

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

8 mai 2006

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

**relative à un nouveau plan d'action
et de lutte contre la tuberculose
dans les pays en développement**

(déposée par Mme Colette Burgeon,
MM. Yvan Mayeur, Mohammed Boukourna
et Mmes Marie-Claire Lambert
et Talbia Belhouari)

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

8 mei 2006

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

**betreffende een nieuw
actie- en bestrijdingsplan tegen tuberculose
in de ontwikkelingslanden**

(ingediend door mevrouw Colette Burgeon, de
heren Yvan Mayeur en Mohammed Boukourna
en de dames Marie-Claire Lambert
en Talbia Belhouari)

<i>cdH</i>	: Centre démocrate Humaniste
<i>CD&V</i>	: Christen-Democratisch en Vlaams
<i>ECOLO</i>	: Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales
<i>FN</i>	: Front National
<i>MR</i>	: Mouvement Réformateur
<i>N-VA</i>	: Nieuw - Vlaamse Alliantie
<i>PS</i>	: Parti socialiste
<i>sp.a - spirit</i>	: Socialistische Partij Anders - Sociaal progressief internationaal, regionalistisch integraal democratisch toekomstgericht.
<i>Vlaams Belang</i>	: Vlaams Belang
<i>VLD</i>	: Vlaamse Liberalen en Democraten

Abréviations dans la numérotation des publications :

<i>DOC 51 0000/000 :</i>	<i>Document parlementaire de la 51e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif</i>
<i>QRVA :</i>	<i>Questions et Réponses écrites</i>
<i>CRIV :</i>	<i>Version Provisoire du Compte Rendu intégral (couverture verte)</i>
<i>CRABV :</i>	<i>Compte Rendu Analytique (couverture bleue)</i>
<i>CRIV :</i>	<i>Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes) (PLEN: couverture blanche; COM: couverture saumon)</i>
<i>PLEN :</i>	<i>Séance plénière</i>
<i>COM :</i>	<i>Réunion de commission</i>
<i>MOT :</i>	<i>Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)</i>

Afkortingen bij de nummering van de publicaties :

<i>DOC 51 0000/000 :</i>	<i>Parlementair document van de 51e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer</i>
<i>QRVA :</i>	<i>Schriftelijke Vragen en Antwoorden</i>
<i>CRIV :</i>	<i>Voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)</i>
<i>CRABV :</i>	<i>Beknopt Verslag (blauwe kaft)</i>
<i>CRIV :</i>	<i>Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen) (PLEN: witte kaft; COM: zalmkleurige kaft)</i>
<i>PLEN :</i>	<i>Plenum</i>
<i>COM :</i>	<i>Commissievergadering</i>
<i>MOT :</i>	<i>Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)</i>

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants

Commandes :
Place de la Nation 2
1008 Bruxelles
Tél. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.laChambre.be

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers

Bestellingen :
Natieplein 2
1008 Brussel
Tel. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.deKamer.be
e-mail : publicaties@deKamer.be

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

Les cas de tuberculose dans le monde ne cessent d'augmenter, en particulier dans les pays où l'infection par le VIH/sida est très répandue. Il n'y a toujours pas d'évolution en ce qui concerne les tests de diagnostic et les traitements, qui restent archaïques et mettent ainsi à mal la détection ainsi que la prise en charge des cas de tuberculose dans les pays en développement, où l'on recense 99% des décès dus à cette maladie.

La tuberculose est l'une des trois maladies infectieuses qui tue le plus au monde. Chaque année, près de neuf millions de personnes développent cette maladie et près de deux millions en meurent, principalement dans les pays en développement. C'est sur le continent africain que la situation est de loin la plus grave, alors qu'y vit la majeure partie des patients co-infectés par le virus du VIH/sida.

Les outils de diagnostic et de traitement restent plus que limités et précaires. Pour le diagnostic, les intervenants sont toujours dépendants de l'examen microscopique de frottis d'expectorations, une méthode qui a été développée il y a 123 ans et qui ne permet de détecter qu'entre 45 et 60% des cas, et moins encore parmi ceux qui sont atteints à la fois par le VIH/sida et la tuberculose.

À cause des insuffisances de ce test de dépistage, la mise sous traitement de la moitié des patients des pays en développement est souvent retardée ou n'a pas lieu.

D'autre part, le traitement est long et compliqué. Les traitements de première ligne utilisés aujourd'hui ont été mis au point il y a 50 ans. Le patient doit suivre un traitement quotidien pendant six à huit mois.

C'est un traitement très lourd, qui est donc fréquemment interrompu si aucun système de suivi et de soutien n'est mis en place.

Or, il est très important de le suivre jusqu'au bout, au risque de ne pas obtenir de guérison et éventuellement de voir apparaître des souches résistantes aux médicaments. Les dangers de rechute, et même de décès, sont alors réels.

Pour éviter que le traitement soit interrompu, la stratégie recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) requiert que les patients prennent leurs médicaments sous la supervision directe du personnel

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Het aantal gevallen van tuberculose in de wereld neemt hand over hand toe, inzonderheid in de landen waar infecties met hiv/aids wijdverbreid zijn. Er is nog altijd geen evolutie inzake de diagnostische tests, en de behandelingen blijven archaïsch. Dat maakt het moeilijk de tuberculosegevallen op te sporen en te behandelen in de ontwikkelingslanden, waar 99% van de aan die ziekte te wijten sterfgevallen wordt geregistreerd.

Tuberculose is één van de drie besmettelijke ziekten die de meeste dodelijke slachtoffers maken. Jaarlijks krijgen bijna negen miljoen mensen die ziekte, en bijna twee miljoen (hoofdzakelijk in de ontwikkelingslanden) overlijden eraan. De situatie is verreweg het ergst op het Afrikaanse continent, terwijl daar bovendien de meeste patiënten wonen die tegelijkertijd ook met het hiv/aids-virus besmet zijn.

De instrumenten ter diagnosticering en behandeling blijven uitermate beperkt en pover. Voor de diagnose hangen de patiënten nog steeds af van het onderzoek onder de microscoop van uitstrijkjes van fluïmen, een 123 jaar geleden ontwikkelde methode waarmee maar 45 à 60% van de gevallen kan worden opgespoord; dat cijfer ligt nog lager bij mensen die tegelijkertijd met hiv/aids en tuberculose besmet zijn.

Wegens de tekortkomingen van die opsporingstest wordt de helft van de patiënten in de ontwikkelingslanden laattijdig of helemaal niet behandeld.

Voorts is de behandeling langdurig en complex. De thans toegediende eerstelijnsbehandeling werd 50 jaar geleden ontwikkeld. De patiënt moet gedurende zes à acht maanden dagelijks een behandeling volgen.

Het is een erg belastende behandeling, die dus vaak wordt onderbroken indien in geen enkele regeling voor begeleiding en ondersteuning wordt voorzien.

Het is evenwel erg belangrijk die behandeling tot het einde toe te volgen, zoniet dreigt genezing uit te blijven, en kunnen eventueel tegen de geneesmiddelen resistente stammen ontstaan. In dat geval is het risico op recidief en zelfs overlijden reëel.

Om te voorkomen dat de behandeling wordt onderbroken, vereist de door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) aanbevolen strategie dat de patiënten hun geneesmiddelen nemen onder het toezicht van het ver-

de santé ou d'une personne de la communauté formée à cette tâche. Ce qui veut dire que, dans la plupart des cas, les patients doivent se rendre dans un centre de santé pour accomplir ce geste quotidien. Cette stratégie s'avère très contraignante pour les patients et limite l'accès au traitement antituberculeux.

La prise en charge de la tuberculose chez les personnes atteintes du VIH / sida est également un défi de taille. Actuellement, plus de 30% des 40 millions de séropositifs ou malades du VIH/sida dans le monde sont atteints de tuberculose.

Les personnes atteintes du VIH / sida, dont le système immunitaire est affaibli, encourrent plus de risques de développer la tuberculose, étant donné qu'ils sont incapables de combattre l'infection. La tuberculose est désormais la principale maladie opportuniste et la première cause de mortalité chez les séropositifs et les malades du VIH/sida. Or, l'efficacité de la seule méthode existante pour dépister la tuberculose est encore plus limitée chez les patients séropositifs.

Au niveau du traitement, si celui-ci est déjà lourd pour les patients tuberculeux, il l'est encore davantage pour les personnes co-infectées par le VIH / sida.

Mais, parmi les victimes anonymes de la maladie, les enfants apparaissent comme littéralement exclus des efforts internationaux contre la tuberculose, bien qu'ils représenteraient plus de 20% des malades au monde.

Les politiques internationales et nationales de lutte contre la tuberculose se sont données comme objectif principal de limiter la transmission de la maladie.

Ainsi, les efforts déployés pour contrôler la pandémie de tuberculose se focalisent sur la forme contagieuse de la maladie, la tuberculose pulmonaire, qui peut être détectée par le dépistage classique de frottis d'expectorations, basé sur un examen microscopique des crachats.

Mais les enfants ne produisent pas ou peu d'expectorations et ne sont donc pas diagnostiqués. Ils sont exclus des efforts internationaux de lutte contre la tuberculose, qui se focalisent sur les adultes.

Les patients qui développent des formes non-contagieuses ne sont pas pris en compte.

plegend personeel of van iemand uit de gemeenschap die voor die taak is opgeleid. Dat betekent dat de patiënten zich in de meeste gevallen voor die dagelijkse handeling naar een gezondheidscentrum moeten begeven. Die strategie blijkt erg hinderlijk voor de patiënten, en ze beperkt de toegang tot tuberculose-behandelingen.

Tuberculose behandelen bij mensen met hiv/aids is al evenzeer een hele uitdaging. Thans heeft meer dan 30% van de seropositieven of zieken met hiv/aids in de wereld ook tuberculose.

Mensen met hiv/aids, van wie het immuunsysteem verzwakt is, lopen nog meer gevaar tuberculose te krijgen, aangezien ze niet bij machte zijn de infectie te bestrijden. Tuberculose is voortaan de belangrijkste opportunistische aandoening en de voornaamste doodsoorzaak bij seropositieven en zieken met hiv/aids. De enige bestaande methode om tuberculose op te sporen, is evenwel nog minder doeltreffend bij seropositieve patiënten.

De behandeling, die reeds zwaar uitvalt voor tuberculosepatiënten, is dat nog des te meer voor wie met hiv/aids besmet is.

Onder de anonieme slachtoffers van de ziekte worden kinderen kennelijk echter letterlijk uitgesloten van de inspanningen die internationaal worden geleverd ter bestrijding van tuberculose, hoewel die kinderen naar verluidt meer dan 20% van alle tuberculosepatiënten in de wereld vertegenwoordigen.

De nationale en internationale beleidsacties ter bestrijding van tuberculose hebben zich tot hoofddoel gesteld besmettingen met de ziekte in te dijken.

Aldus zijn de inspanningen om de pandemie onder controle te krijgen toegespitst op de besmettelijke vorm van de ziekte: longtuberculose. Die aandoening is opspoorbaar met de traditionele traceermethode via uitstrijkjes van fluïmen, hetgeen gebeurt door ze onder de microscoop te onderzoeken.

Kinderen geven evenwel geen of nauwelijks fluïmen op, en bij hen wordt de diagnose dus niet gesteld. Bijgevolg worden zij uitgesloten van de inspanningen die internationaal worden geleverd ter bestrijding van tuberculose, welke zich op de volwassenen toespitsen.

Aan de patiënten die worden getroffen door niet-besmettelijke vormen, wordt voorbij gegaan.

Les statistiques laissent à penser que la tuberculose est insignifiante chez les enfants car les données nationales sont incomplètes dans de nombreux pays en développement et ne font pas de distinction entre les tranches d'âge. C'est loin, pourtant, d'être le cas.

Selon les estimations, les enfants représentent plus de 20% de l'ensemble des cas de tuberculose, en particulier dans les zones de forte prévalence. Ce n'est pas surprenant, étant donné qu'entre 40 et 50% de la population des pays en développement a moins de 15 ans et que les enfants y vivent souvent dans des habitations précaires, en présence de nombreux adultes, ce qui favorise la transmission de la tuberculose.

Malgré ces chiffres éloquentes, les notes d'orientations politiques récentes de l'OMS en matière de tuberculose ne semblent pas vouloir mettre en œuvre les moyens nécessaires pour combattre la tuberculose pédiatrique.

Le test de dépistage de l'examen microscopique du crachat est inefficace chez les enfants. En l'absence d'un test simple et rapide, les médecins de l'organisation MSF (Médecins Sans Frontières) sont obligés, par exemple, de croiser plusieurs analyses différentes comme les radiographies, une anamnèse complète ou l'intradermoréaction, pour poser leur diagnostic. Il ne s'agit pas d'une confirmation de la maladie mais bien d'une interprétation d'un jugement clinique effectué par un médecin.

Cependant, dans les pays en développement, l'équipement nécessaire à ce genre d'analyses fait souvent défaut et la présence d'un médecin dans les centres de santé est loin d'être garantie.

La tuberculose est donc largement sous-diagnostiquée chez les enfants car elle ne peut être détectée que par un médecin, et bien souvent, uniquement à l'hôpital.

Pour pallier le manque d'un outil de diagnostic réellement utile et simple d'utilisation, MSF participe à la mise au point de nouveaux tests, en évaluant la faisabilité des nouvelles technologies dans des projets sur le terrain.

Les équipes réfléchissent également à de nouvelles méthodes afin de simplifier le diagnostic clinique de la tuberculose chez les enfants.

La tuberculose qui touche les enfants est à l'origine d'un taux de mortalité très élevé. On retrouve chez les enfants davantage de formes graves et complexes de

De statistieken doen uitschijnen dat tuberculose weinig voorkomt bij kinderen, want de nationale gegevens zijn onvolledig in heel wat ontwikkelingslanden, en er wordt geen onderscheid gemaakt tussen de leeftijdscategorieën. Die onderstelling klopt echter helemaal niet.

Volgens ramingen vertegenwoordigen kinderen meer dan 20% van alle tuberculosegevallen, inzonderheid in zones met een sterke prevalentie. Dat wekt geenszins verbazing, aangezien 40 à 50% van de bevolking van de ontwikkelingslanden jonger dan 15 jaar is, en de kinderen er vaak in armzalige woningen leven in aanwezigheid van vele volwassenen. Dat werkt besmetting met tuberculose in de hand.

Ondanks die veelzeggende cijfers schijnt men in de recentste beleidsnota's van de WHO niet de nodige middelen te willen implementeren om kindertuberculose te bestrijden.

De opsporingstest via microscopisch sputum-onderzoek schiet tekort bij kinderen. Bij gebrek aan een eenvoudige en snelle test zijn de geneesheren van Artsen zonder Grenzen (AZG) bijvoorbeeld gedwongen kruisvergelijkingen te maken tussen verscheidene analyses zoals radiografieën, een volledige anamnese of intradermoreactie, teneinde hun diagnose te stellen. Het gaat niet om een bevestiging van de ziekte, maar wel degelijk om een interpretatie van een door een arts gestelde klinische diagnose.

In de ontwikkelingslanden ontbreekt het echter vaak aan de apparatuur die nodig is om dergelijke analyses uit te voeren. Ook gebeurt het niet zelden dat er in de gezondheidscentra geen enkele arts aanwezig is.

Bijgevolg wordt tuberculose bij kinderen veel te weinig gediagnosticeerd, want alleen een arts kan de ziekte opsporen en vaak alleen maar in een ziekenhuis.

Teneinde dat gebrek aan een écht nuttig en eenvoudig te gebruiken diagnose-instrument te compenseren, helpt AZG nieuwe tests te ontwikkelen, door de nieuwe technologieën in het veld op hun werkzaamheid te toetsen.

De teams denken ook na over nieuwe methoden om de klinische diagnose van tuberculose bij kinderen te vereenvoudigen.

Wanneer tuberculose kinderen treft, leidt dat tot zeer hoge sterftecijfers. Kinderen worden vaker getroffen door ernstige en complexe vormen van tuberculose, zoals

tuberculose, comme la tuberculose méningite ou la tuberculose miliaire, une forme disséminée et particulièrement sévère.

Des formulations pédiatriques de médicaments existent pourtant. Il s'agit de combinaisons à dose fixe, réunissant plusieurs molécules en un seul comprimé et permettant ainsi de réduire le nombre de prises quotidiennes (entre deux et quatre pilules, une fois par jour).

De plus, ces médicaments sont solubles dans l'eau et garantissent un dosage correct.

Mais, dans la plupart des pays, principalement en Afrique subsaharienne, les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose n'achètent que des médicaments destinés aux adultes, si bien que les formulations pédiatriques sont indisponibles.

Dans leur combat contre la tuberculose, les acteurs nationaux et internationaux ne se montrent pas concernés par l'offre d'un traitement adapté aux enfants infectés.

Le petit nombre d'enfants mis sous traitement reçoit des médicaments pour adultes mais dans des proportions moindres, estimées sur base du poids et de la taille de l'enfant. Dans ce contexte, un dosage précis est difficile.

Quand bien même un traitement adapté serait disponible, le traitement actuel reste très long: une prise quotidienne de médicaments pendant environ six mois.

Dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, les programmes nationaux contre la tuberculose stipulent que les enfants doivent se rendre quotidiennement au centre de santé durant toute la durée du traitement (six mois), pour recevoir leurs médicaments sous les yeux d'un agent de santé. Cette approche, reposant sur la supervision quotidienne par le personnel de santé, est très lourde à porter pour les familles. Les trajets sont longs et coûteux jusqu'au centre de santé le plus proche.

Face à ce problème, certaines associations humanitaires ont développé dans leurs projets des méthodes novatrices d'automédication.

meningeale tuberculose of miliaire tuberculose, een wijdverspreide en bijzonder ernstige vorm van tuberculose.

Nochtans bestaat er specifieke medicatie voor kinderen. Het gaat om combinaties met vaste dosis, waarin verschillende moleculen zijn samengebracht in één tablet en het aantal innamen per dag kan worden beperkt (tussen twee en vier tabletten één keer per dag).

Bovendien zijn die geneesmiddelen oplosbaar in water en garanderen ze een correcte dosering.

Maar in de meeste landen - en vooral in de landen ten zuiden van de Sahara - worden via de nationale tbc-bestrijdingsprogramma's alleen maar geneesmiddelen voor volwassenen aangekocht, zodat pediatrische doses onbeschikbaar zijn.

In hun strijd tegen de tbc zijn de nationale en de internationale actoren niet echt geïnteresseerd in een aangepast behandelingsaanbod voor geïnfecteerde kinderen.

Daardoor krijgt het kleine aantal behandelde kinderen geneesmiddelen voor volwassenen toegediend, zij het in kleinere hoeveelheden die worden afgestemd op hun gewicht en lengte. Op die manier is het niet eenvoudig om nauwkeurig te doseren.

En al was er een aangepaste behandeling beschikbaar, dan nog blijft het een feit dat de thans toegepaste behandelingen lang moeten worden aangehouden: één inname per dag gedurende ongeveer zes maanden.

In de meeste Afrikaanse landen bezuiden de Sahara bepalen de nationale programma's ter bestrijding van tbc dat de kinderen zich gedurende de volledige behandelingsduur (dus gedurende zes maanden) dagelijks naar een gezondheidscentrum moeten begeven om daar hun geneesmiddelen in te nemen onder het toezicht van een gezondheidsambtenaar. Het valt de betrokken gezinnen zeer zwaar zich te schikken naar die op een dagelijkse supervisie door het gezondheidspersoneel gebaseerde werkwijze. De trajecten naar en van het dichtstbijzijnde gezondheidscentrum zijn lang en duur.

Om dat probleem te verhelpen hebben een aantal humanitaire organisaties in het raam van hun projecten innoverende methodes op basis van zelfmedicatie ontwikkeld.

Selon ces méthodes, la mère de l'enfant, ou la personne désignée responsable du traitement, reçoit les médicaments pour une période donnée.

L'enfant et son «assistant de traitement» sont préparés à la mise sous traitement via des séances de conseil où on leur explique l'importance de bien adhérer au traitement et à le suivre jusqu'au bout.

L'enfant et son «assistant de traitement» reviennent ensuite régulièrement dans la structure de santé pour emporter les médicaments pour la suite du traitement et pour que l'enfant soit examiné par un médecin.

En Angola, les enfants ont été les premiers patients pour lesquels cette nouvelle stratégie de participation au traitement (adhérence) a été testée.

Les évaluations préliminaires révèlent des résultats positifs, les patients faisant preuve d'une bonne adhérence aux traitements.

Colette BURGEON (PS)
Yvan MAYEUR (PS)
Mohammed BOUKOURNA (PS)
Marie-Claire LAMBERT (PS)
Talbia BELHOUARI (PS)

Daarbij worden de geneesmiddelen gedurende een bepaalde periode ter beschikking gesteld aan de moeder van het kind of aan een persoon die als verantwoordelijke voor de behandeling is aangewezen.

Het kind en zijn «behandelingsassistent» worden op de behandeling voorbereid via voorlichtingssessies, tijdens welke hen wordt uitgelegd dat goede therapietrouw belangrijk is.

Vervolgens komen het kind en zijn «behandelingsassistent» geregeld langs op de gezondheidspost, om de geneesmiddelen voor het vervolg van de behandeling op te halen en om het kind te laten onderzoeken door een arts.

De eerste proefprojecten met die nieuwe, participatieve behandelingsvorm hebben plaatsgevonden in Kuito, in Angola.

De eerste evaluaties wijzen op positieve resultaten: de patiënten blijken de behandeling goed te volgen.

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

LA CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS,

A. considérant que les cas de tuberculose ne cessent d'augmenter, en particulier dans les pays où l'infection par le VIH/sida est très répandue;

B. considérant qu'il n'y a toujours pas d'évolution en ce qui concerne les tests de diagnostic et les traitements, qui restent archaïques et mettent à mal la détection ainsi que la prise en charge des cas de tuberculose dans les pays en développement, où l'on recense 99% de décès dus à cette maladie;

C. considérant que les traitements de première ligne utilisés aujourd'hui ont été mis au point il y a cinquante ans, qu'ils sont lourds et fréquemment interrompus si aucun système de suivi et de soutien n'est mis en place;

D. considérant que les politiques nationales et internationales ont comme principal objectif de limiter la transmission de la maladie;

E. considérant que le test de dépistage actuel est inefficace chez les enfants et que les équipements nécessaires aux autres formes d'analyses font souvent défaut;

F. considérant que la tuberculose est particulièrement mortelle chez les jeunes enfants;

G. considérant que les acteurs nationaux et internationaux ne se montrent pas concernés par l'offre d'un traitement adapté aux enfants infectés;

H. considérant que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande le «traitement de courte durée sous surveillance directe» (DOTS ou Directly Observed Treatment Short Course);

DEMANDE AU GOUVERNEMENT:

1. de favoriser, en collaboration avec les acteurs nationaux des pays en développement et les associations humanitaires, des modèles de traitement auto-administré de la tuberculose comme le «traitement de courte durée sous surveillance directe»;

2. de favoriser, en collaboration avec les acteurs nationaux et les associations humanitaires, l'utilisation de combinaisons à dose fixe de médicaments antitubercu-

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

DE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS,

A. stelt vast dat tuberculose almaar terrein wint, in het bijzonder in landen met een zeer grote verspreiding van hiv/aids;

B. stelt vast dat er niet noodzakelijk veel evolutie op te tekenen valt in de diagnosetests en de behandelingen, die archaïsch blijven en een negatieve weerslag hebben op de opsporing en behandeling van tuberculose in de ontwikkelingslanden, waar 99% van de tbc-doden vallen;

C. attendeert erop dat de vandaag gangbare eerstelijnsbehandelingen vijftig jaar geleden werden ontwikkeld, dat zij bovendien zeer belastend zijn en vaak worden onderbroken als er tegelijk geen opvolgings- en begeleidingssysteem bestaat;

D. stelt vast dat het op nationaal en internationaal vlak gevoerde beleid terzake als hoofddoelstelling heeft de overdracht van de ziekte in te perken;

E. constateert dat de huidige screeningtest niet naar behoren werkt bij kinderen en dat de apparatuur die nodig is voor de andere analysevormen vaak niet voorhanden is;

F. wijst erop dat tuberculose bij jonge kinderen bijzonder dodelijk is;

G. stipt aan dat de nationale en de internationale actoren niet echt aandacht besteden aan een aangepast aanbod voor geïnfecteerde kinderen;

H. attendeert erop dat de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) een korte behandeling onder direct toezicht aanbeveelt (DOTS of *Directly Observed Treatment Short Course*);

EN VRAAGT DE REGERING:

1. in samenwerking met de nationale actoren van de ontwikkelingslanden, alsook met de humanitaire organisaties, methodes voor zelfmedicatie tegen tuberculose te bevorderen die de vorm moeten aannemen van korte behandelingen onder direct toezicht;

2. in samenwerking met de nationale actoren van de ontwikkelingslanden, alsook met de humanitaire organisaties, het gebruik te bevorderen van combinaties die

leux, faciles d'usage et permettant de limiter les traitements à six mois;

3. d'accélérer, en collaboration avec des experts internationaux, la mise au point de tests de diagnostic adaptés aux besoins des patients et du personnel soignant dans les pays en développement;

4. d'intégrer, dans les efforts internationaux de lutte contre la tuberculose, la spécificité du dépistage et du traitement des enfants atteints par la tuberculose;

5. de mettre en œuvre, avec les pays concernés, les moyens nécessaires pour combattre la tuberculose pédiatrique.

Le 21 avril 2006

Colette BURGEON (PS)
Yvan MAYEUR (PS)
Mohammed BOUKOURNA (PS)
Marie-Claire LAMBERT (PS)
Talbia BELHOUARI (PS)

vaste doses geneesmiddelen tegen tuberculose bevatten, omdat die makkelijk zijn in gebruik en omdat die behandelingen niet langer dan zes maanden hoeven te duren;

3. er, in samenwerking met internationale experts, voor te zorgen dat sneller werk wordt gemaakt van de ontwikkeling van diagnosetests die zijn aangepast aan de noden van de patiënten en het verzorgingspersoneel in de ontwikkelingslanden;

4. in de internationale tbc-bestrijdingsinitiatieven meer aandacht te besteden aan de specifieke aard van de screening en de behandeling van door tuberculose getroffen kinderen;

5. in de betrokken landen de nodige middelen aan te wenden om tuberculose bij kinderen te bestrijden.

21 april 2006