

C'est une des très rares enquêtes qui aborde simultanément les enjeux sociaux et épidémiologiques et c'est toute sa richesse. Cela permet de comprendre avec les analyses sociologiques la réalité des données de séroprévalence de l'épidémie. Sur le Covid, je pense que c'est unique. C'est ce qui permet de déconstruire certains discours établis, par exemple sur les raisons de la surexposition des immigrés. L'autre richesse, c'est le dispositif mis en place grâce à l'Insee, qui a permis d'obtenir un échantillon très conséquent de 135 000 personnes parfaitement représentatif de la diversité de la population française.

Par une réactivité de toutes les instances, qu'elles soient statistiques ou épidémiologiques. Ce qui prend des mois a été fait en quelques jours. Tous les acteurs ont joué le jeu. La CNIL [*Commission nationale de l'informatique et des libertés*], par exemple, a répondu en vingt-quatre heures. Et l'équipe de chercheurs a travaillé nuit et jour pour être dans les temps du confinement. Sortir en octobre des données de mai, ça peut sembler long ; mais pour la recherche, c'est du jamais-vu. Et l'Inserm nous a permis de recruter quelqu'un, là encore en vingt-quatre heures. Impensable en temps normal.

Nous y avons pensé car elles fonctionnent déjà, avec des personnes prêtes à répondre. De plus, elles disposent déjà de données de santé et de données sociales préexistantes à l'épidémie. Nous l'avons fait avec l'enquête Sapris. Mais une cohorte, ce n'est pas représentatif de la population : ce sont des volontaires, motivés, avec un rapport à la santé sans doute particulier. Josiane Warszawski, coresponsable de l'enquête, a eu l'idée de lancer cette enquête en population générale.

C'est aussi grâce à ce croisement que l'on a pu mettre en évidence le caractère cumulatif des facteurs de vulnérabilité. On comprend alors la place de la question des origines dans ce paysage. Les données épidémiologiques constatent un gradient spectaculaire entre les immigrés de première génération non européenne, leurs enfants, puis les immigrés européens et leurs enfants. C'est très frappant. Le risque, c'est d'essentialiser ces résultats. Mais, si l'on tient compte de la structure professionnelle, des revenus, des conditions de logement, qui sont ici documentés, il n'y a plus d'effet immigré. D'autant que l'enquête a montré qu'ils respectent autant que les autres les gestes barrières (masque, gel, distanciation physique), comme globalement les catégories populaires, d'ailleurs...

Oui. La Drees [*direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la santé*] considérait que ces données n'étaient pas prioritaires, qu'il fallait aller vite et qu'on intégrerait ces questions dans un second temps. Pour nous, c'était au contraire fondamental. Cela a été arbitré... en haut lieu.

On n'a pas l'habitude d'observer des résultats aussi nets. Pour beaucoup d'indicateurs, en particulier pour les facteurs d'exposition au virus, on observe des gradients sociaux dont on rêverait pour faire des cours de sociologie. En revanche, et cela a été pour moi une vraie surprise, on n'a pas constaté de différence hommes-femmes. Pas dans les conditions de vie ni dans l'obligation de travailler à l'extérieur. Bien sûr il y a les caissières, les aides-

soignantes, les aides à domicile, mais de l'autre côté, il y a les livreurs et les magasiniers, les conducteurs de bus, les agents de sécurité.

Finalement, les professions essentielles reflètent la partition genrée du monde professionnel mais il y en a des deux côtés. Sur la séroprévalence, en revanche, il y a une petite surexposition des femmes, que nos données sociologiques n'expliquent pas.

C'est vrai. Pour les comprendre, on a des explications médicales, comme les facteurs de comorbidité ou des hypothèses hormonales. Mais il faudrait aussi analyser toutes les étapes d'accès au système de perception des symptômes, au système de dépistage, au système de soin... Encore un long travail à entreprendre