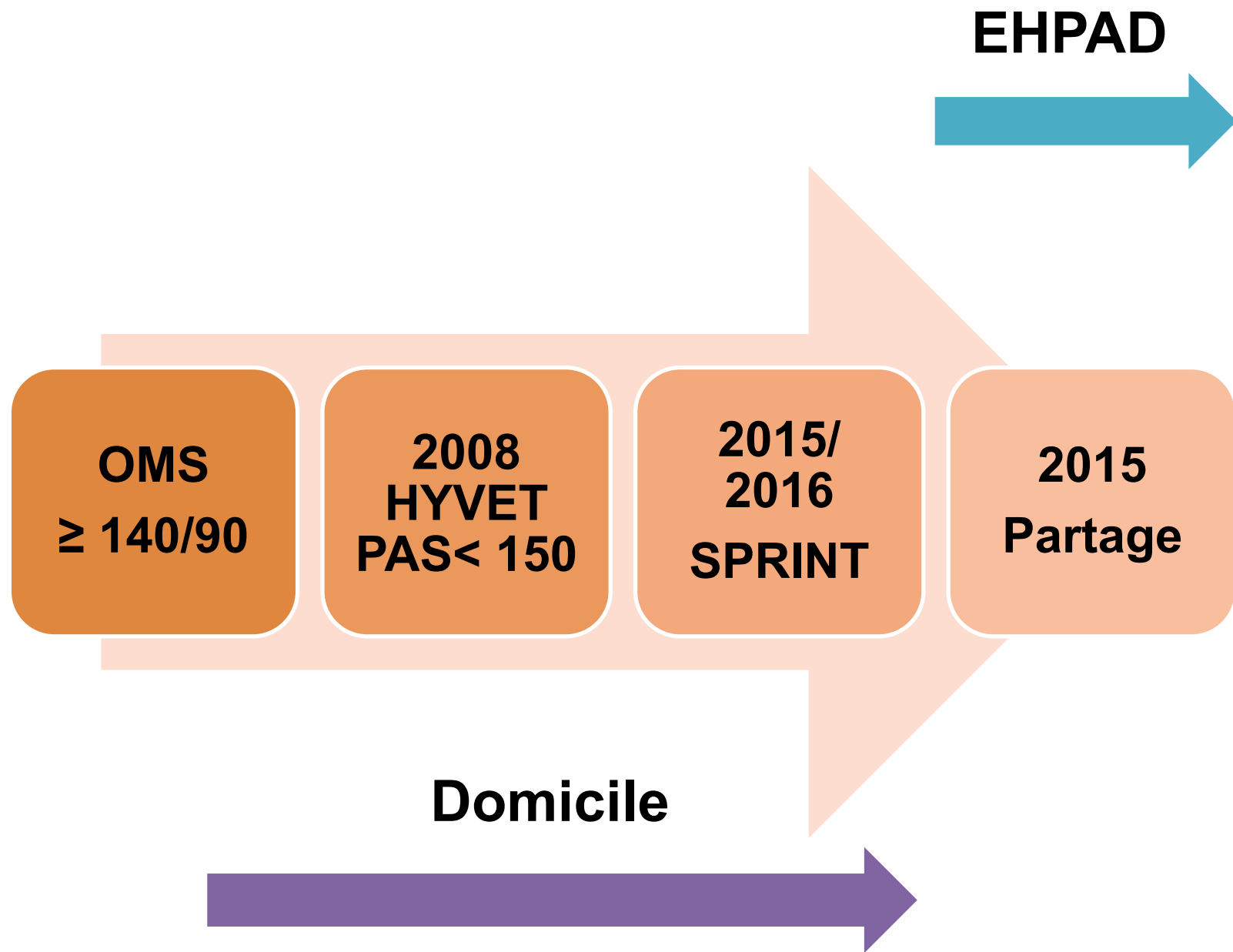


Pression artérielle : mesure

- Tensiomètre automatique + brassard adapté + repos puis moyenne de 3 mesures + vérifier la symétrie tensionnelle
- Les chiffres ne doivent pas générer systématiquement une augmentation rapide de la posologie des médicaments +++
- Recherche d'une hypotension orthostatique (PAS $\geq$ 20 mm et/ou PAD $\geq$ 10 mm hg)

Pourquoi rechercher une HTO ?

- Fréquent : 7 % de la population générale, 16 % des plus de 65 ans, 50 % en EHPAD
- Facteur de risque indépendant de morbi-mortalité cardiovasculaire et globale, indicateur de rigidité artérielle
- Conséquences : chutes multiplié par 2 dans les 6 mois, fractures, hospitalisation...
- Comorbidités favorisant HO : médicaments, maladie de Parkinson, diabète, déshydratation...





The NEW ENGLAND
JOURNAL *of* MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

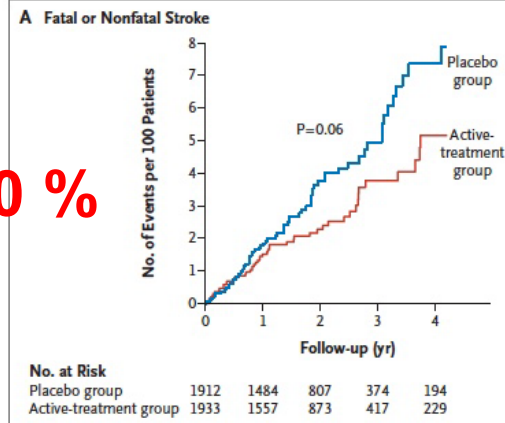
MAY 1, 2008

VOL. 358 NO. 18

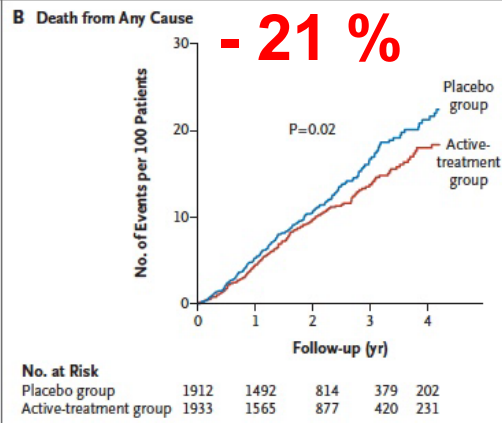
Treatment of Hypertension in Patients 80 Years
of Age or Older

Nigel S. Beckett, M.B., Ch.B., Ruth Peters, Ph.D., Astrid E. Fletcher, Ph.D., Jan A. Staessen, M.D., Ph.D.,
Lisheng Liu, M.D., Dan Dumitrascu, M.D., Vassil Stoyanovsky, M.D., Riitta L. Antikainen, M.D., Ph.D.,
Yuri Nikitin, M.D., Craig Anderson, M.D., Ph.D., Alli Belhani, M.D., Françoise Forette, M.D.,
Chakravarthi Rajkumar, M.D., Ph.D., Lutgarde Thijs, M.Sc., Winston Banya, M.Sc.,
and Christopher J. Bulpitt, M.D., for the HYVET Study Group*

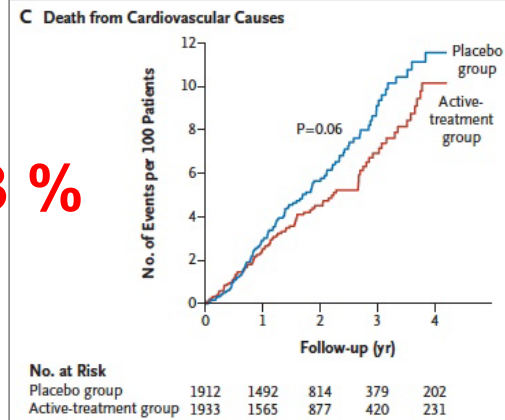
- 30 %



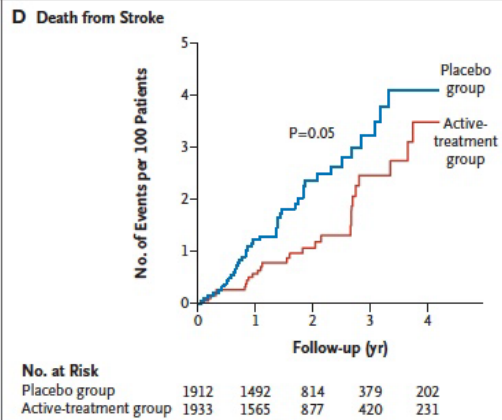
- 21 %



- 23 %



- 39 %



- 64 %

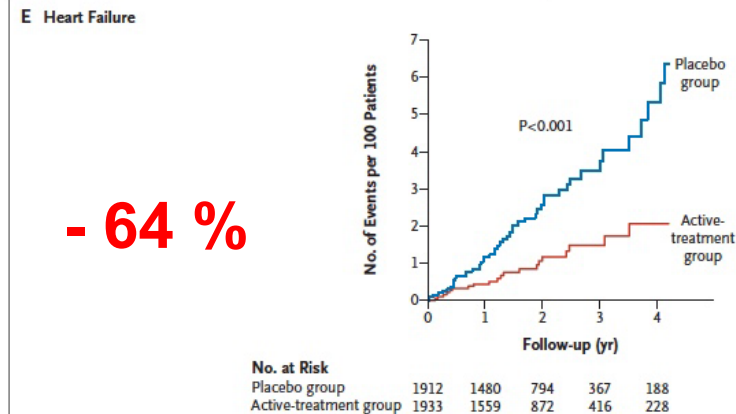
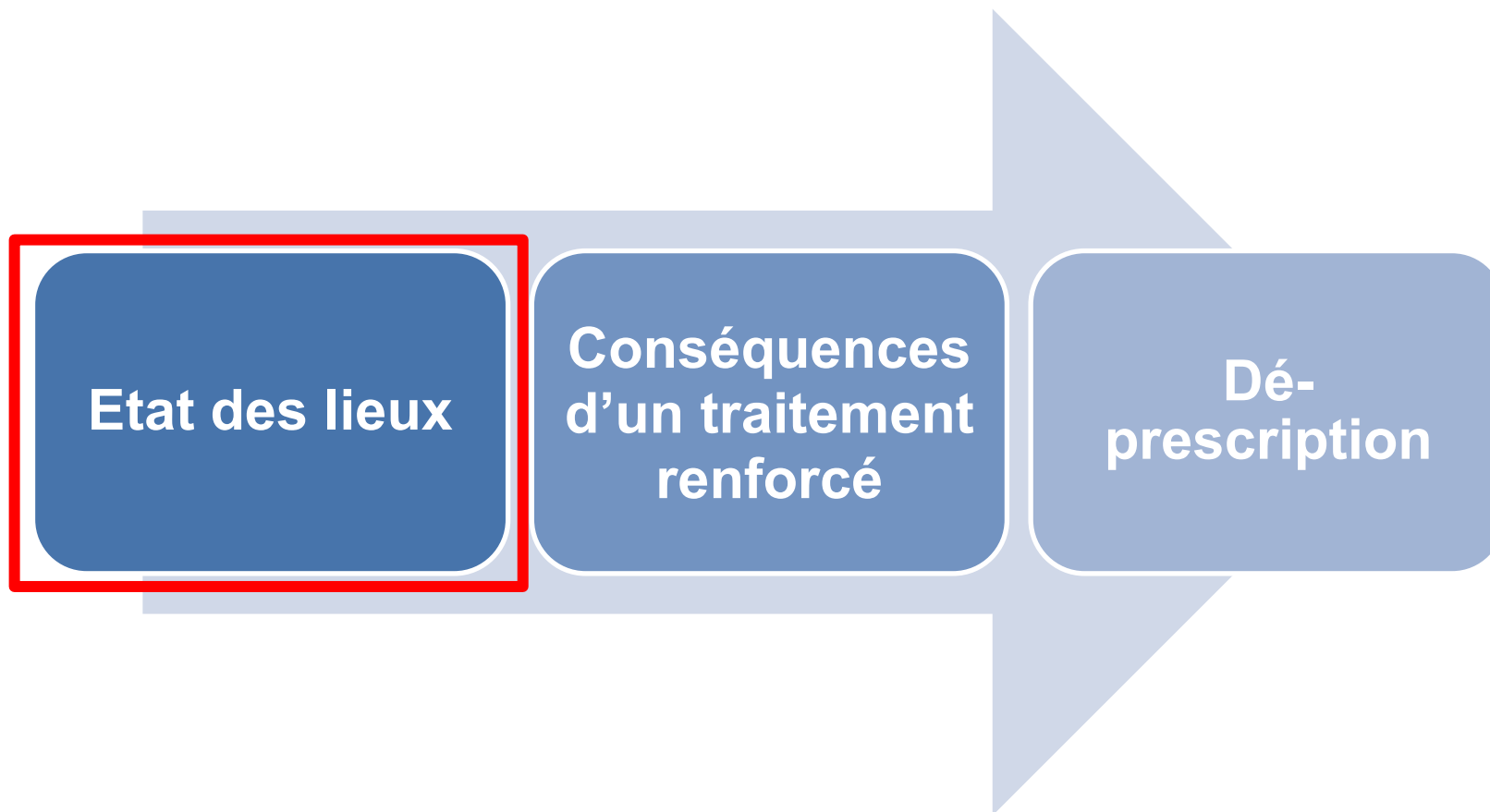


Figure 3. Kaplan–Meier Estimates of the Rate of End Points, According to Study Group.

For the active-treatment group as compared with the placebo group, the unadjusted hazard ratios (95% CIs) were as follows: for fatal or nonfatal stroke, 0.70 (0.49 to 1.01) (Panel A); for death from any cause, 0.79 (0.65 to 0.95) (Panel B); for death from cardiovascular causes, 0.77 (0.60 to 1.01) (Panel C); for death from stroke, 0.61 (0.38 to 0.99) (Panel D); and for heart failure, 0.36 (0.22 to 0.58) (Panel E).

EHPAD





HTA en EHPAD

- Fréquence : 72-90 % des résidents ¹, peu de nouveaux cas détectés (pas de dépistage)
- HTA systolique >>> HTA systolo-diastolique (pression pulsée indicateur de rigidité artérielle)
- Le ttt de l'HTA systolique renforcé est associé à une risque de chutes +/- , d'H0, de iatrogénie, et de possible déclin cognitif



Original Investigation

Treatment With Multiple Blood Pressure Medications, Achieved Blood Pressure, and Mortality in Older Nursing Home Residents The PARTAGE Study

Athanase Benetos, MD, PhD; Carlos Labat, BSc; Patrick Rossignol, MD, PhD; Renaud Fay, PharmD; Yves Rolland, MD, PhD; Filippo Valbusa, MD; Paolo Salvi, MD, PhD; Mauro Zamboni, MD, PhD; Patrick Manckoundia, MD, PhD; Olivier Hanon, MD, PhD; Sylvie Gautier, MD

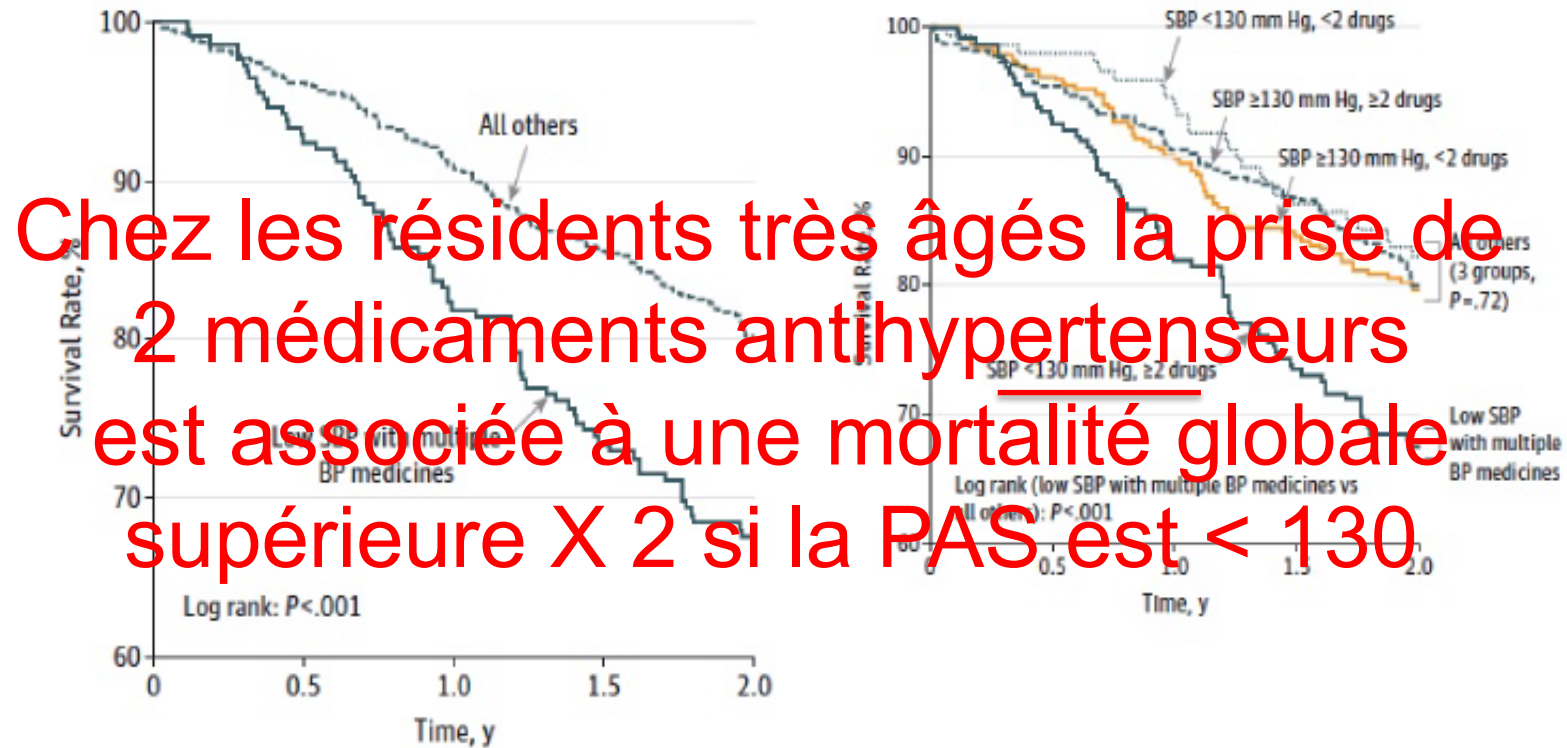
JAMA Intern Med. 2015;175(6):989-995. doi:10.1001/jamainternmed.2014.8012
Published online February 16, 2015.

Critères d'inclusion comparés : les différences

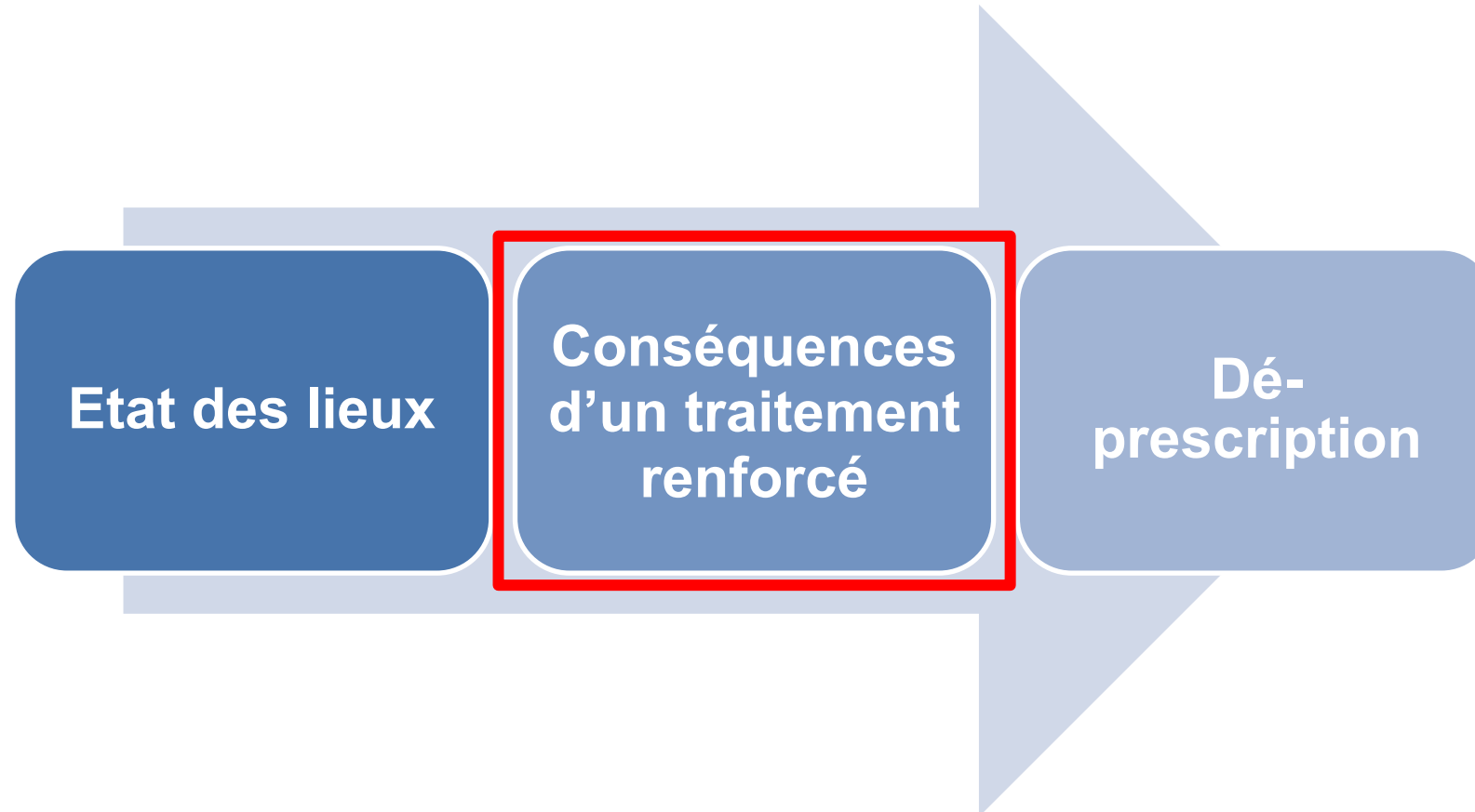
HYVET			PARTAGE	
Table 1. Baseline Characteristics of the Patients.*			<i>N</i> (%)	1130
Characteristic	Active Treatment (N = 1933)	Placebo (N = 1912)	Age (years)	88 ± 5
Age — yr	83.6±3.2	83.5±3.1	Weight (kg)	64 ± 13
Female sex — no. (%)	1174 (60.7)	1152 (60.3)	Height (cm)	157 ± 9
Blood pressure — mm Hg			BMI (kg/m ²)	26 ± 5
While sitting	173.0±8.4/90.8±8.5	173.0±8.6/90.8±8.5	MMSE (0–30)	23 ± 5
While standing	168.0±11.0/88.7±9.3	167.9±11.1/88.6±9.3	ADL Katz index (0–6)	5.0 ± 1.1
Orthostatic hypotension — no. (%)†	152 (7.9)	169 (8.8)	Charlson index	6.0 ± 1.9
Isolated systolic hypertension — no. (%)	625 (32.3)	623 (32.6)	Smoking (past + current)	22%
Heart rate — beats/min	74.5±9.1	74.5±9.3	Major cardiovascular and metabolic disorders	
Cardiovascular history			Heart failure	18%
Cardiovascular disease — no. (%)	223 (11.5)	229 (12.0)	Peripheral arterial disease	6%
Hypertension — no. (%)	1737 (89.9)	1718 (89.9)	Ischemic heart disease	21%
Antihypertensive treatment — no. (%)	1241 (64.2)	1245 (65.1)	Stroke	15%
Stroke — no. (%)	130 (6.7)	131 (6.9)	Cardiac arrhythmia	28%
Myocardial infarction — no. (%)	59 (3.1)	62 (3.2)	Diabetes	16%
Heart failure — no. (%)	56 (2.9)	55 (2.9)	Dyslipidemia	25%
			History of hypertension	72%
			Treated for hypertension	95%
			Number of anti-HT drugs	2.2 ± 1.0
			Orthost Hypotension	17%
			CV disease (%)	52%

Résultats

Kaplan-Meier Survival Curves in Patients With Low Systolic Blood Pressure (SBP) Receiving Multiple BP Medicines and All Other Groups



EHPAD





HTA en EHPAD

- Le ttt renforcé d'une HTA systolique est associé
 - iatrogénie
 - hypotension orthostatique
 - chutes +/-fractures
 - déclin cognitif
 - surmortalité
- Les mesures de contrôle et la dispensation des médicaments y sont garanties



Research

JAMA Internal Medicine | [Original Investigation](#) | LESS IS MORE

Antihypertensive Medication and Fracture Risk in Older Veterans Health Administration Nursing Home Residents

Chintan V. Dave, PharmD, PhD; Yongmei Li, PhD; Michael A. Steinman, MD; Sei J. Lee, MD, MAS; Xiaojuan Liu, MS; Bocheng Jing, MS; Laura A. Graham, PhD; Zachary A. Marcum, PharmD, PhD; Kathy Z. Fung, MS; Michelle C. Odden, PhD

JAMA Intern Med. 2024;184(6):661-669. doi:[10.1001/jamainternmed.2024.0507](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2024.0507)
Published online April 22, 2024.

Méthodes

- Etude rétrospective incluant des résidents avec HTA traitée :
 - 2 groupes sont comparés : ajout d'un nouveau médicament versus 4 sujets contrôles (ttt inchangé)
- Population : âge moy. : 78.5 ans, 98 % H, 6.6 % ont un passé d'OP ou de fractures, 65 % des antécédents de chutes (≤ 30 jours dans 25 % des cas)
- Focus sur les fractures survenant chez les malades ayant un TNCM (55 % des participants)

Table 3. Risk of Fall-Related Events Among Nursing Home Residents Initiating Antihypertensive Medication

Event	Pooled analysis		
	No. of events (IR) ^a		
	Treated (n = 12 942)	Control (n = 51 768)	HR (95% CI)
Fracture ^b	46 (5.4)	56 (2.2)	2.42 (1.43-4.08)
Severe fall	246 (28.8)	386 (15.5)	1.80 (1.53-2.13)
Syncope	135 (15.8)	231 (9.3)	1.69 (1.30-2.19)
Expanded outcome definition ^b	52 (6.1)	66 (2.6)	2.30 (1.44-3.69)

Abbreviations: HR, hazard ratio; IR, incidence rate.

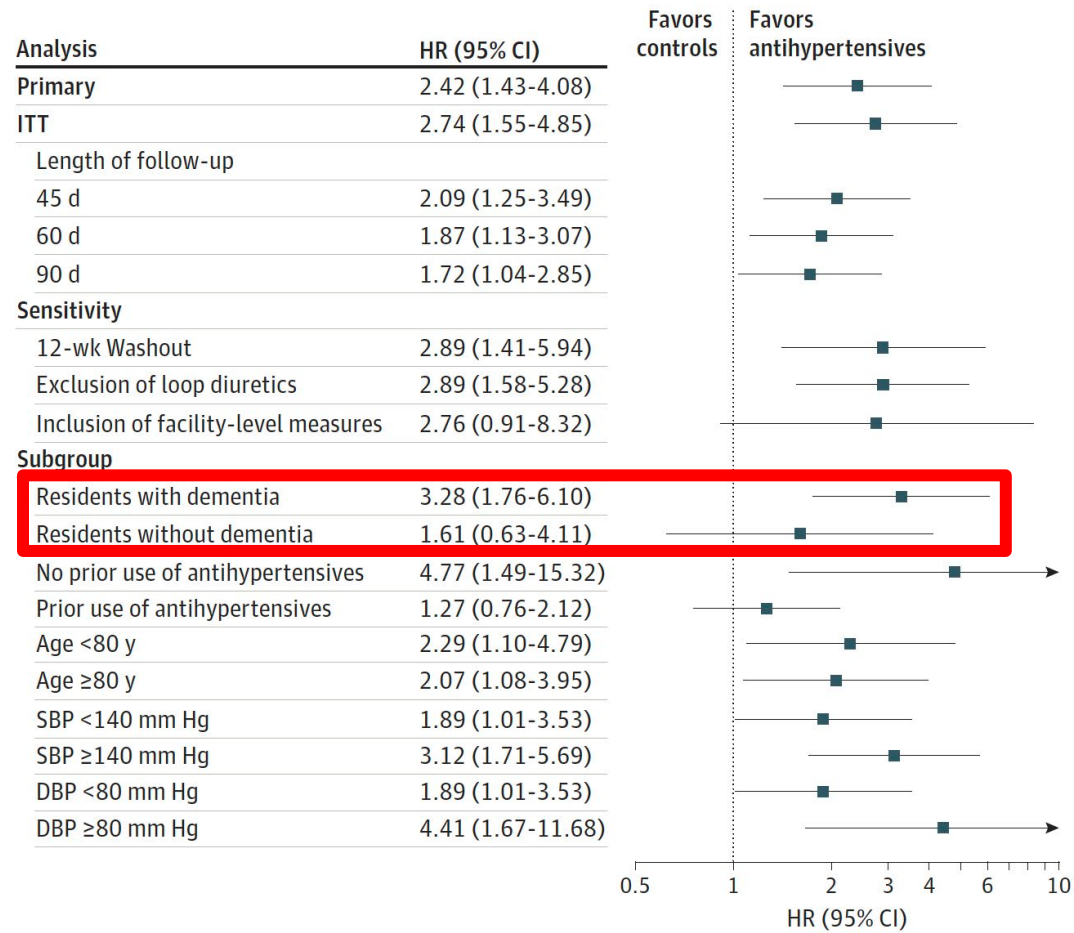
^a Incidence rate per 100 person-years of follow-up. The mean (SD) follow-up in the treatment group was 18.2 (8.7) days and in the control arm was 16.8 (8.7) days.

^b The primary outcome was a composite end point of nontraumatic pelvic

fracture; surgically treated hip fracture; and fractures of the humerus, radius, or ulna requiring intervention. In the expanded outcome definition, this definition was expanded to encompass traumatic brain injury hospitalization and other less frequently occurring fractures affecting the rib, sternum, thoracic, and lumbar regions.

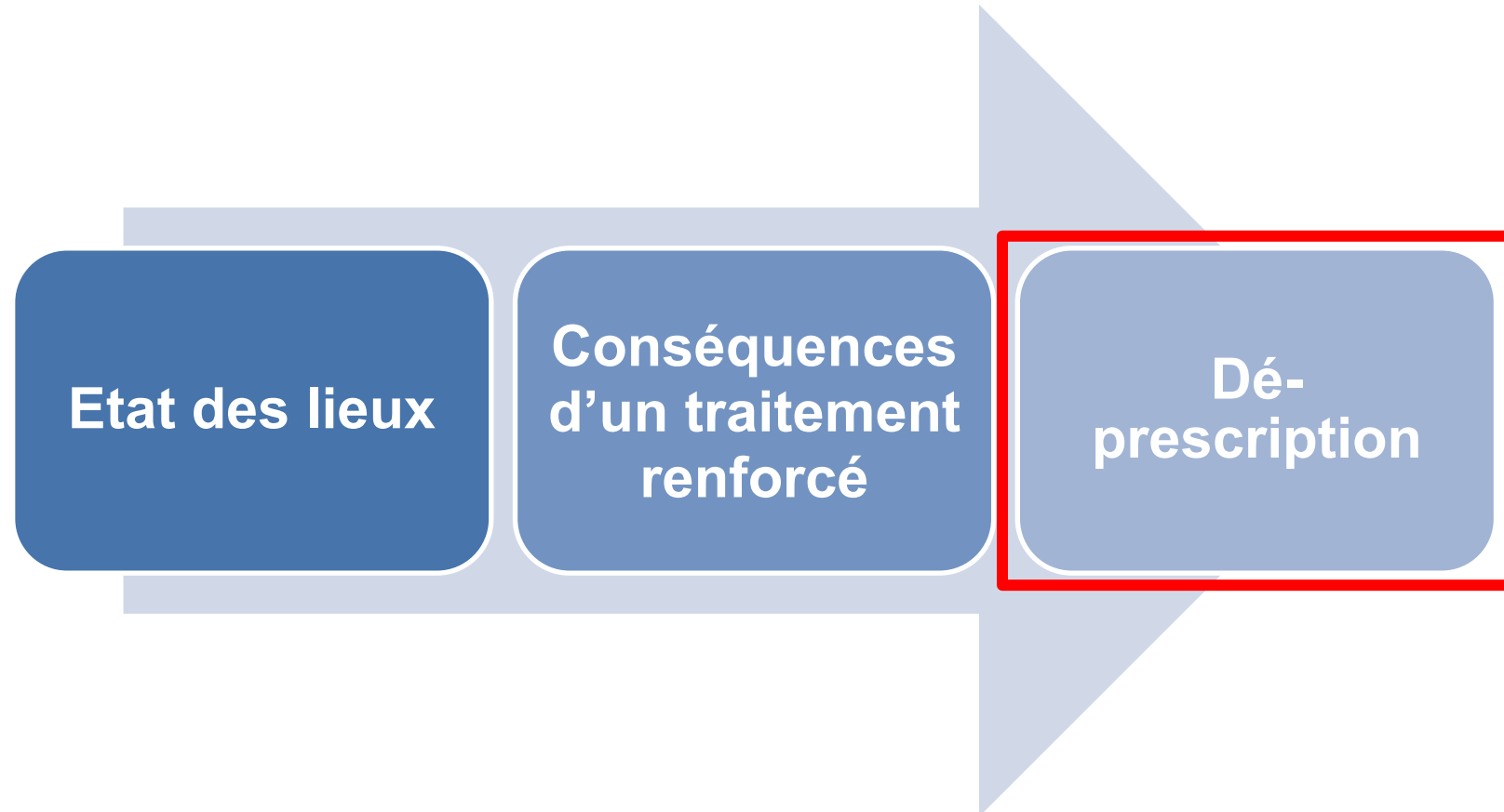
« Severe Falls » : chutes graves, recours à une hospitalisation ou aux Urgences

Figure. Adjusted Risk of Fracture Among Nursing Home Residents Initiating Antihypertensive Medication: Sensitivity and Subgroup Analyses



Analyses were adjusted using 1:4 propensity score matching for baseline covariates described in Table 2. For all subgroup analyses, the propensity scores were re-estimated and the cohorts were rematched. DBP indicates diastolic blood pressure; HR, hazard ratio; ITT, intention to treat, and SBP, systolic blood pressure.

EHPAD



Research



JAMA Internal Medicine | [Original Investigation](#) | LESS IS MORE

Deprescribing of Antihypertensive Medications and Cognitive Function in Nursing Home Residents

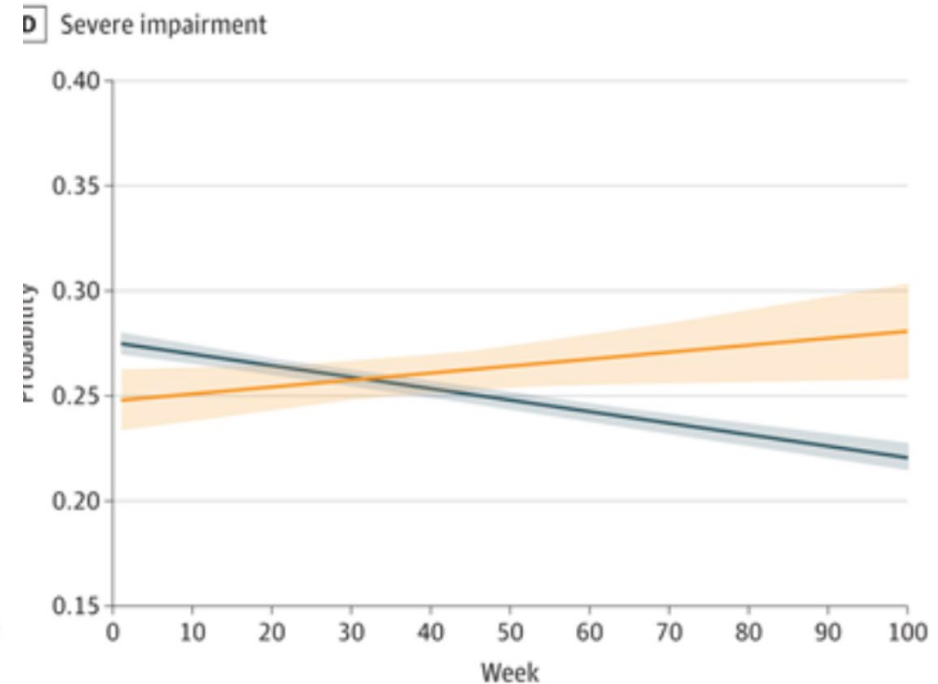
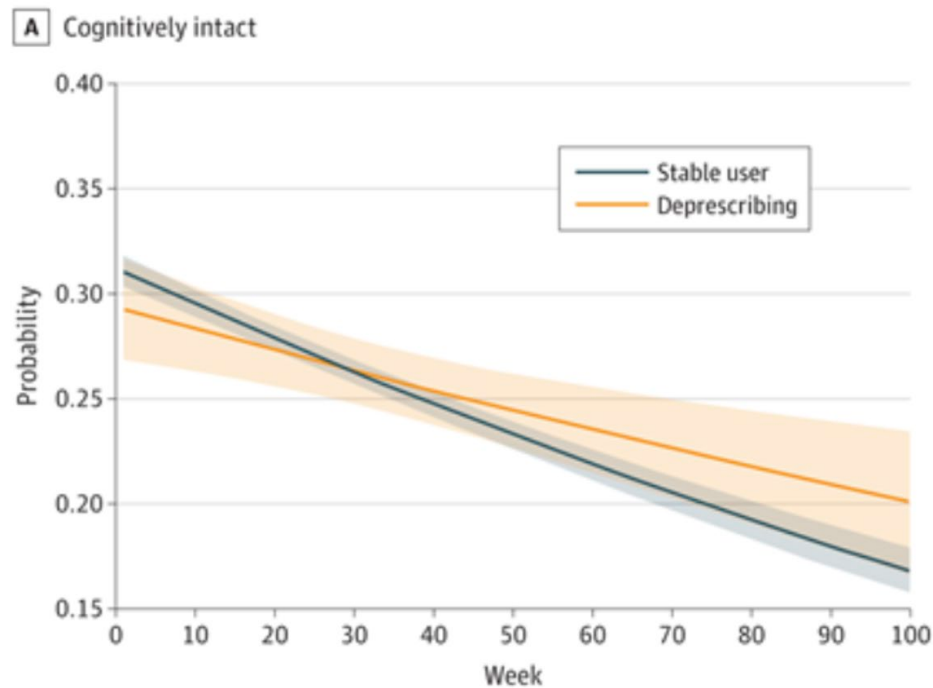
Bocheng Jing, MS; Xiaojuan Liu, MS; Laura A. Graham, PhD; Chintan V. Dave, PharmD, PhD; Yongmei Li, PhD; Kathy Fung, MS; Christine K. Liu, MD, MS; Hoda S. Abdel Magid, PhD; Matthew E. Growdon, MD, MPH; W. James Deardorff, MD; W. John Boscardin, PhD; Sei J. Lee, MD, MAS; Michael A. Steinman, MD; Michelle C. Odden, PhD

JAMA Intern Med. 2024;184(11):1347-1355. doi:[10.1001/jamainternmed.2024.4851](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2024.4851)
Published online September 23, 2024.

Méthodes

- Résidents d'EHPAD, 2006-2019,
- Critères d'exclusion :
 - médicament indispensable (PAS > 160/90, Insuffisance cardiaque)
- Dé-prescription : diminution du nb ou de la posologie des médicaments ($\geq 30\%$) au cours de la semaine précédente et pendant au moins 2 semaines
- 70 % des participants avaient une cognition altérée de base
- Echelle mesurant la cognition

Probabilité du déclin cognitif au cours du temps selon l'état cognitif initial



Commentaires

- Une dé-prescription de médicaments anti-hypertenseurs est associée à une diminution plus modérée (moins rapide) de leurs performances cognitives (- 12 % du score) ce qui les classe dans une catégorie cognitive meilleure,
- Ce « bénéfice » demeure chez les patients avec TNCM et persiste au cours des 2 années de suivi
- Limites : pas de renseignement sur l'évolutivité de l'HTA

ORIGINAL ARTICLE

Reduction of Antihypertensive Treatment in Nursing Home Residents

Athanase Benetos, M.D., Ph.D.,^{1,2} Sylvie Gautier, M.D.,^{1,2} Anne Freminet, M.S.N.,¹
Alice Metz, M.S.N.,¹ Carlos Labat, B.Sc.,² Ioannis Georgiopoulos, M.D.,¹
François Bertin-Hugault, M.D.,³ Jean-Baptiste Beuscart, M.D., Ph.D.,⁴
Olivier Hanon, M.D., Ph.D.,⁵ Patrick Karcher, M.D.,⁶
Patrick Manckoundia, M.D., Ph.D.,⁷ Jean-Luc Novella, M.D., Ph.D.,⁸
Abdourahmane Diallo, Ph.D.,⁹ Eric Vicaut, M.D., Ph.D.,⁹
and Patrick Rossignol, M.D., Ph.D.,^{10,11} for the RETREAT-FRAIL Study Group*

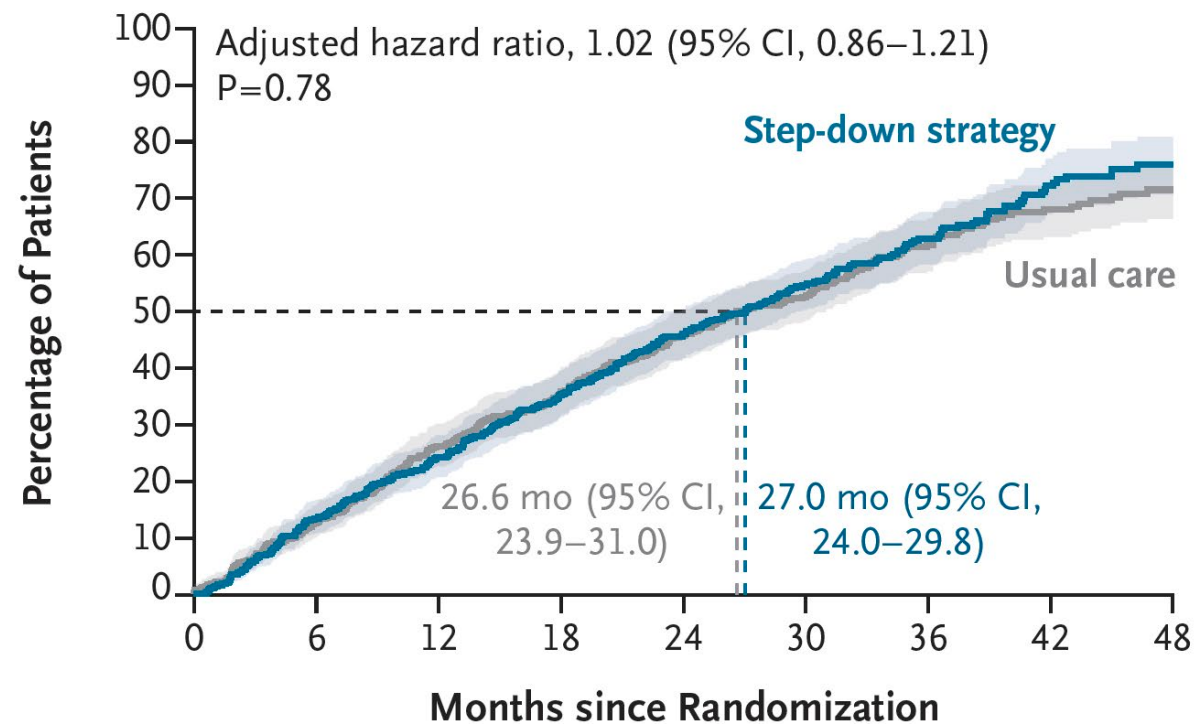
This article was published on August 29,
2025, at NEJM.org.

Ce que l'on sait

- Résidents d'EHPAD : extrême fragilité, prévalence de l'hypertension (80 %) , essais thérapeutiques non réalisables
- Pronostic (morbidity et comorbidity) médiocre si PAS basse (Si PAS < 130 mm Hg et plus de 2 médicaments mortalité x 2), cognition impactée
- 108 Ehpads, 1 048 participants (HTA traitée et PAS > 130 mm hg), randomisation en 2 groupes :
 - réduction du nombre de médicaments (protocole), palliers, réintroduction si PAS > 160 mm Hg, suivi médian 38,4 mois
 - soins usuels
- Hypothèse: réduction de la mortalité (25 %) si la quantité de médicaments est diminuée

Table 1. Characteristics of the Patients at Baseline (Intention-to-Treat Population).*

Characteristic	Step-Down Strategy (N = 528)	Usual Care (N = 520)	Total (N = 1048)
Age — yr	90.0±4.8	90.1±5.3	90.1±5.0
Female sex — no. (%)	423 (80.1)	423 (81.3)	846 (80.7)
Weight — kg†	64.9±14.8	65.2±15.0	65.1±14.9
Height — m‡	1.59±0.09	1.58±0.09	1.59±0.09
Body-mass index§	25.9±5.6	26.3±5.8	26.1±5.7
Systolic blood pressure — mm Hg¶	113±11	114±11	114±11
Diastolic blood pressure — mm Hg¶	65±10	65±10	65±10
Heart rate — beats/min¶	72±12	71±12	71±12
MMSE score	13.5±10.0	13.3±10.1	13.4±10.0
ADL score**	3.1±2.0	3.2±2.0	3.1±2.0
SPPB score††	1.2 ±1.9	1.2 ±2.0	1.2 ±1.9
EQ-5D-3L questionnaire score ‡‡	0.431±0.407	0.468±0.398	0.449±0.403
Peak muscular force — kg§§	11.7±6.4	12.0±6.8	12.0±6.8
Clinical Frailty Scale score — no./total no. (%)¶¶			
1, 2, or 3	47/525 (9.0)	52/514 (10.1)	99/1039 (9.5)
4 or 5	147/525 (28.0)	164/514 (31.9)	311/1039 (29.9)
6	118/525 (22.5)	111/514 (21.6)	229/1039 (22.0)
7 or 8	213/525 (40.6)	187/514 (36.4)	400/1039 (38.5)
Medications			
No. of list 1 and list 2 antihypertensive medications	2.6±0.7	2.5±0.7	2.5±0.7
No. of concomitant medications	6.7±3.2	6.7±2.8	6.7±3.0



No. at Risk

Step-down strategy	528	446	387	330	267	172	101	51	8
Usual care	520	446	374	325	266	175	107	62	8

Figure 1. Kaplan–Meier Analysis of Death from Any Cause (Primary End Point).

The step-down strategy was a protocol-driven progressive reduction in anti-hypertensive medications. Dashed lines indicate the median time to death in each trial group. The shaded areas indicate 95% confidence intervals.

Commentaires

- Population de personnes très âgées (90 ans), très fragile (90 %), sarcopénique (SPPB, grip) avec un PAS basse (<130 mm Hg) initialement
- Chez 7 résidents une reprise du TTT a été nécessaire, l'élévation de la PAS étant de 4 mm
- Pas de réduction de la mortalité associée à la réduction du nombre de médicaments (révision thérapeutique) sans augmentation du nombre des événements cardio-vasculaires

CONCLUSIONS





Sénior en EHPAD : H.T.A

- **Hypertension** : ciblée la PAS (< 150 mm), morbidité cardio-vasculaire et neuro-cognitive, jamais une urgence, observance garantie
- **Traitement** : bénéfices établis à tout âge, pas plus de 3 médicaments, tolérance (Ho ++) et observance
- **Attention** : moins de 2 si PAS < 130 mm hg pour les plus fragiles, penser à la dé-prescription (risque de chutes +/- fracture, déclin cognitif)