



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/copyright>



ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

Annales de
cardiologie
et d'angéiologie

Annales de Cardiologie et d'Angéiologie 61 (2012) 218–223

Article original

Évaluation par l'automesure au domicile de l'efficacité de monothérapies antihypertensives chez des hypertendus traités en France

Assessment of antihypertensive monotherapies effectiveness by home blood pressure self-measurement in hypertensive patients

O. Hanon^{a,b,*}, P. Laroche^c, J.-S. Vidal^b, B. Pannier^{a,d}, N. Postel-Vinay^{a,e}, B. Vaisse^{a,f},
X. Girerd^{a,g}

^a Comité français de lutte contre l'hypertension artérielle (CFLHTA), 5, rue des Colonnes-du-Trône, 75012 Paris, France

^b EA 4468, service de gériatrie, hôpital Broca, université Paris-Descartes, AP-HP, 54–56, rue Pascal, 75013 Paris, France

^c STACTIS, 115, rue Saint-Dominique, 75007 Paris, France

^d Service de médecine, hôpital F.H.-Manhès, 8, rue Roger-Clavier, 91712 Fleury, France

^e Service d'hypertension artérielle, hôpital Georges-Pompidou, 20–40, rue Leblanc, 75908 Paris cedex 15, France

^f Service de médecine interne, CHU de Timone, 264, rue Saint-Pierre, 13005 Marseille, France

^g Unité de prévention cardiovasculaire, pôle cœur métabolisme, hôpital de La Pitié-Salpêtrière, 83, boulevard de l'Hôpital, 75651 Paris cedex 13, France

Reçu le 16 avril 2012 ; accepté le 2 mai 2012

Disponible sur Internet le 23 mai 2012

Résumé

Objectifs. – Déterminer la qualité du contrôle tensionnel et évaluer l'efficacité de monothérapies antihypertensives par l'utilisation de la mesure au domicile chez des hypertendus traités en France en 2007, 2009 et 2010.

Méthodes. – Les enquêtes French League Against Hypertension Survey (FLAHS) sont menées au sein d'un échantillon représentatif d'individus âgés de plus de 35 ans vivant en France métropolitaine. À partir des enquêtes menées en 2007, 2009 et 2010, une population de 1467 sujets possédant un appareil d'automesure et ayant réalisé une série de trois mesures de pression artérielle (PA) successives le matin a été étudiée. Chez les 60 % de sujets ($n = 886$) déclarant prendre au moins un médicament antihypertenseur, une analyse a porté chez ceux étant actuellement traités par une des monothérapies pharmacologiques suivante : bêtabloquant (BB), enzyme de conversion (IEC), angiotensine 2 (ARA2), antagoniste calcique (AC).

Résultats. – Parmi les hypertendus traités ($n = 886$), le contrôle tensionnel au domicile était de 66 % ($n = 586$) au seuil de 140/90 mmHg, et de 50 % ($n = 449$) au seuil de 135/85 mmHg. Trois cent deux sujets étaient traités par une monothérapie selon la répartition : ARA2 (33 %), BB (25 %), AC (19 %) et IEC (13 %). L'âge (ans) pour chaque groupe de traitement n'est pas comparable ($p < 0,01$) AC ($72,1 \pm 9,3$), BB ($65,6 \pm 9,8$), ARA2 ($68,6 \pm 8,9$) et IEC ($67,3 \pm 10,2$). La pression artérielle systolique (PAS) et diastolique (PAD) (mmHg) n'est pas comparable sous ARA2 (130,7/76,1), BB (130,7/78,7), AC (134,0/75,2) et IEC (139,1/80,3), avec une différence significative entre ARA2 et IEC ($p < 0,01$). Une PA inférieure à 140/90 mmHg n'est pas observée de façon comparable selon le traitement : ARA2 (73 %), AC (68 %), BB (52 %), et IEC (47 %) avec ($p = 0,03$) pour ARA2 vs. IEC et AC vs. IEC.

Conclusion. – Parmi les hypertendus traités qui possèdent un appareil d'automesure, le contrôle tensionnel au domicile varie de 50 à 66 % (selon le seuil utilisé). Il est noté des différences entre l'efficacité antihypertensive des monothérapies avec un plus grand nombre de patients contrôlés lorsqu'un traitement par ARA2 ou AC est prescrit.

© 2012 Publié par Elsevier Masson SAS.

Mots clés : Hypertension artérielle ; Contrôle tensionnel ; Automesure tensionnelle ; Traitement antihypertenseur

Abstract

Objective. – To evaluate the blood pressure (BP) control and the efficacy of antihypertensive monotherapy using home BP self-measurement in a French population of treated hypertensive subjects in 2007 2009 and 2010.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : olivier.hanon@brc.aphp.fr (O. Hanon).

Methods. – The French League Against Hypertension Surveys (FLAHS) are conducted among a representative sample of individuals aged 35 years and older living in France. For the 2007, 2009 and 2010 surveys, a sample of 1467 subjects who owned a BP self-measurement device and performed three consecutive morning BP measurements were included. Among the 60% of subjects who reported taking at least one antihypertensive drug, we analyzed subjects treated with one of the following antihypertensive monotherapy, i.e., beta-blocker (BB), ACE inhibitors, calcium channel blocker (CCB) and angiotensin receptor blockers (ARB).

Results. – Among treated hypertensive subjects ($n=886$), 66% ($n=586$) had home BP below the 140/90 mmHg threshold and 50% ($n=449$) below 135/85 mmHg. Three hundred two subjects were treated with a single antihypertensive drug, 33% had ARB, 25% BB, 19% CCB and 13% ACE inhibitors. Age (years) for each treatment group is different ($P<0.01$) CCB (72.1 ± 9.3), BB (65.6 ± 9.8), ARB (68.6 ± 8.9) and ACEI (67.3 ± 10.2). The mean systolic/diastolic BP (mmHg) is not comparable between monotherapy 130.7/76.1 (ARB), 130.7/78.7 (BB), 134.0/75.2 (CCB) and 139.1/80.3 (ACEI) for ARB, BB, CCB and ACE inhibitors respectively. Compared to ACE inhibitors, BP was significantly lower with ARB ($P<0.01$). The proportion of subjects with a BP below 140/90 mmHg was 73% for ARB, 52% for BB, 68% for CCB and 47% for ACE with a statistical significance ($P=0.03$) for ARB vs. ACEI and CCB vs. ACEI.

Conclusion. – Among subjects treated for hypertension who owned a BP self-measurement device, 50 to 66% had a controlled BP (depending on the threshold used). It is observed differences between antihypertensive efficacy of monotherapy with a larger number of patients controlled with ARB or CCB.

© 2012 Published by Elsevier Masson SAS.

Keywords: Hypertension; Blood pressure control; Blood pressure self-measurement; Antihypertensive treatment

1. Introduction

Toutes les études épidémiologiques indiquent un contrôle tensionnel insuffisant des hypertendus traités. Les données françaises les plus récentes, proviennent de l'étude nationale nutrition santé (ENNS 2006–2007) [1]. Menée en population générale métropolitaine elle a permis d'étudier la pression artérielle (PA) d'adultes âgés de 18 à 74 ans, sur un échantillon de 2266 personnes. Parmi les hypertendus traités, la moitié seulement apparaissait bien contrôlée (50,9 %). Le contrôle de l'hypertension était plus fréquent chez les femmes (58,5 %) que chez les hommes (41,8 %). On observait une diminution progressive du contrôle tensionnel avec l'âge, de 51 % entre 55 et 64 ans, à 42,5 % entre 65 et 74 ans.

Plusieurs études suggèrent qu'un facteur explicatif de ce mauvais contrôle tensionnel est lié à une inertie thérapeutique de la part des praticiens, c'est-à-dire une absence de majoration du traitement antihypertenseur alors que la PA est élevée. D'autres travaux soulignent que les classes thérapeutiques utilisées pourraient avoir un rôle sur le contrôle tensionnel via la qualité de la tolérance et de l'observance thérapeutique. Les médicaments les mieux tolérés permettant la meilleure persistance du traitement antihypertenseur [2].

La grande majorité de ces études se base sur des mesures tensionnelles effectuées lors de la consultation. Cette méthodologie imparfaite expose au risque de surestimation des chiffres tensionnels lié à l'existence d'une hypertension artérielle (HTA) blouse blanche. Ainsi, les nouvelles recommandations de la société française d'HTA [3] indiquent clairement que « dans le cadre du suivi de l'hypertendu, il est recommandé de mesurer la PA en dehors du cabinet médical, en particulier lorsque la PA n'est pas contrôlée en consultation ».

Depuis 2002, les études French League Against Hypertension Survey (FLAHS) permettent la réalisation d'enquêtes observationnelles au sein d'échantillons représentatifs de la population française de plus de 35 ans. L'objectif de ce travail a été d'évaluer, à partir des enquêtes FLAHS, le contrôle tensionnel à domicile d'une population d'hypertendus traités possédant

un appareil d'automesure, ainsi que l'effet des traitements en monothérapie sur la qualité du contrôle tensionnel.

2. Méthodes

Les enquêtes FLAHS sont menées depuis 2002 par le comité français de lutte contre l'hypertension artérielle (CFLHTA), sur un échantillon de 20 000 foyers, représentatifs de la population des ménages ordinaires français, et issu de la base de sondage permanente de TNS Healthcare (sont exclus les sujets vivants en institutions ou sans domicile fixe). Le panel a été constitué selon la méthode des quotas au niveau foyer, après une double stratification région/habitat. Au sein de ces foyers (famille vivant sous un même toit ou vivant seule), les personnes sont interrogées grâce à un questionnaire auto-administré, adressé par voie postale. Les questionnaires retournés ont été soumis à une relecture individuelle puis à une double saisie, de façon à écarter les questionnaires inexploitable. Pour permettre une estimation pour l'ensemble de la population vivant en France métropolitaine du nombre des sujets ayant les prévalences observées, il a été utilisé les données de l'INSEE sur les recensements réalisés en 1999 et 2005.

Pour chaque étude FLAHS, 4500 questionnaires sont envoyés chez des sujets de 35 ans et plus. Le taux de retour est en moyenne de 70 %. Un redressement des données est effectué sur les critères de représentativité : sexe, âge, région, habitat, profession du chef de famille, nombre de personnes au foyer. Depuis 2002, pour chaque étude FLAHS le questionnaire dont le contenu est élaboré par le comité scientifique du CFLHTA, a conduit à poser des questions portant sur les données biométriques, les antécédents médicaux, la valeur de la dernière mesure de la PA, la prise actuelle de médicaments pour traiter l'HTA, le cholestérol, le diabète, la possession d'un appareil d'automesure tensionnel, les habitudes alimentaires et de la pratique de l'activité physique. En plus de ces questions permettant de réaliser un tableau de bord de la prise en charge de l'HTA, chaque enquête a cherché à obtenir des informations complémentaires sur un thème spécifique. Entre 2002 et 2007, la thématique du dépistage de

l'HTA par l'automesure a été explorée. Trois enquêtes ont été réalisées en 2007, 2009 et 2010, permettant le recueil de données d'un échantillon de 7556 sujets. Au sein de cette population, 1963 personnes ont déclaré posséder un appareil d'automesure. Parmi les hypertendus, 39 % des sujets traités disposaient d'un appareil d'automesure.

Lors du sondage, il était demandé aux participants possédant un appareil d'automesure, de mesurer leur PA en effectuant trois mesures tensionnelles consécutives à reporter sur la fiche de relevé tensionnel. Les mesures étaient standardisées selon le protocole suivant :

- trois mesures de suite, à une minute d'intervalle ;
- le matin après s'être levé, juste avant de débiter le petit déjeuner ;
- en position assise ;
- après au moins trois minutes de repos dans une ambiance calme.

Les chiffres de pression artérielle systolique (PAS) et diastolique (PAD) étaient recopiés par le participant sur une feuille de relevé tensionnel. Cette feuille était ensuite renvoyée par voie postale aux investigateurs. Les données démographiques (âge, sexe, facteurs de risque cardiovasculaires, comorbidités) ainsi que la liste des traitements antihypertenseurs étaient aussi reportées par les participants.

Parmi les 1963 personnes possédant un appareil d'automesure, 1467 sujets ont réalisé la série de trois mesures de PA successives le matin de façon correcte, c'est-à-dire ont bien notifié une à trois mesures de PAS et une à trois mesures de PAD.

Chez les 60 % de sujets déclarant prendre au moins un médicament antihypertenseur, une analyse a porté chez ceux étant actuellement traités par une des monothérapies ($n = 302$) pharmacologiques suivante : bêtabloquant (BB), inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC), antagonistes des récepteurs de l'angiotensine 2 (ARA2), antagonistes calciques (AC). La prescription de diurétique, antihypertenseur central, inhibiteur direct de la rénine, anti-aldostérone et alphabloquant en monothérapie apparaissant trop faible, ces classes thérapeutiques n'ont pas été incluses dans l'analyse.

3. Analyse statistique

Les caractéristiques générales des sujets ont été exprimées en pourcentage pour les variables catégorielles et en moyenne pour les variables continues. Les sujets ont été classés en fonction du nombre de traitements antihypertenseurs utilisés : mono-, bi-, tri- et quadrithérapie. Pour les monothérapies, les sujets ont été classés en fonction de la classe thérapeutique de l'antihypertenseur utilisé : IEC, ARA2, BB, AC, diurétique, antihypertenseur central, inhibiteur direct de la rénine, anti-aldostérone et alphabloquant.

Le contrôle tensionnel a été évalué pour les seuils de PA inférieure à 140/90 mmHg (seuil de consultation) et de PA inférieure à 135/85 mmHg correspondant au seuil habituellement reconnu en automesure [3].

La proportion de sujets contrôlés a été évaluée en fonction du nombre de traitements antihypertenseurs utilisés. Chez les sujets en monothérapie, les proportions de sujets contrôlés ont été comparées en fonction de la classe thérapeutique utilisée (i.e., IEC, ARA2, BB et AC) en prenant les IEC comme classe de référence. Enfin, les moyennes des PAS et PAD ont été comparées en prenant, là encore, les sujets sous IEC comme classe de référence. Une valeur de p inférieure à 0,05 a été considérée comme statistiquement significative.

4. Résultats

Au total, 1467 sujets disposant d'un appareil d'automesure, ont réalisé la série de trois mesures de PA successives le matin de façon correcte. Les caractéristiques de cette population étudiée apparaissent dans la **Tableau 1**. L'âge moyen était de 66 ans, dont 38 % de plus de 70 ans et 55 % de femmes. Le brassard utilisé était de type brassard au bras dans 41 % des cas. Soixante pour cent des personnes possédant un appareil d'automesure étaient traités par un antihypertenseur ($n = 886$). La monothérapie antihypertensive était prescrite dans 34 % des cas, la bithérapie dans 38 %, la trithérapie dans 20 %, et 8 % des sujets recevaient quatre antihypertenseurs ou plus. Les ARA2 représentaient la classe d'antihypertenseurs la plus prescrite en monothérapie (33 % des cas), devant les BB (25 %), les AC (19 %) et les IEC (13 %). Seuls 5 % des sujets prenaient un diurétique en monothérapie.

Le contrôle tensionnel évalué par la mesure au domicile était de 66 % ($n = 586/886$) au seuil de PA inférieure à 140/90 mmHg, et de 50 % ($n = 449/886$) au seuil de PA inférieure à 135/85 mmHg.

Tableau 1
Caractéristiques de la population.

Caractéristiques générales, % (n)	n = 1467
Âge, M (DS)	65,8 (11,9)
Âge > 70 ans	38 (550)
Hommes	45 (666)
Brassard au bras	41 (605)
Obésité abdominale	42 (614)
Diabète traité	39 (570)
Traitement antihypertenseur	60 (886)
Monothérapie	34 (302)
Bithérapie	38 (340)
Trithérapie	20 (173)
≥ Quadrithérapie	8 (71)
Classe médicamenteuse utilisée en monothérapie	
ARA2	33 (101)
Bêtabloquant	25 (75)
Antagoniste calcique	19 (57)
Inhibiteur de l'enzyme de conversion	13 (40)
Diurétique	5 (16)
Anti-HTA centraux	2 (5)
Anti-aldostérone	1 (4)
Inhibiteur direct de la rénine	1 (2)
Alphabloquant	1 (2)

M (DS) : moyenne (déviation standard) ; ARA2 : antagonistes des récepteurs de l'angiotensine 2 ; HTA : hypertension artérielle.

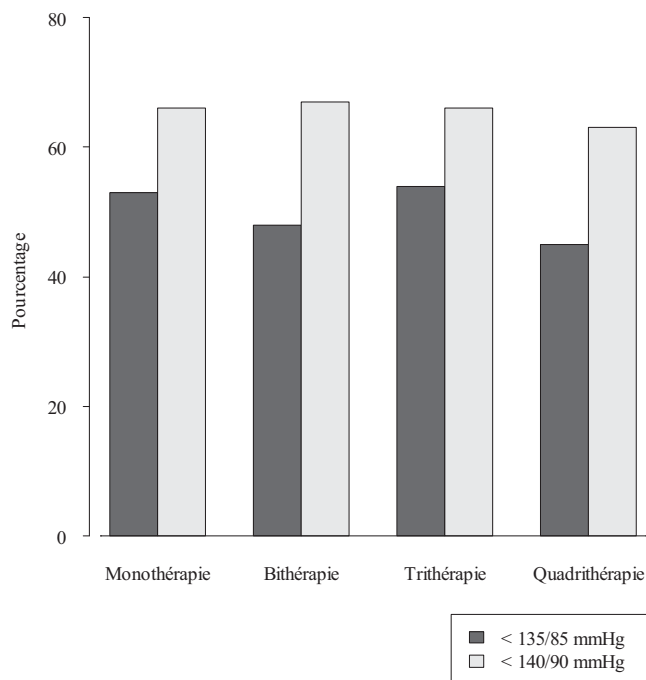


Fig. 1. Contrôle de la pression artérielle selon le nombre de classes d'antihypertenseurs.

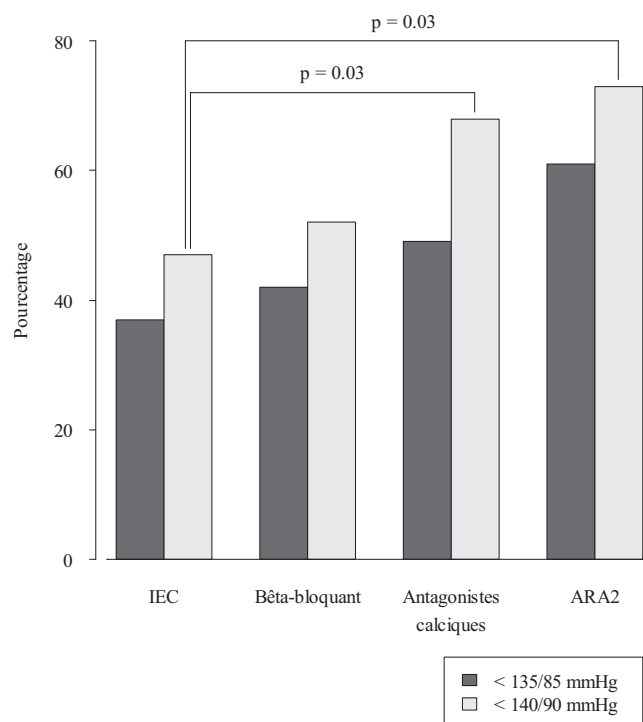


Fig. 2. Contrôle de la pression artérielle selon la classe pharmacologique utilisée en monothérapie.

Le contrôle de la PA en fonction du nombre de classes d'antihypertenseurs est indiqué sur la Fig. 1. La qualité du contrôle tensionnel était globalement similaire quel que soit le nombre d'antihypertenseur prescrit. On observe que 34 % des sujets en monothérapie étaient mal contrôlés au seuil de 140/90 mmHg et 47 % au seuil de 135/85 mmHg.

Les caractéristiques démographiques apparaissent globalement similaires en fonction de la monothérapie antihypertensive prescrite (Tableau 2) sauf l'âge qui apparaît significativement plus élevé en cas de prescription d'AC et plus bas en cas de prescription de BB ($p=0,001$).

Le contrôle de la PA selon la classe pharmacologique utilisée en monothérapie apparaît Fig. 2. En comparaison aux IEC, les résultats indiquent un meilleur contrôle tensionnel sous ARA2 (73 % vs 47 %, $p<0,03$) ou sous AC (68 % vs 47 %, $p<0,03$). La valeur moyenne de PAS/PAD au domicile

était pour chaque traitement: ARA2 (130,7/76,1 mmHg), BB (130,7/78,7 mmHg), AC (134,0/75,2 mmHg) et IEC (139,1/80,3 mmHg) ($p<0,01$). Le niveau tensionnel apparaissant significativement plus bas sous ARA2 en comparaison aux IEC ($p<0,01$) (Fig. 3).

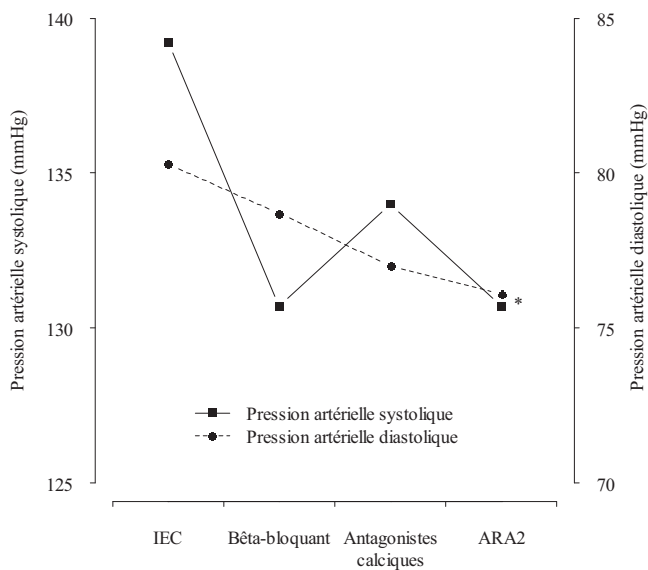
5. Discussion

Cette étude menée au sein d'un échantillon de l'étude FLAHS, une cohorte représentative de la population des ménages français âgés de 35 ans et plus, indique un contrôle tensionnel qui varie entre 50 % et 66 % en fonction du seuil utilisé (PA inférieure à 135/85 ou inférieure à 140/90 mmHg, respectivement) chez les hypertendus traités.

Tableau 2
Caractéristiques des sujets en fonction de la monothérapie antihypertensive prescrite.

Caractéristiques, % (n)	IEC n = 40	ARA2 n = 101	Bêta-bloquant n = 75	AC n = 57	p
Âge, moyenne, M (DS)	68,6 (8,9)	67,3 (10,2)	65,6 (9,8)	72,1 (9,3)	0,001
Âge > 70 ans	40 (16)	40 (40)	31 (23)	58 (33)	0,02
Hommes	63 (25)	48 (48)	47 (35)	42 (24)	0,24
Brassard au bras	53 (21)	43 (43)	52 (39)	40 (23)	0,53
PA ≥ 140/90 (mmHg)	38 (15)	29 (29)	36 (27)	40 (23)	0,46
Tour de taille > 88/102 cm (H/F)	40 (16)	50 (50)	47 (35)	51 (29)	0,72
Traitement antidiabétique	20 (8)	15 (15)	7 (5)	12 (7)	0,19
Traitement hypolipémiant	62 (24)	49 (49)	49 (37)	42 (24)	0,39
Fumeurs	8 (3)	9 (9)	12 (9)	4 (2)	0,38

M (DS) : moyenne (déviation standard) ; IEC : inhibiteurs de l'enzyme de conversion ; ARA2 : antagonistes des récepteurs de l'angiotensine 2 ; AC : antagoniste calcique ; PA : pression artérielle ; H/F : homme/femme.



* $p < 0,01$ niveau de pression artérielle (PAS/PAD) ARA2 vs IEC

Fig. 3. Niveau de la pression artérielle selon la classe pharmacologique utilisée en monothérapie. * $p < 0,01$ niveau de pression artérielle (PAS/PAD) ARA2 vs IEC. PAS : pression artérielle systolique ; PAD : pression artérielle diastolique ; ARA2 : antagonistes des récepteurs de l'angiotensine 2 ; IEC : inhibiteurs de l'enzyme de conversion.

Au seuil de 140/90 mmHg, le contrôle tensionnel de 66 % apparaît supérieur à celui observé dans l'étude française ENNS qui était de 50,9 %, où la PA était mesurée en consultation. Peu de travaux ont évalué en France la qualité du contrôle tensionnel à partir de mesures réalisées en dehors de la consultation et dans des populations non suivies dans le cadre d'essais thérapeutiques. Une étude menée en Espagne au sein de centre de soins primaire [4] retrouve aussi une meilleure qualité du contrôle tensionnel lorsque la PA est mesurée par une mesure ambulatoire de la PA des 24 heures (MAPA). Les résultats indiquent que le contrôle tensionnel qui est de 24 % des sujets à la consultation est en fait de 52 % lorsque la PA est mesurée par MAPA, soulignant le rôle défavorable de la variabilité tensionnelle sur l'estimation du contrôle tensionnel en consultation avec en corollaire l'importance de l'effet blouse blanche chez l'hypertendu traité. Un des résultats original de notre étude est de pouvoir indiquer que chez les sujets traités par monothérapie ; 34 % des sujets ne sont pas contrôlés au seuil de 140/90 mmHg et 47 % au seuil de 135/85 mmHg. L'observation du non contrôle tensionnel chez des hypertendus traités est paradoxale car dans cette situation il est recommandé d'adapter le traitement en particulier par le passage à une bithérapie puis une trithérapie si nécessaire. Cette situation de non adaptation du traitement peut s'interpréter comme de l'inertie thérapeutique qui dans une étude observationnelle réalisée en France a été observée chez 85 % des sujets non contrôlés [5]. Les principaux facteurs de l'inertie thérapeutique sont : l'absence de confiance des praticiens dans la mesure clinique de PA en consultation, l'absence de connaissance ou de confiance envers les recommandations, la crainte des effets secondaires liés aux médicaments, la présence de comorbidités non cardiovasculaires et le besoin d'une

période d'annonce ou de négociation avec le patient avant de majorer le traitement.

Dans l'étude ENNS, la prescription de la monothérapie chez les hypertendus non contrôlés était de 36 % soulignant là aussi ce phénomène d'inertie thérapeutique et le recours insuffisant aux plurithérapies pour améliorer le contrôle tensionnel.

L'autre résultat de notre étude est que le contrôle tensionnel obtenu par une monothérapie antihypertensive dépend de la classe pharmacologique prescrite. Un meilleur contrôle tensionnel est observé chez les sujets traités par ARA2 ou par AC avec comme corollaire que le niveau tensionnel le plus bas est observé sous ARA2 alors que le moins bon est observé lorsque qu'un IEC est prescrit en monothérapie. Ces données obtenues sur des groupes de patients suivis dans un cadre de soins courants ne sont pas en accord avec les données de méta-analyses [6] obtenues à partir d'essais thérapeutiques qui ne différencient pas les IEC et les ARA2 en termes d'efficacité antihypertensive. En revanche, d'autres études comparatives retrouve une plus grande efficacité des ARA2 par rapport aux IEC, en particulier pour le telmisartan comparé à différents IEC dans une méta-analyse [7] (baisse de PAS plus importante de 1,5 à 3 mmHg), ou pour l'olmesartan comparé au ramipril avec une évaluation réalisée chez le sujet âgé avec mesure de la PA par MAPA [8]. L'équivalence d'efficacité hypotensive entre ARA2 et IEC ne semble donc pas un résultat qui puisse être généralisé à tous les médicaments des deux classes pharmacologiques car les différences dans l'efficacité hypotensive des différents médicaments sont en grande partie dépendantes de leurs caractéristiques pharmacologiques (intensité du blocage pharmacologique, durée d'action, choix du dosage) et des populations étudiées.

Notre travail présente les limites d'une étude observationnelle qui reflète l'usage des antihypertenseurs en monothérapie dans la vie courante sans avoir la valeur de données issues d'un essai thérapeutique. Par ailleurs, l'étude porte sur un effectif relativement peu important, en particulier concernant le groupe de sujets sous IEC. De même, le faible nombre de sujets en monothérapie n'a pas permis l'analyse des antihypertenseurs au sein d'une même classe, ni celle des différentes posologies médicamenteuses. De plus, nous ne disposons pas de l'ancienneté des traitements et de la raison précise du choix de la monothérapie. Enfin, l'évaluation des sujets sous diurétiques n'a pas été réalisée en raison du faible nombre d'observation dans cette cohorte. Le protocole utilisé pour l'automesure n'est pas celui habituellement préconisé dans les recommandations de la société française d'HTA, suivant la règle des trois. Ici, seul le relevé de trois mesures le matin a été demandé et donc étudié. Ainsi, il est probable, qu'il faille plutôt considérer le seuil de 140/90 mmHg dans nos résultats, que celui de 135/85 mmHg qui se base sur la réalisation de 18 mesures sur trois jours.

En résumé, notre travail apporte des informations, sur le contrôle tensionnel observé à domicile chez des hypertendus traités. Parmi les hypertendus traités qui possèdent un appareil d'automesure, le contrôle tensionnel au domicile varie de 50 à 66 % (selon le seuil utilisé), et il est noté des différences entre l'efficacité antihypertensive des monothérapies avec un plus grand nombre de patients contrôlés lorsqu'un traitement par ARA2 ou AC est prescrit.

Déclaration d'intérêts

L'auteur a déjà reçu des honoraires de l'industrie pharmaceutique dans le cadre de réunions d'experts/conférences (Sanofi-aventis, BMS, Boehringer, Bayer Healthcare, Novartis, Servier, Pfizer, Eisai, Lundbeck, Janssen, Menarini, Solvay).

Références

- [1] Godet-Mardirossian H, Girerd X, Vernay M, Chamontin B, Castetbon K, de Peretti C. Patterns of hypertension management in France (ENNS 2006–2007). *Eur J Prev Cardiol* 2012;19(2):213–20.
- [2] Kronish IM, Woodward M, Sergie Z, Ogedegbe G, Falzon L, Mann DM. Meta-analysis: impact of drug class on adherence to antihypertensives. *Circulation* 2011;123(15):1611–21.
- [3] Recommandation de la société française d'hypertension artérielle. Mesures de la pression artérielle pour le diagnostic et le suivi du patient hypertendu. *Presse Med* 2012;41(3):221–4.
- [4] Banegas JR, Segura J, Sobrino J, Rodríguez-Artalejo F, de la Sierra A, de la Cruz JJ, et al. Effectiveness of blood pressure control outside the medical setting. *Hypertension* 2007;49(1):62–8.
- [5] Wang YR, Alexander GC, Stafford RS. Outpatient hypertension treatment, treatment intensification, and control in Western Europe and the United States. *Arch Intern Med* 2007;167(2):141–7.
- [6] Matchar DB, McCrory DC, Orlando LA, Patel MR, Patel UD, Patwardhan MB, et al. Systematic review: comparative effectiveness of angiotensin-converting enzyme inhibitors and angiotensin II receptor blockers for treating essential hypertension. *Ann Intern Med* 2008;148(1):16–29.
- [7] Zou Z, Xi GL, Yuan HB, Zhu QF, Shi XY. Telmisartan versus angiotensin converting enzyme inhibitors in the treatment of hypertension: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Hum Hypertens* 2009;23(5):339–49.
- [8] Malacco E, Omboni S, Volpe M, Auteri A, Zanchetti A, Study Group ESPORT. Antihypertensive efficacy and safety of olmesartan medoxomil and ramipril in elderly patients with mild to moderate essential hypertension: the ESPORT study. *J Hypertens* 2010;28:2342–50.