

L'histoire du Stéribox

Entretien d'Anne Coppel avec Elliot Imbert (in *ASUD-Journal*, n°61, mai 2018)

J'ai connu Elliot Imbert en 1989. Médecin généraliste au Centre de santé municipal d'Ivry, il faisait alors la tournée des pharmaciens de sa ville en leur demandant de donner un message et un tampon d'alcool en délivrant des seringues. Il faisait partie de ceux qui ont spontanément fait de la réduction des risques avant même d'avoir les mots pour le dire. Une histoire exemplaire, celle du Stéribox[®], commence.

Anne Coppel : Comment as-tu eu l'idée de faire un kit ?

Elliot Imbert : Au centre de santé, nous avons une consultation d'addictologie que fréquentaient une vingtaine d'usagers. Comme nous avons un labo intégré dans le centre, on leur a proposé un test du sida dès qu'il a été disponible fin 1986. Résultat : un usager sur deux était séropositif. Il était urgent d'éviter qu'ils se contaminent tous. Ce sont les patients qui m'ont alerté et c'est avec eux que nous avons cherché comment faire. J'avais suivi certains de ces jeunes patients quand ils étaient gamins. Je les traitais pour des angines quand ils avaient quatorze ans et je les retrouvais à vingt ans contaminés par le sida. Il n'y avait pas de traitement VIH. Annoncer une séropositivité, à l'époque, équivalait à annoncer un arrêt de mort. Il fallait d'urgence faire de la prévention pour éviter qu'ils ne se contaminent tous. Avec Danièle Gillis et Marie-Christine Charansonnet, deux collègues, on a voulu comprendre comment ils faisaient, comment ils se procuraient leurs seringues et quelles seringues ils utilisaient. Avant la légalisation de la vente des seringues en pharmacie, ils pouvaient utiliser la pharmacie familiale, ou bien ils achetaient en pharmacie du Ribomunil, un vaccin injectable en vente libre. Certains se rapprochaient de l'entourage de diabétiques pour obtenir des « insulines ».

Il nous fallait comprendre comment ils s'injectaient. En médecine, l'auto-injection intraveineuse à une main, ça n'existe pas. Ce n'est pas enseigné. La seule injection intraveineuse qui existe, c'est celle faite par l'infirmière, et elle se fait à deux mains. Il faut plusieurs jours pour qu'une infirmière sache réaliser une injection intraveineuse « correcte », c'est un vrai savoir-faire. À une main, pour un usager, c'est acrobatique. Mettre un garrot. Trouver la veine. Faire la tirette pour être sûr d'être dedans. Enlever le garrot. Faire coulisser le piston sans à-coup en évitant l'obstruction des veines. Les injecteurs, avons-nous appris, redoutaient les seringues qui écorchent les veines, celles qui se bouchaient. Le mode d'emploi officieux de l'auto-injection circulait entre injecteurs : il nous fallait l'apprendre. Et, après l'avoir appris d'eux, il fallait le rectifier et élaborer avec eux un nouveau mode d'emploi « à risques réduits ».

L'urgence, c'était bien sûr le sida, mais nous voulions aussi prévenir les abcès, les septicémies, les endocardites. Nous avons compris que ce qu'ils appellent « les poussières », ce sont des endotoxines venant des membranes des bactéries de la peau. Sur les poussières, il y avait plein d'idées fausses. Du type « *la poussière peut se voir à l'œil nu en transparence dans le corps de la seringue* » et « *il faut refaire immédiatement un shoot avec de l'eau* ». Nous avons expliqué qu'un tampon d'alcool préalable était la meilleure prévention et qu'un nouveau shoot n'était pas la bonne solution. Que « faire les cotons » provoquait des « poussières ». Ils étaient réticents à l'utilisation d'un tampon d'alcool, ne voyaient pas le lien ni avec les abcès ni avec les poussières ; il a fallu trouver les arguments pour qu'ils adoptent le tampon d'alcool. On a tenté « *l'alcool pique, d'accord, mais c'est pour ça qu'il est efficace sur les bactéries* ». Et aussi : « *Quand une rougeur apparaît là où vous vous êtes piqués, appliquez une compresse d'alcool, ça peut vous éviter l'abcès* ». Puis on a tenté : « *l'alcool est vasodilatateur, vos veines vont gonfler en frottant avec l'alcool, vous les verrez beaucoup mieux pour taper* ». Ce qui était un vieux truc d'infirmières. Mais c'était vrai. Et ça a marché. À la fin des années 1990, plus de 80% des usagers désinfectaient avant d'injecter.

Lorsque les seringues ont été mises en vente libre, nous avons tout de suite pensé que les pharmacies étaient des lieux stratégiques : tous les injecteurs les fréquentaient. On a commencé à faire la tournée des pharmaciens d'Ivry. Un à un, nous les avons convaincus de donner un tampon d'alcool avec chaque seringue vendue, avec une information sur les bonnes pratiques d'injection : une seringue neuve chaque fois que possible.

L'année suivante, nous avons commencé à travailler avec les injecteurs que nous connaissions sur le projet d'une pochette contenant une seringue. La seringue préférée était la « Becton Dickinson ». C'était une seringue conçue pour l'injection sous-cutanée du diabétique, mais elle fonctionnait très bien pour l'injection intraveineuse. Le fabricant avait inventé un biseau à trois lobes, qui diminue la douleur du diabétique quand il s'injecte dans la peau du ventre. Ce biseau trilobé était apprécié des usagers car la blessure des parois de la veine était minime ; on pouvait bien orienter le biseau au moment de rentrer dans la veine ; la lubrification du piston était très bonne, il coulissait sans à-coup, et le risque d'« *envoyer à côté* » diminuait.

Dans la pochette, il y avait donc une seringue, un tampon alcoolisé, un message de prévention et nous y avons ajouté un « *képa* » qui contenait un préservatif et le « droit » à un test de dépistage gratuit du VIH au Centre de santé. Sur la pochette un slogan : « qui se pique s'y frotte », ni moralisateur ni dramatisant.

A.C. : Mais tout au long des années 1980, toxicomanie et sida, c'était un véritable tabou ! Personne n'en parlait ! La plupart des pharmaciens ne voulaient pas de toxicomanes dans leurs boutiques, même après la libéralisation des seringues.

E.I. : Oui, on était à contre-courant ! En banlieue parisienne, il n'y avait pas d'immeuble sans au moins un usager d'héroïne, souvent contaminé par le sida. Nous avons choisi de travailler dans les centres de santé parce que nous avons une approche communautaire. Cette pratique permet de faire à la fois du soin et de la prévention, et de le faire pour tous les habitants sans exclure qui que ce soit. Nous voulions donner toute sa place à la prévention, et pas seulement au traitement médical. Et là, les pharmaciens étaient en première ligne. En 1987, les seringues avaient bien été libéralisées, mais aucune mesure d'accompagnement des pharmaciens n'avait été prévue. Il fallait convaincre les pharmaciens qu'ils jouaient un rôle-clé de santé publique. Or les pharmaciens, à cette époque-là —comme la plupart des médecins— voulaient avoir le moins souvent possible affaire à cette « clientèle ».

A.C. : Qui a subventionné cette première action ?

E.I. : La municipalité et l'Agence française de lutte contre le sida (AFLS). En 1990, l'État était désarmé, il cherchait à savoir comment s'y prendre pour « toucher » les usagers de drogue, pour faire passer les messages de prévention du sida. L'AFLS venait d'être créée pour développer des projets de santé communautaires. Avant cette date, il n'y avait pas eu de campagne de prévention du sida pour les usagers. Le premier cas de sida chez les « toxicomanes » n'avait été décrit qu'en 1984. Les « toxicomanes » ne fréquentaient pas le système de soins. Mais ils fréquentaient tous les jours la pharmacie. Nous avons réussi à convaincre la municipalité, grâce à un élu dont un des proches était malade. L'action « Qui s'y frotte s'y pique » a été évaluée : nous avons réussi à impliquer 18 des 20 pharmaciens de la ville, ce qui n'était pas gagné d'avance ! Mais surtout, dans l'évaluation, les usagers nous ont dit ce qui manquait pour faire un « vrai kit » : de l'eau stérile, de l'acide citrique, un filtre, un récipient métallique. Et les pharmaciens nous ont dit : « *si vous voulez qu'on continue, il faut vendre ce kit comme un produit pharmaceutique* ». Élever le kit au rang d'un produit de qualité pharmaceutique était ce que nous appelions de nos vœux : les pharmaciens joueraient leur rôle, et nous, médecins, le nôtre. Les pharmaciens savaient tous que le client qui demandait « une insuline » injectait autre chose que l'insuline. Cela le mettrait moins mal à l'aise de vendre des Stéribox et permettrait même, parfois, d'engager le dialogue....

Lui donner un nom aiderait donc le pharmacien et éviterait à l'acheteur de seringues d'être stigmatisé dans l'officine. Il ferait la queue, comme tout le monde. Il annoncerait un nom de produit pharmaceutique, la clientèle présente dans l'officine n'ayant pas à savoir qu'il s'agit de seringue. Avec l'aide d'un noyau d'usagers, nous avons peu à peu ajouté ce qui manquait pour faire un kit. Combien de seringues fallait-il mettre dans un kit ? Le programme d'échange d'Amsterdam donnait une seringue de plus que ce que demandait l'usager. Bonne idée que nous avons reprise pour limiter les réutilisations. Puisque les usagers demandaient lors de l'achat une seule seringue, on en mettrait deux dans le Stéribox. Il fallait de l'eau stérile. Il n'y avait pas d'autorisation de mise sur le marché de l'eau en ampoule plastique : nous obtenons in extremis d'un fabricant qu'il demande une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) pour cette eau-là.

Le partage était fréquent dans les couples, nous disaient les usagers. Wolinski a illustré le packaging avec le slogan « À chacun la sienne ».

Et voilà le premier Stéribox mis en vente dans les vingt pharmacies d'Ivry, en septembre 1992.

Au prix de deux seringues de l'époque (5 Francs). Succès rapide. Les acheteurs venaient des villes voisines, de Vitry ou du 13^e arrondissement de Paris, et ils demandaient le kit aux pharmaciens de leur quartier.

Devant le succès, l'antenne du Val-de-Marne de l'AFLS a étendu le projet au département. Puis, nouvelle évaluation, nouvelle extension.

En 1992, nous avons créé l'association Apothicom avec des usagers, des médecins et un pharmacien. Cette alliance a été décisive. L'AFLS a fait fabriquer 200 000 kits pour l'Île-de-France et la région PACA. Les réseaux Ville-Hôpital les ont diffusés auprès des pharmaciens de leur secteur : la prévention du sida était alors une priorité.

En 1994, le ministère de la Santé a décidé d'étendre le programme au niveau national. Pour que le Stéribox soit disponible dans toutes les pharmacies françaises, nous avons, à la demande de Simone Weil, cédé la marque gratuitement à l'État. La condition était que le cahier des charges soit respecté et que le kit soit vendu à 5 Francs maximum. Pour nous, l'État était la meilleure garantie de qualité et de pérennité du programme Stéribox.

En 1996, le ministère de la Santé a choisi une autre seringue à insuline que celle que les usagers avaient plébiscitée pour le Stéribox, mais les injecteurs n'en ont pas voulu. La seringue choisie était une seringue italienne. Elle était bonne pour la voie sous-cutanée, convenait aux diabétiques, mais elle n'était pas bonne pour l'usage intraveineux : elle se tordait lorsque l'on cherchait la veine et se bouchait. Le biseau n'étant pas trilobé, il pénétrait mal dans la paroi de la veine et, quand il y pénétrait, elle éclatait. Le piston étant mal lubrifié, des à-coups étaient nécessaires lorsque l'on poussait le piston pour injecter, mettant souvent le produit à côté. Les ventes de Stéribox ont chuté rapidement : en trois mois, elles sont passées de 185 000 par mois à 145 000. Les usagers se plaignaient à leurs pharmaciens. Ils demandaient des seringues, mais, disaient-ils, « *pas celle du Stéribox* » ; les préconisations de réduction des risques devenaient inaudibles. Je suis allé au ministère de la Santé, j'ai insisté. Sans succès. J'ai fini par appeler Jean-François Girard, le Directeur général de la Santé, avec qui j'avais signé la cession gratuite de la marque Stéribox : « *la seringue n'est pas bonne et je n'arrive pas à me faire entendre* ». J'ai été renvoyé d'un bureau à un autre.

« *Eh bien, vous n'avez qu'à assigner l'État !* », m'a lancé un des fonctionnaires du ministère.

C'était une boutade et il ne s'attendait pas à ce que je le fasse. Pour moi, l'État ne jouait pas son rôle de garantie de la qualité de cette action. Le calcul était simple. La baisse des ventes de Stéribox, ça signifiait 60 000 injections par mois qui se faisaient sans la « protection » du matériel stérile associé et entraînait un retour aux anciennes pratiques à risque.

Je me suis lancé : j'ai assigné l'État français avec, pour principal soutien, les usagers. Ce n'était pas évident du tout d'attaquer l'État français, mais j'étais sûr de moi ; je connaissais les premiers travaux de recherche internationaux, je savais qu'une erreur était en train d'être commise. Steve Jones, le

responsable de la prévention sida du CDC (le « Centre pour le contrôle des maladies » des États-Unis), m'avait invité l'année précédente à présenter l'expérience française à une conférence de pharmaciens au Texas. Steve menait des études aux États-Unis qui n'étaient pas encore publiées. Et il m'avait fait part des premiers résultats. Ils étaient sans appel : plus on donne de seringues stériles, moins il y a de sida. Ça paraît évident aujourd'hui, mais ça ne l'était pas du tout à cette époque.

Apothicom a payé un avocat, fait une campagne de presse, et nous avons gagné ce procès le 22 janvier 1997. Personnellement, j'ai obtenu un Franc de dommages et intérêts, mais Apothicom a pu être remboursée de ses frais et surtout les bonnes seringues ont repris leur place ; la marque m'a été redonnée par le Tribunal, ce qui m'a permis de faire évoluer le Stéribox.

Nous savions —le ministère de la Santé l'avait aussi compris, car une étude menée par l'Inserm auprès de 320 usagers le montrait— que le kit était incomplet : les préparations d'injections se faisaient encore dans le « cul des canettes » de bière ou avec des cuillères qui passaient de main en main. Des filtres de cigarettes partagés faisaient office de filtre. Il fallait intégrer au Stéribox une cupule stérile pour éviter les bricolages et un filtre stérile.

Mais il allait falloir à nouveau batailler. Car aucun labo pharmaceutique n'acceptait de travailler à un tel projet de fabrication. Une cuillère qui aiderait les toxicomanes à se droguer ? Impossible ! Inventée par un médecin de banlieue en procès avec l'État ? Trop risqué ! J'ai donc dû me débrouiller. J'ai la chance d'avoir un frère spécialiste du métal chauffé. Il a mis son bureau d'études à ma disposition. J'ai pu trouver le bon métal, le moins toxique, la bonne contenance et surtout la bonne forme qui convenait aux usagers. Deux ans de travail, de fabrique de moules expérimentaux, de prototypes, d'essais de stérilisation. À chaque moule expérimental, des prototypes étaient fabriqués, stérilisés, testés puis proposés aux usagers. Les gens d'ASUD encourageaient la démarche et donnaient chacun leur avis. Jusqu'au jour où, finalement, le Stericup est devenu un « produit pharmaceutique » comme un autre, disponible en pharmacie dans le Stéribox.

Restait à développer un filtre membranaire, spécifiquement dédié à l'usage de drogue, et qui rendrait le liquide « limpide », « transparent » afin d'éviter les dégâts causés par l'injection de particules : en 2002, le Sterifilt était mis au point et disponible. La filtration membranaire évite des ennuis sérieux, comme les « mains de Popeye » et d'autres problèmes. Le Sterifilt a été peu à peu adopté dans une quinzaine de pays et dans la plupart des salles d'injection. Notre avis est qu'il devrait être inclus dans les kits français.

A.C. : Que réponds-tu aux accusations de profits lucratifs faits « sur le dos » des usagers par Apothicom ?

E.I. : En 2007, devant le succès inattendu des Stericups et Sterifilts à l'étranger, nous créons une SARL pour pouvoir exporter, investir dans des outils industriels et innover. Cette société se constitue avec deux actionnaires : l'association et moi-même. L'association a amené sa trésorerie, moi-même j'ai amené la marque Stéribox, après qu'un commissaire aux comptes l'ait évaluée. L'association a posé une condition : que la société ne distribue pas de dividendes, que les bénéfices soient tous réinvestis en recherche clinique, développement et en investissements destinés à diminuer le coût de fabrication. Cette SARL existe depuis dix ans. Aucun dividende n'a été distribué depuis sa création. Les comptes sont publiés et tout un chacun peut les vérifier.

A.C. : On parle de monopole de fait détenu par Apothicom ?

E.I. : L'idée selon laquelle Apothicom détiendrait un monopole est fautive : il existe des cupules, des filtres, des acides stériles et des seringues concurrents, disponibles en France comme à l'étranger. L'on ne saurait nous reprocher le fait que le matériel Apothicom soit choisi car moins cher et plébiscité par les usagers.

Le Stéribox est produit par deux laboratoires que le cahier des charges, fixé par l'État, laisse libres de choisir leurs fournisseurs pour les différents composants.

Depuis 2002, le Stéribox est toujours vendu 1 Euro, alors que la subvention que l'État verse aux laboratoires fabricants n'a pas augmenté. Cette aide de l'État (0,39 Euro par Stéribox) est décisive. C'est elle qui permet de contenir le prix du Stéribox à 1 euro. Le prix commercial « normal » du Stéribox, s'il était « libre », s'il n'y avait pas d'aide de l'État, serait de 2 à 3 Euros en officine.

Stericups et Sterifilts sont nés en France, de l'expertise des usagers ; une fois conçus, il a fallu installer une fabrication à bas prix, de façon à les rendre accessibles à tous. Une fabrication de qualité pharmaceutique, indépendante de l'industrie pharmaceutique, et guidée par l'étude des besoins des injecteurs. C'est cela la marque d'Apothicom : mettre au point des outils de prévention à partir des besoins des injecteurs, les tester en partenariat avec les acteurs de terrain. S'ils sont efficaces, nous investissons nous-mêmes dans des outils industriels pour les fabriquer à bas prix et garantir leur qualité.

En augmentant les volumes, nous avons pu abaisser les prix en France. C'est ce qui permet au Stéribox aujourd'hui de rester à bas prix. La pharmacie reste la première source de seringue en France, la seringue doit y rester à bas prix. Dès que le prix de la seringue augmente en officine, sa réutilisation augmente et le nombre de nouveaux cas d'hépatite C augmente parallèlement. Le lien est établi entre la réutilisation du matériel et le risque de transmission par l'hépatite C. Dès qu'elles sont gratuites (c'est le cas des programmes d'échange en pharmacie par exemple), les seringues sont moins réutilisées. On est encore loin d'atteindre l'objectif de Santé Publique « un shoot = une seringue ». Il y a 3 000 à 5 000 nouveaux cas d'hépatite C par an, soit dix contaminations par jour, dont les usagers sont les premières victimes. Diffuser plus de seringues, en augmentant le nombre de lieux de distribution et leur accessibilité, en les rendant gratuites en pharmacie, comme cela se fait au Royaume-Uni, au Canada, au Portugal, etc., c'est le seul levier qui a prouvé son efficacité pour contenir l'épidémie d'hépatite C. L'accessibilité du matériel d'injection en pharmacie est donc selon nous une priorité et le bas prix du Stéribox en est son corollaire. Le fait d'être en société ne nous éloigne pas de ces considérations éthiques.

A.C. : Les pratiques d'injection ont elles évolué ?

E. I. : Les contextes sont variés. Le grand problème est que les gestes de base pour se protéger des risques pris en s'injectant sont aujourd'hui de moins en moins connus. L'utilisateur qui commence à injecter aujourd'hui n'a aucune raison de connaître par lui-même la façon adéquate d'injecter. Il n'a pas fait d'études d'infirmière. Ces gestes sont techniques et s'apprennent. Une simple « faute d'asepsie », comme nous disons dans notre jargon, et ce peut être l'abcès ou l'endocardite. Un partage accidentel de cuillère, quand on est à plusieurs, et ce peut être l'hépatite. L'utilisateur ne peut apprendre les précautions à prendre pour le geste de l'injection sans que l'on les lui fasse connaître. Au cours des années 1990, les messages de réduction des risques étaient transmis et véhiculés par les usagers. La peur du sida avait opéré. Au tournant du siècle, on a pu observer que les acquis de la réduction des risques ne se transmettaient pas. La peur du sida n'opère plus, la RdR s'institutionnalise, une dynamique de mobilisation collective serait nécessaire. Les indicateurs les plus récents montrent que cette rupture dans la transmission des savoirs s'aggrave : le partage de seringues vient d'augmenter considérablement ces trois dernières années —surtout chez les plus jeunes. Abcès, poussières et endocardites ne diminuent pas. De plus en plus d'injecteurs ignorent le bon protocole, pourtant tout simple, permettant une désinfection efficace avant d'injecter : en savoir plus sur les « bonnes pratiques » leur permettrait de risquer beaucoup moins.

L'éducation à l'injection et sa transmission par les pairs, ça devient urgent !

A.C. : Et maintenant ?

E.I. : Nous venons de « terminer » la mise au point d'un filtre à seringue totalement stérilisant. Nous avons vérifié son acceptabilité auprès de 250 usagers dans cinq pays, dont la France. Nous l'appelons Sterifilt+. Il rend le liquide non seulement limpide, ce que faisait le Sterifilt, mais « stérile » ; il est universel, compatible avec tous les matériels, à un prix accessible. L'efficacité de la filtration

membranaire obtenue par les filtres toupie peut être ainsi mise à la disposition du plus grand nombre. Ce nouveau filtre est prêt. Nous avons proposé à la Direction générale de la santé de l'inclure dans le Stéribox, pour qu'il y remplace le filtre coton.

Une injection entièrement « stérile » et accessible à tous est donc aujourd'hui possible. C'est une nouvelle étape dans la réduction des risques. C'est l'étape d'avant la substitution injectable. L'étape de l'automédication injectable... mais sans risque infectieux.