

MÉTHODOLOGIE GÉNÉRALE DE L'ENQUÊTE ANRS-VESPA2

// GENERAL METHOD OF THE ANRS-VESPA2 STUDY

Rosemary Dray-Spira (rosemary.dray-spira@inserm.fr)^{1,2}, Bruno Spire^{3,4,5}, France Lert^{1,2} et le groupe Vespa2

¹ Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations, Inserm, U1018, Villejuif, France

² Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, UMRS 1018, Villejuif, France

³ Inserm UMR912 (Sesstim), Marseille, France

⁴ Aix-Marseille Université, UMR_S912, IRD, Marseille, France

⁵ ORS Paca - Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, Marseille, France

Soumis le 09.04.2013 // Date of submission: 04.09.2013

Mots-clés : Infection à VIH, Conditions de vie, Vespa2, Méthodologie, France

// **Keywords:** HIV infection, Living conditions, VESPA2, Methodology, France

Constitution de l'échantillon

L'enquête Vespa2 (VIH : Enquête sur les personnes atteintes) a été conçue de façon à rendre compte au mieux de la diversité de la population suivie pour l'infection par le VIH sur le territoire national en termes épidémiologique, démographique et de lieu de prise en charge. Pour des raisons pratiques, le champ de l'étude s'est limité aux personnes suivies à l'hôpital.

Métropole

Une base de sondage de l'ensemble des hôpitaux ayant une activité de suivi VIH a été constituée par croisement des bases de données existantes : Base de données hospitalière française sur l'infection à VIH (FHDH ANRS CO4), Cohorte Aquitaine, données de la déclaration obligatoire de l'Institut de veille sanitaire, données des Corevih) et, pour chaque établissement, la taille de la file active de patients séropositifs a été documentée. Parmi les 605 hôpitaux recensés au total, 118 avaient une file active VIH d'au moins 100 patients. Ces 118 hôpitaux, comptant une file active VIH totale de 79 046 patients, ont été répartis en trois strates selon la taille de la file active : 36 « petits » (file active de 100 à 300 patients), 52 « moyens » (300 à 800) et 30 « gros » (plus de 800).

Les hôpitaux ont été sélectionnés, au sein de cette base de sondage pour l'enquête, par un tirage au sort stratifié sur la taille de la file active VIH, avec une fraction de sondage de 1 parmi les « gros » établissements, de 1 sur 2 parmi les « moyens » et de 1 sur 4 parmi les « petits ». Au sein des hôpitaux sélectionnés, tous les services ayant une activité de suivi VIH étaient éligibles pour l'enquête. Au total, 86 services ont été sollicités, parmi lesquels 73 (dans 68 hôpitaux) ont participé. Au sein de chaque service, tous les médecins assurant le suivi de patients séropositifs en consultation externe ou en hôpital de jour (HDJ) ont été sollicités pour participer. Parmi les 510 médecins éligibles sollicités, 413 (81%) ont participé.

Pour être éligibles, les patients devaient être âgés de 18 ans ou plus, être séropositifs pour le VIH-1 avec un diagnostic datant d'au moins 6 mois et résider en France depuis au moins 6 mois. Les patients éligibles étaient sélectionnés pour l'enquête par un tirage au sort dont le pas de tirage était différent selon le type de recours à l'hôpital : en consultation externe, les consultants éligibles étaient tirés au sort selon l'ordre de leur passage en consultation; en HDJ, tous les patients éligibles étaient sélectionnés. Les patients tirés au sort étaient sollicités par le médecin pour l'enquête, sauf si celui-ci le jugeait inadéquat en raison d'un problème de santé ou de difficultés linguistiques.

Afin de constituer un échantillon (fixé à 3 000 patients) reflétant la distribution de la file active totale, le nombre de patients à inclure a été calculé pour chaque hôpital au *pro rata* de la part de sa file active dans la strate et de la part de la strate dans la file active totale. Dans les cinq hôpitaux comptant deux services participants, l'effectif à inclure a été réparti entre les services au *pro rata* de leur file active VIH. Au sein de chaque service, l'effectif à inclure a été réparti au *pro rata* du volume d'activité entre les consultations externes et l'HDJ, d'une part, et entre les médecins, d'autre part.

Départements d'outre-mer (DOM)

L'ensemble des services hospitaliers ayant une activité de prise en charge du VIH en Martinique (1 service), Guadeloupe (2 services), à La Réunion (2 services) et à Saint-Martin (1 service) ont participé à l'enquête. En Guyane, l'enquête s'est déroulée uniquement à l'hôpital de Cayenne (2 services). Ces huit hôpitaux comptaient une file active VIH totale de 4 203 patients. Pour être éligibles, les patients devaient être âgés de 18 ans ou plus, séropositifs pour le VIH-1 avec un diagnostic datant d'au moins 6 mois et suivis dans le département depuis au moins 6 mois. Les modalités de sélection des patients étaient identiques à celles utilisées en métropole. Dans chaque service,

le nombre de patients à inclure a été fixé à 15% de la file active VIH, réparti au *pro rata* du volume d'activité entre les consultations externes et l'HDJ d'une part, et entre les médecins d'autre part.

Informations collectées

Pour tous les patients éligibles, les informations suivantes étaient systématiquement documentées dans un registre d'informations : sexe, âge, nationalité, situation d'emploi, groupe de transmission, taux de CD4 et charge virale.

Les participants répondaient à un questionnaire standardisé administré en face-à-face (méthode Capi, *Computer Assisted Personal Interview* en métropole) par un enquêteur spécialisé sur place, à l'issue de la consultation médicale. Le questionnaire, d'une durée moyenne de 55 minutes, investiguait de façon détaillée de nombreuses dimensions des conditions de vie et de la santé. Afin de permettre les comparaisons, la formulation des questions a le plus souvent possible été reprise de la première enquête Vespa (effectuée en 2003) et d'enquêtes en population générale ou auprès de la population homosexuelle. Au terme de l'entretien, les participants recevaient une indemnisation de 15€ sous forme de bon d'achat.

En métropole, les participants étaient aussi invités à remplir sur place un questionnaire auto-administré comportant des échelles d'évaluation de la santé, de la qualité de vie et des soins.

Enfin, pour chaque participant, des informations médicales sur les indicateurs clés de l'infection par le VIH, les comorbidités et les traitements prescrits étaient documentées par l'équipe soignante à partir du dossier médical.

Dans chaque service, au terme de la période d'enquête, un attaché de recherche clinique était chargé de s'assurer de l'exhaustivité des informations collectées dans le registre d'informations pour l'ensemble des éligibles d'une part, et des données médicales pour les participants d'autre part.

Bilan du recueil

Métropole

Entre le 4 avril 2011 et le 4 janvier 2012, 9 098 individus répondant aux critères d'éligibilité se sont présentés dans les services participants au cours d'un nombre total de 1 633 sessions de consultations ou d'HDJ. Parmi eux, 5 617 (61,7%) ont été tirés au sort pour l'enquête, parmi lesquels 378 (6,8%) n'ont pas été sollicités par leur médecin (212 pour des raisons de santé et 166 pour des problèmes de langue). Parmi les 5 239 individus sollicités, 2 147 ont refusé et 70 ont abandonné l'interview en cours de questionnaire. Au total, 3 022 individus ont été inclus (taux de participation : 57,7%).

Comparés aux éligibles, les participants étaient significativement plus souvent des hommes infectés par rapports sexuels avec des hommes, avaient plus souvent un taux de CD4 > 500/mm³, et ils étaient moins souvent étrangers et en emploi.

DOM

Entre janvier et décembre 2011, 1 672 individus répondant aux critères d'éligibilité se sont présentés dans les services participants au cours d'un nombre total de 408 sessions de consultations ou d'HDJ. Parmi eux, 1 065 (63,7%) ont été tirés au sort pour l'enquête, parmi lesquels 125 (11,7%) n'ont pas été sollicités par leur médecin (83 pour des raisons de santé et 42 pour des problèmes de langue). Parmi les 940 individus sollicités, 317 ont refusé et 25 ont abandonné l'interview en cours de questionnaire. Au total, 598 individus ont été inclus (taux de participation : 63,6%).

Selon les départements, des différences existaient entre individus participants et éligibles en termes d'âge, de sexe, de groupe de transmission, de situation d'emploi et de charge virale.

Pondération et redressement

Afin de tenir compte du plan de sondage et des biais liés à la non-participation, les données brutes ont été corrigées par des coefficients de pondération et de redressement qui permettent de fournir des estimations extrapolables à l'ensemble de la population séropositive diagnostiquée depuis au moins 6 mois et suivie à l'hôpital à l'échelle de la France métropolitaine d'une part, et des différents départements d'outre-mer d'autre part (sauf en Guyane où le champ de l'enquête se limite à Cayenne). Le coefficient de pondération correspond à l'inverse de la probabilité d'inclusion de chaque individu dans l'échantillon, probabilité calculée sur la base des caractéristiques du plan de sondage et de la fréquence individuelle de venue à l'hôpital. Le coefficient de redressement, obtenu par post-stratification, a été calculé de manière à ce que la distribution pondérée et redressée des caractéristiques des individus participants en termes de sexe, âge, nationalité, situation d'emploi, groupe de transmission, taux de CD4, charge virale et région de l'hôpital soit la même que parmi l'ensemble des individus éligibles pour l'enquête.

Toutes les analyses portent sur les données pondérées et redressées.

Construction des groupes socio-épidémiologiques

En métropole, en raison de la concentration de l'épidémie dans des groupes de la population bien circonscrits, avec des traits démographiques et sociaux spécifiques et des niveaux de prévalence et d'incidence très différents, des groupes socio-épidémiologiques exclusifs ont été créés : hommes

ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH : hommes ne se définissant pas hétérosexuels ou ayant eu au moins un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois, quel que soit leur pays de naissance); usagers de drogue par injection (UDI : transmission du VIH par usage de drogue ou histoire d'injection ou de substitution dans la vie, quel que soit leur pays de naissance et à l'exclusion des HSH); immigrés originaires d'Afrique subsaharienne; et un groupe « autres », constitué de personnes non UDI, françaises ou immigrées nées dans un pays hors d'Afrique subsaharienne, principalement infectées par des rapports hétérosexuels. Hommes et femmes ont été distingués dans chaque groupe.

Traitement des non-réponses

Du fait des modalités de l'enquête (entretien en face-à-face par Capi avec un enquêteur spécialisé et utilisation de questions validées pour le recueil des informations du questionnaire principal; vérification par un attaché de recherche clinique de l'exhaustivité des informations collectées pour les données médicales et le registre d'informations), les données manquantes étaient limitées pour l'ensemble des informations recueillies. En conséquence, aucune méthode systématique de traitement des non-réponses n'a été mise en œuvre.

Limites méthodologiques

L'enquête Vespa2 visait à fournir des informations fiables et détaillées sur les conditions de vie de la population des personnes vivant avec le VIH en France dans son ensemble. Malgré la mise en œuvre d'outils méthodologiques variés pour atteindre cet objectif, certaines limites doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats.

Tout d'abord, les informations apportées par l'enquête Vespa2 ne concernent pas la totalité des personnes vivant avec le VIH en France. En premier lieu, les personnes ayant une infection à VIH non diagnostiquée sont exclues du champ de l'enquête. De plus, la population enquêtée exclut trois types de personnes diagnostiquées séropositives : a) les personnes dont le diagnostic VIH date de moins de 6 mois au moment de l'enquête; b) les personnes dont le diagnostic VIH date de plus de 6 mois qui ne sont pas prises en charge sur le plan médical pour leur infection; c) les personnes dont le diagnostic VIH date de plus de 6 mois qui sont suivies exclusivement en ville ou dans des hôpitaux ayant une file active inférieure à 100 patients VIH. Cependant, aujourd'hui le suivi de l'infection à VIH est principalement effectué dans des services hospitaliers spécialisés et le suivi exclusif en ville reste limité, suggérant que les estimations issues de l'enquête Vespa2 s'appliquent à l'immense majorité de la population diagnostiquée séropositive en France.

Par ailleurs, les informations collectées auprès des participants ont pu être influencées par les modalités de leur recueil. En effet, les réponses à certaines

questions, notamment celles concernant la sexualité et les pratiques préventives, peuvent avoir fait l'objet d'un phénomène de « désirabilité sociale » du fait que ces questions étaient posées lors d'un entretien en face-à-face, au sein même du service hospitalier dans lequel les personnes étaient suivies. Toutefois, la méthodologie mise en œuvre, et plus particulièrement la passation des entretiens par des enquêteurs professionnels extérieurs aux services, le respect strict de l'anonymat au cours de l'entretien et l'utilisation de questions validées dans d'autres contextes et populations, a probablement permis de limiter ce phénomène.

Éthique

Tous les supports individuels de recueil étaient anonymisés au moment de l'inclusion dans l'étude. L'enquête a reçu un avis favorable du Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS, 20/01/2010) et l'autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL, Décision DR-2010-368, 06/12/2010).

Remerciements

Les auteurs remercient les personnes qui ont accepté de participer à l'enquête ANRS-Vespa2 et les associations qui ont apporté leur soutien à l'étude.

Les remerciements vont aussi aux investigateurs :

En métropole, Aix-en-Provence, CH Pays d'Aix (T. Allègre, P. Mours, J.M. Riou, M. Sordage); Angers, CHU Hôtel-Dieu (J.M. Chennebault, P. Fialaire, V. Rabier); Annemasse, CH Alpes-Léman (M. Froidure, D. Huguot, D. Leduc); Avignon, Hôpital Henri Duffaut (G. Pichancourt, A. Wajsbrot); Besançon, Hôpital Saint-Jacques (C. Bourdeaux, A. Foltzer, B. Hoen, L. Hustache-Mathieu); Bobigny, Hôpital Avicenne (S. Abgrall, R. Barruet, O. Bouchaud, A. Chabrol, S. Mattioni, F. Mechai); Bondy, Hôpital Jean Verdier (V. Jeantils); Bordeaux, Hôpital Saint-André (N. Bernard, F. Bonnet, M. Hessamfar, D. Lacoste, D. Malvy, P. Mercié, P. Morlat, F. Paccalin, M.C. Pertusa, T. Pistone, M.C. Receveur, M.A. Vandenhende); Boulogne-Billancourt, Hôpital Ambroise Paré (C. Dupont, A. Freire Maresca, J. Leporrier, E. Rouveix); Caen, Hôpital Clémenceau (S. Dargere, A. de la Blanchardière, A. Martin, V. Noyon, R. Verdon); CH de Chambéry (O. Rogeaux); Clermont-Ferrand, CHU Gabriel Montpied (J. Beytout, F. Gourdon, H. Laurichesse); Colombes, Hôpital Louis-Mourier (F. Meier, E. Mortier, A.M. Simonpoli); Creil, CH Laennec (F. Cordier); Créteil, CHIC (I. Delacroix, V. Garrait, B. Elharrar); Hôpital Henri Mondor (S. Dominguez, A.S. Lascaux, J.D. Lelièvre, Y. Levy, G. Melica); Dijon, Hôpital du Bocage (M. Buisson, L. Piroth, A. Waldner); Eaubonne, Hôpital Simone Veil (N. Gruat, A. Leprêtre); Garches, Hôpital Raymond-Poincaré (P. de Truchis, D. Le Du, J.Cl. Melchior); CH de Gonesse (R. Sehouane, D. Troisvallats); CHU de Grenoble (M. Blanc, I. Boccon-Gibod, A. Bosseray, J.P. Brion, F. Durand, P. Leclercq, F. Marion, P. Pavese); La Rochelle, Hôpital Saint-Louis (E. Brottier-Mancini, L. Faba, M. Roncato-Saberan); La Roche-sur-Yon, CHD Les Oudairies (O. Bollengier-Stragier, J.L. Esnault, S. Leautez-Nainville, P. Perré); CH de Lagny Marne-la-Vallée (E. Froguel, M. Nguessan, P. Simon); Le Chesnay, CH de Versailles (P. Colardelle, J. Doll, C. Godin-Collet, S. Roussin-Bretagne); Le Kremlin-Bicêtre, Hôpital de Bicêtre (J.F. Delfraissy, M. Duracinsky, C. Goujard, D. Peretti, Y. Quertainmont); CH du Mans (J. Marionneau); Lens, CH Dr. Schaffner (E. Aissi, N. Van Grunderbeeck); Limoges, CHU Dupuytren (E. Denes, S. Ducroix-Roubertou, C. Genet, P. Weinbreck); Lyon, Hôpital de la Croix-Rousse

(C. Augustin-Normand, A. Boibieux, L. Cotte, T. Ferry, J. Koffi, P. Miaillhes, T. Perpoint, D. Peyramond, I. Schlienger); Hôpital Édouard-Herriot (J.M. Brunel, E. Carbonnel, P. Chiarello, J.M. Livrozet, D. Makhloufi); Marseille, Hôpital de la Conception (C. Dhiver, H. Husson, A. Madrid, I. Ravaux, M.L. de Severac, M. Thierry Mieg, C. Tomei), Hôpital Nord (S. Hakoun, J. Moreau, S. Mokhtari, M.J. Soavi), Hôpital Sainte Marguerite (O. Faucher, A. Ménard, M. Orticoni, I. Poizot-Martin, M.J. Soavi); Montpellier, Hôpital Gui de Chauliac (N. Atoui, V. Baillat, V. Faucherre, C. Favier, J.M. Jacquet, V. Le Moing, A. Makinson, R. Mansouri, C. Merle); Montivilliers, Hôpital Jacques Monod (N. Elforzli); Nantes, Hôtel-Dieu (C. Allavena, O. Aubry, M. Besnier, E. Billaud, B. Bonnet, S. Bouchez, D. Boutoille, C. Brunet, N. Feuillebois, M. Lefebvre, P. Morineau-Le Houssine, O. Mounoury, P. Point, F. Raffi, V. Reliquet, J.P. Talarmin); Nice, Hôpital l'Archet (C. Ceppi, E. Cua, P. Dellamonica, F. De Salvador-Guillouet, J. Durant, S. Ferrando, V. Mondain-Miton, I. Perbost, S. Pillet, B. Prouvost-Keller, C. Pradier, P. Pugliese, V. Rahelinirina, P.M. Roger, E. Rosenthal, F. Sanderson); Orléans, Hôpital de La Source (L. Hocqueloux, M. Niang, T. Prazuck), Hôpital Porte Madeleine (P. Arsac, M.F. Barrault-Anstett); Paris, Hôpital Bichat - Claude-Bernard (M. Ahouanto, E. Bouvet, G. Castanedo, C. Charlois-Ou, A. Dia Kotuba, Z. Eid-Antoun, C. Jestin, K. Jidar, V. Joly, M.A. Khuong-Josses, N. Landgraf, R. Landman, S. Lariven, A. Leprêtre, F. L'hériteau, M. Machado, S. Matheron, F. Michard, G. Morau, G. Pahlavan, B.C. Phung, M.H. Prévot, C. Rioux, P. Yéni), Hôpital Cochin-Tarnier (F. Bani-Sadr, A. Calboreanu, E. Chakvetadze, D. Salmon, B. Silbermann), Hôpital européen Georges-Pompidou (D. Batisse, M. Beumont, M. Buisson, P. Castiel, J. Derouineau, M. Eliaszewicz, G. Gonzalez, D. Jayle, M. Karmochkine, P. Kousignian, J. Pavie, I. Pierre, L. Weiss), Hôpital Lariboisière (E. Badsy, M. Bendenoun, J. Cervoni, M. Diemer, A. Durel, A. Rami, P. Sellier), Hôpital Pitié-Salpêtrière (H. Ait-Mohand, N. Amirat, M. Bonmarchand, F. Bourdillon, G. Breton, F. Caby, J.P. Grivois, C. Katlama, M. Kirstetter, L. Paris, F. Pichon, L. Roudière, L. Schneider, M.C. Samba, S. Seang, A. Simon, H. Stitou, R. Tubiana, M.A. Valantini), Hôpital Saint-Antoine (D. Bollens, J. Bottero, E. Bui, P. Campa, L. Fonquernie, S. Fournier, P.M. Girard, A. Goetschel, H.F. Guyon, K. Lacombe, F. Lallemand, B. Lefebvre, J.L. Maynard, M.C. Meyohas, Z. Ouazene, J. Pacanowski, O. Picard, G. Raguin, P. Roussard, M. Tourneur, J. Tredup, N. Valin); Hôpital Saint-Louis (S. Balkan, F. Clavel, N. Colin de Verdière, N. De Castro, V. de Lastours, S. Ferret, S. Gallien, V. Garrait, L. Gérard, J. Goguel, M. Lafaurie, C. Lascoux-Combe, J.M. Molina, E. Oksenhendler, J. Pavie, C. Pintado, D. Ponscarne, W. Rozenbaum, A. Scemla), Hôpital Tenon (P. Bonnard, L. Lassel, M.G. Lebrette, T. Lyavanc, P. Mariot, R. Missonnier, M. Ohayon, G. Pialoux, M.P. Treilhous, J.P. Vincensini); Hôtel-Dieu (J. Gilquin, B. Hadacek, L. Nait-Ighil, T.H. Nguyen, C. Pintado, A. Sobel, J.P. Viard, O. Zak Dit Zbar); Perpignan, Hôpital Saint-Jean (H. Aumaître, A. Eden, M. Ferreyra, F. Lopez, M. Medus, S. Neuville, M. Saada); Pontoise, CH René Dubos (L. Blum); Quimper, Hôpital Laennec (P. Perfezou); Rennes, Hôpital de Pontchaillou (C. Arvieux, J.M. Chaplain, M. Revest, F. Souala, P. Tattevin); Rouen, Hôpital Charles-Nicolle (S. Bord, F. Borsa-Lebas, F. Caron,

C. Chapuzet, Y. Debab, I. Gueit, M. Etienne, C. Fartoukh, K. Feltgen, C. Joly, S. Robaday-Voisin, P. Suel); Saint-Denis, CH Delafontaine (M.A. Khuong, J. Krausse, M. Poupard, G. Tran Van); Saint-Étienne, CHU Nord (C. Cazorla, F. Daoud, P. Fascia, A. Frésard, C. Guglielminotti, F. Lucht); Strasbourg, Nouvel hôpital civil (C. Bernard-Henry, C. Cheneau, J.M. Lang, E. de Mautort, M. Partisani, M. Priester, D. Rey); Suresnes, Hôpital Foch (C. Majerholc, D. Zucman); Toulon, CHI Chalucet (A. Assi, A. Lafeuillade), Hôpital Sainte-Anne (J.P. de Jaureguiberry, O. Gisserot); Toulouse, Hôpital de La Grave (C. Aquilina, F. PrevotEAU du Clary), Hôpital Purpan (M. Alvarez, M. Chauveau, L. Cuzin, P. Delobel, D. Garipuy, E. Labau, B. Marchou, P. Massip, M. Mularczyk, M. Obadia); Tourcoing, CH Gustave Dron (F. Ajana, C. Allienne, V. Baclet, X. de la Tribonnière, T. Huleux, H. Melliez, A. Meybeck, B. Riff, M. Valette, N. Viget); Tours, CHRU Bretonneau (F. Bastides, L. Bernard, G. Gras, P. Guadagnin); Vandoeuvre-lès-Nancy, CHU Brabois (T. May, C. Rabaud); Vannes, CH Bretagne Atlantique (A. Dos Santos, Y. Poinson); Villejuif, Hôpital Paul-Brousse (O. Derradji, L. Escout, E. Teicher, D. Vittecoq); CHI de Villeneuve-Saint-Georges, (J. Bantsima, P. Caraux-Paz, O. Patey).

Dans les départements d'Outre-mer, Guadeloupe: CH de La Basse-Terre (F. Boulard), CHU de Pointe-à-Pitre-Abymes (S. Daval, I. Fabre, E. Gaubert-Maréchal, I. Lamaury, T. Messiaen, M. Pillot Debelleix); Guyane: Cayenne, CH Andrée Rosemon (M. Calvez, P. Coupipié, M. Demar, F. Djossou, M. El Guedj, C. Magnien, A. Mahamat, C. Misslin Tritsch, M. Nacher, T. Vaz); La Réunion: Saint-Pierre, Groupe hospitalier Sud-Réunion (G. Borgherini, A. Foucher, P. Poubeau), Saint-Denis, Hôpital Félix Guyon (C. Gaud, B. Kuli, M. Lagrange-Xelot, C. Ricaud, R. Rodet, J. Serge); Martinique: CHU de Fort-de-France (S. Abel, A. Cabié, P. Hochedez, G. Hurtré, B. Liautaud, S. Pierre-François, N. Vignier); Saint Martin: CH Louis-Constant Fleming (C. Clavel, J. Reltien, S. Stegmann).

Les auteurs remercient Yann Le Strat (InVS, Saint-Maurice), Lise Cuzin (Hôpital Purpan, Toulouse) et Laurence Meyer (Cesp, Inserm, Le Kremlin Bicêtre) pour leurs conseils méthodologiques; Daniela Rojas Castro (Aides, Pantin) et Hugues Fischer (Act-Up Paris) pour leur contribution à la préparation de l'étude.

L'enquête ANRS-Vespa2 a été financée par l'Agence nationale de recherche contre le sida et les hépatites virales (ANRS), avec un soutien du ministère de l'Outre-mer pour l'enquête réalisée dans les départements d'Outre-mer.

Le recueil des données a été assuré par les sociétés ClinSearch et Ipsos.

Le groupe ANRS-Vespa2 est composé de France Lert et Bruno Spire (responsables scientifiques), Patrizia Carrieri, Rosemary Dray-Spira, Christine Hamelin, Nicolas Lorente, Marie Préau et Marie Suzan, avec la collaboration de Marion Mora.

Citer cet article

Dray-Spira R, Spire B, Lert F, et le groupe Vespa2. Méthodologie générale de l'enquête ANRS-Vespa2. Bull Epidemiol Hebd. 2013; (26-27):321-4.