

## On illness, convalescence and rehabilitation

Last October, I had pneumonia. When I went to the Canadian Thoracic Society (CTS) meeting in San Diego, California, I found that shortness of breath and leg muscle weakness really limited my mobility. San Diego is warm and dry in November, and over the week, my muscle strength improved with a program of walking regularly. When I went back to work, however, I was unable to climb the stairs to the chest unit and had to resort to taking the elevator. It took three months before I really felt that I was getting back to my usual exercise tolerance and endurance. This experience helped to explain to me why we get so many referrals regarding shortness of breath after an illness.

It has often struck me, as an English import, that the Canadian public is unaware of the process of convalescence from an acute illness. In England it was considered normal to go to a convalescent home after an acute illness. Generally these were in the country or at the seaside. Fresh air and exercise were encouraged. Canadians, however, seem to have been brought up to believe that one is either acutely sick or well, and the progress from sick to well occurs when one gets out of bed. They seem to have no understanding of the muscle wasting that can occur in even fit individuals after a week in bed. This is compounded by a lack of knowledge that restoring muscle strength requires exercise, which takes not only time, but considerable effort by the patient. There is no magic pill. This lack of knowledge extends to the health care system, and leads to prolongation of ill health and increased costs. This is an area that is going to become more of a problem as the population ages. The issue of patients with muscle weakness after illness who complain of shortness of breath on exertion is likely to become increasingly important in respirology.

Perhaps because helping patients recover muscle strength and mobility after an illness does not require 'high tech' equipment, there have been very few programs developed. Helping people with this type of problem would be cheap and easy. It would only require someone to guide the patients in gradually increasing strength as they recover. Equipment could include exercise bicycles or treadmills, but just a space to walk with supervision would be more than is currently available. There would be an obvious benefit to the individual, but there would also be a benefit to the system, because costs for repeated visits and consultations with specialists would be decreased. The difficulty is generally that the health care system does not view this type of intervention as a health care need. Physiotherapists are scarce, and in Ontario, there is as long a waiting list for

## De la maladie, de la convalescence et de la réadaptation



Helen Ramsdale

En octobre dernier, j'ai souffert d'une pneumonie. Au congrès de la Société canadienne de thoracologie (SCT) qui avait lieu à San Diego, en Californie, j'ai découvert que l'essoufflement et la faiblesse musculaire des jambes limitaient énormément ma mobilité. Il fait chaud et sec à San Diego en automne et, au cours de la semaine, ma force musculaire s'est améliorée grâce à des marches régulières. Cependant, à mon retour au travail, j'étais incapable de me rendre à l'unité de thoracologie par les escaliers, et j'ai dû prendre l'ascenseur. Il m'a fallu trois mois avant de retrouver ma tolérance à l'exercice et mon

endurance. Cette expérience m'a aidée à comprendre pourquoi nous recevons autant de demandes de consultation au sujet de l'essoufflement après une maladie.

À titre de Britannique, j'ai souvent été frappée par le fait que le public canadien ne connaît pas le processus de convalescence après une maladie aiguë. En Angleterre, il était considéré normal de se rendre en maison de convalescence après une telle maladie. En général, c'était à la campagne ou à la mer. L'air frais et l'exercice étaient encouragés. Les Canadiens semblent toutefois avoir été élevés dans la croyance qu'on est soit très malade, soit en bonne santé, et que le passage de la maladie à la santé se produit au lever du lit. Personne ne semble savoir qu'une perte musculaire peut se produire, même chez des individus en bonne forme, après une semaine d'alitement. De plus, on ne semble pas savoir que pour retrouver la force musculaire, il faut faire de l'exercice, ce qui exige non seulement du temps, mais également des efforts considérables de la part du patient. Il n'existe pas de panacée. Ce manque de connaissances s'applique aussi au système de santé, ce qui entraîne une prolongation de la mauvaise santé et une augmentation des coûts. Cet aspect deviendra plus problématique avec le vieillissement de la population. Les patients qui ressentent une faiblesse musculaire et qui se plaignent d'essoufflement à l'effort deviendront probablement de plus en plus nombreux en pneumologie.

Peut-être parce que la récupération de la force musculaire et la mobilité après une maladie n'exigent aucun équipement de haute technologie, peu de programmes sont en place à cet effet. L'aide aux personnes présentant ce type de problèmes serait peu coûteuse et facile à apporter. Il suffirait que quelqu'un oriente les patients pour qu'ils retrouvent graduellement leur force à mesure qu'ils récupèrent. L'équipement devrait inclure des vélos stationnaires ou des tapis roulants, mais un simple espace pour marcher sous supervision serait déjà mieux que ce qui existe actuellement. L'individu en tirerait des bénéfices

Ontario Health Insurance Plan-covered outpatient physiotherapy as there is for an appointment with a specialist.

Rehabilitation, on the other hand, applies to patients who are clinically stable. The criteria for referral are well established. Randomized, controlled trials have shown that pulmonary rehabilitation programs are effective. Even though rehabilitation is evidence-based, the problem with pulmonary rehabilitation in Canada is a lack of access for most patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The recently published CTS guidelines for the treatment of COPD showed that in 1999, there were only 36 pulmonary rehabilitation programs in Canada, which would serve less than 1% of the Canadian COPD population (1).

There has been much recent interest focusing on planning for the future of health care in Canada. The respirology community needs to learn more about how to affect change in areas such as rehabilitation that have been so neglected in the past.

I will complete my term as President of the CTS at the end of October. The CTS Annual General Meeting and Educational Day will take place in Orlando, Florida. I would like to express my gratitude to Valoree McKay for her help and support over the past year. Without her hard work in the office in Ottawa, there would be no meeting in Orlando.

One of my colleagues, looking back at events in Ontario over the past year (severe acute respiratory syndrome, the blackout and now a hurricane forecast to hit Lake Ontario), is grateful that the next President of the CTS is from a different province. I wish Dennis Bowie and Nova Scotia good luck!

*Helen Ramsdale MD  
President, Canadian Thoracic Society*

#### REFERENCE

1. Brooks D, Lacasse Y, Goldstein RS. Pulmonary rehabilitation programs in Canada: National survey. *Can Respir J* 1999;6:55-63.

indéniables, mais le système également, car les coûts reliés à des visites et à des consultations répétées auprès de spécialistes diminueraient. Le problème, c'est qu'en général, le système de santé ne perçoit pas ce type d'intervention comme un besoin de santé. Les physiothérapeutes se font rares et, en Ontario, la liste d'attente est aussi longue pour obtenir des services de physiothérapie couverts par le régime d'assurance-maladie que pour rencontrer un spécialiste.

La réadaptation, par contre, s'applique aux patients dont l'état clinique est stable. Les critères de consultation sont bien établis. Des essais aléatoires et contrôlés démontrent que les programmes de réadaptation pulmonaire sont efficaces. Même si la réadaptation se fonde sur des faits probants, la réadaptation pulmonaire au Canada n'est pas accessible à la plupart des personnes atteintes d'une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Les directives récemment publiées par la SCT sur la BPCO révèlent qu'en 1999, il n'existait que 36 programmes de réadaptation pulmonaire au Canada, qui répondent aux besoins de moins de 1 % de la population canadienne atteinte de BPCO (1).

On s'est beaucoup intéressé récemment à la planification des futurs soins de santé au Canada. La collectivité de la pneumologie doit apprendre à promouvoir les changements dans des domaines comme la réadaptation, si négligée par le passé.

Je terminerai mon mandat de présidente de la SCT à la fin d'octobre. L'assemblée générale annuelle et la journée de formation de la SCT auront lieu à Orlando, en Floride. Je tiens à exprimer ma gratitude à Valoree McKay pour son aide et son appui au cours de la dernière année. Sans son travail dévoué au bureau d'Ottawa, il n'y aurait pas de congrès à Orlando.

L'un de mes collègues, qui revenait sur les événements en Ontario depuis un an (syndrome respiratoire aigu sévère, panne d'électricité et prévision d'ouragan sur le lac Ontario), est heureux que le prochain président de la SCT vienne d'une autre province. Il s'agit de Dennis Bowie, en Nouvelle-Écosse. Bonne chance !

*Helen Ramsdale MD  
Présidente, Société canadienne de thoracologie*

#### RÉFÉRENCE

1. Brooks D, Lacasse Y, Goldstein RS. Pulmonary rehabilitation programs in Canada: National survey. *Can Respir J* 1999;6:55-63.



**Hindawi**  
Submit your manuscripts at  
<http://www.hindawi.com>

