



Prochaine assemblée générale du Rotary Club Aigle



C'est vendredi prochain **21 décembre à 11 heures** que se tiendra la prochaine assemblée générale du club Rotary d'Aigle. L'ordre du jour sera celui traditionnellement suivi à mi-mandat, élection du prochain comité, des différents responsables des différentes commissions

officielles, ainsi que — et chacun s'en réjouit — le rapport d'activité des présidents des dites commissions sur ce qu'ils ont fait ce premier semestre.

Prochaine conférence de classification de Stéphane Grau

Gageons que cette assemblée générale sera rondement menée, ce qui donnera à Stéphane Grau tout le temps nécessaire pour faire sa conférence de classification. Le comité du club ne peut donc qu'encourager les membres à venir nombreux.

EN UN CLIN D'ŒIL

- VENT DE RÉVOLTE JAUNE
- PRÉAVIS POUR LA PROCHAINE AG DU CLUB
- NOUVELLES INQUIÉTANTES DU FRONT DE LA POLIO



Un président comme on les aime

Rotary



SOYONS L'INSPIRATION

Un président e.r. véhément

Ce vendredi de mi-décembre, c'est à la Couronne que les Rotariens d'Aigle se sont réunis pour écouter un revenant. Voyons ce qu'en dit le bulletinier du jour, Christophe Guido



BULLETIN

VISITE D'UN « GILET JAUNE » AU ROTARY D'AIGLE

Au terme d'un sympathique apéritif, les Rotariens sont conviés à l'étage pour la partie officielle. Le past-past président Blaise Ingold prend la parole sous l'apparence d'un « Gilet Jaune » au fort accent français. Il exprime le ras le bol général des facéties du président au pouvoir, « toujours les mêmes qui bossent ! », clame-t-il.

« Le Prince Luc a déplacé l'assemblée générale sans aucune concertation, quelle arrogance ! »

C'est avec beaucoup de style et d'humour que la séance du jour se poursuit, et les informations suivantes sont communiquées :

A la demande du président Del Rizzo, les Rotariens Thaïlandais s'organisent pour présenter leur voyage lors d'une



soirée avec Dames. La date semble être fixée au 15 mars (à faire valider par « Il Duce »).

Blaise Ingold rappelle aux futurs absents de l'AG du 21 décembre de faire suivre à qui de droit une procuration signée et valide.

Maurice Turrian prend la parole pour rappeler à l'assistance que son bon ami,

Jean-Philippe Favre avait financé l'apéritif

RÉUNION DU 14 DÉCEMBRE 2018
LA COURONNE

PRÉSIDENCE :

E.R. BLAISE INGOLD

BULLETINIERS:

CHRISTOPHE GUIDO, JACQUES GAMBONI

PRÉSENCES À L'EXTÉRIEUR

NOP

ROT. VISITEURS-INVITÉS :

L'APÉRITIF :

OFFERT PAR LE CLUB, MAIS ATTENTION, CELUI DE LA BADOUXTHÈQUE FÛT OFFERT PAR JEAN-PHILIPPE FAVRE, DISCRÈTEMENT.

TAUX DE PRÉSENCE :

BOF: MOINS QUE 50%

A VOS AGENDAS

NB: à jour sur le site du club

20.12.18 Apéro Time !

Caveau des Vignerons d'Yvorne

21.12.18 AG, DA et conférence de classification de Stéphane Grau
11h00

Auberge de la Couronne

11.01.19 Fondue de l'An Neuf RSVP

Auberge de la Treille, Muraz



lors de la précédente rencontre du club, et que cela n'avait pas été relevé. C'est désormais corrigé, malgré les protestations du mécène.

Une intervention de Jean-François Barroud — qui débute avec une histoire drôle, avec toute la légèreté et la finesse qu'on lui connaît — donne des nouvelles de Rémy Besse.

« Il va bien, vous salue et reviendra bientôt »

PENSÉE DU JOUR

Parlant d'une de ses maîtresses, Sacha Guitry a dit :

« *Son sommeil était, de beaucoup, ce qu'elle avait de plus profond !* »



Christophe Guido

NOUVELLES INQUIÉTANTES DU FRONT DE LA POLIO

L'actualité locale, maigre en cette période de l'année, donne l'occasion de revenir plus en détail sur un sujet qui préoccupe le Rotary depuis de nombreuses années, l'éradication de la polio. Deux articles récents parus dans la presse anglo-saxonne ont attiré notre attention. Le premier est paru dans l'Economist, son édition du 6 décembre. Le second qui traite du même sujet, mais évidemment plus en profondeur, est paru dans le magazine Science, son numéro du 18 octobre.

Nous les avons traduits à l'aide d'un site de traduction qu'on trouve sur Internet à l'adresse : <https://www.deepl.com/translator>. C'est un traducteur que nous recommandons chaudement, il n'y a pratiquement rien à corriger à la traduction.

Enfin un site Internet se dédie entièrement à la lutte contre la polio et informe sur les avancées, mais aussi sur les diffi-

cultés de cette lutte. Les intéressés anglophones pourront le visiter à cette adresse: <http://polioeradication.org/>

Voici donc ces articles.

Maladies infectieuses

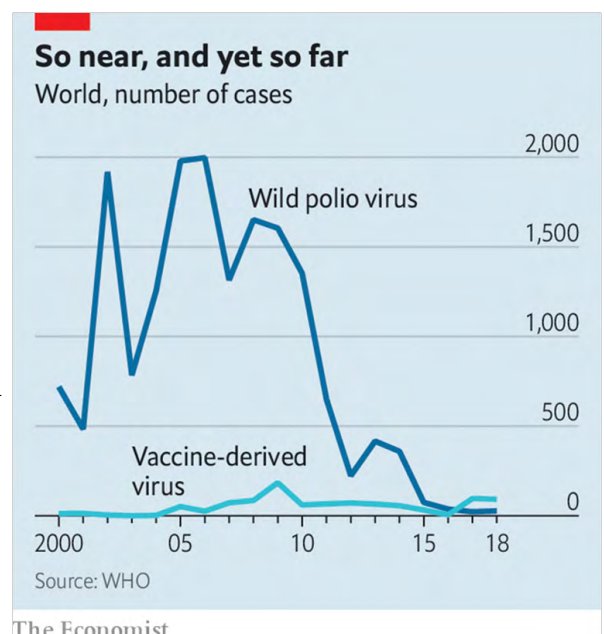
Progrès en panne dans l'éradication de la polio

En 1988, un monde enhardi par l'éradication de la variole a mis le viseur sur la polio. L'objectif était d'entrer dans le nouveau millénaire débarrassé de ce virus paralysant. Mais la lutte traîne les pieds. Le 30 novembre, un comité d'urgence sur la propagation mondiale de la polio, nommé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), a rendu son dernier verdict. L'élimination de la polio est devenue ce que Michel Zaffran, directeur de l'éradication de la polio à l'OMS, appelle une « double urgence ».

La première est l'impasse dans laquelle se trouvent les deux derniers bastions — l'Afghanistan et le Pakistan — dans la lutte contre le virus sauvage de la polio. Le compte à rebours constant dans le monde vers le zéro depuis 2012 s'est arrêté ; les cas cette année dépassent déjà ceux de 2017 (voir graphique). Par conséquent, on craint que la polio ne retourne dans des pays qui l'ont déjà éradiquée, comme l'Inde.

La deuxième urgence est le nombre croissant de pays où la maladie a été causée par un vaccin antipoliomyélitique. Ils sont encore rares. Mais ils attirent de plus en plus l'attention au fur et à mesure que ceux causés par le virus sauvage lui-même ont diminué. En 2017, les cas causés par des virus dérivés de vaccins ont dépassé, pour la première fois, ceux causés par la version sauvage.

Les vaccins antipoliomyélitiques se présentent sous deux formes. La version injectable, que les pays riches utilisent, contient des virus morts et crée des anticorps dans le sang. Une personne vaccinée qui ingère le virus sauvage (par exemple, en buvant de l'eau contaminée) est protégée de la maladie. Mais, pendant plu-



sieurs semaines encore, le virus sauvage dans son intestin peut être transmis à des personnes qui ne sont pas immunisées.

Le vaccin oral, en revanche, contient un virus vivant affaibli. Comme les anticorps qu'il crée s'installent dans l'intestin, ils y combattent tout virus sauvage qu'une personne vaccinée ingère, ce qui rend la transmission ultérieure moins probable. Le vaccin oral est donc une meilleure option là où le virus sauvage de la polio se propage et où les taux de vaccination sont faibles - ce qui a été le cas dans les pays pauvres.

Le vaccin oral a un autre avantage. Une personne vaccinée avec ce vaccin excrète la forme affaiblie du virus pendant quelques semaines. Quiconque entre en contact avec ce virus excrété acquiert également l'immunité et peut la transmettre à d'autres personnes qui ne sont pas immunisées. Dans les



endroits où l'assainissement est médiocre, ce type de vaccination passive est une bénédiction, mais seulement jusqu'à un certain point. Au fur et à mesure que le virus affaibli du vaccin saute d'une personne non vaccinée à une autre, les chances que quelque chose tourne mal augmentent. En cours de route, le virus mute et, après environ un an, peut se retransformer en une forme paralysante qui ressemble au virus sauvage.

Des trois souches dans lesquelles le poliovirus existe, le type 2 est le plus apte à cette astuce. Elle est à l'origine de plus de 90 % des cas de poliomyélite paralytique dus à des souches de vaccin oral mutées. Ainsi, lorsque, en 2015, le virus sauvage de la polio de type 2 a été déclaré éradiqué, il était logique d'arrêter de vacciner les gens contre cette maladie. En 2016, lors d'un changement coordonné qui s'est déroulé sur deux semaines, 155 pays ont remplacé leurs stocks de vaccins anti-

poliomyélitiques oraux contenant les trois souches par une version qui ne comprend pas la souche de type 2. Pour protéger la population contre tout virus de type 2 dérivé d'un vaccin circulant encore, le vaccin injectable a été ajouté aux calendriers de vaccination de routine dans ces pays.

Pourtant, l'an dernier, des virus de type 2 dérivés du vaccin oral ont causé des cas de polio en Syrie et en République démocratique du Congo (RDC). Cette année, des cas sont apparus au Nigeria, au Niger, en Somalie et en RDC, signe que les lacunes dans la couverture vaccinale

sont généralisées. L'analyse génomique des souches concernées a montré qu'elles avaient franchi les frontières (rares pour les souches dérivées de vaccins) et que certaines avaient circulé sans être détectées depuis quatre ans. Les responsables de la santé craignent que les épidémies en Somalie, en particulier, ne s'étendent aux pays voisins.

C'est un revers pour l'Afrique. La dernière personne paralysée par le virus sauvage de la polio sur le continent était un enfant nigérian qui a contracté la maladie en

2016, donc l'Afrique a probablement déjà éradiqué le virus sauvage. Les flambées épidémiques sont également un signe que la grande finale de la polio risque d'être plus longue que ce à quoi s'attendaient les pessimistes. Lorsque le virus sauvage de la polio disparaîtra, le vaccin oral sera remplacé par le vaccin injectable. Personne ne sait combien de temps il faudra pour se prémunir contre les vestiges de la poliomyélite d'origine vaccinale.

Cet article est paru dans l'Economist, section Science et technologie de l'édition imprimée, sous le titre «Stalled».

LA RÉSURGENCE DE LA POLIO EN RDC MENACE LES EFFORTS D'ÉRADICATION

PARU DANS LE MAGAZINE *SCIENCE*, DANS LA SECTION «EN PROFONDEUR SANTÉ PUBLIQUE»

Un virus dérivé du vaccin se répand malgré la réponse d'urgence

By Leslie Roberts

Dans l'ombre de l'épidémie d'Ebola en République démocratique du Congo (RDC), un autre virus effrayant est en liberté dans ce pays vaste et chaotique : la polio. Les experts en santé publique ont travaillé pendant des mois pour éradiquer le virus, mais il continue de se propager. La maladie a déjà paralysé 29 enfants et, le 21 juin, un cas a été signalé à la frontière avec l'Ouganda, loin de la zone connue de l'épidémie, ce qui renforce les craintes que

(IMEP) à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à Genève.

La résurgence de l'épidémie souligne également la dernière complication sur le chemin cahoteux qui mène à l'éradication de la polio. Elle n'est pas causée par le virus sauvage — accroché à un fil en Afghanistan, au Pakistan et peut-être au Nigeria — mais par une variante mutante rare du virus vivant affaibli du vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) qui a retrouvé sa neurovirulence et sa capacité à se propager. Au fur et à mesure que les campagnes de vaccination par le VPO ont conduit le virus sauvage à la quasi-extinction, ces poliovirus dérivés de vaccins (PVDVc) en circulation sont apparus comme la plus grande menace à l'éradication de la poliomyélite. Si les épidémies ne sont pas stoppées rapidement, préviennent les scientifiques, elles pourraient dégénérer en une spirale incontrôlable, faisant reculer les efforts d'éradication de plusieurs années.

«Il est urgent de mettre un terme à ces épidémies d'origine vaccinale», déclare l'épidémiologiste Nicholas Grassly de l'Imperial College de Londres. «C'est tellement plus important que de contrôler le virus sauvage.»

Sûr et efficace, le VPO est depuis longtemps le cheval de bataille de l'effort d'éradication. Mais une caractéristique qui rend le vaccin si puissant peut aussi être un sérieux inconvénient. Peu de temps après la vaccination, le virus vivant affaibli peut se propager d'une personne à l'autre, ce qui renforce l'immunité même chez ceux qui n'ont pas reçu les gouttes antipoliomyélitiques.

Mais dans de rares cas, dans des pays pauvres comme la RDC où de nombreux enfants n'ont pas été vaccinés, le virus peut continuer à circuler pendant des années, accumulant les mutations jusqu'à ce qu'il retrouve sa forme dangereuse. La grande majorité des PDSVc sont causés par le sérotype 2, l'une des trois variantes du virus.

Presque dès la découverte des PVDVc en 2000, l'Assemblée mondiale de la Santé à Genève a déclaré que toute utilisation du VPO devait cesser lorsque le virus sau-

vage avait disparu. En 2016, avec la menace d'une augmentation des PVDVc, ils causent maintenant plus de cas de paralysie que le virus sauvage — l'IMEP a décidé que l'attente n'était plus une option. A cette date, le poliovirus de type 2 avait été éradiqué à l'état sauvage, ce qui signifie que tous les virus de



le virus n'envahisse l'Afrique. « La RDC est « absolument l'épidémie de polio la plus préoccupante aujourd'hui », déclare Michel Zaffran, qui dirige l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite

type 2 provenaient du vaccin lui-même. En avril de la même année, les 155 pays qui utilisaient encore le vaccin trivalent, qui cible les trois variantes de la poliomyélite, l'ont remplacé par un vaccin bivalent dont le composant de type 2 avait été retiré. Personne ne savait exactement comment cette expérience allait se dérouler. Il était clair, cependant, que pendant quelques années, certaines éclosions de type 2 se produiraient encore - soit celles qui avaient commencé avant «le changement», comme on l'appelle, mais qui n'avaient pas été détectées, soit celles causées par la dernière utilisation du VPO trivalent.

Dans une prise virologique 22, la seule façon d'arrêter les foyers de type 2 est d'utiliser une version du même vaccin qui les a provoqués en premier lieu - d'une manière ou d'une autre sans en ensemercer un autre. Le virus contenu dans le vaccin antipoliomyélique inactivé ne peut pas reculer, mais il n'est tout simplement pas assez puissant pour arrêter une flambée.

Pour lutter contre ces épidémies, l'IMEP a créé un stock étroitement gardé d'un nouveau VPO monovalent de type 2 (VPOm2), qui ne peut être libéré qu'avec l'approbation du Directeur général de l'OMS. Si le VPOm2 est utilisé judicieusement et avec parcimonie, il peut stopper une flambée sans en déclencher une autre, dit M. Zaffran. La rapidité est essentielle, car l'immunité de la population au virus de type 2 diminue maintenant qu'il a été retiré du vaccin, ouvrant la voie à une flambée explosive.

Depuis 2016, le vaccin de type 2 a été autorisé pour combattre les épidémies dans 10 pays et, jusqu'à présent, la stratégie semble fonctionner, bien qu'une épidémie de type 2 en Syrie ait paralysé 74 enfants avant d'être sous contrôle l'année dernière. Le cas particulier est celui de la RDC.

Le foyer a été détecté pour la première fois en juin 2017 dans la province du Maniema, au centre du pays. Quelques jours plus tard, un autre cas a été signalé à environ 900 kilomètres dans la province du Haut-Lomami, dans le sud-est. L'analyse génétique a révélé que ce n'était pas la même souche que dans le Maniema, mais un cVDPV de type 2 distinct qui avait émergé indépendamment. Pire encore, les séquences indiquaient que les deux avaient circulé sans être détectés depuis au moins deux ans.

Le pays et ses partenaires internationaux ont ciblé les campagnes VPOm2 sur huit districts sanitaires jugés à haut risque - le minimum, selon les experts, pour obtenir le maximum d'effet. Mais les campagnes de vaccination en RDC, avec ses villages reculés, ses infrastructures délabrées et son système de santé faible, sont difficiles et n'ont pas réussi à atteindre suffisamment d'enfants. Le virus du Haut-Lomami s'est propagé vers le sud jusqu'au Tanganyika, puis au Haut-Katanga.

Puis, au cours de la première semaine de juin de cette année, les responsables ont confirmé un autre cas à l'autre bout du pays, non loin de l'épidémie d'Ebola, où les agents de santé sont



**END
POLIO
NOW**

déjà débordés. Cette souche, elle aussi, est apparue de façon indépendante, ce qui montre à quel point la surveillance est faible dans le pays. Plus alarmant encore, environ deux semaines plus tard, un cas de polio a été signalé dans le nord-est, près de la frontière ougandaise. Le virus du Haut-Lo-mami avait fait le grand saut vers le nord, dans une région où aucune campagne de VPOm2 n'était en cours. «Cela augmente vraiment le risque de propagation internationale», déclare Oliver Rosenbauer, porte-parole de l'OMS pour l'éradication de la polio. Et l'insécurité dans certaines parties de la province «rend tout plus dangereux et plus compliqué».

Dans le pire des cas, si le type 2 explose en Afrique, ou si le nombre de cas augmente de façon exponentielle, la seule option serait de réintroduire le VPO2 dans la vaccination systématique, explique Mark Pallansch, virologue moléculaire aux Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis à Atlanta. Le changement aura échoué, faisant reculer les années d'éradication et faisant grimper les coûts, qui s'élèvent maintenant à environ un milliard de dollars par année, au grand dam des bailleurs de fonds à court de ressources.

Mais ce scénario ne se réalisera pas avant des années, dit M. Zaffran. Pallansch est d'accord. «À l'heure actuelle, je crois vraiment que les PDSVc de type 2 peuvent être gérés. La seule question est de savoir pour combien de temps encore», dit-il. «Je n'ai encore rien vu qui me fasse penser que l'éradication n'est pas possible.



Images d'un temps rêvé où les hommes et les femmes vivaient dans le même monde imparfait - relevée dans les toilettes homme d'un palace de la Riviera

Mais la fin du jeu s'avère beaucoup plus compliquée que l'éradication du virus sauvage.»

Science 06 Jul 2018:

Vol. 361, Issue 6397, pp. 10-11

DOI: 10.1126/science.361.6397.10

Posted in:

- [Funding](#)
- [Physics](#)

doi:10.1126/science.aaw3760

Traduction JG

