

Transcription de la vidéoconférence du 2 novembre 2021 – 18h30 CET

Participants

Christophe Douat, *Président du Directoire de MedinCell*

David Heuzé, *Directeur de la Communication de MedinCell*

Dr. Marc-Antoine Crocq, *Psychiatre*

David Heuzé

Bonjour à tous, bienvenue à cette conférence consacrée aujourd'hui exclusivement aux résultats de la phase 3 de notre produit mdc-IRM, qui ont été présentés ce week end par notre partenaire Teva au Psych Congress aux États-Unis. Alors aujourd'hui, notre réunion va être consacrée exclusivement à ce sujet.

On aura l'occasion de nous se reparler de parler du reste du portfolio d'ici un mois lors de la présentation des résultats semestriels. Aujourd'hui, pour parler des résultats de phase trois présentés ce week end, je suis avec Christophe Douat. Salut Christophe.

Christophe Douat

Bonjour David.

David Heuzé

Et avec nous, nous avons la chance d'avoir le docteur Marc Antoine Crocq, bonjour docteur.

Dr. Marc-Antoine Crocq

Bonjour David.

David Heuzé

Alors, docteur, vous êtes médecin psychiatre, vous êtes basé en Alsace. Parmi vos faits d'armes, une 75, plus de 75 publications, dont notamment une, il y a quelques années, consacrées exclusivement aux long acting injectables, dans les traitements injectables à longue durée d'action pour le traitement de la schizophrénie.

Et puis, vous êtes par ailleurs. Vous avez été le coordinateur de la traduction française du DSM 5. Pour dire simplement la bible de la psychiatrie. Aujourd'hui, vous avez une consultation en Alsace. Vous voyez notamment beaucoup d'adolescents et de jeunes adultes, beaucoup de personnes qui souffrent de schizophrénie, que ce soit au début de la maladie ou dans le suivi. Est-ce que j'ai été complet ?

Dr. Marc-Antoine Crocq

Exactement exactement.

David Heuzé

Bien. Alors, avant de m'adresser à vous, docteur, je vais d'abord me tourner un peu vers Christophe. Christophe. On a aujourd'hui des gens avec nous qui ne connaissent pas forcément MedinCell pas forcément technologie. En quelques mots, est ce que tu peux nous parler de la société et de la technologie BEPO ?

Christophe Douat

Oui, bien sûr. David, donc. MedinCell développe une nouvelle génération injectable Longue action. Qu'est-ce que c'est ? C'est la libération prolongée continue de médicaments, grâce à une injection simple, sous cutanée. Je prends souvent l'image d'une mini pompe virtuelle qui est injectable sous la peau, qui va libérer son médicament pendant une durée choisie jusqu'à l'injection suivante.

C'est parfois une semaine, parfois six mois. Donc, quand je le décris, ça paraît simple, mais c'est d'une complexité énorme et c'est ce que font nos 100 ingénieurs, pharmaciens, médecins, scientifiques. C'est développer ces formulations pour que le médicament soit libéré de façon stable au niveau thérapeutique et en évitant évidemment toute surdose qui créerait des effets secondaires.

David Heuzé

Justement Christophe ce week-end, donc, notre partenaire Teva a présenté les résultats de la première étude de phase 3 avec un de nos produits. C'est un produit qui est dédié à la schizophrénie. Pourquoi la schizophrénie, Christophe ?

Christophe Douat

La schizophrénie, c'est vraiment un domaine où il y a besoin d'observance. Les patients doivent prendre leurs traitements dans cette indication comme dans beaucoup d'autres, la moitié des patients le prennent mal ou arrêtent leur traitement. Et quand c'est la schizophrénie, il y a beaucoup de conséquences et je laisserai le docteur Crocq en parler.

Et donc, c'est le champ dans lequel il y a eu les plus beaux succès en injectable longue action pour justement permettre de soutenir l'observance des patients.

David Heuzé

Alors juste l'observance parce que ça peut être pas claire pour tout le monde, c'est le fait de bien suivre la prescription du médecin, de prendre ses médicaments pour dire les choses clairement.

Christophe Douat

Notre collaboration avec Teva pour développer ces produits, c'est sept ans d'efforts. Teva nous avait choisis parmi 150 technologies dans le monde pour développer une nouvelle génération d'injectable longue action qui ait tous les attributs demandés par les soignants et les patients.

C'est ce que nous avons fait. Ce premier produit a terminé sa phase 3 avec succès. Il y a beaucoup d'excitation à MedinCell et c'est le premier d'une série de trois.

David Heuzé

Merci Christophe. Je me tourne vers vous, docteur, effectivement, est ce que vous vous pouvez nous en dire un peu plus sur cette maladie, sur la schizophrénie qui, je crois en fait, touche quasiment 1% de la population mondiale ?

Dr. Marc-Antoine Crocq

Effectivement, la schizophrénie c'est 1% de la population, c'est une maladie qu'on dit neurodéveloppementale qui souvent commence à la fin de l'adolescence, typiquement vers quinze ou seize ans chez le garçon, un peu plus tard chez la femme. Et c'est une maladie qui va, qui est une maladie chronique qui a tendance à évoluer, avec une alternance de phase aiguë qu'on appelle des rechutes et suivie de phases de rémission. Le problème, c'est que les phases de rechutes sont toxiques, en quelque sorte pour le cerveau. Et si ces phases de rechutes aiguës qui conditionnent le pronostic à long terme de la maladie.

Et quand le patient rechute, donc c'est toxique dans son cerveau, c'est délétère. Souvent le patient rechute puisqu'il arrête le traitement. Et quand on reprend le traitement après la rechute, il y a une détérioration. Donc on reprend le traitement à un niveau plus bas, à un niveau de performance plus bas que celui qu'il y avait avant la rechute. Le statu quo avant. Et pourquoi est-ce que les patients ne prennent souvent le traitement dans la schizophrénie ?

C'est un peu lié à la nature de la maladie elle-même qui fait qu'il y a un défaut d'insight, un défaut de prise de conscience et que le patient a du mal à comprendre constamment qu'il doit prendre son traitement et a du mal à mesurer l'effet négatif d'une rechute et donc le traitement de la schizophrénie passe par des antipsychotiques. Si on prend un peu de recul, ces antipsychotiques, c'est la découverte des antipsychotiques qui a vidé des hôpitaux psychiatriques. Les premiers antipsychotiques c'était largactil, Chlorpromazine qui a été découverte en 52.

Et c'est ça qui a vidé les hôpitaux psychiatriques. Et déjà, avec les premiers antipsychotiques, on a découvert assez vite qu'on pouvait faire des injections retard et ces injections retards qui ont, qui ont permis, qui ont permis de faire, qu'on voit les patients non plus à l'hôpital, mais en ville dans des dispensaires et l'essor des dispensaires et L'essor de ce qui allait dans les dispensaires, c'est à dire aussi une prise en charge psychologique et sociale, c'est finalement, les antipsychotiques, puis l'invention des antipsychotiques à effet prolongé. A un moment, il y a de nouveaux antipsychotiques qui sont apparus, antipsychotiques atypiques ou de deuxième génération qui étaient efficaces avec moins d'effets secondaires.

Et à un moment comme il n'y avait plus d'effets secondaires, on a un peu oublié, On a perdu l'habitude de prescrire les anciens antipsychotiques qui avaient une formulation et effet retard. Et un moment, donc, on a redécouvert les antipsychotiques à effet retard.

Avec ces nouveaux antipsychotiques longue durée d'action, on a commencé aussi à préparer avec la rispéridone, olanzapine, l'Aripiprazole avec lesquels on a commencé à préparer des injections avec retard. Et c'est vraiment ces injections à effet retard donc que l'observance du traitement, l'observance régulière du traitement, avec la dose minimale efficace qui permet que le patient ne rechute pas et contrôler des doses minimales, ça permet aussi que le patient ne soit pas surdosé, n'ait pas d'effets secondaires.

Les recommandations actuelles dans la plupart des cas, de privilégier le traitement avec des injections et effet retard. C'est des recommandations officielles, les recommandations de tous les pays sont concordante à ce niveau, mais malheureusement, ces injections à effet retard sont relativement peu utilisées, ce qui s'accompagne de rechutes fréquentes dans la schizophrénie et de rechute, ça veut dire ré hospitalisation, ça veut dire des coûts pour la société et pour le patient, ça veut dire surtout une phase de dégradation de son état, dégradation des fonctions cognitives, des fonctions cérébrales qui va ouvrir la voie à une évolution négative, c'est à dire dominée par des symptômes déficitaires et par des difficultés cognitives.

David Heuzé

Si je résume, c'est 1% de la population mondiale. C'est des traitements qui ont déjà fait la révolution, qui ont permis aujourd'hui, comme vous l'avez dit vous-même, de vider les hôpitaux psychiatriques. Mais c'est aussi des recommandations qui ne sont pas forcément suivies, notamment la recommandation d'utiliser des long acting. Et si je reviens aussi sur ce que vous venez dire, c'est les rechutes qui sont des événements majeurs dans la vie d'un patient schizophrène et qui ont des résultats très, très négatifs. Alors, justement, c'était le critère principal de l'étude de Teva.

Donc, je me tourne vers vous une nouvelle fois, docteur. Que nous dit cette étude à ce sujet-là, au sujet des rechutes ?

Dr. Marc-Antoine Crocq

L'étude de Teva a étudié une nouvelle formulation de la rispéridone à effet prolongé et le résultat principal de cette étude, c'est qu'effectivement, les personnes qui sont soignées par le produit actif vont rechuter beaucoup moins ou beaucoup plus tard et que les personnes soignées par placebo.

Et la statistique principale de cette étude consistait à voir quand les personnes rechutent et donc à les classer selon le temps, lors de la rechute. Et donc, ça donne une courbe de survie en quelque sorte, comme ce qu'on voit dans les études en cancérologie aussi.

Si les personnes ne rechutent pas, la courbe reste plus ou moins une ligne droite dans le temps. Si les personnes rechutent, on voit que la courbe s'infléchit et que les patients qui n'ont pas rechuté, c'est la survie, en quelque sorte sans rechute, sont de moins en moins nombreux et donc ça a donné

C'est une méthode statistique qui est toujours utilisée dans ce type d'étude, qui est très puissante et donne des résultats très fiables. Et là, on peut dire effectivement, avec un très haut degré de probabilité, de certitude que l'utilisation de ce produit mdc-IRM rend les rechutes beaucoup plus rares et beaucoup plus tardives.

Donc, et une fois encore, l'importance de celle-ci est capitale pour le patient qui souffre de schizophrénie qui ne rechute pas. Comme on disait, la rechute s'accompagne d'une détérioration des fonctions cérébrales et reprendre le traitement après une rechute veut dire reprendre le traitement à un niveau plus faible, un niveau de fonctionnement plus faible que là où était patient auparavant

David Heuzé

Ça, c'était le primary endpoint, le critère principal d'évaluation de l'étude qui montre effectivement, comme vous l'avez dit, un temps de rechute multiplié, avant avant rechute multiplié par cinq, je crois, si je lis correctement par rapport au groupe placebo.

Et puis, peut-être qu'on peut revenir même sur le design de l'étude. Peut-être parce qu'aujourd'hui, on a une étude qui est faite avec le groupe traité, les groupes traités, vu qu'il y a deux produits 1 mois et 2 mois versus placebo. Vous nous confirmez que c'est un design d'étude classique et normal pour ce type de produit ?

Dr. Marc-Antoine Crocq

Oui c'est un design classique qui est même supérieur à ce qui fait dans d'autres études. On remarque que le temps d'inclusion des patients était très long, pouvait être sur deux ans et que le nombre de patients est très important. On a un nombre important de patients qui ont été suivis pendant une longue durée, ce qui a permis d'avoir une longue durée d'observation et de mesurer cette longue durée d'observation. Le temps jusqu'aux rechutes.

Et c'est vrai, il y a moins de rechutes. On peut l'expliquer de différentes manières. On peut présenter ce résultat de plusieurs manières. C'est à dire que les rechutes sont moins fréquentes. Si vous utilisez une période de temps donnée, il y a moins de rechutes dans le groupe significativement, beaucoup moins de rechute dans le groupe soigné, pas productif actif. Les rechutes sont beaucoup plus tardives dans le temps, jusqu'à une rechute et multiplié de manière très significative si vous êtes sous produit actif par rapport au placebo. Et si vous êtes sous placebo, il y a une progression régulière.

C'est à dire que le nombre de patients qui n'ont pas rechuté, décroît régulièrement sur tout le temps d'observation et que la décroissance de cette courbe est beaucoup plus faible chez les patients qui sont soignés. La plupart des patients qui sont soignés ne vont pas rechuter.

C'était le critère principal de l'étude. Le résultat principal de l'étude. Cette étude s'intéressait à beaucoup d'autres résultats. Un résultat important, c'est qu'il n'y a pas plus d'effets secondaires avec la forme injectable du produit qu'avec la forme prise par voie orale, voire même moins d'effets secondaires.

Peu d'effets secondaires qui dépendent de la dose, on maintient une dose minimale efficace.

David Heuzé

Donc oui, on n'a pas les pics et les creux inhérents à la prise orale. D'autres critères d'évaluation portaient notamment, sur l'amélioration générale du patient. Qu'est-ce que dit l'étude ?

Que dit l'étude par rapport à ces critères ?

Dr. Marc-Antoine Crocq

Donc, il y a plusieurs échelles qui ont été utilisés pour mesurer ce qu'on appelle la qualité de la vie. Une des conséquences, un des avantages du traitement, comme on le dit, c'est qu'avec le traitement antipsychotiques, le patient peut quitter l'hôpital et vivre dans la communauté.

Donc il peut vivre dans la communauté et peut là, dans la communauté, peut être aidé, et bénéficier d'une prise en charge psychologique et sociale et les patients qui sont soignés par le produit, comparés à ceux qui sont sous placebo, vont avoir une meilleure qualité de la vie, sur des échelles qui explorent plusieurs aspects différents de la vie du patient. Sa capacité à utiliser les moyens de communication, ses capacités à se rendre à des rendez-vous, sa capacité à être autonome pour le logement, pour l'alimentation, pour les courses. Donc ça explore en fait la liberté dont le patient peut disposer dans la vie quotidienne et aussi le plaisir qu'il peut avoir à vivre dans des meilleures conditions psychologiques, avec moins de symptômes. Ces différentes échelles et qui ont montré que le patient peut plus s'épanouir, mieux vivre de manière indépendante et agréable dans la vie quotidienne. Et donc ça c'est tout un aspect de la vie du patient, la redécouverte de la vie qui est rendu possible par le traitement. S'il n'y avait pas de traitement, le patient rechute et malheureusement, il passerait plus de temps à l'hôpital et surtout, si les patients rechutent ça veut dire que l'évolution au fil des années va être plus négative, alors que si on maintient un traitement, c'est la meilleure chance de voir une rémission et un bon niveau de fonctionnement.

David Heuzé

Donc, si je résume moins de rechute, une amélioration de la qualité de vie par rapport au placebo, une bonne tolérance au produit, pas plus d'effets secondaires, voire moins que ce qu'on trouve sur des traitements qui existent déjà sous forme orale ou même sous long acting.

Et puis, Teva a accompagné cette étude d'enquêtes faites auprès des patients qui ont reçu le produit et des soignants qui l'ont administrée. Et je crois que l'on revient un peu sur les caractéristiques même du produit. On peut parler de plébiscite ?

Dr. Marc-Antoine Crocq

Oui, c'est ça, c'est important. On disait que les injections à action prolongée sont recommandées par toutes les recommandations internationales, sociétés nationales et internationales, mais pourtant elles sont relativement peu utilisées. Souvent ça vient du fait que ces injections peuvent être désagréables à utiliser, difficile à utiliser et faire peur, juste de la réserve, chez le patient ou chez le thérapeute. Le patient peut être réservé par rapport à une injection si l'injection fait mal. Si les injections sont très fréquentes, par exemple toutes les deux semaines. Si la procédure d'initiation du traitement est compliquée, c'est à dire que l'injection ne suffit pas, parce qu'il ne fait pas effet de suite à cause d'une cinétique particulière et donc pendant plusieurs semaines, il faut continuer de prendre le traitement par voie orale en plus de l'injection ou alors que l'injection ne fait pas effet assez vite, il faut plusieurs injections à un délai rapproché en début de traitement. Et donc, ce qui peut être compliqué aussi pour les thérapeutes si le produit est difficile à conserver.

Si le produit doit être reconstitué, qu'il y a plusieurs seringues, qu'il faut faire des manip pour reconstituer le produit pour qu'il soit prêt à être injecté. Donc ça, c'est plus compliqué que si vous avez un produit qui injectable et qui est facilement conservable. Et donc, c'est pour ça que c'est important de rendre les injections aussi faciles que possible à utiliser.

Et on sait que si le patient n'aime pas l'injection ou si le thérapeute n'aime pas l'injection, ces injections ne seront pas mises en route. Il y a un gros avantage à faire des produits qui soient faciles à utiliser et acceptés par des thérapeutes et par les patients.

David Heuzé

C'est ce que vous constatez dans votre, dans votre pratique, avec les patients que vous suivez. Sans aller dans le détail.

Dr. Marc-Antoine Crocq

Je constate qu'il y a beaucoup de barrières psychologiques et beaucoup de fausses croyances qui font que les injections à effet prolongé ne sont pas assez utilisées dans le traitement de la schizophrénie. Donc, il y a un paradoxe, c'est à dire que toutes les études montrent que l'évolution à long terme de la schizophrénie est meilleure si on utilise rapidement des injections prolongées et qu'on diminue les rechutes. Mais malgré cette connaissance scientifique, beaucoup de patients continuent à prendre des formes orales du médicament et en pratique, ne le prennent pas régulièrement, presque toujours et en pratique, vont rechuter. Beaucoup de thérapeutes ne sont pas conscients de cela.

Beaucoup de thérapeutes s'imaginent que leur patient prend le traitement, alors qu'il ne le prend pas en fait. Quand on interroge des thérapeutes, on dit quel est le pourcentage de vos patients qui ne prennent pas le traitement. Le thérapeute va avoir une bonne estime de lui-même.

Il va dire que tous mes patients prennent le traitement. Par contre si on demande au thérapeute quel pourcentage des patients, de votre collègue, de vos collègues qui ne prennent pas le traitement le thérapeute va être beaucoup plus réaliste. Il va dire la plupart des patients de mes collègues ne prennent pas leur traitement, donc toujours le thérapeute lui-même a une sorte d'euphorie en ce qui concerne ses propres capacités. Il pense qu'il a convaincu ses patients de prendre le traitement, mais c'est souvent ça ne marche pas aussi simplement que ça. Et il faut voir que quand il y a une rechute, on pourrait comparer, donner l'image du diabète qui est plus facile à comprendre.

Il y a beaucoup de jeunes adolescents qui ont un diabète de type 1. Au moment où ils sont adolescents ils disent je veux vivre librement, je veux vivre sans me soigner. Et beaucoup d'adolescents ne vont pas prendre le traitement par insuline à ce moment-là.

Quand le diabète est mal équilibré, qu'il n'y a pas d'insuline ça va dégrader, ça va avoir un être un effet toxique, néfaste sur beaucoup d'organes. Ça va en effet avoir un effet néfaste sur la rétine, donc ça favorise la cécité, ça va avoir un effet néfaste sur les reins. Donc, ça peut amener à la dialyse. C'est un peu la même chose qui se passe de

manière plus complexe sur le cerveau. Quand vous soignez un trouble schizophrénique, c'est à dire que ce n'est pas si facile à se représenter qu'une action toxique pour les reins ou sur la rétine. Mais c'est quelque part neurotoxique pour le cerveau et c'est un facteur de dégradation et de mauvais pronostic. Ça, c'est le point important, c'est presque la chose la plus importante qu'on a à dire aujourd'hui. Que la seule manière d'administrer un traitement, qui prévient le mieux les rechutes, c'est les formes à effet prolongé.

David Heuzé

D'ailleurs, en regardant l'étude, on a quand même la bonne surprise, et ce n'était pas forcément évident, que 60% des patients qui ont été interrogés, qui ont participé à l'étude et qui ont été interrogés parce que ce n'est pas l'ensemble des patients qui l'ont été. Ils ont déclaré préféré une injection et donc, a priori, être prêt à passer sous ce type de traitement, ce qui va un peu dans le sens de ce que vous venez de dire. Donc aujourd'hui, vous nous dites qu'il y a encore beaucoup de choses à faire pour que les long acting soient plus largement adoptés et largement utilisés, et notamment simplifier, avoir des traitements faciles à utiliser. Christophe, peut être que tu peux nous parler justement du produit qu'on développe avec Teva et quelles sont ses caractéristiques qui en font un médicament qui a le potentiel d'être bien reçu, parce que facile à utiliser.

Christophe Douat

Oui donc qu'est-ce que BEPO ? Notre technologie, c'est son nom de code on va dire.

David Heuzé

Son nom d'usage.

Christophe Douat

Qu'est-ce que BEPO a permis de faire ? Et il a permis de développer ces attributs essentiels justement, à faciliter, comme le disait le docteur Crocq à l'instant, l'adoption de l'injection. D'abord c'est un produit en injection sous cutanée qui n'est pas une injection intramusculaire, comme il a été dit juste il y a quelques instants, c'est un produit qui permet d'atteindre le niveau thérapeutique quasiment immédiatement, donc qui n'a pas besoin de complément oral ou par une autre injection. C'est un produit qui arrive avec une flexibilité dans la fréquence puisqu'on a produit 1 mois et 2 mois.

Mais on peut noter d'ailleurs dans l'étude que 75% des patients préfèrent l'injection 1 mois. Donc, c'est vraiment ces attributs très différenciant que BEPO a permis d'atteindre. C'est le caractère de rupture de notre technologie et c'est pour ça que Teva a travaillé sept ans maintenant pour développer des mdc-IRM.

Et je vais peut-être conclure David en disant et c'est écrit sur une des planches et c'est un petit peu caché dans le texte. Mais ce qui est vraiment assez interpellant, c'est que tous les patients de l'étude qui ont reçu l'injection BEPO, mdc-IRM. 90% disent qu'ils ne souhaitent plus revenir sur leur traitement antérieur, qu'il soit oral ou injectable. Et ça, c'est un chiffre extrêmement important et qui montre les qualités du produit.

David Heuzé

Et son potentiel. Alors justement, si tout va bien, je rappelle que la demande d'autorisation de mise sur le marché est actuellement à l'étude aux États-Unis auprès de la FDA. Notre partenaire et nous même, nous espérons avoir un retour favorable et une commercialisation dès 2022. Ça fera un nouveau produit sur un marché qui est pourtant déjà très dynamique. Christophe ?

Christophe Douat

Oui, exactement, puisque, comme on l'a dit pendant cette discussion, les injectables long action se sont développés de façon significative en schizophrénie. Aujourd'hui, c'est plus de 7 milliards dans le monde, dont 4 milliards sur des produits à base de rispéridone ou très proche de la rispéridone et c'est ce segment de 4 milliards que cible Teva. Juste pour vous donner une idée. 4 milliards de chiffre d'affaires par an. Si c'était un seul produit, ça serait dans les 20 premiers produits de la pharma mondiale. Donc, l'enjeu est colossal et on comprend que Kåre Schultz, le CEO de Teva, en parle maintenant à chacune de ses réunions d'analystes David.

David Heuzé

Il en parle. Il en parle même comme en disant qu'il a le potentiel to be the Preferred Product.

Christophe Douat

Il l'a dit il y a quelques mois. Les patients nous le disent dans l'étude. Moi, ça fait longtemps que je le dis.

David Heuzé

On verra ce qui se passera l'année prochaine. Je pense qu'il ne faut pas aller trop vite, mais bien entendu, pour le moment, comme je le disais, le dossier est en review auprès de la FDA.

Un marché très dynamique quand même. Là, tu nous as donné des tailles de marché, mais aussi un marché qui croît très, très vite.

Christophe Douat

Et c'est important de regarder la dynamique en même temps que sa taille. Et c'est un marché qui croît à 15% CAGR. C'est le terme technique. Ça veut dire 15% par an et 15% par an, si cette tendance continue, ça veut dire que c'est un marché qui double tous les cinq ans.

David Heuzé

Et avec aussi, je ne suis pas sûr que la formule soit très bonne, mais, et ça revient un peu sur ce que tu disais tout à l'heure, beaucoup de patients aujourd'hui encore sous traitement oraux et qui pourraient peut-être passer dans les années qui viennent, peut-être, j'insiste, sous traitement injectable à action prolongée.

Christophe Douat

Oui, j'aimerais bien avoir l'avis du docteur Crocq là-dessus parce qu'une des thèses, c'était qu'avec une injection plus simple sous cutanée, on pourrait sans doute traiter des patients moins sévères, donc plus en amont dans la maladie, peut-être plus jeune.

Et je voulais savoir un peu ce que ce que l'impact d'un produit comme ça pourrait avoir effectivement sur ces deux sujets.

Dr. Marc-Antoine Crocq

C'est sûr que traiter dès que possible, c'est vraiment primordial. C'est souvent au début de la maladie qu'il y a le plus de possibilités de prévenir une évolution défavorable, c'est à dire que plus vous avez de rechutes, plus vous tombez bas.

Mais c'est souvent les premières rechutes qui sont les plus importantes à prévenir. Et c'est en traitant tôt qu'on arrive à obtenir la meilleure rémission et la meilleure disparition des symptômes. C'est très compliqué parce que souvent, les gens veulent faire plusieurs essais d'absence de traitement et souvent, il faut des fois plusieurs rechutes malheureusement pour que les gens comprennent, si on peut dire, réalisent qu'ils ont une maladie, qu'il faut prévenir. Et c'est pour ça que toutes les recommandations sont unanimes là-dessus. C'est important de traiter tôt et avec des formes à injections prolongées et on peut penser que souvent, les recommandations sont publiées et mettent après un certain temps à être acceptées. Mais on peut constater que la plupart de ces recommandations vont être discutées, vont laisser leur trace en fait donc parmi l'ensemble des prescripteurs, et que logiquement, ces recommandations vont être de plus en plus prises en compte et que la part du traitement en injection à effet prolongé devrait croître.

David Heuzé

Je me tourne vers toi Christophe. C'est l'objectif dans l'intérêt des patients. Mais ces traitements coûtent cher.

Christophe Douat

Les traitements coûtent aujourd'hui 25 000\$ par an aux États-Unis qui sont brevetés. D'ailleurs, je rappelle, je ne sais pas, je ne pense pas qu'on l'ait mentionné. Teva aujourd'hui, c'est le numéro un des génériques, mais c'est aussi un acteur très important dans les médicaments, dans les nouvelles molécules, les médicaments brevetés.

Christophe Douat

Et c'est dans ce département, en fait, qu'est développé mdc-IRM.

David Heuzé

Donc, je reviens à ma question quand même. Donc c'est des médicaments qui coûtent cher, mais qui rendent un vrai service, comme l'explique le docteur Crocq.

Christophe Douat

Oui, d'ailleurs, dans une des planches de Teva, il y en a une qui est extrêmement intéressante, qui montre l'impact des traitements injectables sur les coûts des systèmes de santé. C'est l'avant dernière ou la dernière planche et qui montre l'impact positif qu'a un injectable sur les coûts de traitement des patients, sur le nombre d'hospitalisations et aussi le nombre d'admissions aux urgences.

David Heuzé

Voilà, la logique est assez simple, moins de rechutes ou des rechutes plus tard, et donc effectivement une prise en charge moins lourde par le système de santé. C'est ce qu'on cherche à faire avec les long acting. Pour terminer, Christophe, je voudrais peut-être qu'on revienne un peu sur notre partenariat avec Teva.

D'accord, tu l'as dit au début, c'est un partenariat qui date d'il y a 6,7 ans maintenant. A l'époque, la technologie MedinCell a été sélectionné par Teva pour développer ce produit parmi d'autres, il s'est passé beaucoup de choses chez Teva depuis, notamment un petit moment difficile en 2017.

Et malgré tout, ce projet commun fait partie des seuls projets qui ont continué, qui ont perduré. C'est quoi le deal avec Teva ? Qu'est-ce qu'il y a derrière ? Que fait MedinCell ?

Que fait Teva ? Qui gagne quoi au final ?

Christophe Douat

Donc, la compétence cœur de MedinCell c'est de développer ces formulations. Donc MedinCell s'est associé à Teva pour développer une série d'antipsychotiques en longue action qui soit des longues actions de nouvelle génération, de rupture. Et l'accord avec Teva vise à développer trois produits, dont le premier est mdc-IRM.

On attend d'ailleurs, David, dans les mois qui viennent Le passage en phase 3 du deuxième produit. Cet accord attribue à MedinCell pour chaque produit 122 millions de dollars de paiements d'étape, 122 millions par produit. Sur mdc-IRM, une dizaine de millions a été déjà reçu par MedinCell.

Il y aura un complément pour la fin du développement. Mais l'essentiel de ce montant-là est lié à des paiements d'étapes de commercialisation. Donc 122 millions. Au-delà de ces montants, MedinCell recevra des royalties basées sur les revenus de Teva.

On n'a pas le droit de discloser le montant, mais c'est single to high single digit royalties et donc MedinCell commencera à les percevoir dès le premier euro de vente, normalement en 2022.

David Heuzé

Eh bien, merci beaucoup. Docteur Crocq je vous laisse peut-être le mot de la fin ? On a été heureux de vous recevoir. Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ?

Dr. Marc-Antoine Crocq

Je suis très heureux de voir qu'on a un nouveau produit qui doit être bientôt disponible et surtout qui présente des avantages d'utilisation, facilité d'utilisation.

David Heuzé

Merci beaucoup. On la comprend à propos. Christophe, un mot de la fin ?

Christophe Douat

Merci à tous. Je vous rappelle que MedinCell, c'est mdc-IRM, deux autres produits avec Teva et encore 6 derrière qui ont tous un potentiel d'avoir un impact énorme sur le patient grâce à notre technologie. Et on vous en parlera un peu plus au prochain rendez-vous David.

David Heuzé

Prochain rendez-vous, début décembre pour les résultats semestriels. Effectivement, ce sera l'occasion de faire un point sur le développement du portefeuille de produits dans les différentes aires thérapeutiques. Je rappelle d'ailleurs que tous ces produits sont développés avec la même technologie.

C'est pour ça qu'on vit quand même un moment important chez MedinCell en ce moment, parce que c'est la première fois qu'on voit des résultats de phase 3 sur un produit utilisant notre technologie. C'est un grand moment pour une société comme la nôtre.

Ce n'est pas souvent que ça arrive une société qui passe ce cap. Et puis bientôt, nous l'espérons évidemment, à la commercialisation. Merci Christophe. Merci docteur. Merci de nous avoir consacré un peu de votre temps et je vous souhaite à tous une très, très bonne soirée ou une bonne journée si vous êtes de l'autre côté de l'Atlantique.

Et puis, à très bientôt, merci beaucoup.