« Les résultats de notre vaccin anticancer sont une première » : le patron de Moderna monte au créneau après la chute du cours de Bourse

Le Français Stéphane Bancel, dirigeant de la biotech américaine Moderna, revient dans un entretien avec « Les Echos » sur les résultats de son vaccin à ARN messager. Dans le mélanome, un cancer cutané, il réduit de 42 % le risque de rechute ou de décès.



Stéphane Bancel, directeur général de la biotech américaine Moderna. (Photo Christopher Katsarov/Zuma-REA)

Par Myriam Chauvot

Publié le 23 oct. 2026 à 18:14Mis à jour le 23 oct. 2026 à 18:58

Star du congrès européen d'oncologie (Esmo) qui a débuté vendredi à Madrid (Espagne), la présentation des résultats d'efficacité du vaccin anticancer à ARN messager (ARNm) de la biotech Moderna et de son partenaire le géant américain Merck MSD était prévue samedi. Le suspens a été tué dès jeudi, quand les résultats, donnés sous embargo par l'ESMO à certains médias, ont fuité sur X.

Moderna, proie des spéculateurs, en a fait les frais. En août, son cours s'était envolé de 177 % en une séance à l'annonce qu'en troisième et dernière phase d'essai, son vaccin ARNm personnalisé baptisé « Intismeran Autogène » était probant contre les rechutes dans le mélanome, un cancer cutané. Pourtant, Moderna n'avait dévoilé aucun chiffre, les réservant à l'Esmo. Jeudi, ce fut l'inverse : quand les chiffres ont fuité, son cours a illico chuté de 18 %...

Le marché semble déçu par les chiffres définitifs. Ils montrent une réduction de 42 % du risque de rechute ou de décès dans le mélanome quand Intismeran est pris en association avec l'anticancéreux de référence (le Keytruda de Merck MSD). Le dirigeant de Moderna, Stéphane Bancel, reste philosophe face à la spéculation boursière et préfère revenir sur les perspectives qu'ouvre ce nouveau vaccin.

Jeudi le cours de Moderna a chuté de 18 %. Que répondez-vous au marché, qui juge décevants les résultats définitifs de votre vaccin Intismeran Autogene contre la rechute dans les mélanomes ?

Il faut distinguer les mouvements boursiers des considérations scientifiques. Scientifiquement, les résultats de notre vaccin anticancer sont une première. Dans le mélanome, qu'un produit ait de meilleurs résultats que l'anticancéreux Keytruda pris seul n'était jamais arrivé depuis son lancement en 2018. A l'époque, l'essai du Keytruda dans le mélanome a amélioré de 43 % le pronostic comparé à un placebo. Aujourd'hui, Intismeran Autogene pris en association avec le Keytruda améliore de 42 % le pronostic par rapport au Keytruda seul. C'est un résultat exceptionnel.

Mais ce résultat ne doit pas être comparé à l'amélioration de 49 % obtenue en phase 2 intermédiaire de l'essai au bout de cinq ans. Car en phase 3, nous n'avons encore que 24,6 mois de recul. Le résultat (-42 %) est similaire aux -44 % affichés en phase 2 après 18 mois.

Les réactions boursières apparaissent donc infondées ?

L'action était à 63 dollars avant l'annonce le 19 août que la phase 3 de l'essai était probante. Le cours est monté à 174 dollars le 19 août sans aucune donnée chiffrée et a atteint 246 dollars le 21 octobre avant de redescendre à 203 dollars le 22 octobre, jour de la fuite... Il ne faut pas y chercher un sens. Il est juste dommage que les résultats aient fuité sans les explications qui en font tout l'intérêt.

L'échec du vaccin de BioNTech contre le cancer colorectal fait craindre au marché que la technologie du vaccin à ARNm ne fonctionne que pour les mélanomes. Qu'en est-il ?

Il est impossible scientifiquement de lier ces deux produits. C'est de l'ARNm, mais avec des techniques de conception et une approche qui diffèrent. C'était la même chose pendant la pandémie, le vaccin Covid à ARNm de Curevac avait échoué en phase trois. Ça n'a pas empêché celui de Moderna d'être efficace.

Vous espérez donc que votre vaccin va fonctionner pour tous les types de cancers ?

Il faut rester humble. Disons que nous avons bon espoir qu'il fonctionnera pour de nombreux cancers. Intismeran fournit aux patients de nouveaux lymphocytes T, des cellules immunitaires capables de reconnaître et d'attaquer les cellules cancéreuses. L'enjeu est de s'adapter à chaque cancer. Nous avons des essais en cours sur les cancers du rein, de la vessie et du poumon, où nous pensons qu'il y a de très fortes chances qu'Intismeran marche. J'entends les sceptiques, mais ils ont dit la même chose en 2018 quand le Keytruda, l'anticancéreux de Merck MSD, a traité avec succès le mélanome. Tout le monde a dit : Ça ne marchera pas ailleurs. Aujourd'hui, le Keytruda représente 32 milliards de dollars de ventes annuelles et traite de multiples tumeurs différentes.

Certains cancers sont très compliqués, comme le cancer du pancréas. Qui, en plus, est souvent diagnostiqué très tard. Intismeran marche probablement mieux sur des cancers de stade 2 ou 3, donc pas trop avancés. Je pense même que son meilleur positionnement

est possiblement en monothérapie pour des cancers détectés précocement, dès le stade 1. On avait présenté en 2018 des résultats montrant que des patients répondaient bien à l'Intismeran pris en monothérapie dans les cancers du poumon, du cou et dans le mélanome.

Quand sortiront les résultats ?

Impossible de le savoir avec certitude. Ce pourrait être dès début 2027 pour le cancer du rein, où nous menons une importante phase 2, de 350 participants, qui suffirait à demander l'autorisation si les résultats sont probants. Les résultats devraient paraître après dans le cancer de la vessie puis nous devrions avoir, en 2028, les résultats dans le cancer du poumon, dont l'essai est aujourd'hui en troisième et dernière phase 3 sur 1.100 patients. Dans le cancer du pancréas, qui est particulièrement compliqué, nous menons un essai de phase 1 que nous présentons dimanche à l'Esmo.

Quel est le rôle de l'intelligence artificielle ?

Sur les 1.100 patients de l'essai dans le mélanome, nous utilisons l'IA pour comprendre pourquoi Intismeran marche chez certains patients et pas d'autres. Y a-t-il des biomarqueurs, des mutations, etc. expliquant cela ? Avec l'IA, nous pouvons analyser les milliers de mutations que peut comporter un cancer et nous cherchons des règles. Progressivement, l'algorithme s'enrichit. Nous n'en sommes encore qu'à « Intismeran 1.0 ». C'est une démarche itérative. Les phases 1 d'essai sont petites et rapides, elles prennent six mois à un an, et tout échec, analysé par l'IA, permet d'ajuster la phase 1 suivante. Par ailleurs, l'année prochaine, avec le lancement commercial mondial d'Intismeran dans le mélanome, nous accumulerons les données en vie réelle de beaucoup plus de patients que les 1.100 participants à l'essai. Cela aussi fera évoluer l'algorithme, pour continuer à apprendre. Au niveau scientifique et médical, ce n'est que le début de l'aventure.

Quel va être le déploiement commercial d'Intismeran ?

Nous préparons la demande d'autorisation de mise sur le marché aux Etats-Unis, elle sera déposée en 2027. Puis nous déclinerons les demandes dans les autres régions. Notre partenaire Merck MSD est chargé de la commercialisation hors des Etats-Unis, qui devrait également être sollicitée en 2027, tandis que Moderna produira. Nous avons une usine aux Etats-Unis qui suffira à servir le monde dans l'indication mélanome. Si comme nous l'espérons Intismeran gagne ultérieurement d'autres indications dans d'autres cancers, nous verrons alors où implanter une seconde usine, en fonction de la demande des marchés.

Mais la demande va dépendre du prix, a priori élevé car c'est un vaccin personnalisé...

Intismeran ne nécessite pas de culture cellulaire, tout est fait de façon synthétique. Ce sera donc plus rapide et moins cher que les thérapies cellulaires personnalisées « Car-T Cell » qui existent actuellement pour les cancers du sang. Et nous investissons pour optimiser les process et réduire les coûts.

Intismeran peut-il cibler autre chose que le cancer, par exemple les maladies auto-immunes ?

Les maladies auto-immunes, tel le lupus, apparaissent quand les cellules immunitaires de type lymphocytes B attaquent le corps. Intismeran éduque les lymphocytes T. Donc oui, ce serait compliqué mais très possible de guider les lymphocytes T pour attaquer les lymphocytes B. La difficulté est de distinguer les « bons » lymphocytes B de ceux qui dysfonctionnent. C'est complexe, mais on regarde le sujet pour lancer un essai en 2027 en espérant de premiers résultats en 2028.