OUTILS POUR LA PRATIQUE Nº 425 | 9 novembre 2026

Dormez sur vos deux oreilles lorsqu'il s'agit des antihypertenseurs

QUESTION CLINIQUE

Chez les adultes hypertendus, la prise d'antihypertenseurs une fois au coucher, plutôt que le matin, réduit-elle les événements cardiovasculaires ou les décès?

CONCLUSION

Chez les patients hypertendus, la prise d'antihypertenseurs le soir ne réduit pas le risque d'événements cardiovasculaires ou de décès par rapport à l'administration matinale. On peut envisager de prescrire par défaut la prise matinale d'antihypertenseurs à dose quotidienne unique. Le choix du moment peut ensuite être adapté aux préférences et à la commodité du patient, afin de soutenir l'observance thérapeutique.

DONNÉES PROBANTES

- Cinq revues systématiques d'essais cliniques randomisés (ECR) publiées au cours des deux dernières années et comparant les événements cardiovasculaires selon que les patients ont pris au moins un antihypertenseur au coucher ou le soir ou qu'ils les ont tous pris le matin[1-5].
- Focalisation sur les revues systématiques qui n'ont comparé que le choix du moment (à l'exclusion des ECR qui ont étudié différents médicaments dans les groupes de l'intervention et de comparaison)[1-3].

    - Cinq ECR portant sur 46 606 patients (âge moyen : 63 ans, 45 % de femmes).
    - Au cours d'une période de suivi médiane de 5,2 ans, aucune différence statistiquement significative n'a été observée en ce qui concerne les événements cardiovasculaires[1,2] ou les décès[1-3].
- Les résultats incohérents entre les essais sont attribuables à deux ECR menés par le même groupe (Hygia et MAPEC) qui présentent un risque de biais[1,6].
- Focalisation sur trois ECR à faible risque de biais (BedMed[7] et BedMed-Frail[8] au Canada et TIME au Royaume-Uni[9]) :
    - Aucune différence pour ce qui est des événements cardiovasculaires, des décès, de la cognition, des fractures ou du glaucome[1].
    - Un plus grand nombre de patients affectés au groupe de l'administration matinale ont pris leurs médicaments au moment prévu[7,9].

CONTEXTE

- La justification de l'administration du médicament au coucher se fonde sur des études observationnelles suggérant que la tension artérielle nocturne permet de prédire plus efficacement les événements cardiovasculaires que les mesures prises pendant la journée ou en cabinet, et que l'absence de baisse naturelle de la tension artérielle pendant le sommeil est associée à un risque cardiovasculaire accru[6,10].
- La prise d'antihypertenseurs en soirée a entraîné une baisse d'environ 1 à 2 mm Hg de la tension artérielle ambulatoire sur 24 heures par rapport à l'administration matinale, mais cette différence n'était pas statistiquement significative après exclusion des essais menés par les chercheurs du groupe Hygia/MAPEC[11].
- Un « Outils pour la pratique » reposant sur l'essai MAPEC suggérait que la prise d'antihypertenseurs le soir pourrait réduire les événements cardiovasculaires, mais mettait en garde contre plusieurs limites importantes de l'essai[10].
- Les lignes directrices soulignent l'importance de l'observance du traitement antihypertenseur et recommandent que les médicaments soient pris au moment de la journée le plus pratique pour chaque patient, en précisant que les données disponibles montrent que l'heure d'administration n'a pas d'incidence sur la réduction du risque cardiovasculaire[12].

RÉFÉRENCES

1. Turgeon RD, MacDonald BJ, Garrison SR. Can J Cardiol. 2025;41:2575-2583.
2. Hiruma Y, Shimoda TM, Watanabe A et al. J Cardiol. 2026;87:565-567.
3. Rakab MS, Elsalakawi BH, Shubietah A et al. High Blood Press Cardiovasc Prev. 2025;33:41-55.
4. Wang T, Lai S, Wang D, Wang X. Front Pharmacol. 2026;17:1758890.
5. Parreira VV, Cheidde L, Silva AD et al. J Hum Hypertens. 2026;40:515-522.
6. Turgeon RD, Althouse AD, Cohen JB et al. Hypertension. 2021;78:871-878.

AUTEURS

Ricky Turgeon, B. Sc. (pharmacie), ACPR, Pharm. D.
Scott Garrison, M.D., Ph. D., CCMF

Conflits d'intérêts financiers : *Dr Garrison a reçu des subventions des Instituts de recherche en santé du Canada et d'Alberta Innovates (gouvernement de l'Alberta) pour les ECR BedMed et*

7. Garrison SR, Simon JA, Kolber MR et al. JAMA. 2025;333:2061-2072.
8. Garrison SR, Youngson ERE, Perry DA et al. JAMA Netw Open. 2025;8:e2513812.
9. Mackenzie IS, Rogers A, Poulter NR et al. Lancet. 2022;400:1417-1425.
10. Turgeon R, Allan GM. Can Fam Physician. 2012;58:965.
11. Wu C, Zhao P, Xu P et al. Cochrane Database Syst Rev. 2024;2:CD004184.
12. McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM et al. Eur Heart J. 2024;45:3912-4018.

BedMed-Frail. Dr Turgeon n'a aucun conflit à divulguer.

OUTILS POUR LA PRATIQUE RENDU POSSIBLE PAR

PEER PATIENTS EXPERIENCE EVIDENCE RESEARCH

EN PARTENARIAT AVEC

THE COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS OF CANADA | LE COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA

Les articles **Outils pour la pratique** sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Coordonnés par la **Dre Adrienne Lindblad**, ils sont rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse toolsforpractice@cfpc.ca. Les articles sont archivés à la page https://cfpclearn.ca/tools-for-practice-library/?lang=fr.

Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.

Le présent numéro d'Outils pour la pratique a été rédigé par des êtres humains. L'intelligence artificielle peut avoir aidé à la révision ou au formatage, mais rien de plus.