



Philippe TCHENG

Ancien Interne des Hôpitaux, docteur en médecine spécialiste en cardiologie

Diplômé de l'ESCP Europe

30 ans d'expérience professionnelle au sein de Sanofi en France et à l'international

Président-Directeur Général de Sanofi-Aventis Groupe jusqu'en avril 2019

Président du LEEM jusqu'en juillet 2019

« La volonté d'avoir une souveraineté sanitaire ne doit pas déboucher sur du nationalisme »

Pouvez-vous partager un fait marquant, une anecdote qui caractérise la situation, la place de l'industrie pharmaceutique dans la crise ?

Ce qui est assez fascinant, c'est ce que l'on appelle le repositionnement des molécules : lorsqu'arrive une maladie inconnue, il y a beaucoup d'espairs autour de l'idée de prendre une molécule ancienne et d'essayer de voir si elle marche, car on sait que trouver un nouveau traitement va mettre beaucoup de temps. C'est élégant intellectuellement, puisque cela permettrait de gagner énormément de temps : la molécule peut être utilisée depuis des années, donc on connaît son efficacité, sa tolérance... C'est donc ce qui a été fait par un certain nombre de gens, en particulier avec l'hydroxychloroquine, mais aussi avec des antiviraux utilisés pour le SIDA et pour l'hépatite C.

Malheureusement, tout cela a débouché sur un énorme gâchis, des études mal ficelées, des gens qui ont fait « croire que »... Cela a mené à ce que l'on appelle, et je trouve l'expression intéressante, du populisme médical : on fait croire aux gens que l'on a trouvé la recette miracle. C'est ce que le professeur Raoult avait dit au début de l'épidémie : « on siffle la fin de la partie du Covid 19 ». Malheureusement pour tout le monde, c'était totalement erroné. Cela aurait été une bonne nouvelle, mais jusqu'à présent, il n'y a aucune démonstration scientifiquement solide qui montre qu'une molécule déjà utilisée pour une autre maladie pourrait être utile dans le traitement du Covid 19. Cela a même mené à un début de catastrophe quand les gens se sont rués dans les pharmacies pour l'hydroxychloroquine, qui est un produit essentiel pour un certain nombre de patients qui souffrent de maladies chroniques inflammatoires, et qui n'arrivaient plus à se procurer leur traitement.

L'industrie pharmaceutique, là-dedans, s'est trouvée montrée du doigt par ceux qui disent que de tels travaux de repositionnement de molécules n'intéressent pas l'industrie parce qu'elle préfère des nouvelles molécules très chères. Elle est présentée comme un lobby de « grand méchants » voulant faire taire des gens qui ont des idées géniales, et disant du mal de leurs travaux alors que ceux-ci permettraient de traiter beaucoup de gens pour un faible coût. C'est vraiment ce qui m'a frappé, très tôt dans la crise.

L'industrie pharmaceutique est sans doute parmi les secteurs les moins affectés au plan de la production (selon la Banque de France) : comment sortira-t-elle de la crise sur le plan économique ?

Elle devrait en sortir différemment de toute façon : on parle beaucoup en ce moment du monde d'après qui ne devrait pas être le monde d'avant. Par rapport à des secteurs sinistrés comme le tourisme ou l'industrie automobile, les usines des laboratoires pharmaceutiques qui fournissent des produits de première nécessité comme le paracétamol sont pour l'instant obligés d'accélérer leur cadence. La demande est quasiment supérieure à l'offre, alors que d'autres secteurs industriels sont totalement à l'arrêt. Mais s'il n'y a pas de deuxième vague, ou si la deuxième vague est modérée, on va revenir à un niveau de demande bien inférieur à ce qu'il a pu être au moment du premier pic mondial de la pandémie.

Malheureusement, un certain nombre de petites structures, comme des biotechs, ne survivront peut-être pas à la crise : elles ont un business model et un équilibre financier souvent précaires, sauf si elles peuvent bénéficier des aides financières annoncées par Bercy. On va peut-être perdre des sociétés prometteuses. Les grands groupes pharmaceutiques ont une résilience beaucoup plus forte. Il est possible qu'il y ait une vague de rapprochements, de rachats ou de fusions dans un deuxième temps ; avec aussi toute la dimension de rapprocher ce qui est purement pharma de ce qui est

matériel médical, et de construire une véritable industrie de santé qui fasse des solutions intégrées de prise en charge pharmaceutique.

Il est beaucoup question de traitement et de vaccin : quelles chances pour les industries respectivement française, européenne et extra-européenne dans cette perspective ?

C'est une course contre la montre : il y a de forts intérêts à mettre en commun une expertise existante, qu'elle soit publique ou privée. Il y a beaucoup d'exemples de projets communs dans la recherche d'un vaccin : par exemple, deux grands groupes pharmaceutiques qui d'habitude sont concurrents ont décidé de croiser leurs expertises pour accélérer la recherche et le développement d'un médicament ou un vaccin. Il y a relativement peu d'exemples d'alliances entre laboratoires. Certaines ont été positives et productives, puisque les coûts sont partagés. Ici, il s'agit moins de partager les coûts que de partager le travail dans la recherche et le développement, dans l'enregistrement vis-à-vis des autorités réglementaires, et bien sûr dans l'outil de production, puisqu'il faut arriver à produire pour le plus grand nombre au niveau mondial.

Comment jugez-vous la mise en mouvement des pouvoirs publics et des agences sur le plan de la recherche et des essais cliniques ? Quels résultats ?

Aujourd'hui, on n'a pas beaucoup de résultats probants, que ce soit en France, en Allemagne ou en Europe. Il y a eu, très rapidement, la mise en œuvre d'un grand essai multicentrique, qui s'appelle Discovery, mais tout le monde se demande si cela n'a pas été trop vite. Il semble que par rapport aux espoirs fondés par le gouvernement français et l'Europe, cet essai ait du mal à aboutir. De plus, avec l'épidémie qui ralentit, il est de plus en plus difficile de recruter des patients. C'était nécessaire de démarrer très vite et très tôt, mais la probabilité d'aboutir au niveau recherche nécessite vraiment de croiser des expertises public-privé, et entre les pays, si possible en ce qui nous concerne avec un appui fort au niveau européen.

On parle beaucoup souveraineté sur le plan sanitaire : à quelle échelle devrait-elle se faire ? Sur quels segments de production ? À quels coûts ? Avec quelles chances de succès ?

La souveraineté est un mot, dans ce contexte de pandémie, qui revient beaucoup dans les éditoriaux ; on dit que c'est un mot valise. Le danger, c'est que la souveraineté débouche sur le souverainisme et un certain nationalisme, avec tous les risques

politiques qui se profileraient derrière une volonté – légitime éventuellement – de faire mieux que les autres et de se débrouiller tout seul au mépris d'une collaboration internationale. C'est un point de vigilance : la volonté d'avoir une souveraineté sanitaire ne doit pas déboucher sur du nationalisme.

Après, c'est aux Etats de définir quels sont les secteurs stratégiques sur lesquels il faut qu'il y ait une souveraineté, au niveau national. Mais on pourrait même réfléchir au niveau régional : on voit toutes ces cartographies en rouge et vert de la France, et les décisions qui ont pu être différentes en fonction des régions, qui se sont mises à importer massivement des masques dans leur coin. Il serait intéressant de faire une analyse a posteriori de ce qui a marché dans certaines régions françaises, dans certains Länder allemands, ou dans certaines provinces espagnoles ou italiennes, et d'essayer d'en tirer le meilleur.

Aujourd'hui, pour les Etats membres de l'UE, il y a une souveraineté nationale dans la santé qui débouche sur des inégalités incroyables en termes de timing de mise à disposition des produits. En Allemagne, un nouveau produit qui a eu son AMM^[1] européenne peut être commercialisé dans le mois qui suit. En France, c'est 500 à 600 jours. On se trouve face à une inégalité de facto qui est liée à la volonté des Etats de garder la souveraineté sur la négociation des prix ou de remboursement des produits.

Il y a eu beaucoup de réflexions en France dans le cadre du Conseil stratégique des industries de santé, qui est vraiment quelque chose d'original : il réunit tous les ans les décideurs internationaux des industries de santé pour réfléchir à la façon dont la France peut être un grand centre de recherche et de production des produits de santé. Mais cela nécessite que l'on revoie tous les processus nationaux de fixation des prix, du remboursement...

Quelles seraient les réformes à conduire en santé, éventuellement concernant l'industrie pharmaceutique ?

Le Conseil stratégique des industries de santé est le lieu où l'on peut réfléchir aux réformes qui accélèrent la mise à disposition des nouveaux produits, qui permettent de favoriser l'adoption de stratégies thérapeutiques innovantes. Dans le diabète par exemple, les patients à qui l'on donne de l'éducation thérapeutique, un suivi particulier de leur glycémie en continu, grâce à des patchs cutanés par exemple, vont avoir un pronostic bien meilleur. Il y a tout ce travail, mais personne ne sait par quel bout prendre ces éléments-là parce que les agences sont organisées très verticalement, en s'occupant soit du médicament, soit du matériel, soit du diagnostic mais jamais en transverse. Accélération et transversalité de l'évaluation constituent les deux piliers d'une nécessaire réforme de l'évaluation des produits de santé.

Propos recueillis le 15 mai 2020 par Julie Jolivet.

[1] Autorisation de mise sur le marché.