Open

#2

let's open our eyes

100% dédié à l'ophtalmologie

Le magazine by Théa

Le magazine by Théa

oen

let's open our eyes

let's open our eyes

LABORATOIRES-THEA.COM

Théa est une entreprise aux racines profondément européennes dont l'indépendance, la stabilité et l'esprit d'entreprendre sont garanties par la famille Chibret qui, depuis 150 ans marque l'ophtalmologie de son empreinte.

Cette gouvernance familiale privilégie le développement à long terme de Théa, des collaborateurs et des valeurs humaines pour accomplir notre mission : être Le « Spécialiste en ophtalmologie ». Pionnier dans les traitements sans conservateur, notre engagement est de mettre à disposition des professionnels de santé et des patients des produits innovants ainsi qu'une large gamme de spécialités (produits de service, produits du quotidien) dans toutes les classes thérapeutiques de l'ophtalmologie.
Nous réinvestissons continuellement dans nos deux axes prioritaires que sont l'Innovation et l'Internationalisation, la stratégie à long terme primant sur le profit à court terme.

Nos objectifs sont de poursuivre, accentuer les partenariats à long terme et la recherche collaborative, transmettre notre savoir, s'attaquer à des besoins médicaux non satisfaits pour apporter de nouveaux modes de traitements ou d'accompagnement des patients.
L'Internationalisation est ancrée dans nos gènes : actuellement 1er laboratoire indépendant en Europe, Théa a l'ambition de devenir un leader mondial en continuant d'exporter ses produits et de s'implanter à l'international, toujours dans le respect des cultures de chaque pays.

C'est cette vision qui rend Théa unique.

THÉA

Chiffres clés

2020

1500 COLLABORATEURS

31 *FILIALES*

75 PAYS

600 CA MILLIONS EUROS

15 *AIRES THÉRAPEUTIQUES*

let's
open
our eyes

Éditorial

Par Jean-Frédéric Chibret,
Président du Groupe Théa

Bienvenue dans le second numéro de notre magazine "Open".

Cette année, le monde a été mis à l'épreuve de la pandémie du coronavirus. Cette crise, que nous avons tous vécue et commentée en temps réel, nous a désarçonnés. Mais paradoxalement, elle a conforté le choix de Théa, exigeant et atypique, dans un secteur innovant et mondialisé, de maintenir sur le territoire européen des capacités de production et de recherche.

Ce deuxième numéro du magazine Open, nous avions décidé de le dédier à toutes celles et ceux qui sont engagés à nos côtés depuis un quart de siècle, et qui ont placé leurs compétences, leurs énergies au service des Laboratoires Théa. Notre entreprise, en effet, vient de fêter ses 25 ans ! Ce fut un moment spécial pour nous tous, et en particulier pour le président de notre Holding, mon oncle Henri CHIBRET, qui a fondé cette entreprise en 1994.

Un anniversaire, c'est l'occasion de faire le bilan. En un quart de siècle, nous avons vu notre entreprise passer de quinze salariés à Clermont-Ferrand, à 1 500 collaborateurs dans une trentaine de filiales et bureaux à travers le monde. Désormais, Théa diffuse dans 70 pays une des gammes de soins ophtalmologiques parmi les plus modernes, et qui s'étend à toutes les classes thérapeutiques. En 25 ans, nous avons produit 25 innovations ! Nous en sommes fiers. Et je tiens à remercier et féliciter tous les collaborateurs de Théa qui ont participé à l'aventure depuis l'origine et qui l'ont rejoint au fil des années.

Mais vous l'aurez deviné, si nous sommes une entreprise familiale forte d'une histoire de 150 ans, notre premier devoir est envers le futur. Or, nous pouvons regarder l'avenir sereinement. Nous avons encore de belles marges de croissance dans les pays où nous sommes implantés, de grandes perspectives dans de nouveaux pays. Bien sûr, l'innovation restera la priorité. Nous pouvons compter sur notre R&D et Théa Open Innovation (TOI) pour apporter aux patients et aux praticiens les solutions de demain.

OPEN BY THÉA #2
12 rue Louis Blériot, 63017 Clermont-Ferrand Cedex 2, FRANCE
Directeur de la publication Jean-Frédéric Chibret
Rédacteur en chef Lorraine Kaltenbach
Supervision du projet Julie Ahmed
Textes & interviews Lorraine Kaltenbach

Exécution & mise en page : Agreestudio
Photos Getty Images / Shutterstock / Théa / Huyhn / NIH / F. Berrué / N. Sibellas / F. Marquet
impression Print Conseil - Octobre 2021

© THÉA – TOUS DROITS RÉSERVÉS - AUCUNE PARTIE DE CETTE PUBLICATION NE PEUT ÊTRE REPRODUITE OU TRANSMISE SOUS QUELQUE FORME QUE CE SOIT, PAR N'IMPORTE QUEL MOYEN, ÉLECTRONIQUE OU AUTRE, SANS LE CONSENTEMENT PRÉALABLE DE L'ÉDITEUR

www.laboratoires-thea.com

Sommaire

page 11 - **REGARDS CROISÉS**

Le retour en grâce des entreprises familiales et indépendantes

page 14 - **FOCUS**

100% dédié à l'ophtalmologie

page 16 - **FOCUS**

La famille Chibret 150 ans d'expertise

page 18 - **DOSSIER**

Le sans conservateur une révolution en marche

page 20 - **DOSSIER**

Le sans conservateur l'ADN des pionniers

page 24 - **INNOVATION**

Recherche et développement R&D

page 27 - **INNOVATION**

Théa Open Innovation

page 28 - 3 questions à Colin Francou

page 30 - **DOSSIER**

Spécial sécheresse oculaire

page 32 - Interview Pr. Maurizio Rolando

page 35 - Interview Pr. Jennifer Craig

page 38 - **PRODUCTION**

Made in Europe

page 40 - **PRODUCTION**

Farmila, une usine à la pointe de la modernité

page 42 - **INTERNATIONAL**

Les laboratoires Théa et l'appel de l'Amérique

page 46 - **INTERNATIONAL**

Similasan, le nouveau partenaire aux USA

page 50- **EDUCATION**

Soutenir le diplôme d'excellence européen, accompagner les ophtalmologues de demain

page 52 - 3 questions à Pr. Christina Grupcheva

page 54 - **E-LEARNING PHARMACIENS**

Sensibiliser les pharmaciens à la santé oculaire

page 56 - Article Pr. Serge Resnikoff

page 60 - **FONDATION THÉA**

Former des experts en ophtalmologie en terre africaine

page 64 - **ART**

Nos artistes et leurs problèmes oculaires

page 68 - **HISTOIRE**

Le coup de génie de la pénicilline

REGARDS CROISÉS

Le retour en grâce des entreprises familiales et indépendantes

Le retour en grâce des entreprises familiales et indépendantes

Henri Chibret, entre la passion pour l'ophtalmologie et la passion d'entreprendre laquelle des deux est la plus forte dans votre famille ?

Henri Chibret : Historiquement, c'est la première qui a émergé. Notre aïeul Paul Chibret (1844-1911), fondateur de la Société Française d'ophtalmologie (1883), fut un des pères de la médecine moderne de l'œil. Ce n'était pas un homme d'entreprise. C'est à la génération suivante que mon grand-père Henry (1876-1943) s'est lancé dans la commercialisation de traitements ophtalmologiques. Le 31 janvier 1902, il obtenait son diplôme de pharmacien. La même année, il ouvrait son laboratoire et, aidé par Paul - tous deux étaient passionnés d'innovation - il mettait au point ses premières pommades et premiers collyres huileux, à base de nitrate d'argent, d'atropine, d'adrénaline, ou encore de pilocarpine.

Ce laboratoire, c'était les fameux Laboratoires Chibret ?

HC : En effet. Mais si mon grand-père proposait des remèdes d'avant-garde, son affaire était avant tout un génial laboratoire d'officine. C'est mon père, dans les années 1940, qui va sortir l'enseigne de l'artisanat pour lui faire acquérir la taille d'une entreprise industrielle de dimension internationale.

Entre la vente de l'affaire familiale au géant américain MSD en 1969 et Théa, les Chibret ont-ils continué d'entreprendre ?

HC : Plus que jamais car les Chibret ne sont pas faits pour être gouvernés mais pour entreprendre ! Mon frère Jacques a lancé Biophysic Medical qui développera le 1er laser à Argon ophtalmique européen pour le traitement des rétinopathies et le premier laser au monde, le laser Yag, pour le traitement de la cataracte secondaire. Par ailleurs, il va devenir n° 1 dans le domaine de l'échographie oculaire.

Pour ma part, je vais me concentrer sur la recherche pharmaceutique, en donnant naissance à Transphyto, la première start-up de recherche-développement française dans le domaine pharmaceutique. Beaucoup de startups disparaissent ou se font racheter. Très peu vont se lancer dans la commercialisation de leurs innovations. Considérant que j'avais un certain nombre de produits de tout premier intérêt, j'ai pris le risque de créer le laboratoire de commercialisation Théa qui fusionnera bientôt avec Transphyto.

Le regard sur les entreprises familiales a-t-il évolué ?

HC : Dans les années 1980, les sociétés familiales ont commencé à être regardées comme une forme désuète d'entreprise, renvoyée dans les douves de l'histoire, face à un capitalisme managérial et financier triomphant. Je revois encore un président d'Allergan France m'expliquer que notre entreprise, à l'image d'un autre laboratoire familial français, était une « anomalie » du marché, autant dire une scorie vouée à disparaitre. Sa carrière dans l'ophtalmologie a fait long feu.

Aujourd'hui, l'entreprise familiale et indépendante connait un retour en grâce. D'abord, on a réalisé qu'elle restait une réalité importante des économies mondiales. En Europe occidentale, on doit aux entreprises familiales entre 45 % et 65 % du PNB et de l'emploi. Et puis, elles se sont avérées performantes en termes de croissance. Globalement, les consommateurs les considèrent plus impliquées à leur service, plus conscientes de leur responsabilité sociale, plus promptes aux sacrifices au service de l'entreprise et de l'emploi. Pour moi, elles s'illustrent surtout par leur inclination à prendre plus de risques, et à réinvestir leurs dividendes. Enfin, elles résistent mieux aux crises.

Selon vous, Jean-Frédéric Chibret, l'entreprise familiale serait-elle plus adaptée aux temps nouveaux ?

Jean-Frédéric Chibret :

Chez Théa, la vision long terme a toujours pris le pas sur les profits à court terme. Nous nous inscrivons dans la durée, traçons sans cesse des perspectives d'avenir, parce que la confiance en l'avenir est primordiale, parce qu'il faut donner du sens à l'action. Nos profits sont réinvestis en priorité dans la R&D et le développement dans de nouveaux territoires. Et si notre organisation nous permet la vision long terme, elle nous permet aussi la réactivité dont toute entreprise a besoin. Réactivité pour saisir les opportunités ou réagir à « l'autrement que prévu ». J'ajoute que le fait d'avoir un actionnariat et une direction stables est un facteur important, rassurant pour nos collaborateurs comme pour nos partenaires. Cela participe de leur engagement à nos côtés. Je parlerais enfin de l'esprit d'entreprise, et de l'esprit de famille qui nous distingue définitivement du capitalisme financier classique ou à actionnariat dispersé qui atteint ses limites. Il n'est donc pas étonnant de constater que le capitalisme familial inspire à l'heure actuelle le renouveau et la quête de sens. Collaborateurs, partenaires, communauté scientifique et médicale, notre approche est inclusive de toutes les parties prenantes. Je vous citerais deux exemples concrets :

Nous sommes présents dans toutes les classes thérapeutiques, à rebours de la logique de certains laboratoires qui ne tablent que sur un blockbuster dans un domaine et négligent la quasi-totalité des autres pathologies. Et si l'innovation tient chez nous une place essentielle, nous veillons aussi à maintenir certains produits de service, certains produits essentiels à disposition des ophtalmologistes et des patients. On oublie de le dire en effet mais chaque année, des produits très efficaces disparaissent des pharmacies et de l'arsenal des praticiens, faute d'avoir des coûts de productions rentables pour les industriels. Deuxième exemple : l'éducation. Tout au long de l'année, Théa accompagne les jeunes praticiens vers la réussite tout en répondant aux aspirations des praticiens confirmés. Dans un monde où les progrès scientifiques bouleversent chaque jour le champ des possibles, Théa est au service des ophtalmologistes, de l'interne aux praticiens confirmés qui aspirent à se former régulièrement pour maintenir la qualité de leurs pratiques. En 25 ans – que dis-je, en 150 ans ! – nous avons créé une très grande proximité avec la communauté des ophtalmologistes à travers le monde. J'ai la faiblesse de croire qu'elle nous considère comme des partenaires. Des partenaires qui étaient là hier, et qui seront là demain.

Ces atouts de l'entreprise familiale valent aussi pour l'innovation ?

JFC : Parfaitement, pour les mêmes raisons. Et nous n'avons cessé de le démontrer. Je vous rappelle qu'il y a 25 ans, Henri nous a fait entrer sur le marché en devenant d'emblée les pionniers et les leaders mondiaux des traitements ophtalmologiques sans conservateur. Chaque année, depuis lors, nous avons proposé des innovations thérapeutiques aux ophtalmologues et aux patients : 25 innovations en 25 ans. Nous avons innové dans de nombreuses classes thérapeutiques et contribué à ouvrir de nouveaux marchés et de nouveaux concepts avec le « sans conservateur », l'hygiène des paupières, la nutrition oculaire, ou encore l'antibiothérapie et la mydriase par voie intracamérulaire. Et Théa va continuer à innover en ophtalmologie.

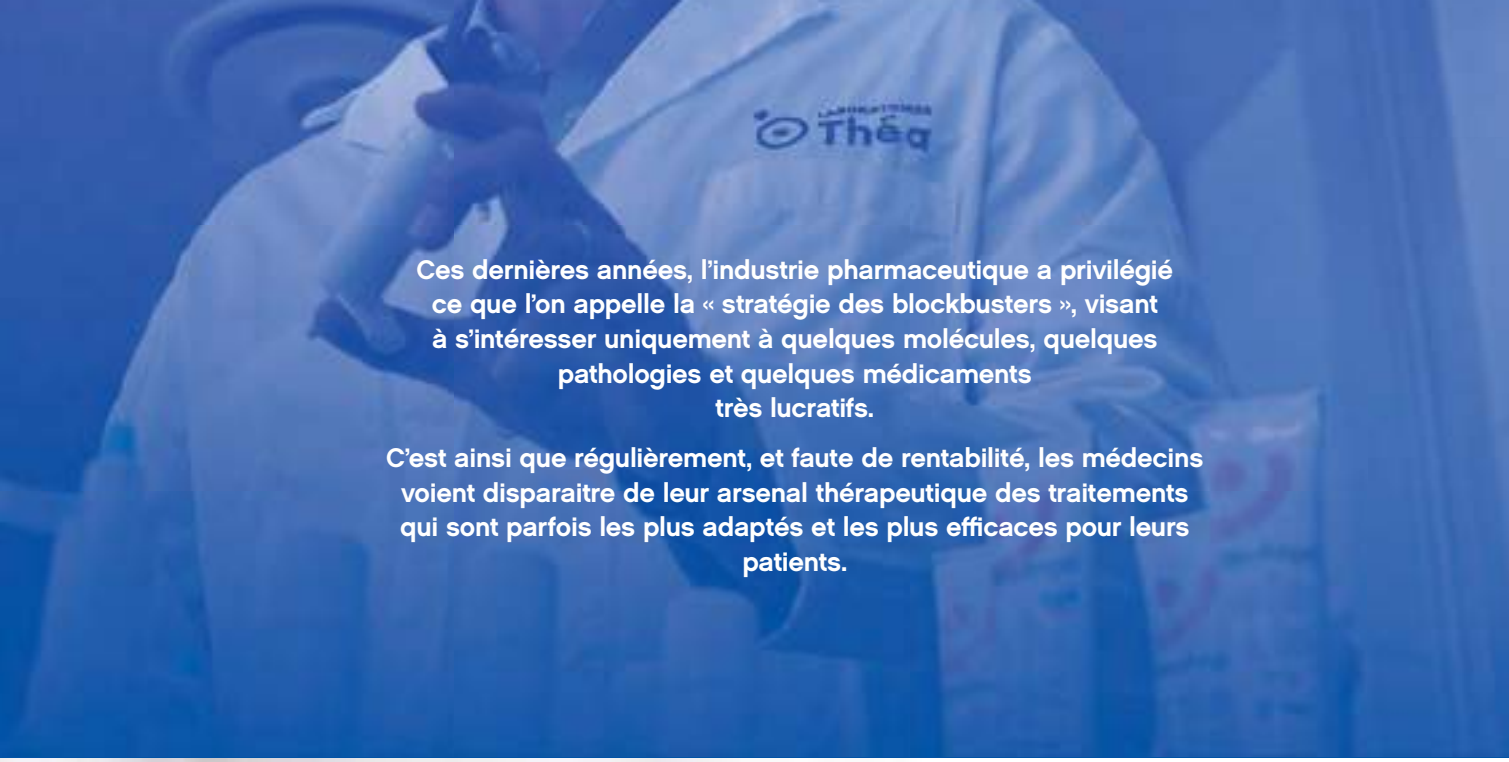
Le récent lancement de notre société Théa Open Innovation illustre notre volonté de nous ouvrir toujours plus à d'autres acteurs, d'autres ressources, d'autres talents, d'autres idées. Nous sommes plus que jamais en quête d'innovations disruptives. Cette société dispose d'une équipe d'une douzaine de collaborateurs chargée de diversifier nos projets, via des partenariats avec des universités et d'autres sociétés, y compris des startups.

La clef du succès réside résolument dans la démultiplication des démarches d'innovation. L'avenir est à l'excellence et aux idées nouvelles.

FOCUS

100% dédié à l'ophtalmologie

Le métier de Théa,
c'est d'innover en permanence sans trahir sa vocation de généraliste de l'ophtalmologie.



Ces dernières années, l'industrie pharmaceutique a privilégié ce que l'on appelle la « stratégie des blockbusters », visant à s'intéresser uniquement à quelques molécules, quelques pathologies et quelques médicaments très lucratifs.

C'est ainsi que régulièrement, et faute de rentabilité, les médecins voient disparaitre de leur arsenal thérapeutique des traitements qui sont parfois les plus adaptés et les plus efficaces pour leurs patients.

- Allergie
- Anesthésie
- Antisepsie
- Sécheresse
- Hygiène
- Glaucome
- Herpès
- Infection
- Infection + Inflammation
- Inflammation
- Mydriase
- Nutrition
- Diagnostic
- Antibioprophylaxie

Notre gamme *thérapeutique*

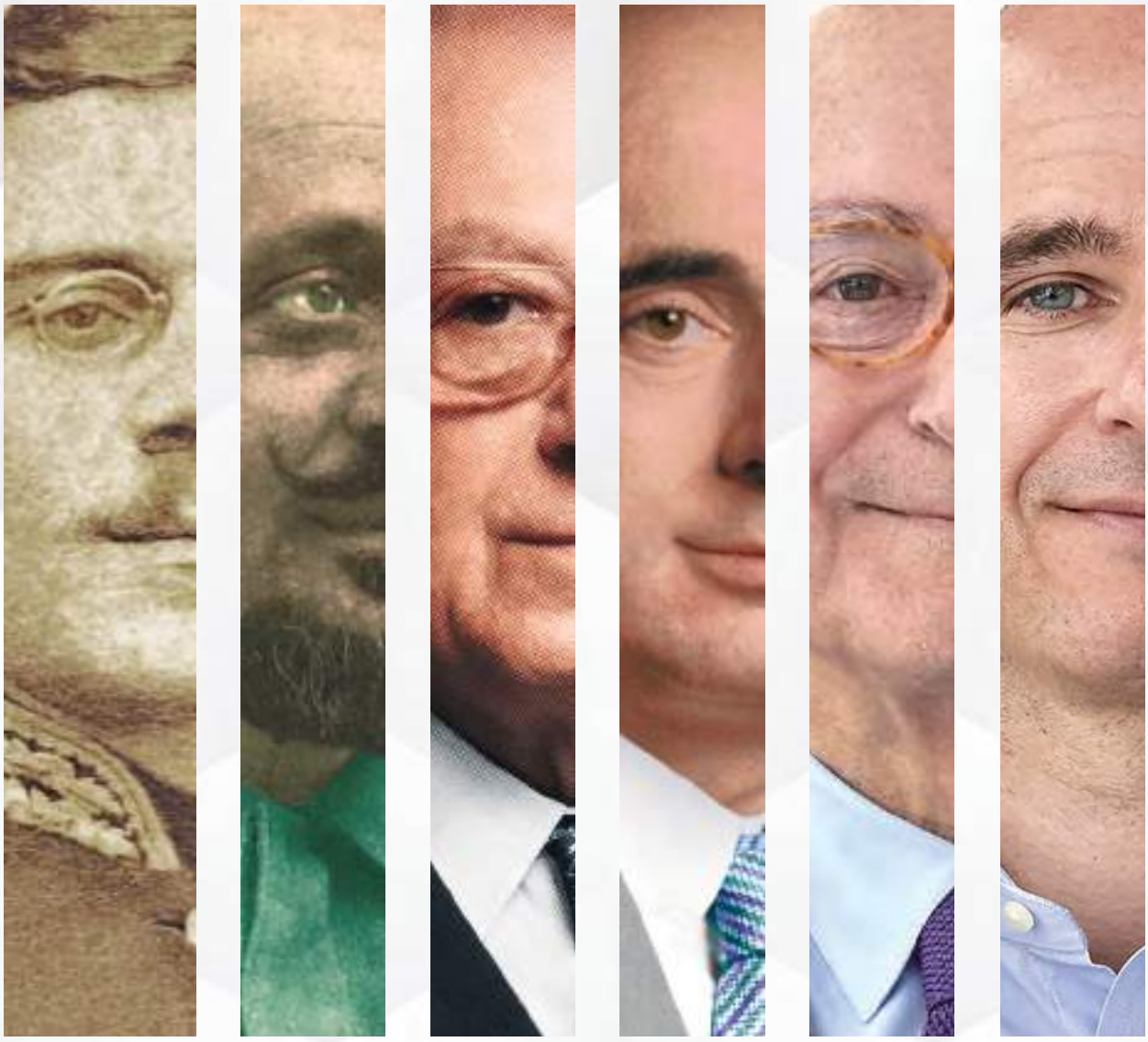
A rebours de cette logique, le métier de Théa, c'est d'innover en permanence sans trahir sa vocation de généraliste de l'ophtalmologie. Théa couvre l'ensemble des classes thérapeutiques et veille au maintien des « produits de service », c'est-à-dire, les produits traditionnels plébiscités par les ophtalmologues et qu'ils ne veulent pas voir disparaitre. Cette politique fait partie de notre engagement vis-à-vis des praticiens.

FOCUS

La famille Chibret

150 ans d'expertise

Paul CHIBRET | Henry CHIBRET | Jean CHIBRET | Jacques CHIBRET | Henri CHIBRET | Jean-Frédéric CHIBRET



Le destin, c'est un hasard auquel on donne un sens. Rien ne prédisposait les Chibret à devenir de grands acteurs de l'industrie pharmaceutique européenne. Oui mais voilà ! En juin 1871, Paul Chibret, médecin militaire sous Napoléon III, appelé à participer à une expédition en Kabylie orientale, ressentit dans les yeux une douleur qu'il attribua à la fraicheur de la nuit. En réalité, l'aide major éprouvait les premiers symptômes d'une maladie oculaire qui allait le laisser aveugle pendant plusieurs mois. Il se jura alors que s'il sauvait sa vue, il deviendrait ophtalmologiste...

Après Paul, il y eu Henry, puis Jean, puis Henri et Jacques, puis Jean-Frédéric Chibret, tous acteurs d'une grande aventure industrielle autour de la recherche, du développement et de la commercialisation de produits ophtalmologiques ; une aventure qui se poursuit aujourd'hui au sein des Laboratoires Théa, désormais le premier acteur européen indépendant en ophtalmologie.

DOSSIER

Le sans conservateur une révolution en marche

Dans nos sociétés de consommation, la mise à disposition auprès d'un public de plus en plus large de produits industrialisés a conduit à l'utilisation massive et souvent abusive de substances chimiques adjuvantes, tels que les conservateurs, les antioxydants, les colorants…
Ce phénomène s'est étendu à la plupart des produits d'usage courant (alimentation, cosmétiques, produits d'entretien…), y compris les produits pharmaceutiques.

STERI-FREE®

EASYGRIP®

ABAK®

L'utilisation de ces substances a permis d'indéniables progrès en termes de sécurité et de conservation. Cependant, leur usage répété et quotidien a peu à peu révélé leur nuisance et motivé des travaux scientifiques. Ces études ont prouvé l'importance de leurs effets nocifs pour l'Homme et son écosystème. L'ophtalmologie n'a pas échappé à cette règle.

Dans les années 1950, c'est Jean Chibret (1915-1989) qui avait eu l'idée d'introduire des conservateurs dans ses solutions, et d'imposer une date limite d'utilisation après ouverture des flacons. Ses collyres avaient été les tout premiers à pouvoir être conservés sans risque de contamination jusqu'à 15, voire 30 jours, après ouverture. A l'époque, il avait été imité par tous ses concurrents mondiaux.

En 1994, Henri Chibret, son fils, va connaître le même destin, en retirant les conservateurs que son père avait introduit. En 1994, il crée l'**ABAK®**, le premier flacon collyre multidose capable de délivrer des gouttes sans conservateur. Il s'agit d'une première mondiale qui va faire entrer l'ophtalmologie dans l'ère du sans conservateur. Rapidement, des millions de patients vont bénéficier d'une palette de traitements ophtalmologiques qui respectent le capital de l'œil.

Sous des apparences simples, l'**ABAK®** est un concentré de technologie et d'innovation, permettant - grâce à une membrane filtrante de 0.2 µ - de garder la solution stérile jusqu'à 3 mois après ouverture. Sa mise au point a réclamé dix ans de recherche ; et ses améliorations pour le rendre plus petit, plus maniable, plus performant, avec une durée de conservation longue, encore plusieurs années.

Car la révolution du sans conservateur est une révolution en marche. Elle se poursuit chaque année, grâce à la mobilisation de nos chercheurs. Il faut savoir que la mise au point d'un système de délivrance est une aventure scientifique qui mobilise des talents aussi rares et nombreux, que la recherche sur un principe actif.

Après notre première prouesse, il a fallu mettre au point un second flacon pour des molécules incompatibles avec l'**ABAK®.** Nous avons développé l'**EASYGRIP®**. Cette nouvelle technologie concerne beaucoup de pathologies, le glaucome, notamment.
Enfin, Théa s'est attaqué à la contamination des gels, notamment pour l'hygiène des paupières en lançant le tube **STERI-FREE®**, qui délivre des gels stériles, pour le pourtour de l'œil, tout au long de l'utilisation du produit. Et bien sûr, nos chercheurs travaillent en ce moment même à de nouveaux défis.

DOSSIER

Le sans conservateur l'ADN des pionniers

Depuis cinq générations, les Chibret se sont consacrés au problème de la contamination des collyres et ont cherché à mettre au point des traitements qui respectent le capital de l'œil.

années **1870**

Paul Chibret (1844-1911)

Il est l'un des premiers à promouvoir en Europe des pommades beaucoup moins sensibles à la contamination. Elles sont confectionnées à base d'une nouvelle gelée de pétrole qu'on appelle alors la "pétroline", bientôt plus connue sous le nom de vaseline.

années **1920**

Henry Chibret (1876-1943)

Il met au point des collyres secs au dacryosérum. Il s'agit d'une poudre que l'on mélange dans de l'eau bouillie.

années
1950

Jean Chibret
(1915-1989)

Il est le premier à avoir l'idée d'introduire des conservateurs dans ses solutions et à imposer une date limite d'utilisation après ouverture des flacons. Ce sont des innovations majeures : les collyres Chibret sont les tout premiers à pouvoir être conservés sans risque de contamination jusqu'à 15, voire 30 jours, après ouverture. Pionnier, Jean sera imité par tous ses concurrents mondiaux.

Henri Chibret
(1940)

De nombreuses publications démontrent les effets délétères des conservateurs sur la cornée, la conjonctive et le film lacrymal entraînant irritations, inflammations, sécheresse oculaire. Pour pallier à cet inconvénient, les "unidoses" voient le jour. En 1994, avec le flacon ABAK®, Henri Chibret (1940) supprime l'utilisation des conservateurs que son père avait introduite. Avec lui, avec Théa, l'ophtalmologie entre dans l'ère du sans conservateur.

années
1990

années
2000

Jean-Frédéric Chibret
(1975)

Il complète la gamme des conditionnements "sans conservateur", avec les systèmes EASYGRIP® et STERI-FREE®.

1 ABAK®
VENDU
TOUTES
LES
SECONDES
DANS
LE
MONDE
Abak
Collyre en solution
Eyedrops solution
5 ml
Sans conservateur
Preservative free
Abak
Collyre en solution
Eyedrops solution
5 ml
Sans conservateur
Preservative free
Abak
Collyre en solution
Eyedrops solution
5 ml
Sans conservateur
Preservative free
Abak
Collyre en solution
Eyedrops solution
10 ml
Sans conservateur
Preservative free
Abak
Collyre en solution
Eyedrops solution
10 ml
Sans conservateur
Preservative free

FOCUS ABAK®

Aussi petit qu'une simple unidose
aussi grand que 150 doses

Théa a été le pionnier et demeure le n°1 mondial des produits ophtalmologiques sans conservateur. L'ABAK® est un flacon haute technologie et haute sécurité qui permet de délivrer jusqu'à 300 gouttes à travers une membrane filtrante qui empêche toute contamination.

Rapidement modernisé pour devenir plus petit, plus maniable, plus performant, il offre une durée de conservation et d'utilisation qui atteint aujourd'hui jusqu'à 3 mois après ouverture contre 2 à 4 semaines pour un flacon classique avec conservateur.

Ce concept, en évolution continue, est également un progrès pour l'environnement. Un flacon ABAK® de 10 ml contient 300 gouttes pour 150 instillations dans les deux yeux, soit l'équivalent de 150 unidoses.

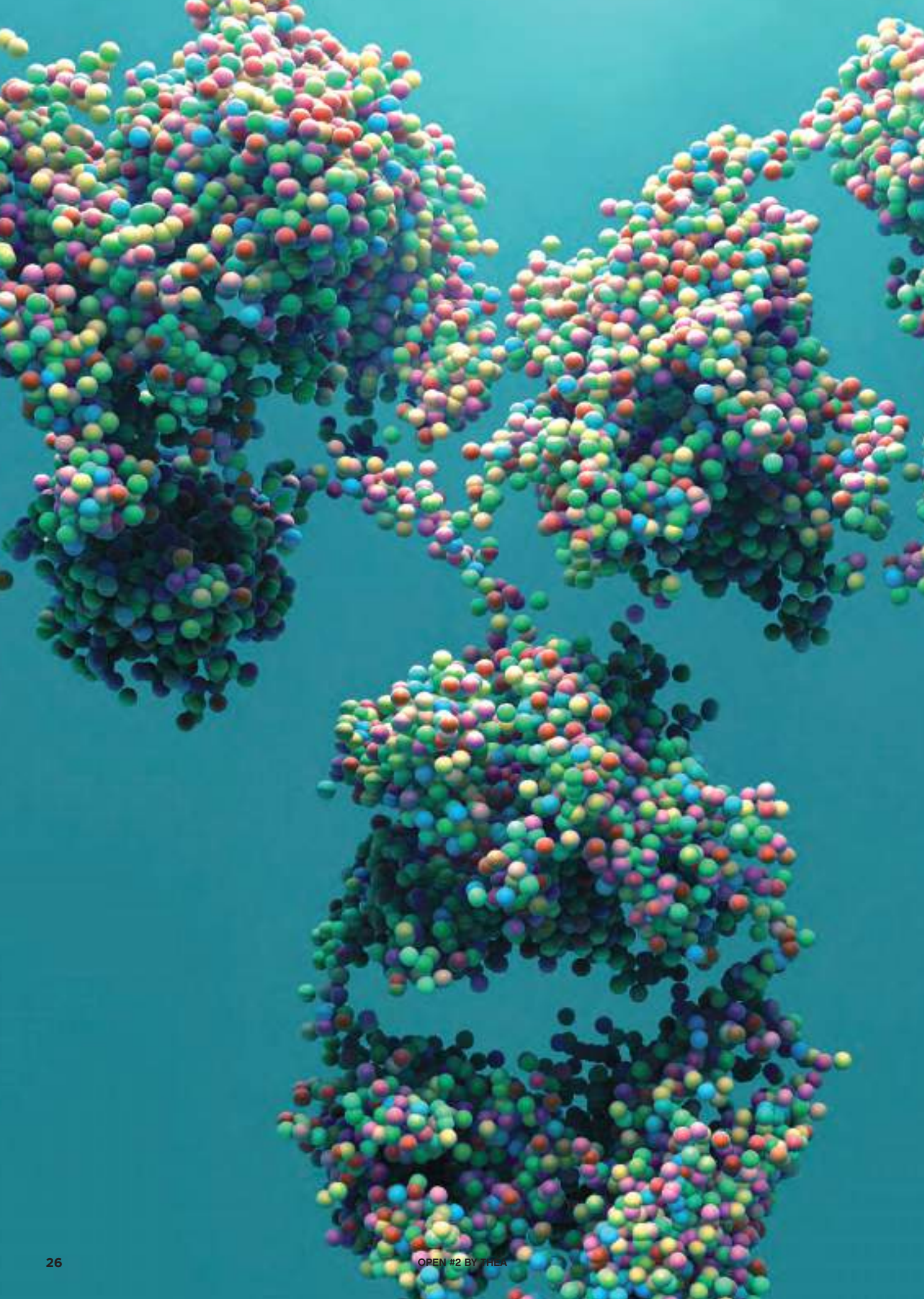
INNOVATION

Recherche et développement R&D

L'effort de recherche Théa, c'est l'addition d'une politique ambitieuse d'open innovation et d'une R&D « maison » qui a fait ses preuves. Depuis un quart de siècle, en effet, nous devons notre réputation à notre recherche interne. Et elle demeure notre fer de lance. C'est pourquoi nous avons souhaité « voir plus grand » et accroître l'espace qui lui est dédié. Dans le cadre des travaux du siège de

En 16 mois, nous avons doublé la taille du laboratoire

Clermont-Ferrand, qui ont vu sortir de terre 1.450 m2 de nouveaux locaux en 16 mois, nous avons doublé la taille du laboratoire qui représente désormais une surface de 1.000 m2. Les équipes disposent d'un outil de travail moderne et adapté, afin de continuer à innover sur nos développements internes et prendre le relais de certains projets initiés chez nos partenaires.



OPEN #2 BY THEA

INNOVATION

Théa Open Innovation

Transformation numérique, accélération du rythme de renouvellement des technologies, nous sommes entrés dans une ère d'innovation intensive qui bouscule les modèles établis. Dans un monde où les savoirs sont de plus en plus disséminés, une entreprise seule n'a plus vocation à tout maîtriser. Elle doit attirer l'innovation externe et renforcer ses capacités de collaboration, d'où la création d'une nouvelle structure, « Théa Open Innovation ».

« Théa Open Innovation » a pour objectif d'identifier, évaluer et mettre en place les collaborations les plus innovantes, mises au point par les universités, ophtalmologistes, chercheurs, startups pour la santé des yeux.

Théa Open Innovation

3 questions à...

Colin Francou
Directeur Général Délégué de Théa Open Innovation

Colin Francou est Responsable du Business Development aux Laboratoires Théa depuis 2014. Membre du Comité de Direction d'Axerovision, Colin est également le Directeur Général de Sincler, une société spin-off des Laboratoires Théa.

Quand la société sœur des Laboratoires Théa, Théa Open Innovation (TOI) a-t-elle été créée ?

Nous avons bouclé la rédaction des statuts à la toute fin 2018. Mais concrètement, la société a été lancée début 2019.

De quelle équipe disposez-vous ?

Aujourd'hui, nous sommes une douzaine de personnes et nous en attendons éminemment sous peu deux autres qui sont en voie de recrutement. Leurs profils ? Des spécialistes de l'évaluation scientifique et médicale, des professionnels du business development et de l'alliance management.

Pouvez-vous nous parler des premiers pas de TOI ?

Notre mission est d'apporter des nouveaux projets innovants au « pipeline » R&D de Théa, en nous appuyant sur des expertises externes (biotechs, startups, ophtalmologistes, universités, etc.). La moisson a été bonne puisqu'en deux ans, nous avons pu signer plusieurs partenariats importants dans de nouveaux domaines thérapeutiques.

Ainsi avec la spin off SINCLER, nous travaillons sur la problématique majeure de la conservation et la préservation des greffons de cornée. La société stéphanoise développe une plateforme technologique qui permet – pendant le stockage, et avant sa transplantation - de maintenir le greffon dans des conditions semblables aux conditions physiologiques qui sont les siennes sur l'être humain. De quoi sauver 75% des cornées greffées aujourd'hui rejetées pour cause de détérioration, et plus précisément de perte des cellules endothéliales indispensables au succès d'une greffe.

Avec un autre partenaire, BIOCORP, nous essayons de développer des solutions pour aider les patients atteints de maladies cécitantes comme le glaucome. Ce projet concerne un dispositif médical connecté qui va permettre d'améliorer l'observance des patients.

Mais pour Théa, leader européen dans les classes thérapeutiques classiques, l'ambition est aujourd'hui de mettre sur la table son expertise, son enthousiasme et ses moyens pour proposer des solutions nouvelles pour les maladies rétiniennes ; un domaine où du chemin reste à faire en dépit des progrès considérables des dernières années. Théa s'est associé avec des entreprises de recherche qui offrent des voies originales et porteuses d'avenir

open innova-tion

comme la firme coréenne OLIX, qui travaille sur des traitements novateurs, basés sur les technologies d'interférence de l'acide ribonucléique (ARNi), pour la DMLA sèche et humide ; ou encore la société canadienne RIPPLE Therapeutics avec laquelle nous espérons pouvoir proposer un implant à libération prolongée basé sur son produit « phare », l'IBE-814IVT, et qui cible l'œdème maculaire diabétique et l'occlusion de la veine rétinienne. La première étude chez l'homme a commencé. Les avancées et les nouveaux traitements dans ce domaine de la rétine sont essentiels car dans les années à venir, compte tenu de l'allongement de l'espérance de vie, l'incidence de ces maladies ne va cesser de croître.

Enfin, Théa a décidé d'aborder une maladie qui commence à poser un problème mondial de santé publique, en particulier chez les jeunes : la myopie. En Europe, les jeunes de la vingtaine sont deux fois plus nombreux à être myopes que les cinquantenaires. Et le phénomène est en train de s'accélérer depuis 10 ans. Les chercheurs s'inquiètent d'une épidémie liée notamment à l'usage des nouvelles technologies, et plus généralement aux conditions environnementales. Après avoir suivi pendant des années les recherches dans ce domaine, nous avons pris la décision de nous associer à la société américaine NEVAKAR, basée aux Etats-Unis dans le New Jersey, qui développe un traitement à base d'atropine qui prévient la progression de la myopie chez les enfants.

DOSSIER

Spécial sécheresse oculaire

La sécheresse oculaire, provient d'une mauvaise qualité ou d'une diminution de la production de larmes. Ces dernières sont composées d'un mélange d'eau, de lipides et de mucus qui adoucit l'œil, le nettoie des poussières et des pollens, et le défend contre les microbes.

Si la sécrétion lacrymale est insuffisante, une irritation apparaît : démangeaisons, picotements, brûlure, larmoiement, sensation d'avoir comme du sable dans les yeux.

Ce syndrome de l'œil sec fait partie des pathologies ophtalmologiques les plus fréquentes, entre 10 et 15% de la population, les personnes travaillant de longues heures sur leurs écrans d'ordinateurs et les sujets âgés étant les plus concernés.

Nous sommes allés à la rencontre de deux éminents spécialistes de cette atteinte oculaire dont l'impact psychologique et le retentissement sur la qualité de vie du patient en font un défi thérapeutique majeur.

Spécial sécheresse oculaire

Pr. Maurizio Rolando
Interview

À l'occasion de notre 25e anniversaire, nous avons demandé au professeur Maurizio Rolando ce qui a changé dans l'approche et le traitement du syndrome de l'œil sec au cours du dernier quart de siècle.

Tout d'abord, deux constats. Premièrement, il y a 25 ans, la majorité des personnes atteintes de ce syndrome étaient des femmes de plus de 50 ans. Et deuxièmement, nous avons sous-estimé les répercussions de cette maladie sur la qualité de vie des patients.

De nos jours, davantage de personnes jeunes vont consulter pour ce trouble. Nous sommes nombreux à passer près de 8 heures par jour devant des écrans, que ce soit au travail ou pour nos loisirs. Cependant, lorsqu'une personne regarde un écran, elle a tendance à moins cligner des yeux, ce qui provoque une plus grande évaporation des larmes et donc un dessèchement de la surface oculaire. Parmi les autres facteurs qui ont changé, on peut citer le port de lentilles de contact, la pollution, davantage de chirurgies réfractives ou encore le stress (y compris le stress causé par l'exposition aux rayons ultraviolets). En conséquence de tous ces facteurs, un nombre plus important de jeunes patients va consulter pour des problèmes de sécheresse oculaire. Pour résumer, un certain nombre de changements et une prise de conscience accrue nous ont conduits à faire évoluer notre approche.

La sécheresse oculaire a longtemps été abordée de manière assez subjective. Plusieurs affections oculaires ont été regroupées sous un même nom, bien que leurs causes, mécanismes et conséquences cliniques ne soient pas toujours clairs. De ce fait, la sécheresse oculaire a longtemps été quelque peu négligée en ophtalmologie, tant au niveau du diagnostic que des traitements mal codifiés. Nous étions moins bien équipés pour soulager et traiter la maladie.

Heureusement, la communauté scientifique s'est mobilisée ces dernières années, en partie sous la pression des patients. Une plus grande attention a été accordée au syndrome de l'œil sec et nous en savons plus aujourd'hui. De plus, la définition de ce trouble a évolué grâce aux nouvelles informations dont nous disposons. Depuis 2017, la Tear Film and Ocular Surface Society (TFOS) la décrit comme « *une maladie multifactorielle de la surface oculaire caractérisée par une perte d'homéostasie du film lacrymal, et accompagnée de symptômes oculaires, dans lesquels l'instabilité du film lacrymal et l'hyperosmolarité, l'inflammation et les lésions de la surface oculaire ainsi que des anomalies neurosensorielles jouent un rôle étiologique.* »

Cette définition académique signifie que ce syndrome n'est plus considéré comme un simple problème de larmes, mais comme une maladie de la surface oculaire. Nous savons maintenant que l'inflammation est au cœur du processus qui conduit à la sécheresse oculaire. Pour être plus précis, plusieurs mécanismes complexes et entremêlés perturbent l'unité fonctionnelle lacrymale, c'est-à-dire le système intégré comprenant les glandes lacrymales, la surface oculaire (la cornée, la conjonctive et les glandes de Meibomius*) et les paupières, ainsi que les nerfs qui les relient. On pense que ce système cohésif s'adapte constamment aux changements et aux attaques de l'environnement pour préserver l'équilibre de la surface oculaire. Cependant, plusieurs facteurs peuvent se superposer et compromettre cet équilibre, générant ainsi une sécheresse chronique qui peut même évoluer indépendamment du facteur causal, même lorsque ce facteur disparaît.

Sachant tout cela, qu'est-ce qui a changé en termes d'options de traitement ?

Des progrès majeurs ont été réalisés dans le domaine des substituts lacrymaux qui permettent d'humidifier la cornée pendant des périodes variables. La communauté scientifique a pris conscience de la toxicité des conservateurs sur la surface oculaire et la prescription de substituts lacrymaux sans conservateur est désormais largement recommandée. Pendant la journée, la partie aqueuse de la solution s'évapore, laissant le conservateur tel que le chlorure de benzalkonium en contact avec l'œil dans des concentrations de plus en plus importantes. Il en résulte une aggravation de

la sécheresse due à l'inflammation et à la toxicité du conservateur.

Dans cette optique, les substituts lacrymaux au sens strict n'ont pas d'effet sur les causes de la sécheresse oculaire (qui nécessitent encore des recherches supplémentaires). Il est toutefois essentiel de traiter l'inflammation le plus tôt possible, même si elle est subclinique, afin de mieux prévenir les altérations de la surface oculaire avec toutes les séquelles associées sur la vue et la qualité de vie. Pour rappel, lorsqu'un patient présente une sécheresse sévère, il est difficile de revenir en arrière.

De quelles armes disposez-vous dans votre nouvel arsenal ?

Elles sont nombreuses et beaucoup d'autres sont encore en cours de développement.

Il existe de nouveaux traitements à base de polymères qui combinent plusieurs actions (par ex., la protection, l'hydratation et la lubrification) et qui visent plusieurs aspects de la maladie. En cas de sécheresse sévère, lorsqu'elle est douloureuse, des corticostéroïdes locaux peuvent être administrés pour rompre le cycle inflammatoire de la sécheresse. Les gouttes de ciclosporine peuvent également constituer un bon traitement pour une sécheresse difficile à traiter, en particulier lorsqu'elle est associée à une kératite. Il existe également des systèmes de bouchons. Il s'agit de petits appareils relativement simples à poser, qui s'insèrent dans le point lacrymal et qui empêchent les larmes des patients souffrant de sècheresse oculaire de s'échapper vers le canal lacrymal et de couler dans le nez. Ces dispositifs sont parfois résorbables en fonction du matériau utilisé. Ils améliorent l'humidification de l'œil. En revanche, dans la mesure où ils diminuent voire empêchent la clairance des larmes, la présence d'agents pro-inflammatoires actifs sur la surface de l'œil est à proscrire car ceux-ci aggravent l'état inflammatoire, et donc la sécheresse oculaire. Et denier point essentiel : l'hygiène des paupières. Elle permet de maintenir la fonction des glandes de Meibomius qui se trouvent à l'intérieur des paupières et qui sont responsables de la production des lipides constituant le film lacrymal.

Pour conclure, la sécheresse oculaire est une maladie multifactorielle et son traitement implique en réalité une combinaison de plusieurs traitements. La bonne nouvelle est que notre arsenal thérapeutique s'est considérablement élargi, et que par conséquent, les patients ont davantage de chance d'obtenir des solutions mieux adaptées.

Spécial sécheresse oculaire

« La sécheresse oculaire peut être associée à une pénurie de larmes, en particulier dans les maladies auto-immunes sévères. »

Pr. Jennifer Craig
Interview

Optométriste, Jennifer P. Craig est professeure agrégée en optométrie à l'Université d'Auckland en Nouvelle-Zélande, où elle dirige le laboratoire de surface oculaire. Elle est par ailleurs, vice-présidente de la Tear Film & Ocular Surface Society (TFOS). Elle nous parle du syndrome de l'œil sec, et des patients qui en sont atteints.

Est-ce que sécheresse oculaire est une préoccupation courante des ophtalmologues et des optométristes ?

Absolument ! La sécheresse oculaire est l'une des affections pour lesquelles les ophtalmologues sont le plus souvent consultés et elle a un impact sur la vie quotidienne et les performances visuelles des patients qui en souffrent. Cette maladie est multifactorielle. Elle devient plus fréquente avec l'âge et touche surtout les femmes. Il existe de nombreux facteurs de risque associés, notamment la blépharite, la chirurgie ophtalmique et les médicaments topiques et systémiques, c'est pourquoi les ophtalmologues y prêtent une attention toute particulière.

Quelle est l'importance des traitements pour la sécheresse oculaire dans la pratique quotidienne d'un ophtalmologue ?

Une surface oculaire et un film lacrymal sains sont essentiels à une vision de bonne qualité. Il est donc important que les ophtalmologues identifient et traitent les patients atteints de sécheresse oculaire, en particulier avant une chirurgie ophtalmique, qui est un facteur de risque connu. La prise en charge de la sécheresse oculaire sous-jacente avant la chirurgie facilite le relevé de mesures préopératoires précises et aide les patients à obtenir des résultats visuels optimaux et un meilleur confort postopératoire.
Les ophtalmologues possèdent les outils et les compétences nécessaires pour identifier et gérer la sécheresse oculaire et ont le potentiel de faire une différence significative pour la santé et le bien-être des patients en la traitant. L'amélioration du confort et la stabilisation de la vision peuvent permettre à un patient d'avoir une meilleure qualité de vie à la fois dans le domaine privé et professionnel.

Quelles sensations la sécheresse oculaire entraîne-t-elle ?

La sécheresse oculaire provoque des symptômes d'irritation chronique (sensation de sable dans les yeux, brûlure, yeux endoloris et souvent, paradoxalement, larmoiement) ainsi que des troubles visuels transitoires, qui peuvent tous rendre les activités quotidiennes extrêmement difficiles, comme utiliser un ordinateur ou rester dans un local climatisé. Ces symptômes chroniques peuvent avoir un impact énorme sur la qualité de vie d'un patient. Il a en effet été démontré qu'ils sont tout aussi préjudiciables à la qualité de vie que ceux d'une angine ! Il est également reconnu que la sécheresse oculaire peut être liée à un état de dépression.

Symptômes et signes : toute la complexité du diagnostic et du traitement de la sécheresse oculaire.

Un diagnostic précis de la sécheresse oculaire simplifie le traitement, mais le processus n'a pas à être complexe pour autant ! Tout d'abord, il est important de confirmer que la sécheresse oculaire est présente. La première étape consiste à exclure tout diagnostic différentiel (comme l'allergie) pouvant présenter des symptômes très similaires à ceux de la sécheresse oculaire. Pour confirmer un diagnostic de sécheresse oculaire, les symptômes et les signes doivent être présents. Les symptômes peuvent être évalués via un questionnaire standardisé et, si le résultat est positif, les signes de sécheresse oculaire sont alors testés chez le patient. Ces signes, tels que l'instabilité du film lacrymal, l'hyperosmolarité ou la coloration de la surface oculaire (ou toute combinaison de ceux-ci), ainsi que les symptômes, permettent de diagnostiquer la sécheresse oculaire. La présence d'une sécheresse oculaire est ainsi confirmée, mais cela n'explique pas pourquoi le patient en souffre. Pour déterminer la cause de la sécheresse oculaire et ainsi prescrire un traitement ciblé, il est possible de rechercher au niveau des marges de la paupière des signes de dysfonctionnement de la glande de Meibomius (principale cause de sécheresse oculaire par évaporation) et d'examiner le ménisque lacrymal (qui peut présenter une carence aqueuse).

Spécial sécheresse oculaire

La sécheresse oculaire est-elle liée au manque de larmes ?

La sécheresse oculaire peut être associée à une pénurie de larmes, en particulier dans les maladies auto-immunes sévères, mais beaucoup plus souvent, il s'avère qu'elle est associée à une mauvaise qualité du film lacrymal. Dans ces cas, les larmes sont instables, et le patient peut se plaindre de larmoiement qui est dû à la rupture rapide du film lacrymal lequel induit un larmoiement réflexe.

Quelles sont les causes de la sécheresse oculaire ?

Les causes sont multiples. La sécheresse oculaire est reconnue comme une maladie multifactorielle pouvant résulter du vieillissement, de changements hormonaux, de la blépharite et du dysfonctionnement de la glande de Meibomius, d'une mauvaise qualité de la surface oculaire, d'une maladie auto-immune ou de causes iatrogènes, entre autres.

Ces nombreuses causes peuvent être différenciées en deux sous-types principaux : sécheresse oculaire par évaporation et sécheresse oculaire par déficience aqueuse, même si certains patients peuvent présenter des signes des deux. Une fois le diagnostic de sécheresse oculaire établi en fonction des symptômes et des signes, la détermination du sous-type de sécheresse oculaire prédominant aide le clinicien à choisir le traitement le plus approprié.

Existe-t-il des facteurs aggravants ?

Il existe de nombreux facteurs entraînant un risque de sécheresse oculaire. L'âge, le sexe et l'origine ethnique sont des facteurs de risque reconnus, tout comme le dysfonctionnement de la glande de Meibomius. Des conditions environnementales sous-optimales peuvent également exacerber la sécheresse oculaire, comme une faible humidité, la pollution ou le vent. Les lentilles de contact sont également un facteur de risque reconnu, tout comme un certain nombre de médicaments systémiques qui peuvent dessécher la surface oculaire. La chirurgie ophtalmique peut aussi aggraver une sécheresse oculaire préexistante.

Comment prévenir la sécheresse oculaire ?

D'autres preuves scientifiques sont nécessaires pour donner des directives claires à ce sujet, mais nous pensons que le maintien d'une bonne santé oculaire est actuellement notre meilleur espoir de prévenir la progression de la sécheresse oculaire. Encourager les patients à veiller à une bonne hygiène des paupières en les nettoyant quotidiennement aide à garder les cils et les glandes exempts de débris et à réduire la charge de bactéries et de démodex, ce qui peut améliorer la qualité des larmes. L'application de compresses chaudes peut favoriser l'écoulement du meibum des glandes vers la surface du film lacrymal, et donc améliorer sa stabilité et protéger la surface oculaire. L'amélioration de l'intégrité du film lacrymal réduit le risque de déclencher un cycle auto-entretenu d'instabilité du film lacrymal, d'hyperosmolarité, d'inflammation et de dommages à la surface oculaire.

De même, lorsque la fréquence et la complétude du clignement sont réduits, comme cela est souvent observé avec l'utilisation d'appareils numériques, les exercices de clignements peuvent améliorer leur qualité, et ainsi réduire le risque de déclencher le cercle vicieux de la sécheresse oculaire.

Existe-t-il un moyen d'estimer sa gravité ?

La gravité de la sécheresse oculaire peut être déterminée via des tests. Les questionnaires validés ont des scores seuils permettant de déterminer la sévérité des symptômes. De même, les tests cliniques, tels que le temps de rupture non invasif, l'osmolarité et la coloration de la surface oculaire, ont des valeurs seuils qui permettent au clinicien d'évaluer la gravité du cas. La gravité de la présentation, ainsi que le sous-type de sécheresse oculaire, peuvent alors être utilisées pour aider le clinicien à choisir le traitement le plus adapté au patient.

Comment suivre la progression de la maladie ?

Les mêmes tests que ceux utilisés pour évaluer le film lacrymal et la surface oculaire avant de commencer le traitement peuvent être utilisés pour surveiller l'état et mesurer l'efficacité du traitement. L'évaluation des symptômes doit reposer sur le même questionnaire, afin que les résultats puissent être comparés. Les tests de stabilité, d'osmolarité et de lésions de la surface oculaire restent importants pour déceler toute évolution de l'état de l'œil. Les tests de sous-types permettent de surveiller des améliorations concernant des aspects spécifiques du film lacrymal ou de la surface oculaire. Une surveillance régulière des patients souffrant de sécheresse oculaire est importante pour les informer et les rassurer, confirmer que les traitements sont appliqués de manière appropriée, obtenir des preuves objectives d'amélioration, encourager un engagement continu dans le processus de traitement et pour décider à quel moment il convient de changer de traitement ou d'en ajouter un autre.

Les deux yeux sont-ils toujours touchés ?

La sécheresse oculaire est généralement bilatérale, mais il peut y avoir une asymétrie qui conduit les patients à déclarer qu'un œil est plus symptomatique que l'autre. À moins qu'il n'existe une raison claire pour laquelle un patient n'est touché qu'au niveau d'un seul œil (par exemple après une chirurgie), les traitements sont généralement administrés dans les deux yeux.

Quelles sont les dernières innovations permettant d'améliorer le diagnostic ? (rôle de l'imagerie)

Les méthodes non invasives de mesure du temps de rupture du film lacrymal sont de plus en plus courantes dans la pratique clinique car il est reconnu que l'instillation de fluorescéine déstabilise le film lacrymal et fausse la mesure. La stabilité du film lacrymal est mesurée de manière non invasive en observant la réflexion des mires dans le film lacrymal après un clignement et en calculant le temps qu'il faut pour que les premières distorsions apparaissent dans la réflexion. Cette technique est réalisable sans équipement spécial, en utilisant un instrument clinique existant, tel qu'un appareil de topographie. Le dysfonctionnement de la glande de Meibomius est considéré comme la principale cause de sécheresse oculaire, ce qui a encouragé le développement de nouveaux outils de diagnostic pour évaluer la santé des marges des paupières. La méibographie infrarouge permet d'observer le décrochage de la glande de Meibomius, ce qui aide à identifier les personnes à risque et permet d'évaluer la gravité de la maladie. L'interférométrie est une autre technique clinique simple utilisable pour mesurer la qualité de la couche lipidique à la surface du film lacrymal. Si la couche lipidique est trop mince, donc instable et laissant les larmes s'évaporer trop rapidement, il est possible d'opter pour un traitement ciblé qui viendra la compléter.

Rôle des produits sans conservateur dans le traitement de la sécheresse oculaire ?

Comme indiqué par le premier Dry Eye Workshop de la Tear Film & Ocular Surface Society (TFOS) publié en 2007, « l'élimination des conservateurs a été l'avancée la plus importante en matière de traitement de la sécheresse oculaire ». Depuis lors, l'importance d'utiliser des produits sans conservateur pour le traitement de la sécheresse oculaire est reconnue. Lorsque des gouttes sont instillées régulièrement, l'absence de conservateurs tels que le chlorure de benzalkonium (BAK) est importante car ceux-ci sont toxiques pour la surface de l'œil et l'irritent plus que ne la soulagent. Des produits sans conservateur doivent donc être utilisés dans la mesure du possible, et d'autant plus lorsque le traitement préconise l'instillation de gouttes plus de 4 fois par jour.

PRODUCTION

Made in Europe

20 formes galéniques fabriquées en France et en Europe

La qualité européenne exportée dans 75 pays

Faire appels aux meilleurs

Les traitements Théa sont produits en Europe, principalement en France, au travers de partenariats solides avec des façonniers leaders ou dans ses propres usines ; une stratégie gagnante qui continue de porter ses fruits.

Collyres en unidose ou en flacon, ABAK®, pommades, gels, lingettes, injectables, inserts ophtalmiques, etc. Théa, propose près d'une vingtaine de formes différentes qui réclament un savoir-faire, des compétences bien spécifiques, et les équipements ultramodernes et stériles qui vont avec. La fabrication et le conditionnement sont donc confiés aux meilleurs, par catégorie de produit. La gamme Théa est fabriquée sur des sites européens, principalement français.

Nous avons créé avec différents façonniers des partenariats fiables qui nous permettent de garantir l'excellence de chacune de nos formes pharmaceutiques, et de les exporter dans 70 pays dans le monde. Parallèlement, Théa produit en interne une partie de ses fleurons. Ainsi le flacon ABAK® (pour les collyres sans conservateur) et le tube STERI-FREE® (pour les gels sans conservateur) sont fabriqués en partie dans l'usine de Farmila, à Milan, en Italie.

PRODUCTION

Made in Europe

Farmila, une usine à la pointe de la modernité

Dans la Rome Antique, Settimo Milanese à l'ouest de Milan se situait sur la Via delle Gallie, une voie consulaire romaine construite par Auguste pour relier la vallée du Pô à la Gaule, c'est-à-dire à la France. Aujourd'hui, cette ville est le siège de notre principal site industriel : Farmila Théa famaceutici S.p.A.

En 2002, le groupe Théa arrive en Italie grâce à l'acquisition du groupe pharmaceutique italien Farmila. Née à Milan en 1946, cette entreprise familiale spécialisée dans la commercialisation et la fabrication de produits en ophtalmologie et en oto-rhino-laryngologie (ORL), commercialisait des produits très appréciés des ophtalmologistes italiens. Dans la corbeille de la mariée, Farmila apportait une unité de production spécialisée dans la fabrication de pommades ophtalmiques.

Dix ans plus tard, en janvier 2012, les activités étaient divisées en deux sociétés distinctes : Thea Farma S.p.A. pour la commercialisation des produits en Italie et Farmila-Théa Farmaceutici S.p.A, l'usine de fabrication des collyres, des gels et des pommades ophtalmiques pour l'ensemble du groupe Théa.

L'usine de Settimo Milanese allait faire l'objet d'investissements considérables, ce qui a permis son expansion, sa modernisation et le transfert de productions à haute valeur technologique, comme le flacon ABAK® (collyres sans conservateur) ou du tube STERI-FREE® (gels sans conservateur). Dernier épisode de cette modernisation, le lancement d'une nouvelle ligne de production ultramoderne qui va doter Théa de capacités supplémentaires.

Théa s'est donné les moyens de suivre la cadence et d'accompagner sa croissance.

60 millions d'unités

Le flacon ABAK® (pour les collyres) et le tube STERI-FREE® (pour les gels) sont fabriqués dans notre usine de Farmila, à Milan, en Italie ; un site qui vient d'accroître ses capacités, et qui peut produire jusqu'à 60 millions d'unités de traitements en ABAK® par an.

INTERNATIONAL

Les laboratoires Théa et l'appel de l'Amérique

Théa appartient au cercle fermé des entreprises pharmaceutiques françaises qui disposent de nombreuses filiales à travers le monde.

Théa à l'assaut des État-Unis

Dans la famille Chibret, on a toujours pensé « international ». Déjà au XIXe siècle, Paul Chibret (1844-1911), fondateur de la Société française d'ophtalmologie (SFO), sillonnait le monde d'académies en congrès, de Copenhague à Saint Petersbourg, en passant par Barcelone ou Heidelberg. Il collaborait en permanence avec ses confrères, des scientifiques qui venaient de pays différents mais étaient liés par une passion commune, celle de la science et la conviction des progrès qu'elle lui devrait.

C'est pourquoi, dès l'origine, en 1994, les Laboratoires Théa ont considéré qu'ils avaient une vocation internationale. Le groupe auvergnat va immédiatement souhaiter disposer de ses propres structures en Europe. Selon les cas, ces nouvelles implantations « maison » vont être construites de but en blanc, à partir de zéro. Parfois, au contraire, elles s'opèreront sur la base de rachats de produits ou d'entreprises locales. En tout état de cause, en vingt ans, Théa va asseoir sa présence sur le « Vieux continent » ; une présence qui a d'ailleurs vocation à être consolidée, et développée tant en termes de croissance que de nouvelles filiales. La suite ? Cette expansion s'est propagée aux régions voisines, comme par capillarité. De l'Europe, comme on le sait, il n'y a qu'un pas vers le Maghreb. Enfin depuis cinq ans, Théa a souhaité voir plus loin. L'entreprise s'est installée au confins du continent, en Russie, en Ukraine, mais aussi, par-delà, au Moyen-Orient, au Mexique, au Chili, puis au Canada.

Enfin, 2019 restera certes comme la date anniversaire des 25 ans de Théa mais aussi comme l'année de ses premiers pas dans la première puissance économique du monde : les Etats-Unis. Il faut dire que chez les Chibret, l'intérêt pour ce pays n'est pas nouveau. Jean Chibret (1915-1989), rêvait de s'y implanter. Il n'a pu le faire faute de moyens financiers. C'est Jacques Chibret (1941-1989), son fils, qui va réaliser ce rêve avec Biophysic médical. En 1984, il va ouvrir une filiale Outre-Atlantique, rafler 70% du marché américain et devenir le n°1 mondial dans le domaine de l'échographie ophtalmique et n°2 mondial dans le domaine du laser.

Trente ans après la disparition de Jacques, son fils Jean-Frédéric Chibret, ouvre la filiale de Théa près de Boston. Peu après, en février 2020, il signe un accord avec Similasan, une société suisse très présente aux USA qui va offrir à l'entreprise auvergnate une formidable porte d'entrée dans ce pays. Toute la gamme Théa est en train d'être adaptée pour le marché américain. C'est un marché riche en particularités, où la concurrence y est très dynamique. Autant dire qu'on ne pouvait espérer y percer sans avoir établi, au préalable, une solide stratégie.

Le monde de Théa

International

31 Filiales et bureaux

EUROPE

Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Irlande, Italie, Monaco, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Roumanie, Royaume Uni, Russie Suède, Suisse, Turquie, Ukraine

AMÉRIQUE

Canada, USA
Chili, Mexique

AFRIQUE et MOYEN-ORIENT

Maroc
Arabie Saoudite, Emirats Arabes Unis, Koweït

43 Partenaires

EUROPE

Albanie, Chypre, Croatie, Estonie, Hongrie, Islande, Lituanie, Lettonie, République Tchèque, Serbie, Slovaquie, Slovénie

AMÉRIQUE

Brésil, Colombie

ASIE et OCEANIE

Corée du Sud, Hong Kong, Malaisie, Philippines, Singapour, Thaïlande

AFRIQUE et MOYEN-ORIENT

Algérie, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, République Démocratique du Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée, Liban, Libye, Madagascar, Mali, Maurice, Mauritanie, Niger, République Centrafricaine, Rwanda, Sénégal, Tchad, Togo, Tunisie

INTERNATIONAL

Similasan, le nouveau partenaire de Théa

“Théa et Similasan, c’est le début d’une belle aventure...”

- Les équipes Théa et Similasan au siège de Théa pour une signature historique pour le Groupe -

C'était en février 2020, Théa signait un partenariat avec Similasan AG. Deux entreprises familiales, l'une clermontoise et l'autre suisse, unissaient leurs forces et nouaient une alliance stratégique internationale dans le domaine des traitements à visée oculaire.

L'idée maîtresse de cet accord : allier l'expertise ophtalmologique de Théa à celle, en OTC, de l'entreprise helvète spécialisée en remèdes naturels. Deux volets à la clef de ce partenariat. Depuis le 1er janvier 2020, Similasan assure dans le commerce spécialisé, sur le marché suisse, la distribution de la gamme OTC de Théa (produits à prescription médicale facultative) qui comporte notamment des traitements « sans conservateur » dans le domaine de la sécheresse oculaire, de l'allergie, de l'inflammation ou encore de l'hygiène des paupières.

Le second volet ? Assurer à Théa une porte d'entrée aux Etats-Unis. En effet, Similasan, basée à Jonen, dans le canton d'Argovie, près de Zürich, compte parmi les rares entreprises européennes à avoir réussi à s'implanter sur le marché des USA. Ses produits ont trouvé depuis bien longtemps leur place dans l'armoire à pharmacie de la famille américaine. C'est si vrai que les deux tiers des ventes du groupe helvète sont désormais faits chez l'Oncle Sam dans les pharmacies et drugstores.

Théa a investi au capital de la filiale locale de Similasan (qui est basée à Denver dans le Colorado) une participation qui a vocation à devenir majoritaire d'ici deux ans. Cette filiale comprend une dizaine de collaborateurs. C'est Susan Benton, qui vient de lancer à 3000 kilomètres de là, à Lexington, à proximité de Boston, notre filiale « Théa US », qui assure désormais le lien et les synergies nécessaires avec ses partenaires locaux.

Théa et Similasan, c'est le début d'une belle aventure, et le ticket gagnant pour faire de Théa US une entreprise américaine de taille moyenne à l'horizon des cinq à dix prochaines années, en tirant parti de notre patrimoine dans le domaine sans conservateur, et de notre force en matière de glaucome et de sécheresse oculaire.

#NeverStopLearning

EDUCATION PROGRAMME BY THÉA

THÉA SOUTIENT DE NOMBREUX PROJETS ET INITIATIVES PÉDAGOGIQUES.

L'éducation et le partage du savoir sont une tradition pour la famille Chibret.

EDUCATION

Soutenir le diplôme d'excellence européen

accompagner les ophtalmologistes de demain

Comment améliorer la formation et la professionnalisation des jeunes ophtalmologistes ? Comment la jeune génération d'ophtalmologistes envisage-t-elle l'avenir ? Quelles sont les aspirations des étudiants et comment envisagent-ils leur carrière ? Les laboratoires Théa multiplient les initiatives pour accompagner ceux qui demain s'occuperont de notre santé oculaire. L'implication du laboratoire auvergnat aux côté des organisateurs de l'EBOD en offre un des plus anciens exemples.

Théa est né il y a 25 ans, en 1994. La première édition de l'examen du diplôme de l'European Board of Ophthalmology (EBO) a été organisée l'année suivante à Milan (Italie). Puis, pendant un quart de siècle, ce même examen s'est déroulé, chaque printemps, à Paris durant le congrès annuel de la Société Française d'Ophtalmologie (SFO). Et dès lors, Théa n'a cessé, par tous moyens, d'en faire la promotion...

Cet examen est ouvert aux candidats diplômés par une Faculté de médecine qui ont effectué de façon satisfaisante un programme complet de formation en ophtalmologie d'une durée d'au moins quatre ans. A l'issue des épreuves, ceux qui ont réussi ont l'autorisation d'ajouter le titre de membre du Conseil européen d'ophtalmologie, après leur nom. Surtout, ce graal leur offre une totale liberté d'installation de part et d'autre de l'Europe.

Pourquoi ce diplôme ?

Il y a près de 60 ans, le Traité de Rome affirmait haut et fort le principe de la libre circulation des personnes au sein de l'Union et, par extension, le droit d'exercer sur le territoire de l'espace européen une activité salariale ou indépendante. Au-delà de la déclaration de principe, allaient se poser des problèmes d'exécution. Allait-on laisser s'installer un ophtalmologue belge en France ou inversement ? Pouvait-t-on d'un claquement de doigt abolir les frontières dans un espace où les pays continuaient à réglementer certaines professions indépendamment de leurs voisins, où les diplômes comme l'organisation des professions de santé, restaient l'apanage des états membres, où les durées de formation étaient disparates (d'au minimum 4 ans dans tous les pays mais pouvant atteindre 5½ ans au Danemark et 4-6 ans au Royaume-Uni), ...

Comment allait-on faire l'Europe de l'ophtalmologie ?

A cette épineuse question, il a été répondu par le biais de directives d'harmonisation mais aussi par l'œuvre d'un groupe de travail créé à Londres en 1992 : l'European Board of Ophthalmology (EBO). Ce groupe a été le maître d'œuvre d'une politique d'harmonisation et d'assurance de qualité de la formation. Sa principale contribution ? Ce fameux diplôme dont les épreuves rassemblent désormais chaque année des centaines d'étudiants, issus de plus d'une trentaine de pays.

Depuis sa création, certains pays comme la Suisse, la France, la Belgique, La Pologne, l'Autriche et l'Irlande ont imposé l'obtention de l'EBOD dans le cadre de leur examen national de spécialiste ou l'ont utilisé pour remplacer cet examen[1] . Par ailleurs, les traditionnelles épreuves parisiennes seront prochainement doublées d'une session d'examen, durant le congrès de la Deutsche Ophtalmologische Gesellschaft (DOG), à Berlin.

La vitalité de l'ophtalmologie européenne se prépare aujourd'hui. Elle réclame de se mobiliser en faveur de toutes les initiatives qui contribuent à développer une formation européenne la meilleure et la plus homogène à travers le continent, et facilite l'installation des nouveaux praticiens.

1- En Suisse, en Belgique et en Pologne, l'examen est équivalent à la qualification nationale.

Soutenir le diplôme d'excellence européen, accompagner les ophtalmologues de demain

3 questions à...

Pr. Christina Grupcheva

Professeur Christina Grupcheva, Vice-rectrice de l'Université de médecine de Varna (Bulgarie), Présidente du Département d'ophtalmologie et des sciences visuelles, Directrice de l'Hôpital ophtalmologique de Varna.

Christina Grupcheva a été présidente du Conseil Européen d'Ophtalmologie. Elle vient de céder sa présidence à la Croate Renata Ivekovic, mais siège toujours au comité exécutif de l'EBO.

Lors de votre présidence de l'EBO, vous avez arrêté le principe d'une seconde session de l'examen de l'EBO qui aurait lieu à Berlin. Qu'est-ce qui a motivé cette nouveauté ?

Nous étions en 2020, nous célébrions le 25e anniversaire de l'EBO. Un quart de siècle, c'est à la fois beaucoup et très peu. Pendant toutes ces années, l'EBO est passé d'un examen localisé à Paris avec quelques 30 candidats à un véritable concours européen d'ophtalmologie attirant plus de 700 candidats. Pour fêter notre quart de siècle, nous avons décidé le principe d'un deuxième examen en Allemagne, ce qui va nous permettre de proposer une session au printemps et l'autre à l'automne. Nous offrirons ainsi aux candidats en début de carrière plus de chances de participer et de réussir. Le rendez-vous berlinois va reproduire trait pour trait l'examen parisien, les épreuves étant désormais structurées et standardisées. Seules les questions vont varier. Dans les prochaines années, nous pensons que l'infrastructure accueillera sans difficulté jusqu'à 1100 candidats.

L'EBO a souhaité étendre ces certifications à certaines surspécialités ?

L'objectif principal de l'EBO est d'harmoniser l'éducation. Il y a cinq ans, autour d'un groupe dirigé par Wagih Aclimandos et Gordana Sanuric Magevand, nous avons souhaité promouvoir une reconnaissance officielle de l'expertise de certains ophtalmologistes qui terminaient leur formation dans une surspécialité. Notre premier examen a concerné le glaucome, puis la chirurgie de la cataracte et de la réfraction. Ensuite nous avons organisé des épreuves dédiées à la pédiatrie et au strabisme. Par ailleurs, nous avons des projets assez avancés dans le domaine de la rétine, de la chirurgie plastique et de la neuro-ophtalmologie. Ces épreuves « EBO Subspecialty » intéressent plus particulièrement les jeunes leaders d'opinion. Il est très important de souligner que ces examens sont mis en place, organisés et exécutés en collaboration entre l'EBO et les sociétés de sous-spécialité spécifiques telles que ESCRS, EGS, ESA, EPOS, etc.

Y a-t-il d'autres nouvelles, d'autres développements ?

J'évoquerai une tendance : ces dernières années, nous sommes devenus plus internationaux. Les QCM, par exemple, sont désormais rédigés exclusivement en anglais (à l'origine, ils étaient disponibles en français, en allemand ou en anglais), de même que l'épreuve orale qui se déroule, elle aussi, dans la langue de Shakespeare. Néanmoins, l'EBOD reste pour l'instant cantonné à l'Europe en cela qu'il n'est délivré qu'aux « communautaires » formés dans l'UE. Si quelqu'un a suivi une formation dans l'UE mais n'a pas la nationalité d'un pays membre, il obtient seulement un certificat.

voir
le monde
let's open our eyes

E-LEARNING PHARMACIENS

Sensibiliser les pharmaciens à la santé oculaire

elearning-pharma-thea.com, la nouvelle plateforme de Théa à destination des pharmaciens pour les aider à mieux accompagner les patients

En France, en Allemagne, dans beaucoup de pays, la démographie médicale constitue un sujet sensible dans le développement des politiques de santé. Mauvaise appréciation du numerus clausus ici, autre erreur de pilotage des pouvoirs publics ailleurs, beaucoup de praticiens arrivent à l'âge de la retraite et les nouvelles générations ne sont pas assez nombreuses pour compenser ces départs. Dans certains territoires en particulier, le manque de spécialistes prédit des temps compliqués. L'ophtalmologie, notamment, affronte les mêmes problèmes que le reste de la médecine, avec cependant quelques particularités. La principale est que cette discipline est souvent en avance : en avance sur la pénurie annoncée de médecins, en avance sur l'augmentation de la demande de la part de la population, en avance sur les effets du vieillissement.

Pour les patients, ceci se traduit par des difficultés croissantes à trouver un ophtalmologiste. Ceux qui ont le privilège d'en avoir un dans leur commune, voient les délais d'attente s'allonger pour obtenir un rendez-vous.

Pour lutter contre les « déserts médicaux », beaucoup de gouvernements envisagent des solutions innovantes pour apporter une souplesse nouvelle dans la prise en charge des soins oculaires et visuels de la population. Désormais, la plupart d'entre eux ne considèrent plus isolément la démographie médicale. Leur approche intègre l'ensemble des acteurs de santé et les nécessaires coopérations entre eux. Et parmi ces acteurs, on compte les pharmaciens...

Dans la plupart des pays, le maillage officinal demeure harmonieux et étoffé. Une large part de la population a accès à une pharmacie dans sa commune de résidence ou vit à moins de quelques minutes en voiture d'une officine. Ce réseau de proximité permet aux pharmaciens de revendiquer de nouvelles missions dans l'accès aux soins : la vaccination, les bilans de médication, les bilans de prévention, le dépistage, les possibilités variant d'un pays à l'autre.

#NeverStopLearning

Bien sûr, ces professionnels sont potentiellement des agents de santé oculaire. D'où l'idée de la plateforme « elearning-pharma-thea.com ». Conçue par des ophtalmologistes pour les pharmaciens, elle a l'ambition d'aider ces professionnels à mieux accompagner et conseiller les patients, et surtout, à identifier les urgences ophtalmologiques. Quels sont les premiers gestes à accomplir en cas de traumatisme à l'œil par impact ? Par brûlure ? Que faire en cas de douleur, de photophobie intense, d'apparition d'un voile noir dans le champ visuel ? Ils pourront mieux détecter les urgences et les orienter vers l'hôpital ou un ophtalmologiste.

Qu'est-ce qui distingue une conjonctivite bactérienne d'une conjonctivite d'origine allergique ou causée par une sécheresse oculaire ? Utilise-t-on le même médicament pour chacun de ces maux ? La grande majorité des traitements ophtalmologiques sont uniquement disponibles sur ordonnance et leur administration requiert l'examen préalable d'un spécialiste, mais plusieurs traitements utiles, bien connus et répertoriés, peuvent être délivrés directement par un pharmacien lequel saura accompagner, rassurer le patient d'ici sa consultation chez le spécialiste si celle-ci s'avère nécessaire.

Pour faciliter le parcours du patient, pour s'investir pleinement dans l'interprofessionnalité nécessaire dans le domaine de la santé oculaire, il convenait que les équipes officinales disposent d'un outil pour consolider leurs connaissances et la qualité de leur accompagnement. C'est aujourd'hui chose faite avec l'e-learning Théa.

La vision dans le monde

Répondre à l'augmentation inéluctable des problèmes de vue ?

Pr. Serge Resnikoff
Article

Article du Professeur Serge Resnikoff, président de la Fondation Théa, président de la Coalition internationale contre le trachome et du programme de soins oculaires du Conseil International en Ophtalmologie

Pour les experts de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'année 2020 devait consacrer une victoire, l'aboutissement de vingt ans de lutte contre la cécité. Un quart de siècle auparavant, en effet, cette institution lançait l'Alliance mondiale contre l'élimination du trachome. En 1999, une initiative analogue - « Vision 2020 » - ambitionnait pour sa part d'éliminer, en deux décennies, les causes de cécité évitable dans le monde. Hélas, 2020 n'aura pas apporté le triomphe escompté. Le trachome et la cécité évitable restent des problèmes de santé publique. Pire, l'année passée restera dans les annales comme celle où un nouveau virus a paralysé la planète entière et mis sous cloche des milliards d'êtres humains.

Alors, où en sommes-nous de la vision ? Que savons-nous de l'état de santé oculaire de la population mondiale ? Quels sont les défis devant nous ? C'est ce que se sont demandés une centaine d'experts à travers le monde. Regroupés au sein du "VLEG " (Vision Loss Expert Group of the Global Burden of Disease Study), financés par divers mécènes, dont la Fondation Théa, ces ophtalmologistes et optométristes rompus à l'épidémiologie, ont décidé d'alimenter une base de données complète et continuellement mise à jour, permettant de réaliser un Atlas de la vision. Un travail colossal...
Leurs premières publications dans le Lancet sont riches d'enseignements.

Plus d'un milliard de personnes vivent avec une déficience visuelle, c'est-à-dire une personne sur sept. Environ la moitié d'entre elles – cinq cents millions - voit mal aussi bien de loin que de près. L'autre moitié voit mal de près... car ces personnes n'ont pas de lunettes, où répugnent à en porter, de même que des lentilles. Selon les cas, parce qu'ils n'en ont pas les moyens, parce que ce n'est pas pratique, pas esthétique... Voilà qui indique, en tout état de cause, qu'une solution pharmacologique, si elle était trouvée, serait susceptible de changer la vie de centaine de millions de gens. A quand un médicament contre la presbytie ? Curieusement

ce champ reste le parent pauvre de la R&D alors même qu'il pourrait avoir des répercussions d'ampleur sur la santé visuelle à l'échelle de la planète.
Deuxième enseignement. Ces trente dernières années, en dépit des efforts considérables déployés par les autorités sanitaires, les chercheurs, le corps médical et les industries de la santé, le nombre d'aveugles – en proportion ! – est resté le même dans la population mondiale. Quant aux déficiences visuelles, elles ont augmenté ! Comment expliquer ces piètres résultats ? Par le vieillissement de la population. En effet, la plupart des maladies oculaires graves arrivent avec l'âge. Or, ce phénomène de vieillissement est à peu près général, et connait une accélération patente depuis 2015, en particulier dans des pays comme la Chine, où les besoins de traitements oculaires devraient connaitre une croissance exponentielle. Ce constat vaut naturellement pour l'Europe ou l'Amérique du Nord. En résumé, tous les progrès réalisés par la médecine, au sens large, ont été comme « effacés », « laminés » par les évolutions démographiques. Et la tendance ne risque pas de s'inverser.

Quid des causes ? Beaucoup d'informations ressortent du travail du groupe d'experts quant à la répartition des maladies et leurs répercussions respectives sur la cécité ou la baisse d'acuité visuelle.
Retenons-en deux qui doivent nous mobiliser :
• Avec la pandémie de diabète de type II, intrinsèquement liée au mode de vie actuel qui se traduit par une alimentation trop riche et par la sédentarité, le pronostic d'une multiplication des rétinopathies diabétiques.

• A cela, il faut ajouter une autre épidémie dont on parle moins : la myopie. Elle se répand partout dans le monde. Aujourd'hui, plus de quatre jeunes sur dix sont concernés dans les pays occidentaux. En moins de deux générations, le nombre de nouveaux cas a doublé. En cause notamment, une vision de près trop sollicitée par les écrans. On estime qu'à l'horizon de 2050, 10% des gens souffriront d'une myopie très forte, c'est-à-dire au-delà de six dioptries. Or, être fortement myope est un très grand problème sur le plan ophtalmologique. Cela multiplie les risques de cataractes et de glaucomes, mais aussi des pathologies rétiniennes graves (exemple : le décollement de rétine et dégénérescence maculaire).

Ainsi donc, alors qu'il y a 20 ou 30 ans, toutes les institutions internationales pensaient pouvoir en finir avec la cécité évitable, nous sommes loin d'en être venus à bout. Il y a encore 15% des aveugles en Europe qui ne voient plus du fait d'une maladie qui était pourtant évitable, ou contrôlable. Ce chiffre s'envole à plus de 66% dans des régions comme l'Asie du sud. D'ici 2050, nos experts nous promettent deux fois plus de personnes avec des déficiences visuelles. Un chantier gigantesque s'ouvre par conséquent à nous. Fort heureusement la révolution est en marche.

Déjà, les 230 000 ophtalmologistes, les optométristes (ils sont vraisemblablement 500 000), les orthoptistes et même les infirmiers, les pharmaciens, les opticiens réfléchissent à l'organisation de la filière visuelle au profit de la population, et aux questions primordiales que sont la formation des professionnels et l'accès aux soins, notamment dans les zones rurales ; le tout, dans un monde où les Data et l'intelligence artificielle (IA) s'apprêtent à révolutionner le diagnostic, le suivi et le traitement de nombreuses maladies oculaires. L'intelligence artificielle par exemple, permettra la détection précoce des maladies silencieuses qui, dans leur phase initiale, ne se traduisent par aucun symptôme, aucun changement dans la vision. Analyser les couches de la rétine, repérer un œdème maculaire, dépister la DMLA, ... les promesses de l'IA en ophtalmologie sont donc immenses. Et elles peuvent devenir très vite réelles.
Pour Théa, c'est aussi une formidable invitation à se transformer en laboratoire du futur, à porter une attention renforcée à toutes les technologies existantes ou émergentes ; à décrypter en profondeur les technologies numériques (objets connectés), les nouvelles molécules et nouveaux matériaux (grâce aux biotechnologies ou aux nanotechnologies) ou les nouveaux champs de recherche (biologie de synthèse, intelligence artificielle...) qui promettent de transformer radicalement, la façon dont nous aborderons demain la santé de nos yeux.

Fondation Théa

let's open our eyes

FONDATION

Former des experts en ophtalmologie en terre africaine

Article du Professeur Serge Resnikoff, président de la Fondation Théa, président de la Coalition internationale contre le trachome et du programme de soins oculaires du Conseil International en Ophtalmologie.

La Fondation Théa a pour but de promouvoir et aider des initiatives d'intérêt général ou humanitaires visant à lutter contre la cécité et à améliorer la santé oculaire.

Fondation Théa

FONDATION

Former des experts en ophtalmologie en terre africaine

Pr. Serge Resnikoff
Article

Article du Professeur Serge Resnikoff, président de la Fondation Théa, président de la Coalition internationale contre le trachome et du programme de soins oculaires du Conseil International en Ophtalmologie

En dépit des progrès accomplis dans le secteur de la santé, l'Afrique fait face à plusieurs défis dont le plus récurrent est l'accès à un médecin. Sur la soixantaine de pays confrontés à une pénurie critique de professionnels de santé, une grosse moitié serait des États africains. Par ailleurs, nombre de ces pays enregistrent un taux d'émigration élevé de médecins. Dans un pays comme le Cameroun, par exemple, l'on compterait un médecin pour cinq mille personnes...

Du même coup, de nombreux problèmes de santé continuent d'affecter cette région de façon particulièrement intense, surtout dans les zones rurales. Dans le champ de la santé oculaire, c'est l'un des endroits sur terre où la lutte contre la cécité risque d'être longtemps encore une nécessité incontournable. En effet, à côté des grands fléaux que constituent les maladies tropicales telles que le trachome et l'onchocercose, les statistiques montrent que le glaucome chronique et les cataractes à opérer atteignent des niveaux inquiétants. Pas d'ophtalmologue, cela signifie pas de diagnostic, par conséquent pas de traitement. Résultat, chaque année des enfants, des femmes et des hommes deviennent aveugles alors que leur cécité aurait pu être évitée.

Les ressources humaines pour la santé sont donc un enjeu majeur. Voilà pourquoi la Fondation Théa a d'emblée fait de la formation des personnels médicaux l'une de ses deux priorités, la première étant la lutte contre le trachome. Le tout, dans les pays d'Afrique francophones et lusophones, globalement moins aidés que leurs voisins anglophones.

Depuis sa création en 2012, la Fondation soutient tout ou partie de formations individuelles. Par ailleurs, elle s'est engagée sur la voie des nouveaux outils de formation : au-delà du « Wet-Lab », les « Dry-Lab » (des exercices sur des yeux en silicone), ou des formations sur simulateur chirurgical. Le réalisme obtenu leur permet de se perfectionner en un temps record. Les apprenants peuvent rapidement maîtriser les gestes de la microchirurgie oculaire sans faire courir de risques aux patients.

Parallèlement, la Fondation Théa veille à soutenir des solutions proprement « africaines » à cette pénurie de personnel. L'Afrique, en effet, ne peut raisonnablement envisager d'envoyer tous les médecins dont elle a besoin étudier à l'étranger. C'est aujourd'hui un continent en marche, avec ses ressources propres, un continent qui aspire légitimement à devenir une terre de formation. C'est ainsi que la Fondation soutient des centres de formation régionaux tels que l'IOTA à Bamako pour l'Afrique de l'ouest et le MICEI à Youndé pour l'Afrique centrale. Depuis 2013, elle finance aussi la version française du Programme « Teaching the Teachers » de l'International Council of Ophthalmology (ICO) qui vise à renforcer les capacités pédagogiques des futurs enseignants en ophtalmologie en Afrique.

la Fondation Théa veille à soutenir des « solutions proprement « africaines »

Enfin, la Fondation Théa soutient un outil d'enseignement à distance en langue française qui a été mis au point par le Collège des Ophtalmologistes Universitaires de France pour les étudiants français : l'E-Ophta, Dès son lancement, le succès a dépassé les prévisions les plus optimistes ! Les demandes de connections n'ont cessé d'affluer. A chaque

fois, la Fondation Théa a non seulement inscrit gracieusement les candidats mais elle a aussi financé, quand c'était nécessaire, des connexions à haut-débit. Issus du Maroc, de la Tunisie, de la Côte d'Ivoire, du Sénégal, de Guinée Conakry, du Bénin, du Burkina Faso, du Togo, de Madagascar, du Niger, du Gabon, de Mauritanie, des Comores, du Tchad, du Rwanda, du Burundi, du Congo, etc. L'an prochain, ils pourraient être 1 200 étudiants africains à se former ou se perfectionner en ophtalmologie grâce à ce cours en ligne.

Ce plébiscite a conforté la Fondation dans l'idée que sa mission était d'investir massivement dans les approches locales. Elle s'apprête ainsi à financer au Togo, au Mozambique, au Cameroun et au Sénégal de nouveaux Dry-Labs mais aussi des Wet-Labs.

D'ici 2050, l'Afrique aura à gérer le doublement de sa population.
Elle veut se préparer dès aujourd'hui à relever les défis qui l'attendent.
Nous pouvons l'y aider en participant activement.

DONS

513 947 boîtes *offertes par Théa*

Bénin, Burkina Faso, Cambodge, Cameroun, Gabon, Haïti, Inde, Madagascar, Mongolie, Sénégal, Tibet, etc. Depuis la création des Laboratoires Théa, plus d'une quinzaine de pays ont bénéficié de ses dons humanitaires.

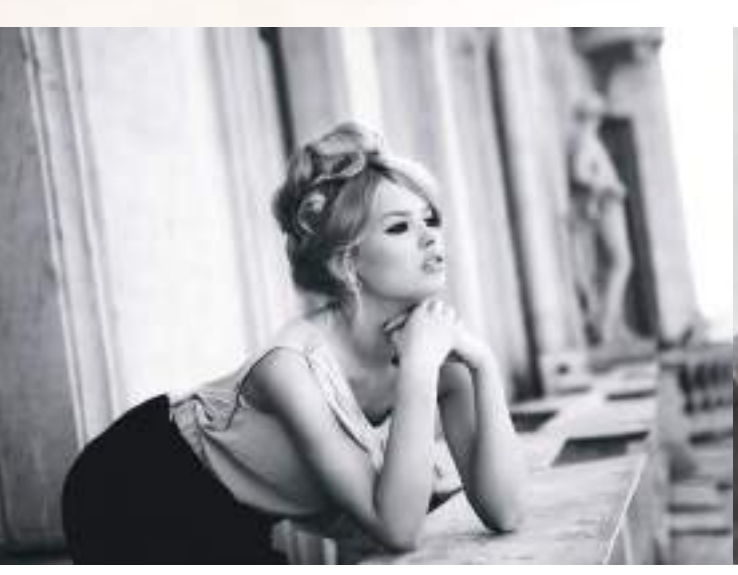
En marge de sa Fondation, en effet, le groupe auvergnat offre régulièrement des traitements à des équipes de soignants qui opèrent en Afrique, en Asie ou en Amérique du Sud, dans des régions défavorisées. En 25 ans d'existence, ce sont plus d'un demi-million de boîtes qui ont été ainsi données. Bien sûr, le médicament n'est pas un produit banal.

Il peut présenter des risques pour la santé lorsqu'il n'est pas utilisé dans de bonnes conditions. C'est pourquoi, ces dons répondent toujours à plusieurs principes. Ils sont organisés via des associations ou organisations habituées à la médecine de terrain et qui maîtrisent parfaitement l'environnement dans lesquelles elles agissent. Ils reposent sur des besoins clairement exprimés car l'idée est d'aider ponctuellement et non pas de perturber les circuits locaux.

Enfin, comme on l'imagine, ces traitements offerts répondent en tout point aux plus hauts standards de qualité.

ART

Nos artistes et leurs problèmes oculaires



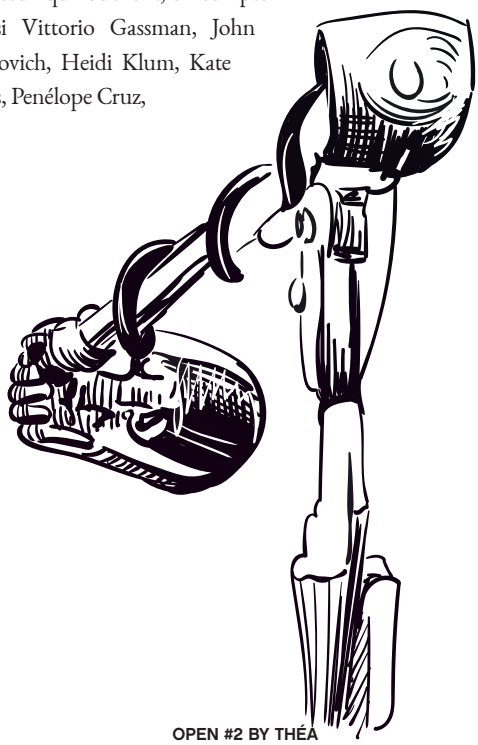
Eux aussi ont des petits ou grands soucis oculaires. Parfois, ils en ont fait leur atout charme. Parfois, ces difficultés ont lourdement handicapé leur existence. Bulletin de santé ophtalmologique de quelques-uns de nos artistes préférés...

Certains ont un petit quelque chose faisant toute la différence et qui apporte un supplément d'âme à leur regard. Parfois, il s'agit d'un simple trouble de la vision, comme la myopie qui fait que l'on voit flou au loin. Les hommes et les femmes, paraît-il, chavirent pour le regard mystérieux des myopes. La légende veut que la belle Marilyn Monroe ait crevé l'écran parce qu'elle ne voyait pas l'objectif. Le regard de myope de Grace Kelly aurait séduit Hitchcock. Ava Gardner, Julia Roberts et Kim Basinger devaient, elles aussi, leur charme à leur courte vue.

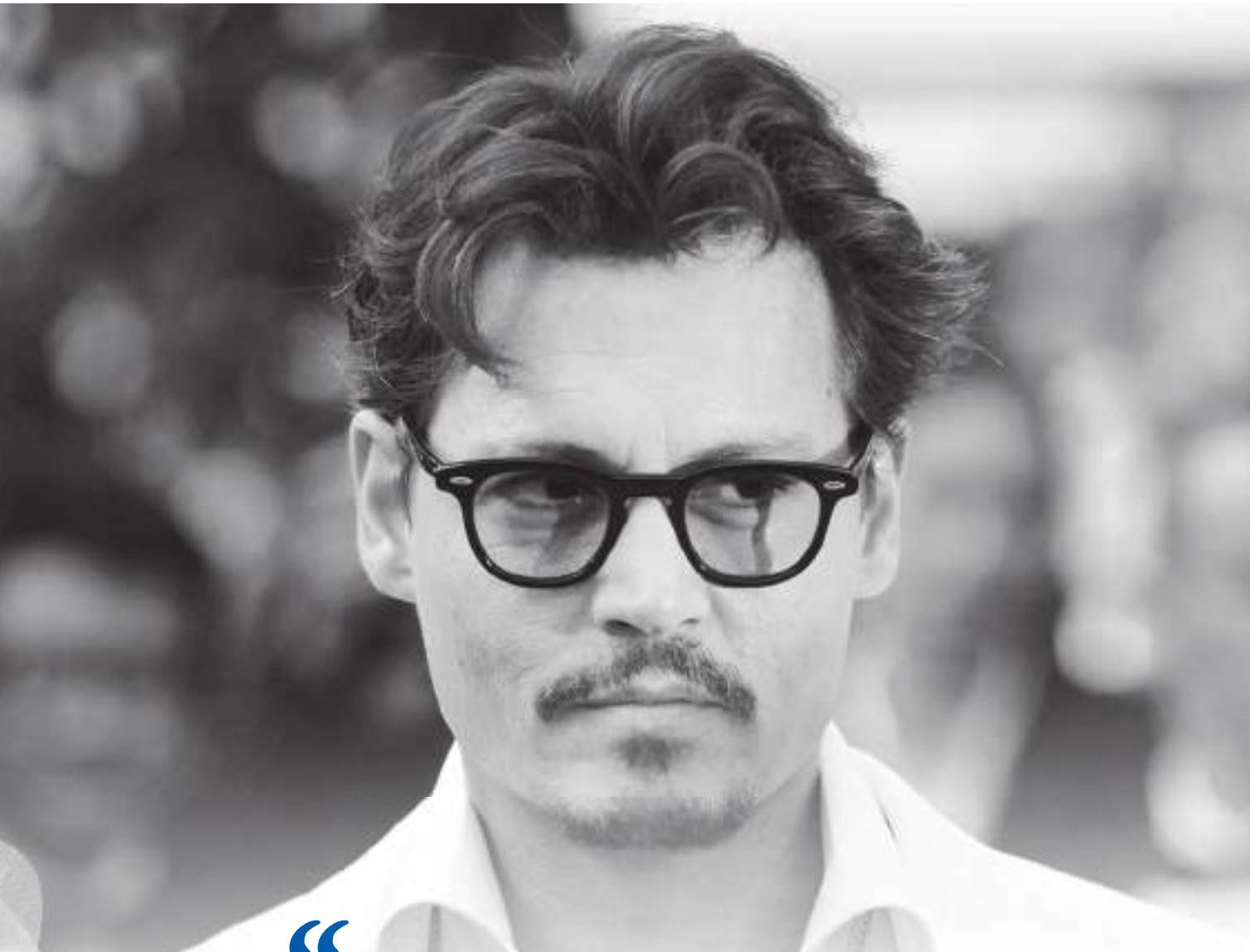
Et puis, il y a ceux qui ont une coquetterie dans l'œil, un léger strabisme, un problème d'alignement des yeux, ce petit défaut qui les subliment. Petite fille, Brigitte Bardot était amblyope, une déficience visuelle unilatérale qui est généralement constatée chez les jeunes enfants. On parle souvent d'un « œil paresseux ». Dans la grande famille de ceux qui louchent, on compte aussi Vittorio Gassman, John Malkovich, Heidi Klum, Kate Moss, Penélope Cruz, Barbra Streisand, sans oublier le peintre Rembrandt dont la quasi-totalité des autoportraits montrent un strabisme divergent.

D'autres stars, comme Demi Moore ou Jane Seymour, connue pour son rôle dans la série Docteur Quinn, ont un regard atypique grâce à leurs yeux vairons. L'origine de ce que les ophtalmologistes appellent l'hétérochromie est souvent génétique. Mais elle peut aussi apparaitre à cause d'une tumeur ou d'une blessure à l'œil comme dans le cas de David Bowie qui présentait un œil bleu et l'autre marron, suite à un coup reçu dans sa jeunesse.

Des coups dans les yeux ? Beaucoup de nos gloires en ont reçu. Ainsi, Sammy Davis Jr, célébrité du show-business américain, a-t-il perdu un œil dans un grave accident de voiture. Raoul Albert Walsh, le prince du western à Hollywood, perd pour sa part son globe oculaire droit à quarante-deux ans parce qu'un lièvre a rebondi sur son pare-brise qui volera en éclats. Quant à John Ford, le réalisateur quatre fois oscarisé, il devient borgne de l'œil gauche suite à une blessure pendant La Bataille de Midway.



Nos artistes et leurs problèmes oculaires



« Johnny Depp, quant à lui, avoue ne voir que de l'œil droit et être aussi aveugle qu'une « chauve-souris » de l'œil gauche. »

Parfois la maladie vient s'en mêler. Ainsi Peter Falk qui a marqué plusieurs générations par son interprétation de l'inspecteur Columbo dans la série culte éponyme, est atteint à trois ans d'un rétinoblastome, une tumeur maligne qui touche sa rétine. Pour le soigner, son œil droit lui est enlevé pour être remplacé par un œil artificiel. Une maladie en bas âge qui affecte votre vision ? C'est ce qu'a enduré également l'un des plus célèbres de nos malvoyants. Ray Charles surnommé « The Genius » a contracté un glaucome qui l'a rendu définitivement aveugle à l'âge de sept ans. Bono, le leader du groupe U2 souffre depuis plus de 20 ans de cette maladie qui peut provoquer une diminution irrémédiable du champ de vision.

Il nous faut aussi évoquer les cas du chanteur Stevie Wonder qui a reçu trop d'oxygène dans la couveuse où on l'avait placé. Conséquence : une cécité totale aux deux yeux. Ou encore Mandy Patinkin (série Homeland) qui a reçu une greffe de cornée pour chacun de ses yeux pour lutter contre le kératocône, une maladie dégénérative qui déforme la cornée, et engendre des troubles de la vision.
Johnny Depp, quant à lui, avoue ne voir que de l'œil droit et être aussi aveugle qu'une « chauve-souris » de l'œil gauche. L'interprète du Pirate des Caraïbes, Jack Sparrow, est atteint du syndrome de Meares-Irlen, un trouble de la vision relativement méconnu, et qui entraine un ensemble de symptômes qui affectent la lecture, dont la distorsion du texte imprimé, la fatigue oculaire et les maux de tête.

Enfin, comme nous, nos artistes vieillissent, ils sont parfois atteints par l'une de ces affections qui apparaissent fréquemment après un certain âge. Outre le glaucome déjà évoqué, il nous faut rappeler la cataracte qui résulte de l'opacification du cristallin. Le plus souvent, elle est liée au vieillissement naturel de cette lentille principale de l'œil (parfois à des affections oculaires ou générales).

Au chapitre des plus célèbres cataractes, celle de Monnet, chef de file du courant impressionniste qui commencera à perdre la vue, avant de céder à la pression de son ami Georges Clémenceau qui le poussera à se faire opérer. C'est ainsi que l'artiste reprendra le chemin de son chevalet. Qui dit âge, dit aussi possibilité d'une DMLA. L'actrice Judi Dench, mondialement connue pour avoir interprété « M », la directrice du Secret Intelligence Service de sa Majesté, dans sept James Bond, est atteinte de dégénérescence maculaire liée à l'âge, une maladie incurable qui lui fait petit à petit perdre la vue.

HISTOIRE

Le coup de génie de la pénicilline

Quand Jean Chibret (1915-1989) eu l'idée de faire les premiers traitements ophtalmologiques à base d'antibiotiques…

HISTOIRE

Le coup de génie de la pénicilline

1940. Un premier essai sur l'homme, réalisé en Angleterre, apporte la preuve formelle que la pénicilline peut faire reculer une infection critique. Reste à en produire en masse ! La guerre empêche la réalisation de ce projet en Grande-Bretagne. Les chercheurs s'expatrient aux États-Unis avec leurs précieuses souches.

Des milliers de soldats mourant d'infections bactériennes, la pénicilline a vite été considérée comme une substance stratégique par les pouvoirs publics américains. Ils mettent sur pied un programme fédéral susceptible de faire coopérer des biologistes, des médecins, des chimistes et des ingénieurs afin de pousser la production, de tester les usages du médicament et finalement de le rendre efficace. Dès 1942, les grandes firmes américaines sont associées au projet dans le but de permettre un changement d'échelle de la production.
6 juin 1944, sur Sword, Juno, Gold, Utah et Omaha Beach, tous les soldats alliés du débarquement, disposent du remède miracle...

Au cours de la campagne pour libérer la France, les hôpitaux militaires sont à leur tour dotés de centaines de millions d'unités. Le 18 octobre 1944, dans un Paris à peine libéré, l'Académie de chirurgie française peut ouvrir sa première séance sur la « Révélation des antibiotiques ».

Dans les années d'immédiat après-guerre, partout en Europe, ce médicament révolutionnaire devient l'objet d'un marché noir magistralement décrit dans « Le troisième homme », le film dans lequel Orson Welles, incarne un trafiquant de pénicilline contrefaite dans les ruines de Vienne occupée.

Pour sa part, Jean Chibret, qui est à la tête des Laboratoires familiaux, entrevoit immédiatement le fabuleux destin de ces antibiotiques. Il va en falloir pour tous les âges et sous toutes les formes, pilules, injections, pommades, contre tous les microbes, même les plus retors et pour soigner tous les organes infectés, même les plus inaccessibles. Il est le premier à envisager la fabrication de traitements ophtalmiques « nouvelle génération ».

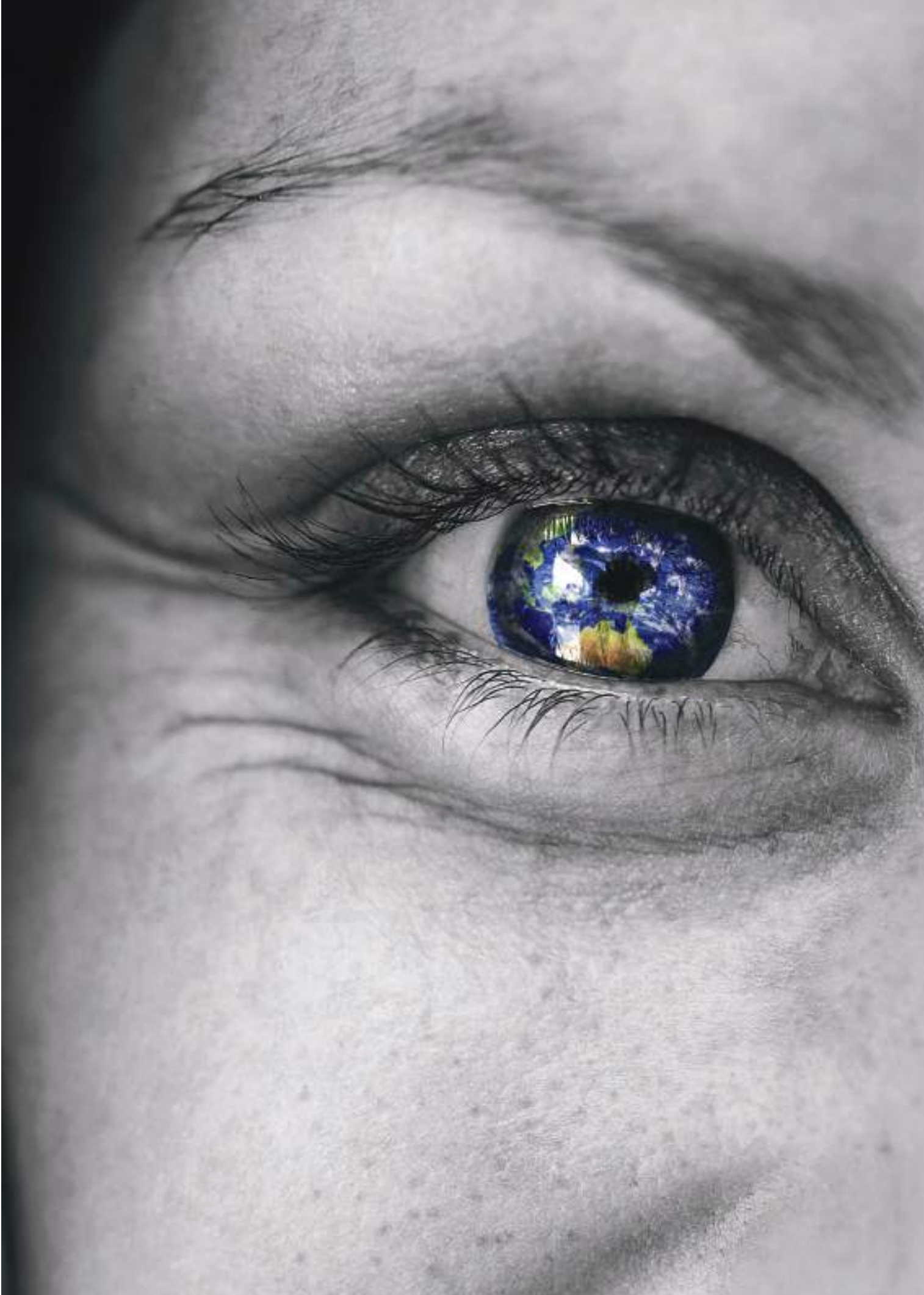
Oui mais voilà ! Comment se procurer la précieuse substance ? De puissantes firmes françaises ont acheté des licences pour les techniques de fermentation à grande échelle. Elles ont démarré leur production. Et si elles n'ont aucunement programmé la fabrication de médicaments ophtalmologiques, elles ne comptent pas pour autant aider le moindre concurrent à le faire. Qu'à cela ne tienne, Jean décide de faire un coup de force ! Il se procure de la pénicilline directement auprès des grossistes et lance le premier collyre antibiotique sans AMM (autorisation de mise sur le marché).

C'est un scandale ! Les producteurs qui détiennent le monopole de fabrication de la pénicilline s'en offusquent. Jean est convoqué sur le champ par les autorités sanitaires. Devant son auditoire, il fait valoir qu'il a sans doute transgressé quelques lois ou règlements mais que, pour leur part, les producteurs ont transgressé les règles minimales de la décence en privant - pour des raisons exclusivement mercantiles ! - les malades d'un médicament qui allait bouleverser la thérapeutique, et sauver des yeux que la moindre infection pouvait parfois irrémédiablement condamner.

Les Laboratoires Chibret deviennent le premier producteur en France de collyres et pommades à base d'antibiotiques.

Jean rallie les autorités à sa cause et obtient l'autorisation de poursuivre sa production. Il réussit par là-même son premier coup d'éclat : les Laboratoires Chibret deviennent le premier producteur en France de collyres et pommades à base d'antibiotiques. Grâce aux relations privilégiées qu'il va nouer avec la firme américaine Merck et ses voyages aux Etats-Unis, il sera très vite le premier à proposer en France des traitements à base de cortisone, puis d'hydrocortisone, de dexaméthasone. Autant de produits qui vont bouleverser la thérapeutique de l'inflammation oculaire.

La gamme Chibret s'étoffera au rythme des découvertes. L'entreprise auvergnate passera au premier rang dans la plupart des classes thérapeutiques de l'ophtalmologie, notamment dans le domaine des antibiotiques et des corticoïdes qui représentent alors quelques 60 à 70% du marché.



100% dédié à
l'ophtalmologie
let's open our eyes

#2 Open
let's open our eyes
Le magazine by Théa
DEPUIS 150 ANS,
NOUS SOMMES DES PIONNIERS DE L'OPHTALMOLOGIE.
EN DÉVELOPPANT LES TRAITEMENTS, EN DIFFUSANT LE SAVOIR,
EN PARTAGEANT LA CONNAISSANCE AVEC
LES SPÉCIALISTES DU MONDE ENTIER,
NOUS PERMETTONS À TOUS
DE GARDER LES YEUX GRANDS OUVERTS.
LABORATOIRES-THEA.COM