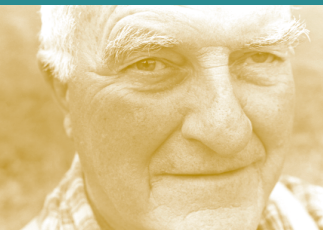


Manifeste Européen du groupe de patients atteints de BPCO

Notre vision pour le changement



European Network
of COPD Patients
Associations



Contents

- 2 Le poids économique de la BPCO
- 3 Le poids personnel de la BPCO
- 4 Comprendre la maladie
- 7 Notre vision pour le changement
- 10 Conclusions
- 11 Le rôle de l'ENCPA
- 12 Liste des associations de patients atteints de BPCO qui ont approuvé le manifeste

Introduction

L'objectif principal de la mission du Réseau Européen des Associations de Patients atteints de BPCO (ENCPA) est d'améliorer la sensibilisation à la Bronchopneumonie Chronique Obstructive (BPCO): ses causes, ses symptômes et sa nature progressive. L'ENCPA est un groupe issu de la collaboration d'associations de patients atteints de BPCO à travers toute l'Europe et il fait partie intégrante de la Fédération Européenne des associations de patients souffrant d'allergies et de maladies des voies Aériennes (EFA). Nous estimons que la sensibilisation accrue constitue la première étape pour s'assurer que les patients atteints de BPCO obtiennent un diagnostic plus tôt et pour qu'ils reçoivent un traitement approprié plus précoce.

La GOLD (Initiative Mondiale pour la Bronchopneumopathie Obstructive) considère la BPCO comme un problème majeur de santé publique et elle pense que la BPCO ne reçoit pas d'intérêt suffisant de la part de la communauté des soins de santé et des officiels du gouvernement.¹ En fait, certaines estimations suggèrent que jusqu'à 600 millions de personnes dans le monde entier puissent souffrir actuellement de BPCO.²

En Europe, il semble que jusqu'à 10% de la population peut être atteint par la BPCO.³ Il s'agit actuellement de la cinquième cause principale de décès⁴ et on attend une progression. Selon des chiffres issus de l'OMS, cette maladie est la cause de décès à croissance la plus rapide dans les pays du monde économiquement avancés et on prévoit qu'elle se retrouve au troisième rang d'ici à 2020.⁴ Dans cette optique, on prévoit que la BPCO augmente plus rapidement que toutes les autres maladies pulmonaires, y compris l'asthme et le cancer du poumon.⁴

Pourtant, curieusement, étant données ces statistiques, on estime qu'un pourcentage aussi élevé que 75% des personnes atteintes de BPCO en Europe n'ont pas été diagnostiquées et souffrent par conséquent de symptômes non soignés.⁵

Alors, qu'est-ce que la BPCO? Il s'agit d'un état maladif caractérisé par une détérioration progressive et invalidante de la fonction respiratoire. Parmi les symptômes typiques de la BPCO, on retrouve une toux persistante, une oppression thoracique, un essoufflement et la production de sécrétions. Ces symptômes sont souvent pénibles et sérieusement restreint la capacité d'un patient à mener ses activités quotidiennes normales et affect sa qualité de vie de façon significative.¹

L'objectif de ce manifeste est de remettre en cause la qualité actuelle de la connaissance de la BPCO et de son traitement et de faire appel aux professionnels de santé et aux initiateurs de directives pour travailler avec nous afin de réaliser notre vision pour le changement, en améliorant la vie de ceux qui sont atteints de BPCO à travers l'Europe.

Mariadelaine Franchi

Coordinatrice du projet BPCO pour l'EFA

Erkka Valovirta

Président de l'EFA

Le poids économique de la BPCO

La BPCO est la cause de décès dont la croissance est la plus rapide dans les pays économiquement avancés dans le monde.⁴ L'échelle de la maladie est telle que l'Organisation Mondiale de la Santé prévoit qu'elle deviendra la troisième cause principale de décès dans le monde développé d'ici à 2020 - une croissance plus rapide que pour le cancer du poumon, les cardiopathies et les accidents vasculaires cérébraux.⁴ La maladie a atteint des proportions épidémiques. On estime que jusqu'à 600 millions de personnes puissent souffrir de BPCO dans le monde entier.²

Le Dr Khaltayev, du programme des maladies non transmissibles à l'OMS, explique :

'La BPCO constitue un poids économique majeur pour les pays à travers le monde et la progression annoncée de la prévalence de la maladie est extrêmement rapide. L'OMS pense que la réduction des facteurs de risque, la sensibilisation accrue et l'amélioration du diagnostic et du traitement sont les étapes clés à suivre pour s'assurer que le poids économique et personnel de la BPCO s'allègera à l'avenir.'

Le tabagisme est le facteur de risque prédominant de la BPCO, représentant 80-90% du risque de développer la maladie.⁶ L'augmentation du tabagisme a énormément augmenté le niveau de la maladie et des décès associés à la BPCO.⁶ Ce scénario est voué à continuer puisque la BPCO survient après 20 à 25 paquets-années (un paquet-année correspond à 20 cigarettes fumées par jour pendant un an). Parmi les autres facteurs de risque, on compte un taux élevé de pollution et l'exposition à une variété de particules aéroportées. Des facteurs génétiques peuvent également être associés au risque de développer la BPCO.¹ Bien que l'on ait généralement considéré que la BPCO était plus fréquente chez les hommes, des estimations actuelles prévoient qu'à l'avenir davantage de femmes seront exposées au risque de développer la maladie, avec l'augmentation du tabagisme féminin.¹

Etant donnée sa prévalence élevée, la BPCO est à l'origine d'un poids socio-économique énorme pour la société par rapport à d'autres états malades surtout d'autres maladies pulmonaires.⁷ La progression de la maladie intervient généralement chez des patients qui connaissent des complications ou des exacerbations plus fréquentes et plus graves associées à la maladie.¹ Les patients qui souffrent de ces exacerbations impliquant des symptômes des voies respiratoires inférieures comme une toux, une respiration sifflante et un essoufflement (connu sous le nom de dyspnée), ont généralement besoin d'une visite à leur médecin, d'une prise en charge d'urgence ou d'une hospitalisation⁴; tous ces éléments ont un impact sur le poids économique associé aux soins de la BPCO.^{8,9}

Le poids personnel de la BPCO

Comme la maladie se développe généralement graduellement et qu'elle affecte généralement des personnes âgées de plus de 40 ans, on attribue souvent les symptômes des personnes atteintes de BPCO au processus naturel de vieillissement.¹⁰ Cela donne souvent des patients présentant des symptômes graves et cela entraîne des diagnostics plus tardifs lors des stades plus invalidants de la maladie. Par conséquent, de nombreux patients atteints de BPCO ne reçoivent pas de traitement et de soutien appropriés au cours des stades plus précoces. Dans de nombreux cas, la BPCO est diagnostiquée à tort comme de l'asthme, ce qui peut également entraîner un traitement inapproprié.¹

Le poids le plus significatif associé à la BPCO, ce sont les malades eux-mêmes qui le portent et il a un impact considérable sur leur qualité de vie.¹¹⁻¹³ La fatigue, typiquement aggravée par des perturbations du sommeil, et la dyspnée peuvent non seulement sérieusement limiter l'activité physique mais également quelquefois avoir un impact sur le rôle économique et social du patient.^{12,14} Les symptômes rencontrés peuvent également avoir un impact psychologique: les personnes atteintes de BPCO ressentent fréquemment des sentiments d'anxiété, de désespoir et de déprime.^{14,15}

A cause de la nature chronique de la maladie et des symptômes invalidants qui lui sont associés, les personnes soignantes sont souvent obligées de prendre des responsabilités physiques, sociales et émotionnelles considérables lorsqu'elles soignent des membres de leur famille et des amis.¹⁶

Comprendre la maladie

Le terme de BPCO englobe à la fois la bronchite chronique et l'emphysème.¹⁷ Parmi les symptômes typiques, on retrouve un essoufflement, une toux, une respiration sifflante et une production plus importante de sécrétions. Le symptôme le plus courant consiste en un essoufflement à l'exercice physique.¹ La BPCO est une maladie progressive et de nombreuses personnes vivant avec la BPCO connaissent une baisse de leur condition physique car leur capacité (et quelquefois leur motivation) à effectuer les tâches quotidiennes est de plus en plus compromise.

On diagnostique souvent à tort la BPCO comme de l'asthme ou quelquefois elle n'est pas diagnostiquée du tout lors des stades légers et modérés.¹ Comme il s'agit d'une maladie qui frappe généralement après l'âge de 40 ans, on commence souvent par attribuer ses symptômes au vieillissement et par conséquent il est fréquent que les patients ne se présentent pas jusqu'à ce que leurs symptômes soient graves.⁶

Le diagnostic de la BPCO se base sur une évaluation des facteurs de risque (par ex. tabagisme, exposition à des polluants) et des symptômes et il est ensuite confirmé par la spirométrie (test de la fonction respiratoire).¹

Pour aider au diagnostic et à la prise en charge de la BPCO, la maladie est souvent divisée en stades selon la gravité de la maladie, caractérisée par la fonction respiratoire (VEMS) et par les signes et symptômes cliniques. Selon la GOLD, il existe quatre stades de la maladie, désignés comme: à risque, léger, modéré et grave.¹ Dans leur stade plus avancé, les symptômes de la BPCO peuvent profondément affaiblir et réduire la capacité d'une personne à mener une vie active et à effectuer ses activités quotidiennes normales.^{12,14}

A cause de sa nature progressive, un diagnostic et un traitement précoces de la BPCO sont essentiels pour éviter des complications et les exacerbations associées à la maladie.¹ Le début de ces complications et exacerbations (aggravation des symptômes) entraîne souvent une hospitalisation ou le besoin de soins d'urgence.¹ Cela a des conséquences majeures sur la qualité de vie et cela augmente également les coûts associés aux soins.¹

Bien qu'une fonction respiratoire perdue ne puisse pas être retrouvée par les interventions actuelles, l'arrêt du tabac s'est avéré réduire la mortalité et ralentir le déclin de la fonction respiratoire.^{18,19} De plus, de récentes avancées pharmacologiques sont porteuses d'espoir avec l'allègement des symptômes de la BPCO et elles peuvent améliorer de façon significative la qualité de vie de certains patients.

Les commentaires suivants, issus de personnes réelles qui vivent avec ou sont affectés par cette maladie, nous aident à comprendre mieux l'impact que cette maladie peut avoir sur la vie et l'espoir que peut apporter un soutien approprié:

'Lorsque j'ai découvert ma maladie pulmonaire, je pensais que ma vie était terminée mais en m'inscrivant à un groupe de soutien local, ma vie s'est transformée. Cela m'a donné une raison de me lever'

Jenny, RU

'Dès que j'ai rassemblé assez de courage pour parler à un pneumologue de mon essoufflement, qu'un diagnostic a été rendu et que j'ai reçu un traitement, ma vie est devenue beaucoup plus facile'

Edoardo, Italie

'Lorsque mon médecin m'a dit que je souffrais de BPCO, je n'ai même pas compris le mot. Cela a rendu le diagnostic d'autant plus inquiétant pour moi et ma famille. Pour moi, une meilleure compréhension de la maladie à la fois par les médecins et par les patients est vraiment importante'

Harry, Norvege

‘Je pensais simplement que je vieillissais, que mon essoufflement était quelque chose avec lequel je devais apprendre à vivre. Maintenant je me rends compte que je souffrais de BPCO depuis longtemps. Cela va mieux avec le traitement mais je regrette de ne pas l’avoir commencé plus tôt’

Helena, Pays Bas

‘Le fait de rencontrer d’autres personnes soignantes et d’autres familles de personnes atteintes de BPCO nous a vraiment aidés, ma femme et moi. En partageant notre expérience et en apprenant de nouvelles choses avec les autres, nous avons acquis un regard nouveau et positif vers l’avenir’

Tommy, Suède

Notre vision pour le changement

Au centre de ce manifeste pour les patients, l’ENCPA a développé et ratifié les sept objectifs clés suivants qui forment ensemble notre appel à l’action ou notre ‘vision pour le changement’. Nous espérons que toutes les personnes qui sont impliquées dans la prise en charge de la BPCO travailleront avec nous pour atteindre nos objectifs:



Diagnostic et prise en charge de la BPCO

Alors que la prévalence de cette maladie affaiblissante atteint des proportions épidémiques, il est nécessaire de mettre en place des stratégies bien définies pour un diagnostic précoce et juste et pour une amélioration de la prise en charge.

Ces stratégies doivent englober:

- De meilleures stratégies de diagnostic à l’attention des patients aux stades précoces de la maladie
- Une utilisation plus étendue et plus systématique de la spirométrie pour confirmer un diagnostic précoce de la maladie et par conséquent améliorer la prise en charge.
- Un soin optimale et sauf à chaque niveau de la médecine, de médecin généraliste jusqu’aux spécialistes de poumon.



Réduction des facteurs de risque

De nombreux facteurs de risque pour la BPCO sont associés au style de vie et à des facteurs liés à l’environnement. Nous devons donc sensibiliser les gens à l’impact que leur mode de vie peut avoir sur leur propre santé et sur la santé de ceux qui les entourent, en encourageant la prévention de la BPCO.

On parviendra à cela grâce à:

- De larges campagnes éducatives pour sensibiliser sur les facteurs de risque tels que le tabagisme, l’exposition professionnelle aux poussières et pollution atmosphérique afin de motiver les personnes avec un risque de BPCO à prendre des mesures préventives à l’avenir
- Une plus grande connaissance et utilisation du vaccin contre la grippe afin de participer à éviter les exacerbations et à améliorer le style de vie et la prise en charge de la maladie



Programmes de formation, d'habilitation et de réhabilitation

Des programmes de formation et éducatifs sont d'une importance critique pour améliorer la qualité des soins, aborder le manque actuel de connaissances pour le diagnostic et la prise en charge de la BPCO.

Ces programmes de formation devraient inclure:

- Une formation et une éducation améliorées et plus étendues pour les médecins et les autres professionnels de santé
- Des programmes d'éducation et d'habilitation pour les patients aussi que des programmes de réhabilitation
- Une promotion de la formation sur la BPCO pour le personnel soignant, les employés et les familles de personnes atteintes de BPCO



Préserver les droits des patients atteints de BPCO

Le manque de connaissance et de compréhension de la BPCO peut entraîner l'échec de la reconnaissance des besoins des personnes qui vivent avec la maladie.

Nous devons donc:

- Définir et défendre les droits des personnes qui vivent avec la BPCO
- Promouvoir la qualité des soins et la qualité de vie des personnes qui vivent avec la BPCO, de leur famille et du personnel de santé
- Entrer en campagne pour un accès égalitaire au traitement, à l'information, à l'éducation, à la prévention et aux programmes de rééducation respiratoire pour tous les patients atteints de BPCO et leur familles



Bâtir une unité de patients

La qualité de vie étant tellement touchée par la BPCO, les personnes qui vivent avec la maladie ont besoin de se sentir soutenues et rassurées sur le fait qu'elles ne sont pas seules. Le rassemblement des patients ferait disparaître ce sentiment d'isolement et encouragera une coopération entre les personnes qui vivent avec la BPCO.

L'ENCPA croit que l'on peut arriver à cela en:

- Rassurant et soutenant les personnes atteintes de BPCO par un accès facilité aux groupes de patients, aux réseaux de soutien et à des supports éducatifs sur mesure



Soutien financier et social

Afin de soulager le poids financier et social des personnes qui vivent avec la BPCO et de leur famille, il est nécessaire de mettre en place des stratégies pour apporter un soutien au niveau local.

Ces stratégies apporteront:

- Un meilleur soutien financier et social pour le soin des personnes atteintes de BPCO afin de prendre en charge la maladie et la réhabilitation à l'hôpital et chez soi



Engagement à la recherche

Aux améliorations de la prise en charge de la BPCO doit correspondre un engagement de recherche permanente sur l'épidémiologie, le poids et la pathogenèse de la maladie. Une recherche supplémentaire devrait se concentrer sur le meilleur moyen de réduire les facteurs de risque, de diminuer les exacerbations et de ralentir la progression de la maladie et également sur les problèmes liés à l'amélioration du diagnostic et de la prise en charge de la BPCO.

Nous demandons donc:

- De plus amples recherches sur l'épidémiologie de la BPCO
- De plus amples recherches sur l'impact du tabagisme et ses conséquences sur la santé
- Plus d'investissements dans la recherche de la pathogenèse de la BPCO
- De plus amples recherches sur l'impact de la BPCO sur la qualité de vie et la vie quotidienne des personnes atteintes de BPCO, leur famille et le personnel de santé
- Une identification de stratégies plus efficaces de prise en charge pour la BPCO pour entraîner une meilleure qualité de vie.

Conclusions

Les droits des patients atteints de BPCO, maintenant et à l'avenir, doivent être égaux aux droits des patients atteints d'autres maladies.

- Le droit à l'information sur la maladie
- Le droit au soutien et à la compréhension
- Le droit de recevoir un diagnostic précoce et juste
- Le droit de recevoir une qualité optimale de soins et de traitement
- Le droit à une recherche et à des investissements continus pour améliorer la qualité future des soins
- Nous pensons que les défis soulignés dans la 'vision pour le changement' de l'ENCPA préserve et renforce les droits existants des patients atteints de BPCO ainsi que la qualité des soins et du soutien qu'ils reçoivent.
- En travaillant en collaboration avec les professionnels de santé et les initiateurs de directives, l'ENCPA pense que notre vision peut devenir réalité.

Rome, Octobre 2002.

Le rôle de l'ENCPA

L'ENCPA est une organisation de collaboration, mise sur pied pour aider à coordonner les efforts des organisations de patients à travers l'Europe pour apporter des informations, de l'aide et du soutien aux personnes qui vivent avec la BPCO. L'ENCPA fait partie intégrante de la Fédération Européenne des associations de patients souffrant d'allergies et de maladies des voies aériennes (EFA).

Comme on prévoit que la prévalence et le poids de la BPCO augmenteront, l'ENCPA pense qu'il existe un besoin urgent d'agir afin de sensibiliser sur la BPCO et d'améliorer le diagnostic et le traitement de la maladie. Le manque actuel de connaissances sur la maladie constitue une barrière majeure pour assurer une qualité optimale de diagnostic et de soins et pour améliorer les droits des patients.

Objectifs clés de l'ENCPA:

- Préserver et améliorer la qualité de vie des patients atteints de BPCO
- Améliorer la connaissance, le soutien et le traitement pour les gens qui vivent avec la BPCO en Europe
- Accroître les attentes des patients pour parvenir à mieux prendre en charge la BPCO
- Améliorer la sensibilisation du public à la BPCO
- Sensibiliser sur le poids de la BPCO et renforcer l'engagement des professionnels de santé et des initiateurs des directives de santé pour améliorer l'information, le diagnostic, la prise en charge et la prévention de la maladie
- Promouvoir la coopération avec d'autres associations de patients atteints de BPCO dans le monde entier
- Etablir des relations avec des décideurs clés afin d'atteindre nos objectifs
- Protéger les générations futures contre la BPCO

Liste des associations de patients atteints de BPCO qui ont approuvé le manifeste

Allemagne

Deutscher Allergie und Asthmabund e.V.
Hindenburgstrasse 110
D-41 061 Mönchengladbach
Allemagne
Tel: +49 21 61 81 49 40
Fax: +49 21 61 81 49 430
E-mail: info@daab.de
www.daab.de

Autriche

Österreichische Lungen Union
Obere Augartenstrasse 26-28
A-1020 Wien
Autriche
Tel/Fax: +43 1 330 42 86
E-mail: lungenunion@chello.at

Belgique

AIR-Association des Insuffisant Respiratoires
Centre Hospitalier Ste Ode
6680 Ste-Ode
Belgique
Tel: +32 84 225 280
Fax: +32 84 225 284
E-mail: smeets.f@village.uunet.be

Astmafonds

Grauwpoort 9
9000 Gent
Belgique
Tel/Fax: +32 92 25 65 05
E-mail:
jaak.vercaemer@pandora.be

Danemark

Astma-Allergi Forbundet
Hovedvejen 9C
2600 Glostrup
Danemark
Tel: +45 4 34 35 911
Fax: +45 43 43 54 33
E-mail: jg@astma-allergi.dk
www.astma-allergi.net

Lungeforeningen Boserup Minde*

Old Gyde 74
5620 Glamsbjerg
Danemark
Tel : +45 6 47 21 35 7
Fax: +45 6 47 21 377
E-mail: boserup-
minde@post.tele.dk

Finlande

Association of the Pulmonary Disabled Heli*
Oltermannintie 8 PL 40
Helsinki
Finlande
Tel: +35 89 75 27 51 02
Fax: +35 89 75 27 51 00
E-mail:
ritta.muotka@hengitsyslitto.fi

France

FFAAIR - Fédération Française des Associations et Amicales d'Insuffisants Respiratoires
66 bd Saint-Michel
75006
Paris
France
Tel: +33 14 441 49 00
Fax: +33 14 44 14 907
E-mail: bbbj@club-internet.fr

Irlande

Asthma Society of Ireland
Eden House
15-17 Eden Quay
Dublin, 1
Irlande
Tel: +35 31 87 88 511
Fax: +353 1 87 88 128
E-mail: asthma@indigo.ie

Islande

SIBS - Samband islenska berkla- og bjósthólssjúklinga
Síðumúla 6
108 Reyjavík
Islande
Tel: +354 5 522 150
Email: sibs@sibs.is

Italie

Associazione Italiana Pazienti BPCO
Via Gallarate 106
1-20151
Milano
Italie
Tel: +39 02 33 43 281
Fax: +39 02 33 00 21 07
E-mail: effetti@effetti.it

ALIR - Associazione per la Lotta all'

Insufficienza respiratoria
Via Pozzetto 49/1
1-35017
Tel: +39 03 76 20 14 99
Fax: +39 0376 20 14 94
E-mail: sturani@tin.it
aldabern@tin.it
http://scientifico.pneumonet.it
/alir

Norvège

Landsforeningen for Hjerte - og Lungesyke - LHL*
Sandakerveien 99
Pb 4375 Torshov,
N-0402
Oslo
Norvège
Tel: +47 22 79 92 38
Fax: +47 22 22 50 37
E-mail: sem@lhl.no

Pays-Bas

Astma Fonds
Speelkamp 28
P.O Box 5
3830 AA Leusden
Pays-Bas
Tel : +31 33 434 12 02
Fax : +31 33 434 12 99
E-mail: jos.zoun@astmafonds.nl
www.astmafonds.nl

Royaume-Uni

British Lung Foundation
78 Hatton Garden
London EC1N 8LD
RU
Tel: +44 20 78 31 58 31
Fax: +44 207 831 5831
E-mail: esther.threlfall@
britishlungfoundation.com
www.lunguk.org

Slovenie

Pulmonary Patients Association of Slovenia
ZD Crnuce
Primoziceva2
1231 Ljubljana- crnuce
Tel: +38 61 56 16 320
E-mail: dpbs@siol.net
www.astma-info.com

References

Suède

Hjärt - och Lungsjukas Riksförbund*

Box 9090,
102 72 Stockholm
Suède
Tel: +46 8 55 60 62 01
Fax: +46 8 668 23 85
E-mail: ronny.weylant@
hjärt-lung.se
Christina.fjellstrom@hjärt-lung.se
www.hjärt-lung.se

Suisse

Lungenliga Schweiz

Südbahnhofstrasse 14C
Postfach, 3001 Bern 17
Suisse
Tel: +41 31 378 20 50
Fax: +41 31 378 20 51
E-mail: ch.pircher@lung.ch
www.lung.ch

Yougoslavie

Yugoslavia Association for Asthma and COPD (JUDAH)

Visegradska 26
11000 Belgrade
Yougoslavie
Tel: +38 11 13 61 56 17
E-mail: vesnapetr@ptt.yu
www.yudah.org.yu

- 1 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. *Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: NHLBI/WHO Workshop Report*. National Institute of Health; 2001. NIH Publication No. 2701 Available at <http://www.goldcopd.com>
- 2 Warne PJ. COPD: *Market Opportunities for New Therapies and Diagnostics*. Richmond, Surrey, UK. PJB Publications Ltd; 2000. BS1085
- 3 'COPD prevalence ranges from less than 2,000 per 100,000 inhabitants (ie. France, the UK) to over 10,000 cases per 100,000 inhabitants (Germany, Italy)' Taken from press release, European Respiratory Society: Preliminary data from European White Book on Lung Disease. Available at <http://www.ersnet.org> Accessed 18th October 2002
- 4 Murray CJL, Lopez AD. eds. *The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2002*. Cambridge; Harvard University Press; 1996
- 5 Rudolf M. The reality of drug use in COPD. *Chest* 2000; 117:29S-32S
- 6 Feenstra, Talitha L., Marianne van Genugten, Rudolf Hoogenveen et. al. The Impact of Aging and Smoking on the Future Burden of COPD. *Am J Respir Crit Care Med*. 2001; Vol 164: 59
- 7 Sullivan SD, Ramsey SD, Lee TA. The economic burden of COPD. *Chest* 2000; 117(2 suppl): 5S-9S
- 8 Strassels SA, Smith DH, et al. The costs of treating COPD in the United States. *Chest* 2001; 119:344-352
- 9 Kessler R, Faller M, et al. Predictive factors of hospitalization for acute exacerbations in a series of 64 patients with COPD. *Am J Respir Crit Care Med*. 1999; 159:158-164
- 10 Petty TL. Definitions, causes, course and prognosis of COPD. *Respir Care Clin N Am*. 1998; 4:345-358,vii.
- 11 Leighton BM, Kane GC. COPD. In: Conn RB, Borer WZ, Synder JW, eds. *Current Diagnosis* 9. Philadelphia, Pa: WB Saunders Co; 1997:297-300
- 12 *Confronting COPD in America*: Executive Summary. New York, NY: Schulman, Ronca, and Bucuvalas Inc; 2001:1-20
- 13 Mahler DA. Pulmonary rehabilitation. *Chest*. 1998; 113 (suppl):263s-268s
- 14 Thompson WL. Pulmonary Disease. In: Stoudemire A, Fogel BS, Greeberg DB, eds. *Psychiatric care of the medical patient*. 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press; 2000:757-774
- 15 Light RW, Merrill EJ, Despars JA, Gordon GH, Mutalipassi LR. Prevalence of Depression and Anxiety in Patients with COPD. Relationship to functional capacity. *Chest*. 1985 Jan; 87 (1): 35-8.
- 16 Sexton DL, Munro BH. Impact of a husband's chronic illness (COPD) on the spouse's life. *Res Nurs Health* 1985;8(1):83-90
- 17 American Thoracic Society. Standards for the diagnosis and care of patients with COPD. *Am J Respir Crit Care Med*. 1995;152:S77-S120
- 18 Buist, AS. US Lung Health Study. *Respirology*. 1997 Dec; 2 (4):303-7
- 19 Crockett AJ, Cranston JM, Moss JR, Alpers JH. A Review of Long-term Oxygen Therapy for COPD. *Respir Med*. 2001 Jun; 95 (6) 437-443



EFA Central Office
Avenue Louise 327
B-1050 Bruxelles
Belgique
Tel: +32 (0) 2 6469945
Fax: +32 (0) 2 6464116
E-mail: EFAOffice@skynet.be
www.efanet.org

