



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.

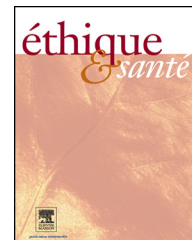


Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)



EXPÉRIENCES PARTAGÉES

## Questionnements éthiques en ORL pendant la pandémie COVID-19 : étude qualitative de témoignages



*Ethical considerations in ENT during the COVID-19 pandemic: Qualitative analysis of open-ended questions*

F. Simon<sup>a,\*</sup>, L. Plisson<sup>b</sup>, N. Heutte<sup>c</sup>, N. Leboulanger<sup>a</sup>,  
B. Barry<sup>d</sup>, E. Babin<sup>b</sup>, C. Parietti-Winkler<sup>e</sup>

<sup>a</sup> Service d'otorhinolaryngologie pédiatrique et chirurgie cervico-faciale, hôpital Necker-Enfants Malades, centre – université de Paris, AP–HP, 149, rue de Sévres, 75015 Paris, France

<sup>b</sup> Service d'otorhinolaryngologie et chirurgie cervico-faciale, CHU de Côte-de-Nacre, Caen, France

<sup>c</sup> CETAPS EA 3832, université de Rouen, Rouen, France

<sup>d</sup> Service d'otorhinolaryngologie et chirurgie cervico-faciale, hôpital Bichat–Claude-Bernard, Nord – université de Paris, AP–HP, Paris, France

<sup>e</sup> Service d'otorhinolaryngologie et chirurgie cervico-faciale, CHU d'hôpital Central, université de Lorraine, Nancy, France

Disponible sur Internet le 20 avril 2021

### MOTS CLÉS

Éthique ;  
COVID ;  
ORL ;  
Pandémie ;  
Témoignages

### Résumé

**Introduction.** – La pandémie au coronavirus SARS-CoV-2 a profondément impacté la pratique des soignants. L'objectif est d'analyser les questionnements éthiques soulevés par la communauté ORL française pendant la première vague d'infections au COVID-19.

**Méthodes.** – Un appel à témoignage a été lancé à propos des questionnements éthiques en ORL au mois d'avril 2020, avec quatre questions ouvertes standardisées : (i) les difficultés de prise en charge pour les patients COVID-19 positifs ; (ii) le retentissement de la crise sanitaire sur les patients COVID-19 négatifs ; (iii) la communication avec les équipes soignantes et/ou le personnel de consultation et de bloc ; et (iv) le traitement des informations par la presse et les instances nationales de l'ORL. Une analyse thématique de contenu a été effectuée en croisant avec les données épidémiologiques de chaque répondant.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [f.simon@aphp.fr](mailto:f.simon@aphp.fr) (F. Simon).

**Résultats.** – Trente et un réponses provenant de 13 départements français différents, dont 21 hospitaliers et 10 libéraux, âge médian de 45 ans et 17 hommes pour 14 femmes, ont été analysées. Les questionnements éthiques concernaient la prise en charge par les ORL des patients COVID-19 positifs, la modification des pratiques en consultation et au bloc opératoire, la crainte de perte de chance pour les patients COVID-19 négatifs, l'usage approprié des téléconsultations et du télétravail et les conséquences délétères des fausses informations pour le grand public.

**Conclusion.** – En préparation de possibles futures pandémies, les aspects éthiques clés sont d'adapter la prise en charge des patients aux ressources et à la prévalence locale, et de diffuser des recommandations institutionnelles claires.

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## KEYWORDS

Ethics;  
COVID;  
ENT;  
Pandemic;  
Questionnaires

## Summary

**Introduction.** – The current new SARS-CoV-2 pandemic has had a profound impact on medical practice. The objective was to analyse the ethical questions raised by the French ENT community during the first wave of COVID-19 infections.

**Methods.** – Four open-ended questions concerning ethical considerations in ENT were sent out in April 2020: (i) difficulties to care for COVID-19 positive patients; (ii) impact of the health crisis on COVID-19 negative patients; (iii) communication within the healthcare teams and with hospital staff; and (iv) management of information by the press, or national ENT societies. A thematic analysis was carried out and crossed with the epidemiological data of each respondent.

**Results.** – Thirty-one responses from 13 different French Departments, including 21 from public institutions and 10 from private practice, median age of 45 and 17 men for 14 women, were analysed. The main ethical considerations concerned the management by ENTs of COVID-19 positive patients, the modification of practices in consultation and in the operating room, the fear of loss of chance for COVID-19 negative patients, the appropriate use of teleconsultations and teleworking and the consequences of fake-news for the population.

**Conclusion.** – In preparation of possible future pandemic outbreaks, key ethical aspects are to adapt patient management to local resources and infection prevalence, and circulate clear institutional guidelines.

© 2021 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Introduction

La pandémie actuelle au nouveau coronavirus SARS-CoV-2, communément appelée COVID-19, a profondément altéré la pratique des soignants.

Ce bouleversement brutal et rapide des missions de soins a généré des problèmes éthiques, relatifs entre autres à la prise en charge de tous les patients (infectés ou non), aux relations interprofessionnelles dans les équipes et avec les institutions, et à la crainte de la contamination des soignants eux-mêmes, auxquels tous les praticiens ont été confrontés et ont dû faire face [1]. Lors de la première vague, les ORL se sont retrouvés dans une situation inédite d'inactivité (consultations et interventions massivement annulées) avec la nécessité de s'adapter quotidiennement pour assurer le maintien de leurs missions de soins. Spécialité requérant l'examen répété des cavités nasales et buccales, les ORL sont particulièrement à risque de contamination. Ce contexte angoissant pour leur santé et celle de leurs proches, était ajouté aux difficultés déontologiques liées à la sensation d'abandon des patients faute de pouvoir

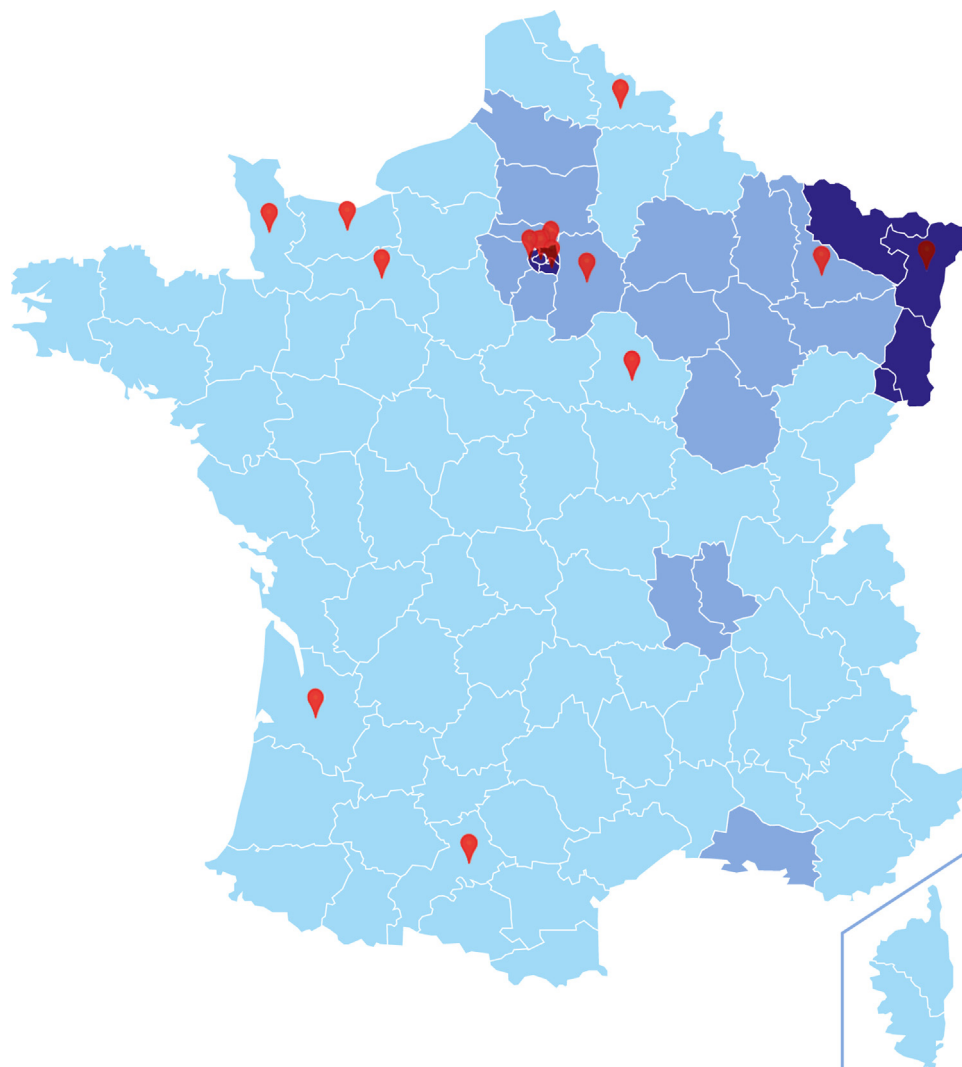
prendre en charge les pathologies ORL dans des délais ou conditions satisfaisantes.

Cette transformation, imposée des pratiques professionnelles, a ainsi entraîné non seulement l'émergence de questionnements éthiques et déontologiques nouveaux sur les missions de soins et le rapport à autrui dans les équipes professionnelles, mais également le déploiement foudroyant de nouveaux outils, comme le télétravail et la téléconsultation, eux-mêmes à l'origine de nouveaux questionnements quant à leur utilisation dans les missions de soins.

L'objectif était de faire une analyse des questionnements éthiques soulevés par la communauté ORL française pendant la première vague de COVID-19, par analyse qualitative de témoignages.

## Matériel et méthodes

Une liste de diffusion nationale a été utilisée pour lancer un appel à témoignage, à propos des questionnements



**Figure 1.** Hospitalisations COVID-19 en France le 12 avril 2020 et répartition des répondants. Du plus clair au plus foncé : départements avec moins de 5‰, entre 5–10‰ et plus de 10‰ hospitalisations pour COVID-19 (en personnes pour 10 000 habitants), le 12 avril 2020. Données obtenues sur le site Santé Publique France (<https://www.data.gouv.fr/en/datasets/donnees-hospitalieres-relatives-a-lepidemie-de-covid-19/>). Les départements correspondant au lieu d'exercice d'au moins un des répondants sont représentés avec une épingle rouge.

éthiques en ORL liés à la crise sanitaire du COVID-19 au mois d'avril 2020, au sommet de la première vague de cas en France. Pour cadrer les réponses, des questions ouvertes ont été formulées, s'inspirant à la fois de retours informels de la part de collègues et des points d'attention formulés par le Comité consultatif national d'éthique le 13 mars 2020, qui insistent sur les problématiques liées à l'accès au soin mais aussi à la communication en temps de crise [2]. Quatre questions ouvertes étaient diffusées : (i) les difficultés de prise en charge pour les patients COVID-19 positifs ; (ii) le retentissement de la crise sanitaire sur les patients COVID-19 négatifs ; (iii) la communication avec les équipes soignantes et/ou le personnel de consultation et de bloc ; et (iv) le traitement des informations par la presse et les instances nationales de l'ORL (la Société française d'otorhinolaryngologie, le Collège français

d'otorhinolaryngologie et chirurgie cervico-faciale, le Syndicat national d'otorhinolaryngologie et le Conseil national professionnel d'otorhinolaryngologie et chirurgie cervico-faciale).

Pour chaque question, une analyse thématique de contenu a été réalisée, en nous aidant des champs lexicaux utilisés [3,4]. Les thèmes ont été statistiquement analysés (Wilcoxon,  $\chi^2$  ou Fisher) en fonction des caractéristiques des répondants pour rechercher des facteurs explicatifs : âge, sexe, type d'exercice (libéral ou hospitalier), gravité de la pandémie dans le département d'exercice [5] (ratio de patients hospitalisés pour COVID-19 par rapport à la population en personnes pour 10 000 habitants soit ‰; données obtenues le 12 avril 2020 sur le site Santé Publique France ; cartographie représentée en Fig. 1). Les résultats chiffrés sont exprimés en médiane [1<sup>er</sup> quartile ; 3<sup>e</sup> quartile].





Question 1	Question 2	Question 3	Question 4
Prise en charge (52 % ; 20)	Patient (93 % ; 132)	Équipe (70 % ; 33)	Information (61 % ; 39)
Réanimation (48 % ; 35)	Consultation (70 % ; 39)	Communication (67 % ; 28)	Société savante (50 % ; 16)
ORL (42 % ; 19)	COVID (67 % ; 55)	Soignant (44 % ; 24)	Recommandation (43 % ; 17)
Risque (39 % ; 33)	Urgent (57 % ; 36)	Information (34 % ; 14)	ORL (43 % ; 15)
Protection (39 % ; 22)	Téléconsultation (47 % ; 22)	Difficile (30 % ; 11)	Presse (43 % ; 14)
Masques (39 % ; 20)	Chirurgie (47 % ; 38)	Réunion/visio (27 % ; 7)	COVID (39 % ; 20)
Difficulté (32 %)	Prise en charge (43 % ; 29)	Patient (23 % ; 10)	Scientifique (39 % ; 14)
Consultation (29 % ; 18)	Difficultés (43 % ; 24)	Crise (20 % ; 7)	Patient (32 % ; 15)
Cancer (29 % ; 6)	Risque (40 % ; 32)		Crise (32 % ; 11)
Service (26 % ; 11)	ORL (40 % ; 30)		Prise en charge (29 % ; 11)
Trachéotomie (23 % ; 12)	Perte de chance (37 % ; 13)		Anxiété (25 % ; 10)
Personnes (23 % ; 14)	Cancérologie (33 % ; 22)		
Place (23 % ; 11)	Protection (30 % ; 13)		
	Réanimation (23 % ; 17)		
	Soins (23 % ; 13)		
	Crise (23 % ; 13)		
	Éthique (20 % ; 14)		
	Trachéotomie (20 % ; 12)		

Pour chaque question, les mots utilisés plus de 10 fois ou par plus de 20 % des répondants sont présentés par nombre décroissant (en retirant les conjonctions, et en combinant les familles de mots, adjectifs, verbes et noms). Il est indiqué le pourcentage de répondant utilisant le mot puis le nombre total d'utilisations entre parenthèses : question 1 : quelles étaient les difficultés de prise en charge pour les patients COVID-19 positifs ? ; question 2 : quelle était la gestion et le retentissement sur les patients COVID-19 négatifs ? ; question 3 : questionnements sur la communication avec les équipes soignantes et/ou votre personne de consultation et de bloc ? ; question 4 : questionnements sur le traitement des informations par la presse et des instances nationales de l'ORL ?

Thèmes	Nombre (%) de répondants
<b>Question 1</b>	<b>27</b>
Matériel de protection et de dépistage	15 (56 %)
Crainte du COVID-19	14 (52 %)
Difficulté de prise en charge	13 (48 %)
<b>Question 2</b>	<b>30</b>
Perte de chance du patient	23 (78 %)
Téléconsultation	14 (47 %)
Respect des recommandations officielles	10 (33 %)
Double contrainte (limiter les consultations en assurant la mission de soin)	7 (23 %)
<b>Question 3</b>	<b>27</b>
Communication entre les soignants	22 (81 %)
Relations interprofessionnelles	13 (48 %)
Innovation	11 (41 %)
Vécu émotionnel	9 (33 %)
<b>Question 4</b>	<b>28</b>
Diffusion de la connaissance par les sociétés savantes	26 (93 %)
Information médiatique	19 (68 %)
Crise pandémique	9 (32 %)

Question 1 : quelles étaient les difficultés de prise en charge pour les patients COVID-19 positifs ? ; question 2 : quelle était la gestion et le retentissement sur les patients COVID-19 négatifs ? ; question 3 : questionnements sur la communication avec les équipes soignantes et/ou votre personne de consultation et de bloc ? ; question 4 : questionnements sur le traitement des informations par la presse et des instances nationales de l'ORL ? En gras : nombre (%) de répondants aux 4 questions.

4 réponses (« *rumeurs* », « *contradictaires* », « *compte-goutte* », « *changeantes* », « *bruit de couloir* »), considérée par ces répondants comme un frein à la communication. Le thème des relations interprofessionnelles est abordé par 13 répondants, entre personnels médicaux et paramédicaux dans 10 cas et entre personnel médical et l'administration (« *administration* », « *administratifs* », « *instances administratives* », « *direction* ») dans cinq cas. Il est associé au champ lexical de la cohésion (« *cohésion* », « *lien* », « *soudés* », « *famille* », « *solidarité* », « *convivial* ») dans les 10 cas entre soignants et un cas avec l'administration et à celui de la désunion et la dispersion dans les quatre autres cas avec l'administration (« *ramant* », « *morcellement* », « *cacophonie* », « *martial* », « *non participatif* »). Le thème de l'innovation est abordé par 11 répondants et est associé au champ lexical de l'outil numérique (« *outils numériques* » « *tchat* », « *WhatsApp* », « *Microsoft Team* », « *Zoom* », « *visio* », « *téléconsultation* », « *télétravail* ») dans 7 réponses, et celui de l'adaptation comportementale (« *réaffectation* », « *mise en place* », « *mise en route* », « *réorganisation* » « *créer* », « *développer des solutions* ») dans 7 réponses. Le thème du vécu émotionnel des équipes soignantes, abordé par 9 répondants, est associé au champ lexical des émotions négatives (« *en souffrance* », « *anxiété majeure* », « *inquiétude* », « *peur* », « *stress* », « *confusion* », « *attente* ») dans 7 réponses et celui des émotions positives (« *en confiance* », « *pas de stress* ») dans 2 réponses. Ce thème était uniquement abordé par les salariés hospitaliers (9 hospitaliers ;  $p=0,026$ ), ainsi que par les plus jeunes (41 vs 50 ;  $p=0,035$ ).

#### Question 4 : le traitement des informations par la presse et les instances nationales de l'ORL

Le thème de la diffusion de la connaissance scientifique par les sociétés savantes et fédération professionnelles nationales est abordé par 26 répondants et est associé au champ lexical de l'appréciation positive, sur le plan qualitatif (« *clair* », « *apprécié* », « *qualité* », « *bonne* », « *excellents* ») dans 7 réponses, sur le plan quantitatif (« *complets* », « *fréquentes* ») dans 2 réponses, et sur le plan de la cohérence eu égard à la situation pandémique (« *adapté* », « *cohérence* », « *utilité* », « *indispensables* », « *à propos* ») dans 7 réponses. Il est également associé au champ lexical de la rapidité concernant les mesures mises en œuvre par les instances nationales (« *rapide* », « *rapidement* », « *rapidité* », « *réactivité* », « *précocement* », « *dynamisme* ») dans 7 réponses. Le thème de l'information médiatique est abordé par 19 répondants et est associé au champ lexical du vecteur de l'information (« *médias* », « *médiatisation* », « *presse* », « *journaux* », « *radio* », « *télévision* », « *internet* », « *réseau sociaux* ») dans 14 réponses. Il est également associé au champ lexical de la manipulation de l'information, tant par une dérégulation quantitative (« *trop* », « *foisonnement* », « *inonder* », « *excessive* », « *énormément* ») dans 7 réponses, que par une dérégulation qualitative (« *sensationnalisme* », « *sensationnaliste* », « *sensationnel* », « *scoop* ») dans 5 réponses, ou par désinformation (« *fake news* », « *erronée* ») dans 5 réponses. Il est associé au champ lexical de la légitimité de ceux

qui diffusent la connaissance scientifique dans les médias (« *légitimité* », « *ni scientifiques, ni médecins* » « *non formés* », « *néophytes* ») dans 4 réponses. Il est aussi associé au champ lexical des émotions négatives (« *anxiogène* », « *panique* », « *peur* ») dans 8 réponses. Enfin, il est associé au champ lexical des émotions positives (« *acceptation* », « *respect* », « *adhésion* ») dans 3 réponses. Le thème de la crise est abordé par 9 répondants, associé au champ lexical de la santé (« *sanitaire* ») dans 4 réponses, à celui de l'économie (« *financière* », « *économique* ») dans 2 réponses et à celui des émotions négatives de type anxiété (« *ampleur* » « *maudite* » « *inquiétude* » « *danger* » « *fragilise* » « *panique générale* ») dans 5 réponses.

## Discussion

Les répondants ont rapporté de nombreuses problématiques éthiques, celles-ci variant surtout en fonction de l'incidence du COVID-19 dans le département d'exercice, mais rarement en fonction de l'âge, du sexe ou du type d'exercice des soignants.

Plusieurs questions ont été soulevées concernant le rôle qui était celui de l'ORL pendant la première vague de la pandémie, plus particulièrement auprès des patients COVID-19 positifs. De nombreux répondants se sont portés volontaires et ont participé à l'effort collectif sans pratiquer leur spécialité (liaison avec les familles, brancardiers, infirmiers, etc.). D'autres ont pu assister les services de réanimation en pratiquant des trachéotomies, soulevant des questions de légitimité de nouvelles pratiques ou d'innovation en matière de protection [6–9].

Dans la réponse aux quatre questions, le sentiment de crainte et d'inquiétude a été retrouvé de façon répétée. En premier lieu, la crainte de ne pas avoir le matériel et l'équipement de protection nécessaire était source d'angoisse et parfois de colère. Spécialistes particulièrement exposés, les ORL ont exprimé la difficulté de trouver l'équilibre entre se protéger et s'occuper des autres [10]. La question de nombreux ORL était de savoir quels actes il fallait continuer à faire chez les patients : les soins courants (examens buccaux, nasofibroscopies, aspirations, etc.) exposants à la projection de gouttelettes, ont été remis en question, tous les patients étant considérés comme potentiellement SARS-CoV-19 positifs pendant la première vague [11]. Cette prise en charge dégradée des soins a fait craindre une perte de chance pour le patient. De nombreuses recommandations ont été rédigées et diffusées par les sociétés savantes, s'appuyant sur les consensus émanant d'un groupe d'expert [12], pour encadrer ces nouvelles pratiques et permettre de justifier la modification et les reports de prise en charge des patients [11,13–17]. Ces démarches sont nécessaires pour garantir une équité de l'accès aux soins. Globalement plébiscitées par les répondants, des recommandations transparentes et responsables sont clés pour une prise en charge éthique, permettant une prise en charge déontologique uniforme d'un praticien à un autre et facilitant la lutte à l'échelle nationale contre la propagation du SARS-CoV-2 [18]. Cependant, elles soulèvent d'autres questionnements éthiques pour la prise en charge des patients COVID-19 négatifs à l'échelle locale, pouvant paraître rigide et entrer en contradiction avec les moyens

à disposition (notamment de protection) de chacun et la réalité de contagiosité du terrain. Ceci est particulièrement vrai dans les départements les moins touchés, qui mettent en avant l'excès du principe de précaution et rapportent davantage les thèmes de perte de chance et report de prise en charge, reflétant une volonté de retour à la normale. La réponse à la question est probablement locale, avec la nécessité d'une flexibilité et d'une adaptabilité en temps réel des recommandations nationales en prenant en compte l'épidémiologie et la disponibilité des plateaux techniques dans différents départements à un moment donné [19].

La sensation de ne pas remplir son devoir médical auprès du patient était très présente, à la fois en n'étant pas disponible pour le prendre en charge et à l'inverse en l'exposant au risque infectieux du covid-19 en insistant pour qu'il se déplace. Ainsi, la déshumanisation de la relation médecin-malade était palpable, avec la disparition de la majorité des consultations face-à-face, soit à cause des reports ou l'autocensure des patients, soit à cause du recours à la téléconsultation. Cette technologie est éthiquement ambivalente, car d'un côté elle rejoint la dégradation de la qualité du soin, l'ORL étant une spécialité orificielle dont l'examen clinique est difficile à numériser, mais de l'autre elle permet de garder le lien avec le patient et de répondre au devoir médical de ne pas l'abandonner en permettant de mieux cibler les indications de consultation face-à-face [11,20].

La cohésion entre les équipes de soignants et avec l'administration a été mise en avant par une majorité de répondants comme quelque chose positif. En situation de crise, l'exigence de solidarité peut rentrer en conflit avec la liberté individuelle, par exemple avec des comportements de défiance ou le recours au droit de retrait qui ont pu être constaté parmi les soignants [2]. L'effort de communication entre les différents corps de métiers lors des réorganisations en urgence des rôles et des emplois du temps lors de la première vague, nous a semblé être un enjeu éthique pour améliorer à la fois la pédagogie et l'efficacité de la réorganisation sur le terrain. Des plateformes ont aussi permis une explosion des pratiques de télétravail (visioconférences, webinars, etc.), facilitant la communication au sein des équipes soignantes, mais soulevant la question de leur devenir lors du retour à la normale du contexte sanitaire dans plusieurs mois. Certains effets délétères du télétravail sur le travailleur, en termes de surcharge temporelle, physique, émotionnelle et cognitive de travail, mais également sur son entourage, ont déjà été signalés [21]. Le contexte sanitaire actuel rendra ainsi peut-être nécessaire une réflexion sur les bonnes pratiques en télétravail et téléconsultation.

Un dernier mode de communication à dimension éthique est celui des médias et des réseaux sociaux, qui a été rapporté de façon négative par les répondants. En diffusant les informations relatives au coronavirus, les médias remplissent leur rôle d'information du public en se faisant le relai d'experts et en vulgarisant leurs messages. Toutefois, cet excès d'information anxiogène peut être délétère en jouant sur l'émotion et en amplifiant des comportements irrationnels [22,23]. Aussi, la course au sensationnalisme, avec un contrôle faible ou inexistant du contenu, peut participer à une crise plus générale de désinformation et de manipulation de l'information en temps de crise

sanitaire [24]. Cette problématique, pointée du doigt dans le secteur juridique, car elle met en balance l'exercice légitime de la liberté d'expression, sur un sujet d'intérêt général et la manipulation des informations, relatives au coronavirus, par absence d'éditorialisation des plateformes de partage de contenus en ligne et décloisonnement des sources d'information [25], fait de la crise du COVID-19 non seulement une crise sanitaire, mais aussi une crise de l'information.

## Conclusion

L'incertitude et la crainte face à cet agent infectieux inconnu ont été à l'origine de la majorité des questionnements éthiques en ORL lors de la première vague du COVID-19, en avril 2020, en France. L'enjeu éthique principal a été le maintien de l'équité dans l'accès aux soins. Contraints par le risque de transmission de l'infection (dans un contexte de pénurie de matériel de protection personnelle) et l'ORL étant une spécialité particulièrement exposée, les répondants ont fortement exprimé leur angoisse de manquer à leur devoir médical. Dans les départements à faible prévalence d'infection, la perte de chance des patients COVID négatifs (et dont la prise en charge a été affectée par la limitation de l'accès aux soins) a été particulièrement mise en avant. La télémédecine n'a pas semblé technologiquement suffisamment avancée pour soigner en ORL, mais a tout de même permis d'humaniser le suivi et maintenir un rapport médecin-malade.

Il semble important de tenir compte de la prévalence de l'infection et de la réalité des moyens locaux pour prendre en charge au mieux les patients infectés mais aussi les pathologies courantes, ce qui a été tenté sans succès lors de la troisième vague devant l'emballlement de la pandémie. La communication (instances nationales ORL, médias et dans les équipes de soignants) doit être adaptée aux connaissances scientifiques changeantes mais rester cohérente et assez forte pour favoriser la solidarité et l'équité de l'accès aux soins sur le territoire.

## Déclaration de liens d'intérêts

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

## Références

- [1] Simon F. Ethical questions related to COVID-19 and ENT practice. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* 2020;137:155–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2020.04.009>.
- [2] COVID-19: contribution du comité consultatif national d'éthique: enjeux éthiques face à une pandémie, avis du 13/03/2020; 2020 [https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/reponse\\_ccne\\_-\\_covid-19\\_def.pdf](https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/reponse_ccne_-_covid-19_def.pdf).
- [3] Fallery B, Rodhain F. Quatre approches pour l'analyse de données textuelles: lexicale, linguistique, cognitive, thématique. In: XVI<sup>e</sup> Conférence de l'Association Internationale de management stratégique. AIMS, Montréal, Canada. HAL; 2007. p. 1–16 [hal–00821448].



- [4] Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 11. L'analyse thématique. In: *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin; 2016. p. 235–312.
- [5] García-Basteiro AL, Chaccour C, Guinovart C, et al. Monitoring the COVID-19 epidemic in the context of widespread local transmission. *Lancet Respir Med* 2020;8:440–2, [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30162-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30162-4).
- [6] Thierry B, Célérier C, Simon F, et al. How and why use the EasyBreath® surface snorkeling mask as a personal protective equipment during the COVID-19 pandemic? *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* 2020;137:329–31, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2020.05.006>.
- [7] Schultz P, Morvan J-B, Fakhry N, et al. French consensus regarding precautions during tracheostomy and post-tracheostomy care in the context of COVID-19 pandemic. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* 2020;137:167–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2020.04.006>.
- [8] Morvan J-B, Rivière D, Danguy des Déserts M, et al. Percutaneous dilatational tracheostomy for saturating influx of COVID-19 patients: experience of military ENT physicians deployed in Mulhouse, France. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2020.06.016>.
- [9] Favier V, Kimmoun A, Gatin A, et al. Percutaneous tracheostomy simulation training for ENT physicians in the treatment of COVID-19-positive patients. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2020.06.002>.
- [10] Cui C, Yao Q, Zhang D, et al. Approaching otolaryngology patients during the COVID-19 pandemic. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2020;163:121–31, <http://dx.doi.org/10.1177/0194599820926144>.
- [11] Lescanne E, van der Mee-Marquet N, Juvanon J-M, et al. Best practice recommendations: ENT consultations during the COVID-19 pandemic. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2020.05.007>.
- [12] Degos L. *Le pouvoir des sociétés savantes. Les Tribunes de la santé* 2016;52:21–7.
- [13] Radulesco T, Verillaud B, Béquignon E, et al. COVID-19 and rhinology, from the consultation room to the operating theatre. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* 2020;137:309–14, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2020.04.013>.
- [14] Leboulanger N, Sagardoy T, Akkari M, et al. COVID-19 and ENT Pediatric otolaryngology during the COVID-19 pandemic. Guidelines of the French Association of Pediatric Otorhinolaryngology (AFOP) and French Society of Otorhinolaryngology (SFORL). *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* 2020;137:177–81, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2020.04.010>.
- [15] Mattei A, Amy de la Bretèque B, Crestani S, et al. Guidelines of clinical practice for the management of swallowing disorders and recent dysphonia in the context of the COVID-19 pandemic. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* 2020;137:173–5, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2020.04.011>.
- [16] Fakhry N, Schultz P, Morinière S, et al. French consensus on management of head and neck cancer surgery during COVID-19 pandemic. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* 2020;137:159–60, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2020.04.008>.
- [17] Couloigner V, Schmerber S, Nicollas R, et al. COVID-19 and ENT surgery. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* 2020;137:161–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2020.04.012>.
- [18] Thomas JC, Dasgupta N, Martinot A. Ethics in a pandemic: a survey of the state pandemic influenza plans. *Am J Public Health* 2007;97:S26–31, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2006.093443>.
- [19] Atlani-Duault L, Chauvin F, Yazdanpanah Y, et al. France's COVID-19 response: balancing conflicting public health traditions. *Lancet* 2020, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31599-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31599-3).
- [20] Fieux M, Duret S, Bawazeer N, et al. Telemedicine for ENT: effect on quality of care during COVID-19 pandemic. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2020.06.014>.
- [21] Vayre É. Les incidences du télétravail sur le travailleur dans les domaines professionnel, familial et social. *Le travail humain* 2019;82:1–39, <http://dx.doi.org/10.3917/th.821.0001>.
- [22] Hall K, Wolf M. Whose crisis? Pandemic flu, "communication disasters" and the struggle for hegemony. *Health (London)* 2019, <http://dx.doi.org/10.1177/1363459319886112> [1363459319886112].
- [23] Olagoke AA, Olagoke OO, Hughes AM. Exposure to coronavirus news on mainstream media: the role of risk perceptions and depression. *Br J Health Psychol* 2020:e12427, <http://dx.doi.org/10.1111/bjhp.12427>.
- [24] Thomas J, Peterson GM, Walker E, et al. Fake news: medicines misinformation by the media. *Clin Pharmacol Ther* 2018;104:1059–61, <http://dx.doi.org/10.1002/cpt.1199>.
- [25] Mouron P. Coronavirus et fausses informations: les aléas de la liberté d'expression en période de crise sanitaire. *Rev Droits Libertés Fondamentaux Chronique* 2020;(33).