

Medication 'compliance' in asthma

In the current issue of the *Canadian Respiratory Journal*, Jobin et al (1) (pages 97-104) assess the use of asthma therapy in relatively unselected patients. Briefly, they recruited patients 12 to 45 years of age through pharmacies that dispensed the drugs, obtaining consent to an interview and delivering a detailed questionnaire. Self-reported drug use was recorded, as were a host of potential factors believed to be related to compliance. These included socioeconomic status, perceptions of general health and asthma severity, perceived risk of asthma, knowledge of drugs and disease, side effects of drugs, and care processes such as the caregiver and relationships to the patient, lung function tests, the presence of an action plan and a previous educational program. This was an ambitious undertaking involving multiple individuals from differing disciplines.

Of 349 patients interviewed, only 43 (12%) used their asthma drugs in compliance – characterized by Jobin et al as 'appropriate' – with Canadian guidelines (2). These included the daily use of a controller medication, sparing use of short-acting bronchodilators and reasonable use of add-on medications. There were three main causes of noncompliance: use of only one drug, underuse of controller medication and overuse of short-acting bronchodilators. This, as the authors note, is a list familiar to students of the real world of asthma therapy. Making the criteria less stringent, chiefly by relaxing the intensity of controller use, increased the 'appropriate' figure only to 16%. Several discouraging items were revealed, such as only 52 patients possessed an action plan, and only 45 had been in an asthma education program.

Of the potential determinants of appropriate drug use, only a few appeared to be significantly related to the outcome. These were knowledge of the nature of asthma drugs, good perceived general health, a history of specialist care and previous difficulty with paying for drugs. To some extent these are rational. We all know that specialists are wonder workers, and that good knowledge of asthma drugs is beneficial, and can imagine that people who are confident about their health will do relatively well. The fact that people who had trouble paying for their drugs used them better than others is counterintuitive, and Jobin et al (1) hypothesized that the reason for the payment problem may have been the devoted use of expensive controllers, which may or may not be true.

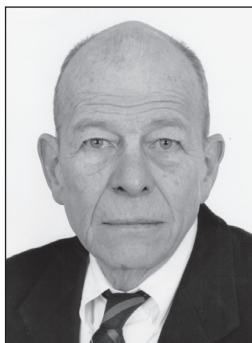
Of perhaps greater interest are the characteristics that did not relate to appropriateness of drug use. These included perceived asthma severity, knowledge of asthma per se, perception of the value of therapy, side effects, age and socioeconomic status and care processes, including action plans and educational programs. Some of the solutions we propose for compliance problems appeared not to matter.

The design of the study by Jobin et al (1) is unlikely to account for the disappointing results. Self-report by volunteers should bias results in favour of appropriate therapy, not against it. We must, therefore, accept the outcome as something approximating the truth. It is tempting, but unacceptable, to blame the patients – they are what they are, and it is the job of the health care worker to induce desirable behaviour on their part. The fact is, we have seen the problem and, as Pogo said, "it is us". I can think of only two prescriptions: more time spent per individual patient with asthma, and better knowledge of the guidelines, which sounds a lot like motherhood.

REFERENCES

1. Jobin M-S, Moisan J, Bolduc Y, Droval E, Boulet L-P, Gregoire J-P. Factors associated with appropriate use of asthma drugs. *Can Respir J* 2011;18:97-104.
2. Lemiere C, Bai T, Baler MB, et al. Adult asthma consensus guidelines update 2003. *Can Respir J* 2004;11(Suppl A):9A-18A.

L'observance thérapeutique en cas d'asthme



Nick R Anthonisen

Dans le présent numéro de la *Revue canadienne de pneumologie*, Jobin et coll. (1) (pages 97-104) évaluent l'utilisation des traitements contre l'asthme chez des patients relativement non sélectionnés. Pour résumer, ils ont recruté des patients de 12 à 45 ans par l'entremise de pharmacies qui dispensaient les médicaments, ont obtenu leur consentement à participer à une entrevue et les ont fait répondre à un questionnaire détaillé. Ils ont consigné l'utilisation autodéclarée de médicaments, ainsi que toute une série de facteurs potentiels qu'on croit liés à l'observance. Ces facteurs incluaient le statut socioéconomique, les perceptions quant à l'état de santé général et à la gravité de l'asthme, le risque perçu d'asthme, la connaissance des médicaments et de la maladie, les effets secondaires des médicaments et les processus de soins tels que le soignant et les relations avec le patient, l'exploration fonctionnelle respiratoire, la présence d'un plan d'action et la participation antérieure à un programme d'éducation. C'était là un projet ambitieux faisant appel à de nombreuses personnes provenant de diverses disciplines.

Des 349 patients interviewés, seulement 43 (12 %) observaient les indications d'utilisation de leurs médicaments conformément aux lignes directrices canadiennes, selon ce que Jobin et coll. décrivaient comme « pertinent » (2). Ces indications incluaient l'utilisation quotidienne d'un médicament de contrôle, l'utilisation parcimonieuse de bronchodilatateurs à action brève et l'utilisation raisonnable de médicaments supplémentaires. On remarquait trois grandes causes de non-observance : l'utilisation d'un seul médicament, la sous-utilisation des médicaments de contrôle et la surutilisation des bronchodilatateurs à action brève. Comme le remarquent les auteurs, cette liste est connue dans le monde réel du traitement de l'asthme. Si on rendait les critères moins rigoureux, notamment en diminuant l'intensité d'utilisation des médicaments de contrôle, les résultats « pertinents » passaient à 16 % seulement. Plusieurs éléments décourageants sont ressortis. Ainsi, seulement 52 patients possédaient un plan d'action, et seulement 45 avaient participé à un programme d'éducation sur l'asthme.

Parmi les déterminants potentiels d'une utilisation pertinente des médicaments, seulement quelques-uns semblaient avoir une relation significative avec les résultats. Il s'agissait du fait de connaître la nature des médicaments contre l'asthme, la perception d'un bon état de santé général, des antécédents de soins par des spécialistes et une difficulté passée à payer les médicaments. Dans une certaine mesure, ces déterminants sont rationnels. Nous savons tous que les spécialistes sont des faiseurs de miracles et qu'une bonne connaissance des médicaments contre l'asthme est bénéfique, et on peut s'imaginer que les personnes qui ont confiance en leur santé s'en tireront relativement bien. Le fait que les personnes qui éprouvent de la difficulté à payer leurs médicaments les utilisent mieux est contre-intuitif, et Jobin et coll. (1) postulent que la raison du problème de paiement proviendrait de l'utilisation assidue de médicaments de contrôle coûteux, ce qui est peut-être vrai, mais peut-être pas.

Les caractéristiques qui n'étaient pas liées à la pertinence d'utilisation des médicaments étaient peut-être encore plus intéressantes. Elles incluaient la gravité perçue de l'asthme, les connaissances de l'asthme proprement dit, la perception de la valeur du traitement, les effets secondaires, l'âge, le statut socioéconomique et les processus de soins, y compris les plans d'action et les programmes d'éducation. Certaines des solutions que nous proposons pour régler des problèmes d'observance semblaient n'avoir aucune incidence.

La conception de l'étude de Jobin et coll. (1) risque peu de tenir compte des données décevantes. Une autodéclaration par des bénévoles devrait biaiser les résultats au profit d'un traitement pertinent, et non l'inverse. Nous devons donc accepter que ces résultats s'apparentent à la vérité. Il est tentant, mais inacceptable, de critiquer les patients. Ils sont ce qu'ils sont, et c'est au travailleur de la santé à induire le comportement souhaitable de leur part. En fait, nous avons vu le problème et, comme l'a dit Pogo : « c'est nous ». Seulement deux prescriptions me viennent en tête : passer plus de temps avec chaque patient asthmatique et mieux connaître les lignes directrices, ce qui ressemble beaucoup au principe de la maternité.

RÉFÉRENCES

1. Jobin M-S, Moisan J, Bolduc Y, Droval E, Boulet L-P, Gregoire J-P. Factors associated with appropriate use of asthma drugs. *Can Respir J* 2011;18:97-104.
2. Lemiere C, Bai T, Baler MB et coll. Adult asthma consensus guidelines update 2003. *Can Respir J* 2004;11(Suppl A):9A-18A.