

 www.ffadan.org	Propositions pour la pratique du dépistage auditif néonatal	
	Définitions des termes	Rédaction GT indicateurs FFADAN Validation : CA FFADAN du 25/06/2024
		4 pages

1 – Contexte et objectifs

La réflexion sur des indicateurs partagés nationaux pour le programme national de dépistage de la surdité permanente néonatale implique une définition harmonisée des termes employés.

Dans la suite des travaux de Santé publique France (InVS puis SpF) de 2015-2019¹, le groupe de travail « indicateurs » réuni sous l'égide de la FFADAN propose d'adopter une définition commune des termes employés, au regard de l'expérience de 10 ans de dépistage.

Composition du groupe de travail en annexe.

2 – Termes, définitions, remarques

Termes	Définitions	Remarques
A qui s'adresse le dépistage		
Population cible	La population cible est la population des enfants nés vivants en France une année donnée. En pratique, il s'agit des nouveau-nés vivants, non décédés avant la fin de la phase dépistage et dont les parents n'ont pas refusé le dépistage.	Le dépistage n'est pas obligatoire. La proposition du dépistage par les professionnels de santé est obligatoire. Le dépistage s'adresse à tous les nouveau-nés, quelles que soit les circonstances de naissance.
Le déroulé du programme national de dépistage, les phases (parcours de soin) Le programme national de dépistage comprend 2 phases : phase dépistage et phase diagnostique.		
Phase dépistage	Vérification de l'audition du nouveau-né au cours du séjour en maternité ou néonatalogie, ou en ambulatoire, avec recours exclusif à des tests automatisés.	La phase dépistage peut comprendre plusieurs étapes, réalisées en établissement après la naissance et en différé : - les tests en établissement de santé (maternité et unités de néonatalogie) pour le T1 et l'éventuel T2 - les tests différés automatisés en ambulatoire (T3). La phase de dépistage ne s'arrête donc pas à la sortie d'établissement (suites de naissances ou unité de néonatalogie). Elle intègre le test différé T3.
Phase diagnostique ou de diagnostic	Phase réalisée en environnement ORL, comprenant au minimum un PEA seuil +/- ASSR. Cette phase suit la phase de dépistage.	La phase diagnostique peut comprendre plusieurs étapes jusqu'à l'organisation de la prise en soins du patient. NB : un diagnostic de surdité comprend obligatoirement une audiométrie comportementale.

¹ Doncarli A, Tillaut H, Regnault N, Beltzer N, Goulet V. *Dépistage universel de la surdité permanente bilatérale néonatale. Évaluation de son déploiement après deux années de fonctionnement en France*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. 90 p.

Date d'entrée dans la phase diagnostique	Date du premier PEA seuils (ou PEA diagnostiques) +/- ASSR avec obtention de résultats chiffrés.	NB : en cas d'échec de réalisation du 1 ^{er} PEA seuils, la date du second sera prise en compte.
--	--	---

Surdités repérées dans le cadre du programme de dépistage

Dépistage des atteintes bilatérales uniquement (ou dépistage BILAT).	Les tests sont réalisés sur les 2 oreilles. Seuls les enfants présentant un test non concluant des deux côtés sont suivis et tracés par l'opérateur régional, jusqu'à la phase diagnostique comprise.	Les phases et étapes sont réalisés dans les délais impartis à chaque phase. La FFADAN déconseille fortement de ne tester qu'une oreille.
Dépistage associé des atteintes unilatérales et bilatérales (ou dépistage UNI + BILAT).	Les tests sont réalisés sur les 2 oreilles. Les enfants présentant un test non concluant sur une ou deux oreilles sont suivis et tracés à l'identique par l'opérateur régional (y compris tests différés) jusqu'à la phase diagnostique comprise.	Les phases et étapes sont réalisées de façon proactive dans les délais impartis, même s'il existe une priorité d'accès en phase diagnostique pour les enfants avec tests non concluants bilatéraux. Dans le cas d'un dépistage initial UNI+BILAT mais d'un suivi pro-actif des seules surdités BILAT, le dépistage sera considéré comme un dépistage BILAT.

Types de tests et leurs résultats

T1 ou test	Premier test de dépistage réalisé en maternité ou unité de néonatalogie, à l'aide d'un des appareils validés automatisés : OEA ou PEAA.	Les tests réalisés de façon différée, qui sont habituellement effectués en ambulatoire après les premiers jours de vie (ex : après naissances à domicile) sont considérés et tracés comme des T3 (voir ci-dessous).
T2 ou retest	Test de contrôle automatisé réalisé en maternité ou unité de néonatalogie à l'aide d'un appareil validé.	Les PEAA sont fortement recommandés.
T3 ou test différé	Test automatisé réalisé à distance de la naissance et de la sortie de maternité ou de néonatalogie, et avant 3 mois de vie (ou d'âge corrigé si naissance prématurée).	Il s'agit en général d'un test de contrôle après un ou des tests précédents non concluants, ou d'un premier test (situations de rattrapage). Sa réalisation est recommandée entre la 2 ^{ème} et 3 ^{ème} semaine de vie (âge corrigé). Ce test automatisé peut être réalisé en maternité ou chez un professionnel (ORL...) référent identifié. Les PEAA sont fortement recommandés.
Test de rattrapage	Test automatisé réalisé à distance de la naissance dans le cas où aucun test n'a été réalisé en maternité, ou seulement un test T1 sans T2 alors qu'un contrôle était indiqué.	Il doit être programmé (par l'établissement de naissance ou la sage-femme libérale) idéalement dans les 15 premiers jours de vie, et dans tous les cas avant 4 semaines. Il est considéré comme tests différé T3.
OEA ou OEAP	Otoémissions acoustiques provoquées, réalisées avec un appareil automatisé.	
PEAA	Potentiels évoqués auditifs automatisés.	

PEA seuils ou PEA diagnostiques	Potentiels évoqués auditifs (non automatisés), avec recherche de seuil.	Appartient à la phase diagnostique.
Test non suspect, ou test concluant	Test automatisé permettant d'affirmer la normalité du circuit auditif testé au seuil de 35 dB.	35 dB est le seuil défini et unique pour tous les appareils automatisés dans ce programme de dépistage.
Test suspect, ou test non concluant	Test automatisé ne permettant pas d'affirmer la normalité du circuit auditif testé au seuil de 35 dB.	Le circuit auditif testé est différent selon la modalité : OEA (jusqu'à la cochlée) et PEAA (jusqu'au nerf auditif).
Unilatéral	Qui concerne un seul côté, le côté controlatéral étant normal.	
Bilatéral	Qui concerne les deux côtés.	Même en cas d'asymétrie dans la sévérité du déficit lors de la phase diagnostique.

Typologie des naissances, transferts et mutations

Enfants nés vivants et non décédés avant les tests de dépistage	Enfants nés vivants et non décédés avant tests en établissement (maternité, néonatalogie) ou à domicile.	Exclusion des morts fœtales, IMG, et des décès avant le premier test.
Naissance accompagnée à domicile	Enfant né à domicile, à l'issue d'un accouchement accompagné par une sage-femme libérale. Généralement non suivi d'hospitalisation (suites de naissances, néonatalogie).	Les informations sur la réalisation du dépistage sont adressées à l'opérateur selon les modalités définies avec lui.
Naissance en plateau technique	Enfant né en maternité, à l'issue d'un accouchement accompagné par une sage-femme libérale utilisant le plateau technique de la maternité sous convention. Généralement suivi d'un retour à domicile avec accompagnement par la sage-femme libérale après deux heures de surveillance en salle de naissance.	L'enfant revient en général à l'hôpital pour réaliser le test différé (T3) au sein de l'établissement de santé de naissance.
Accouchement inopiné extra hospitalier	Enfant né en dehors d'un établissement de santé, à domicile, sur la voie publique ou ailleurs, de façon non programmée. Généralement suivi d'une hospitalisation mère-bébé en suites de naissances en maternité.	L'enfant bénéficie généralement du dépistage en suites de naissances.
Accouchement à domicile non suivi d'un transfert en établissement (AADNST)	Enfant né en dehors d'un établissement de santé, à domicile, sur la voie publique ou ailleurs, et non transféré en établissement de santé pour suites de naissance ou néonatalogie.	Ces naissances sont considérées comme non rattachées à l'activité des maternités.
Transfert	Mouvement du nouveau-né d'un établissement de santé à un autre pour hospitalisation.	
Mutation	Mouvement d'un nouveau-né avec hospitalisation au sein du même établissement.	
Décès secondaires	Enfants décédés après un premier test mais avant la fin du parcours dépistage / phase diagnostique, donc sans statut auditif consolidé.	La population cible initiale du programme comprend des enfants qui vont décéder avant T1, entre T1 et T2, entre T2 et T3, avant ou en cours d'étape diagnostique.

Refus, échappements et perdus de vue		
Refus initial	Refus parental du dépistage lors de sa proposition en maternité, en unité de néonatalogie ou à la suite d'un accouchement à domicile.	Les enfants concernés n'ont bénéficié d'aucun test de dépistage. Le dépistage n'est pas obligatoire, le refus parental est légal.
Refus secondaires	Refus parental de la poursuite du parcours en cas de contrôles nécessaires après au moins un 1 ^{er} test non concluant.	Un refus secondaire implique que les parents aient explicitement (même oralement) signalé leur refus de poursuite du parcours après au moins un premier test réalisé, et quelle que soit l'étape concernée (T2, T3, diagnostique). Attention à ne pas considérer comme refus mais bien comme perdus de vue les enfants que les parents n'auraient pas présenté aux rendez-vous fixés, sans expliciter leur refus.
Refus secondaires durant la phase de dépistage	Refus parental de poursuivre les investigations après un T1 ou un T2 non concluant.	
Refus entre la phase de dépistage et la phase de diagnostic	Refus parental de poursuivre les investigations après un T3 non concluant.	
Refus durant la phase de diagnostic	Refus parental de poursuivre les investigations après un premier examen avec PEA seuil en milieu ORL.	
Échappement au dépistage	Enfant n'ayant eu aucun test auditif, et sans refus de dépistage tracé.	
Perdu de vue	Enfant entré dans le programme de dépistage (avec au moins un test de dépistage tracé), et pour lequel on ne peut pas conclure sur le statut auditif.	Un enfant peut être perdu de vue au cours de la phase de dépistage, entre la phase de dépistage et la phase diagnostique, ou au cours de la phase diagnostique, avant le diagnostic consolidé.
Surdité et seuils		
Surdité	Se réfère à la définition du Bureau international d'audiophonologie (BIAP) ²	
Surdité légère	21 à 40 dB	Il s'agit de la perte tonale moyenne en décibels (dB) sur la meilleure oreille (moyenne des fréquences 500, 1000, 2000 et 4000 Hz) en audiométrie comportementale.
Surdité moyenne	41 à 70 dB	
Surdité sévère	71 à 90 dB	
Surdité profonde	91 à 119 dB	
Surdité totale	120 dB et plus	
Diagnostic consolidé ou final	Diagnostic s'appuyant sur des examens objectifs et subjectifs (comportementaux), avec un recul suffisant pour affirmer le caractère permanent de la surdité.	Transmis à l'opérateur en septembre de l'année N+2.
Exhaustivité et efficacité du programme		
Exhaustivité en population	Rapport entre le nombre d'enfants ayant eu au moins un test de dépistage et le nombre d'enfants nés vivants et non décédés avant les tests de dépistage.	L'exhaustivité peut être déclinée pour des catégories de populations spécifiques : rattachées ou non à l'activité des maternités, transférés ou mutés...
Efficacité du dépistage	Taux d'enfants pour lesquels une réponse est apportée sur le statut auditif à l'issue ou à un point précis du parcours.	

² <https://www.biap.org/en/component/content/article/65-recommendations/ct-2-classification/5-biap-recommendation-021-bis>

Efficiencia final ou definitiva du dépistage	Taux d'enfants pour lesquels une réponse définitive est apportée sur le statut auditif à l'issue du parcours (audition normale ou surdité), c'est à dire avec les données de septembre de l'année N+2.	On considère donc le diagnostic final (« vrai » diagnostic de surdité le cas échéant). Le taux est calculé sur la population cible, y compris les échappements, mais sans les refus initiaux.
Efficiencia intermédiaire du dépistage	Taux d'enfants pour lesquels on a une réponse provisoire sur le statut auditif (audition normale ou suspects entrés en phase diagnostique, c'est à dire avec un 1 ^{er} PEA seuil).	Le taux est calculé sur la population cible, y compris les échappements, mais sans les refus.

Valeur prédictive positive

Valeur prédictive positive d'un dépistage suspect en sortie de maternité (on considère le diagnostic surdité)	Taux d'enfants avec un diagnostic définitif de surdité parmi les suspects en sortie de maternité.	Risque d'un diagnostic définitif de surdité (considéré en septembre de l'année N+2), pour les suspects en sortie de maternité.
Valeur prédictive positive d'un dépistage suspect au T3 (on considère le diagnostic surdité)	Taux d'enfants diagnostiqués sourds parmi les suspects au T3.	On ne prend pas en compte les enfants suspects en sortie de maternité et n'ayant pas eu de T3.
Valeur prédictive positive initiale d'un dépistage suspect en sortie de maternité (on considère la variable 1 ^{er} PEA seuils pathologique)	Taux d'enfants avec un 1 ^{er} PEA seuil pathologique, parmi les suspects en sortie de maternité.	Risque d'avoir un PEA seuils pathologique (≥ 21 dB) parmi les suspects en sortie de maternité.
Valeur prédictive positive initiale d'un dépistage suspect au T3 (on considère la variable 1 ^{er} PEA seuils pathologique)	Taux d'enfants avec un 1 ^{er} PEA seuil pathologique, parmi les suspects au T3.	Risque d'avoir un PEA seuils pathologique (≥ 21 dB) parmi les suspects au T3.

Annexe – Groupe de travail « indicateurs » FFADAN et relecteurs

Dr AKKARI Mohamed, ORL, Montpellier (FFADAN)

Mme CHRETIEN Béatrice (partiellement), coordinatrice administrative, Reims (FFADAN).

Mme DONCARLI Alexandra, épidémiologiste, chargée d'étude scientifiques, SpF, Saint-Maurice (membre invité permanent du GT)

Dr DURAND Catherine, pédiatre, Chambéry (FFADAN)

Dr LEROSEY Yannick, ORL, Rouen (FFADAN)

Relecteurs :

Dr GAUVRIT Fanny, ORL, Lille, (FFADAN).

Mme MURGIA Vanessa, coordinatrice administrative, Toulouse, (FFADAN).

Pr ROMAN Stéphane, ORL, Marseille, (FFADAN).