



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.

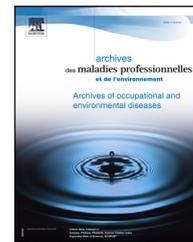


Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



## RECOMMANDATIONS

# Retour au travail dans le cadre de l'épidémie COVID-19



*Return to work in the COVID-19 epidemic*

S. Fantoni-Quinton<sup>a,b,\*</sup>, V. Bonneterre<sup>c,d</sup>,  
Y. Esquirol<sup>e,f</sup>, M. Gonzalez<sup>g</sup>, C. Verdun-Esquer<sup>h</sup>,  
C. Letheux<sup>i</sup>, A. Petit<sup>j,k</sup>, N. Lepage<sup>b</sup>

<sup>a</sup> ULR 4487, centre de recherche droits et perspectives du droit (CRDP), université Lille, 59000 Lille, France

<sup>b</sup> Centre de pathologies professionnelles et environnementales, CHU Lille, Lille, France

<sup>c</sup> Grenoble INP, TIMC-IMAG, CNRS, université Grenoble Alpes, CHU Grenoble Alpes, 38000 Grenoble, France

<sup>d</sup> Service hospitalo-universitaire de médecine et santé au travail, CHU Grenoble Alpes, 38700 La Tronche, France

<sup>e</sup> UMR 1027, Inserm, université Paul-Sabatier Toulouse 3, Toulouse, France

<sup>f</sup> Centre de pathologies professionnelles et environnementales, CHU Toulouse, Toulouse, France

<sup>g</sup> Service de pathologie professionnelle et médecine du travail, hôpitaux universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France

<sup>h</sup> Service santé travail environnement, CHU de Bordeaux, Bordeaux, France

<sup>i</sup> PRESANSE, Paris, France

<sup>j</sup> Centre de consultations de pathologie professionnelle, CHU d'Angers, Angers, France

<sup>k</sup> Inserm, U1085, IRSET, équipe ESTER, université d'Angers, Angers, France

Reçu le 15 mai 2020 ; accepté le 17 mai 2020

## MOTS CLÉS

Confinement ;  
Contagiosité ;  
Évaluation globale ;  
Recommandations

## Préambule

L'objectif principal des services de santé au travail dans le contexte épidémique COVID-19 est de veiller à la protection de tous les salariés qu'ils soient « à risque de forme

\* Auteur correspondant. Service de pathologies professionnelles, 1, avenue Oscar-Lambret, 59037 Lille cedex, France.

Adresse e-mail : [fanquin@wanadoo.fr](mailto:fanquin@wanadoo.fr) (S. Fantoni-Quinton).

grave »<sup>1</sup> ou pas, des risques d'infection par le virus SARS-Cov-2 dans le cadre de l'activité professionnelle (y compris lors des déplacements), ainsi qu'à la protection des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail (salariés d'autres entreprises, clients, patients...).

Pour ce faire, en s'appuyant sur des données actualisées, le SST conseille les employeurs et les salariés tout d'abord sur les mesures à prendre pour éviter les risques de transmission du virus, aussi bien sur le plan organisationnel, technique collectif et individuel. Il est également force de conseil concernant la conduite à tenir en cas de découverte d'un cas COVID-19. Il rappellera le nécessaire respect de la confidentialité des données médicales individuelles, et en tant que besoin les aspects éthiques soulevés par les prises de décisions relatives à des données de santé. Il s'appuiera sur des informations actualisées.

## Contexte

Dans la perspective du « déconfinement » progressif, les médecins du travail de terrain et des centres ressources (centres de consultation de pathologies professionnelles et environnementales), sont de plus en plus sollicités sur des questions relatives au « retour au travail ».

## Objectif du groupe de travail

Proposer un cadre de décision :

- aussi basé sur les preuves que possible, en intégrant les incertitudes (du moins n'allant pas à l'encontre des quelques certitudes disponibles, et en se rappelant que « l'absence de preuve » n'est pas assimilable à la « preuve de l'absence », d'autant plus que le sujet est nouveau ; aussi certains éléments de précautions peuvent parfois sembler justifiés) ;
- dans le respect des règles juridiques, le cas échéant, actualisées, et du contexte sociétal et politique ;

<sup>1</sup> Est considéré ci-dessous comme « à risque de forme grave », un individu dont les antécédents médicaux le font appartenir à un groupe populationnel qui, épidémiologiquement, présente un sur-risque de forme grave de la maladie COVID-19 s'il devait être contaminé par le SARS-COV-2, ou pour lequel ce sur-risque est présumé compte tenu de données connues pour d'autres infections respiratoires (cf. avis du Haut Conseil de Santé Publique, dernière MAJ 20/04/2020 et décret du 5 mai 2020 qui a actualisé cette liste). Soulignons si besoin le fait que cette notion, ne reposant que sur les données médicales individuelles, est indépendante de la nature de la contamination (communautaire ou professionnelle), et donc indépendante de la réalité du risque professionnel. La terminologie « à risque de forme grave » recouvre les autres qualificatifs parfois utilisés de sujet « fragile » ou « vulnérable ». Il nous a semblé préférable de conserver la formulation « à risque de forme grave », car bien des travailleurs présentent d'autres formes de vulnérabilité vis-à-vis du maintien dans l'emploi, qui peuvent nécessiter d'être prises en compte, en parallèle. À l'inverse, le terme « non à risque de forme grave », se réfère aux individus dont les antécédents médicaux ne les font pas rentrer dans la catégorie précédente. Notons que l'âge, facteur de risque majeur de forme grave (cf. avis SFMT), est habituellement considéré en sus des autres éléments dans l'évaluation globale de l'individu.

- permettant d'harmoniser les pratiques ;
- évolutif en fonction des connaissances et du droit.

## Questions identifiées sous-jacentes au retour au travail

Question 1 : volet maîtrise du risque infectieux du retour au travail du travailleur.

Question 2 : retour au travail d'un travailleur dans son entreprise quelle que soit la cause de son absence.

### Question 1 : volet du risque infectieux du retour au travail du travailleur

Le volet « maîtrise du risque de contagiosité » du retour au travail s'appuie d'abord sur les données scientifiques actualisées disponibles, tout en respectant la cohérence avec les avis du ministère de la santé, du HCSP et de SPF. Toutefois, comme toutes les questions n'ont pas aujourd'hui de réponses, ces recommandations s'appuient également sur des données issues des retours d'expérience des cliniciens de CHU, et dans certains cas, dans l'attente de l'actualisation de ces connaissances, sur une application raisonnée du principe de précaution. Elles pourront donc être évolutives.

À la date du déconfinement (11 mai 2020), la prise en compte du volet maîtrise du risque infectieux du retour au travail peut s'envisager de la façon suivante.

### Si le sujet a été « contact à risque » d'un cas

Si le sujet a été « contact à risque » d'un cas (selon les définitions Santé Publique France du 07/05/2020), il est alors soumis à un isolement (quatorzaine à domicile ou dans un hébergement spécifique). Un retour au travail en présentiel durant cette période n'est donc pas envisageable tant que ces recommandations perdureront. Seul le télétravail est donc possible durant cette période. Une exception est possible si le contact avec le cas date d'au moins 7 jours, et que la PCR réalisée à j7 est négative (sortie possible avec port du masque et respect des mesures barrières). On peut dès lors imaginer l'exercice de certaines activités professionnelles malgré tout, mais hors présentiel (cf. Stratégie de *contact-tracing* post-confinement et aux modalités de sa mise en œuvre du ministère de la Santé du 5 mai 2020<sup>2</sup>).

<sup>2</sup> Les personnes contacts à risque *du foyer* restent en quatorzaine même en cas de test RT-PCR négatif ; un allègement de la quatorzaine ne peut être envisagé qu'en l'absence de symptômes et de la réalisation d'un autre test RT-PCR 7 jours après la guérison du cas, qui doit être négatif ; les personnes contacts à risque *hors du foyer* voient également leur quatorzaine alléger en cas de test RT-PCR négatif à 7 jours du dernier contact avec le cas confirmé ou probable TDM+ (sorties autorisées limitées, avec port obligatoire d'un masque chirurgical, pas de contact avec des personnes à risque de forme grave de COVID-19, pas de travail présentiel).

## Si l'individu a été affecté par la maladie COVID-19

### **Données scientifiques actuelles relatives à la durée estimée de la contagiosité, d'une part, et à la durée d'excrétion virale, d'autre part**

Les données de la littérature montrent que la contagiosité serait importante dans les 24 h–48 h précédant l'apparition des premiers signes cliniques, et durerait 7 à 10 jours [1].

Il n'est pas exclu que dans certains cas particuliers (immunodépression par exemple), la contagiosité puisse perdurer au-delà de cette période de 7 à 10 jours, mais probablement pas dans les formes de bon pronostic éligibles rapidement à un retour au travail.

La charge virale, évaluée par RT-PCR, connaîtrait un pic à j4 du début des symptômes [2], puis diminuerait de façon monotone [1,2]. Dans 10 % des cas, la positivité du test RT-PCR pourrait durer plus de 30 jours [3]. Ainsi dans une étude sur près de 200 sujets adultes [4] ayant présenté une évolution favorable, la médiane de l'excrétion virale est notée à 20 jours, avec un maximum à 37 jours. Pour mémoire, un cas clinique documente même une excrétion virale à 60 jours [5]. Notre pratique clinique montre effectivement que des tests se négativent après 3 ou 4 semaines, voire au-delà avec les PCR les plus sensibles. Sur une étude portant sur une population pédiatrique [6], la médiane est à 15 jours, inférieure chez les asymptomatique (11 jours), vs les symptomatiques (17 jours). Pour autant, la positivité d'un test RT-PCR ne serait pas corrélée à la contagiosité, à l'instar de ce qui est déjà démontré pour de nombreux virus [7]. La présence d'ARN viral au-delà de j10 est interprétée comme témoignant essentiellement de la présence de résidus de virus dans ces cellules mortes n'ayant pas encore desquamé, de particules virales inactives issues du poumon lors de l'expiration, voire de virus vivant résiduel recouvert d'anticorps.

### **Durée de l'arrêt**

Les recommandations françaises du HSCP (HSCP, avis 16/03/2020) [8] prévoient au minimum 7 jours d'arrêt (reprise au 8<sup>e</sup> jour) dont 48 h sans dyspnée ni fièvre (portés à 10 jours si l'individu est à risque de forme sévère).

À titre indicatif, les recommandations américaines de retour au travail des personnels soignants, dans leur mise à jour du 30 avril [9], repoussent la reprise à 72 h après la guérison clinique (fièvre et symptômes respiratoires) ET au moins j10 après le début des symptômes (du fait d'information sur une excrétion virale cultivable). La pratique clinique montre toutefois que le symptôme déterminant la reprise est bien souvent l'asthénie. Outre la dyspnée, la présence de quintes de toux irrépressibles ou de douleurs thoraciques<sup>3</sup> amènent une grande partie des arrêts à durer 2 semaines, parfois davantage.

Il est important de souligner qu'il n'y a de contradiction qu'apparente au fait que le retour peut se faire plus tôt chez un malade, tandis que le simple contact asymptomatique bénéficiera lui d'une éviction de 14 jours. Ceci est justement

lié au fait qu'il faut couvrir la grande majorité des périodes d'incubation décrite (médiane à j5, mais délais rapportés jusque 14 jours voire plus), et de début de maladie. Au total, il est conseillé de proposer un arrêt d'au moins 10 jours dont 48 à 72 h avec disparition de la fièvre, des symptômes respiratoires et d'une asthénie marquée (la présence d'une anosmie, agueusie, ou d'une toux irritative résiduelle, si elle est limitée, ne sont pas des contre-indications à la reprise).

### **Si le sujet a été porteur asymptomatique**

Par analogie aux recommandations américaines, un arrêt d'au moins 10 jours à compter du test est recommandé (ou alors la vérification de 2 PCR négatives à 24 h d'intervalle pour une reprise anticipée).

### **Durée du port du masque**

Hors milieu de soin, le port du masque chirurgical est recommandé par les autorités durant les 14 premiers jours de la maladie ; le relais sera pris à compter de la 3<sup>e</sup> semaine par un masque en tissu validant les normes Afnor si le masque chirurgical n'est pas disponible (sauf professions nécessitant l'usage de masques spécifiques, soignants notamment).

En milieu de soin, tous les travailleurs doivent porter un masque.

### **Y a-t-il indication à réaliser un contrôle RT-PCR avant le retour ?**

À noter, en alternative aux critères cliniques de reprise du travail cités ci-dessus, les recommandations américaines concernant le retour au travail des personnels soignants ([9], MAJ 30/04/2020) proposent également la possibilité d'utiliser le critère de décision suivant : disparition de la fièvre ET amélioration de la symptomatologie respiratoire ET deux PCR négatives à 24 h d'intervalle (ce dernier critère remplaçant alors l'arrêt d'au moins 10 jours).

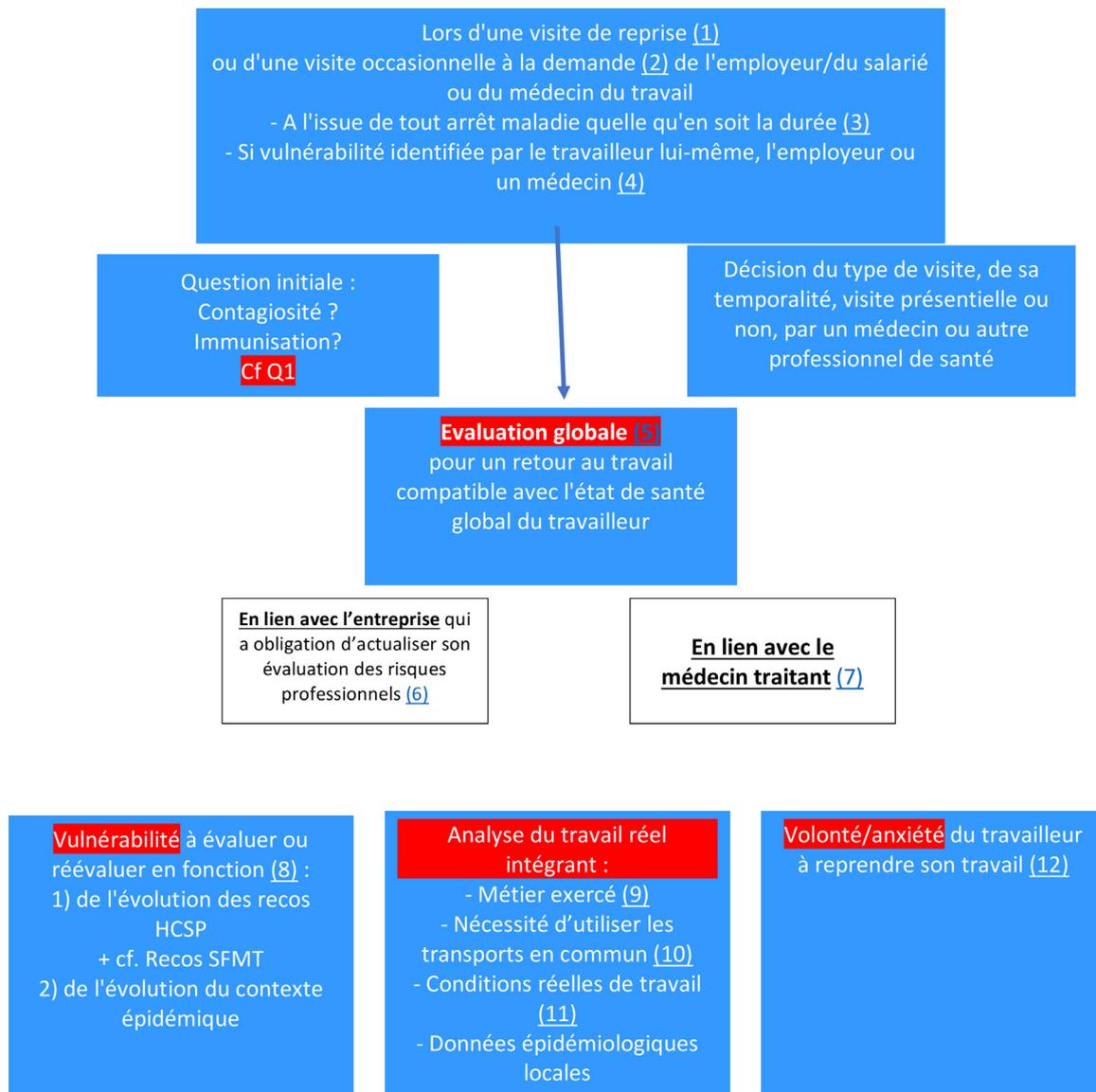
Pour les raisons explicitées ci-dessus de non corrélation entre la RT-PCR et la contagiosité dans les maladies ayant déjà évoluées depuis plus d'une semaine, il n'est pas aujourd'hui recommandé de réalisation systématique de RT-PCR de contrôle pour s'assurer de leur négativité avant le retour au travail. Du moins, pas comme critère unique de retour au travail. En effet, malgré le fait que la logistique en soit aujourd'hui facilitée, ce critère, s'il était exclusif, serait de nature à retarder le retour au travail de façon exagérée, notamment dans les cas extrêmes où la durée pour négativer la RT-PCR est très longue.

### **Y a-t-il une indication à prescrire un test sérologique ?**

Il n'y a pas non plus actuellement d'indication à prescrire des sérologies massives (rapport HAS 1<sup>er</sup> mai 2020 [10]), et il ne s'agit pas actuellement d'une information déterminante pour le retour au travail. En effet, la réponse immunitaire à SARS-CoV-2 n'est pas encore bien connue. On ne sait notamment pas si la production d'anticorps est suffisante pour être protectrice d'une nouvelle infection et si oui, pendant combien de temps. Il est possible que des formes mineures notamment ORL ne s'accompagnent pas toujours d'une immunité même après guérison. La nature de la réponse immunitaire n'est pas encore bien identifiée (uniquement humorale, également cellulaire ?).

Le fait d'avoir une séroconversion ne signifie pas qu'il y ait en parallèle une baisse rapide de la charge virale. Les

<sup>3</sup> Douleurs thoraciques, pour lesquelles il faut parfois, selon la clinique, savoir évoquer et éliminer une complication de type péri-cardite, myocardite ou embolie pulmonaire (ECG et D Dimères).



**Figure 1.** 1 et 2 : Cf. logigramme relatif aux visites de reprise. On ne parle de visite de reprise qu'en cas d'arrêt maladie de plus de 30 jours (ou pour tout arrêt pour maladie professionnelle ou après une grossesse) et non pour tout arrêt de travail. Dans les autres cas, il s'agit d'une visite occasionnelle dont il faut évaluer la pertinence au cas par cas. Il ne pourrait être question de provoquer, sans distinction ni réflexion préalable, une visite de santé au travail pour tous les travailleurs qui ont été en télétravail, chômage partiel, etc. Il faut également rappeler que le télétravail est une situation de travail et qu'un salarié en télétravail revenant sur son poste, même après plus d'un mois, ne relève pas d'une visite de reprise. 3 : Actuellement, face à l'épidémie COVID-19, il est important qu'au retour d'un arrêt maladie ou une autorisation spéciale d'absence dans la fonction publique – y compris un arrêt inférieur à 30 jours – la question d'un entretien en santé au travail en téléconsultation ou en présentiel se pose, au minimum pour identifier une éventuelle contagiosité ou vulnérabilité. 4 : Identification d'un travailleur à risque de forme grave : cette identification peut provenir de l'employeur, même s'il lui est INTERDIT de procéder à un questionnaire médical, car de nombreux employeurs connaissent les problèmes de santé des travailleurs. Cette identification peut émaner du travailleur lui-même et c'est alors lui qui saisit le SST ; cette identification peut également être effectuée par le SST sur requête de ses bases de données (attention, pas de communication d'information nominative à l'employeur) ou encore d'un soignant n'appartenant pas au SST qui, dans le respect des règles déontologiques – donc avec l'accord du travailleur – contacte le médecin du travail pour l'alerter sur la situation. 5 : Évaluation globale par l'équipe de santé au travail : il s'agit, rappelons-le, d'une évaluation tenant compte de TOUS les paramètres liés à l'individu, son environnement, ses conditions de travail, etc. 6 : Comment les services de santé au travail pourront-ils accompagner les entreprises dans la phase de déconfinement ? Les entreprises qui reprendront leur activité à partir du 11 mai 2020 devront d'abord procéder à une réévaluation des risques, en y associant leurs représentants du personnel, et mettre en œuvre des mesures adaptées de prévention (prévention des contaminations, des risques psychosociaux, des risques liés à l'organisation du travail, notamment en cas de forte activité, etc.). Elles pourront s'appuyer sur les services de santé au travail pour les accompagner. Cette réévaluation devra être formalisée dans les meilleurs délais. Cf. Instruction SST de la DGT des 17 mars et 4 avril 2020 (<https://travail-emploi.gouv.fr/le-ministere-en-action/coronavirus-covid-19/questions-reponses-par-theme/article/services-de-sante-au-travail>). Il est prévu par ailleurs, dans le plan de déconfinement du ministère du Travail dans sa version du 3 mai 2020, qu'« il revient, à l'entreprise, le cas échéant avec la médecine du travail, de rédiger préventivement une procédure ad hoc de prise en charge sans délai des personnes symptomatiques

tests sérologiques peuvent être de différentes nature (automatisables de type Elisa avec IgM ou IgG ou rapides de type TROD) et avoir des performances très variables. Leur validation est encore en cours par la HAS notamment pour les tests rapides.

Les tests sérologiques, après validation, pourront avoir quelques indications au niveau individuel notamment par exemple lorsqu'une personne a eu une symptomatologie COVID-19 compatible mais n'a pas pu être testée dans les 7 j des 1<sup>ers</sup> symptômes par RT-PCR ou a eu une RT-PCR négative (possible faux négatif). Néanmoins, cela nécessitera toujours une analyse au cas par cas de l'indication en tenant compte de l'ensemble des données notamment cliniques. Il est inutile de les prescrire avant au moins 10 j des 1<sup>ers</sup> symptômes et bien entendu, la réalisation doit toujours être sur prescription médicale.

Donc, on retiendra, en l'état actuel de développement de ces examens, qu'ils ne permettent pas d'en tirer des conséquences ayant un impact pratique sur la décision de retour au travail.

### ***Faut-il avoir une attitude différenciée si le travailleur en question est en contact avec des sujets fragiles, du public, des jeunes enfants, etc. ?***

Il n'y a pas d'éléments, liés à la prise en compte du risque infectieux, qui justifient une attitude différenciée, puisque les mesures générales sont jugées suffisamment

protectrices. Dans l'expérience de retour au travail des soignants, il n'a pas été observé de difficultés particulières. Le médecin du travail rappellera les consignes de port du masque et des autres mesures barrières, en plus de l'évaluation des mesures organisationnelles mises en place (cf. Q2).

### ***Il faut enfin rappeler que les conditions de protection du sujet ayant présenté l'affection COVID-19 doivent être les mêmes que celles apportées aux sujets naïfs vis-à-vis de la maladie***

Il n'est d'ailleurs pas démontré qu'un sujet ayant fait l'affection ne puisse pas être à nouveau porteur (et donc contagieux, sans doute sur une période plus brève) en cas de re-contamination.

### **Question 2 : retour au travail d'un travailleur dans son entreprise quelle que soit la cause de son absence (Fig. 1)**

Parmi tous les travailleurs qui n'ont plus été physiquement dans les entreprises depuis le mois de mars, il y a ceux qui ont été placés en télétravail, ceux qui ont été placés en chômage partiel, mais aussi toutes les personnes à risque de forme grave de la maladie COVID-19 et des personnes en arrêt maladie pour de multiples raisons y compris une éventuelle infection au COVID-19.

afin de les isoler rapidement dans une pièce dédiée et de les inviter à rentrer chez eux et contacter leur médecin traitant. Elles élaborent des matrices des contacts et leur qualification (« à risque » ou « à risque négligeable ») pour faciliter l'identification des personnes contacts en cas de survenue d'un cas avéré. 7 : En liens réciproques avec le médecin traitant et le médecin du travail, avec accord préalable du travailleur. Les situations pouvant notamment amener à un contact : risque d'inaptitude (à ne pas envisager rappelons-le dans le cadre de l'épidémie), patient souhaitant reprendre à tout prix malgré un risque majeur, patient ne souhaitant pas reprendre malgré un risque faible, ... 8 : La décision peut être réévaluée si le risque qui ne semblait initialement pas acceptable, le devient, au regard de l'actualisation des recommandations ou d'une amélioration du contexte épidémiologique local. Cf. Recommandations SFMT et le tableau des recommandations d'autres organismes/Sociétés savantes répertoriées par la SFMT (Dr Y. Esquirol et Dr A. Roulet). Dans tous les cas, il faut intégrer à cette évaluation le sur-risque éventuel lié aux autres facteurs d'évaluation globale : Cf. schéma. 9 : Cf. les situations spécifiques, bien identifiées par la DGT dans ses fiches métiers au regard des conditions habituelles de travail, des gestes professionnels les plus fréquents, de la promiscuité avec d'autres travailleurs, du public, des patients, etc. 10 : En cas de nécessité d'utiliser pour se rendre au travail ou dans le cadre des missions professionnelles, des transports en commun, il faudra intégrer ce risque à l'évaluation globale (ceci en tenant compte des conditions des mesures sécuritaires mises en place permettant la distanciation sociale dans lesdits transports en commun). Il faut distinguer les déplacements concernant les trajets domicile-travail donc hors du temps de travail effectif, et les déplacements, dans le cadre du travail, qui peuvent nécessiter l'utilisation de transports en commun dans certains métiers (aide à domicile par exemple) et les emplois qui comportent des déplacements (livreur, commercial...). Pour l'aptitude, le médecin du travail ne tient compte que des déplacements directement liés au travail et non le trajet domicile travail. Quoiqu'il en soit, le médecin se doit d'informer des risques et des moyens de s'en préserver. Il pourrait alors être pertinent, dans certains cas, de conseiller l'employeur sur les mesures à mettre en place individuellement ou collectivement : privilégier le télétravail, mesures barrières, décaler les horaires de prise de poste, etc. 11 : Problématique de la connaissance, en temps réel, des situations relatives à la contamination possible à chaque poste au sein des entreprises suivies. Expertise mixte entreprise et SST. L'évaluation des conditions réelles du travail se devra de tenir compte des modifications liées à la sécurisation des postes et leurs impacts sur les autres risques professionnels existant antérieurement ou pouvant émerger au décours des modifications induites par le contexte de pandémie. 12 : Volonté/anxiété de reprendre le travail : actuellement, certains travailleurs à risque de forme grave souhaitent à tout prix reprendre leur activité professionnelle quand d'autres, sans risque spécifique, présentent une forte anxiété pour leurs proches ou eux-mêmes de reprendre toute activité professionnelle dans les conditions antérieures. Il n'appartient pas au médecin de santé au travail, sauf danger pour les tiers, de s'opposer à la volonté d'un salarié de retourner à son travail, il lui appartient en revanche de l'informer des risques et des moyens pour s'en préserver et de tracer l'information délivrée. La recherche du consentement éclairé doit alors prévaloir. Le médecin de santé au travail peut toujours proposer un poste aménagé moins exposé aux contacts avec le virus (L4624-3 CT). À l'inverse le médecin du travail n'a pas le pouvoir de « forcer » un travailleur à (re)travailler. Il doit informer le travailleur des risques et des moyens de s'en préserver. Tant que le salarié est en arrêt de travail, on ne peut pas l'obliger à travailler. Toutefois, si le salarié est en autorisation spéciale d'absence, l'employeur peut le contraindre à reprendre le travail, moyennant, si le salarié le demande, la réalisation d'une consultation avec le médecin du travail. Le salarié est libre bien sûr de rencontrer son médecin traitant et solliciter un arrêt de travail ou rechercher avec son employeur une solution alternative (télétravail, rupture du contrat de travail). 13 : Cf. Le plan de déconfinement du ministère du Travail très précis dans ces mesures dont il faut rappeler la prééminence des mesures collectives sur les mesures individuelles. 14 : Cf. Question 1.

L'objet de cette question est d'établir des recommandations en vue du retour au travail de ces travailleurs, en tenant compte, dans une évaluation globale, à la fois des facteurs liés à la personne et de ceux liés à l'environnement de travail et des données épidémiologiques, notamment sur la circulation du virus.

Nous proposons d'abord une stratégie pas à pas résumée dans le schéma suivant et renvoyons chaque commentaire numéroté du schéma à un court paragraphe d'explication et/ou références.

NB : cette question vient en complément de la 1<sup>re</sup> question « Q1 » qui apparaît dans le schéma : volet maîtrise du risque infectieux du retour au travail du travailleur.

## Remerciement

Remerciement aux membres du Conseil scientifique de la Société française de médecine du travail pour leurs commentaires et relecture.

## Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

- [1] He X, Lau EHY, Wu P, et al. Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. *Nat Med* 2020, <http://dx.doi.org/10.1038/s41591-020-0869-5>.
- [2] Wölfel R, Corman VM, Guggemos W, et al. Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019. *Nature* 2020, <http://dx.doi.org/10.1038/s41586-020-2196-x>.
- [3] Li N, Wang X, Lv T. Prolonged SARS-CoV-2 RNA shedding: not a rare phenomenon. *J Med Virol* 2020, <http://dx.doi.org/10.1002/jmv.25952>.
- [4] Zhou F, Yu T, Du R, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* 2020;395:1054–62, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3).
- [5] Li J, Zhang L, Liu B, et al. Case report: viral shedding for 60 days in a woman with novel Coronavirus disease (COVID-19). *Am J Trop Med Hyg* 2020, <http://dx.doi.org/10.4269/ajtmh.20-0275>.
- [6] Lu Y, Li Y, Deng W, et al. Symptomatic infection is associated with prolonged duration of viral shedding in mild Coronavirus disease 2019: a retrospective study of 110 children in Wuhan. *Pediatr Infect Dis J* 2020, <http://dx.doi.org/10.1097/INF.0000000000002729>.
- [7] Atkinson B, Petersen E. SARS-CoV-2 shedding and infectivity. *Lancet* 2020;395(10233):1339–40, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30868-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30868-0).
- [8] HCSP. Rapport du 16 mars 2020. Coronavirus SARS-CoV-2 : critères cliniques de sortie d'isolement des patients infectés. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=781>.
- [9] US-CDC. Criteria for return to work for healthcare personnel with suspected or confirmed COVID-19 (Interim Guidance). <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/return-to-work.html>.
- [10] HAS. Rapport sur la place des tests sérologiques dans la stratégie de prise en charge de la maladie COVID-19; 2020 [https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=p\\_3182357](https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=p_3182357).