

 www.ffadan.org	Propositions pour la pratique du dépistage auditif néonatal	
	Généralités et organisation en maternité et néonatalogie : Le T1 et le T2	Document initial : janvier 2023 MAJ sept 2025 (HAS), validée le 23/09/2025 (CA FFADAN)
		3 pages

Définitions - objectifs

Se référer au document FFADAN « définitions des termes »¹.

- T1 (ou test) est le premier test automatisé de dépistage auditif chez le nouveau-né.
- T2 (ou retest) est le second test automatisé de dépistage auditif, réalisé en contrôle si le premier n'est pas concluant.
- Test différé ou T3 est un test automatisé de dépistage réalisé en ambulatoire à distance de la naissance et de la sortie de maternité ou néonatalogie (entre la 2^{ème} et 3^{ème} semaine selon la recommandation de la FFADAN, avant 1 mois de vie ou d'âge corrigé selon recommandation HAS 2025). Ce test peut être soit un test de contrôle, soit un test de rattrapage (sans test préalable réalisé en suites de naissance ou néonatalogie ou en cas de protocole incomplet).

Le présent document a pour objectifs d'harmoniser la pratique des tests en maternités et unités de néonatalogie, et est mis à jour avec les recommandations 2025 de la HAS².

Organisation générale au sein des maternités et unités de néonatalogie

La pratique des tests de dépistage peut être confiée à des professionnels spécifiquement identifiés ou à l'ensemble ou partie de l'équipe (auxiliaires de puériculture, sages-femmes, IDE ou IPDE).

Le personnel effectuant les tests doit recevoir une formation spécifique : formation technique, formation à l'explication et au rendu du résultat aux parents, formation à la traçabilité.

Dans tous les cas, la FFADAN recommande la désignation d'une **personne référente**, à la fois pour la réalisation pratique, et le suivi dans chaque service/unité dépisteuse. La sage-femme coordinatrice ou le cadre de santé peut déléguer cette mission à un professionnel de son équipe.

Traçabilité

La FFADAN recommande la mise en place de procédures de **traçabilité** pour chaque étape du dépistage, comprenant l'archivage des résultats de tous les tests effectués, à 3 niveaux :

- Au niveau de l'établissement (dossier patient) ;
- En direction du patient : par la transcription sur le carnet de santé de l'enfant ;
- En direction de la structure chargée de la gestion et du recueil des données issues du dépistage selon la procédure régionale (opérateur).

Permanence et organisation dans le temps

La FFADAN recommande une organisation de dépistage **quotidienne** y compris les week-end et jours fériés, permettant de répondre à l'obligation de dépistage pendant le séjour en maternité pour les T1 et T2.

Les tests sont réalisés à partir de 48 heures de vie, mais en cas de sortie précoce, les PEAA peuvent l'être à partir de 24 ou 36 heures de vie.

Si une sortie plus tardive est prévue (séjour en suites de naissances plus long par exemple en cas de naissance par césarienne), il est recommandé que les tests auditifs soient programmés plus proches de la sortie. (NB : dans ce cas, ne pas faire attendre le dépistage biologique, qui doit être prélevé dès que possible à partir de H48 et le buvard doit être adressé au CRDN sans délai).

Bilatéralité/unilatéralité

La FFADAN recommande que le programme de dépistage des surdités bilatérales évolue dès que possible vers un programme de **dépistage des surdités unilatérales et bilatérales**.

Dans tous les cas, et même si le suivi des nouveau-nés avec un doute unilatéral n'est pas encore organisé, la FFADAN recommande fortement que les deux oreilles soient testées en T1 et T2. Cette recommandation est reprise par la HAS (2025)².

¹ https://www.ffadan.org/wp-content/uploads/2025/06/2024_Reco_FFADAN_definitions_8juill.pdf

² https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-06/eco_sp-416_eco_sp_416_reco_sante_publique_surdite.pdf

Un dépistage des **atteintes unilatérales et bilatérales** signifie que les tests sont réalisés sur les 2 oreilles, et que les enfants présentant un test de dépistage non concluant sur une ou deux oreilles sont suivis et tracés à l'identique par l'opérateur régional, y compris pour le recours aux tests différés T3, et pour la phase diagnostique, même s'il existe une priorité d'accès en phase diagnostique pour les enfants avec des tests non concluants bilatéraux.

Seuils de dépistage

La FFADAN et la HAS recommandent un **seuil fixe** et homogène et unique de dépistage à **35 dB** quels que soient le type de test (OEA ou PEAA), le type d'unité (maternité, néonatalogie) ou l'étape (T1, T2, T3).

Résultats des tests

Un test « *réussi ou normal* » au seuil fixé est appelé **concluant**. Il permet d'affirmer la normalité du circuit auditif testé dans la limite du process (les OEA testent le circuit auditif jusqu'à la cochlée, les PEAA testent le circuit jusqu'au nerf auditif compris).

Un test « *échoué ou anormal* » au seuil fixé est dit **non concluant**. Il ne permet pas d'affirmer la normalité du circuit auditif au seuil fixé.

Un test peut être non concluant de façon unilatérale ou bilatérale.

La plupart des nouveau-nés repérés à risque de surdité permanente néonatale (avec tests « non concluants ») en sortie de maternité auront de fait un statut auditif retrouvé normal à l'issue des contrôles ultérieurs, lors du test différé T3 ou des examens de la phase diagnostique (voir : valeur prédictive positive des tests non concluants en sortie de maternité).

Il est déconseillé d'utiliser les termes « *test positif ou négatifs* » qui prêtent à confusion.

Il est souhaitable que les nouveau-nés bénéficient au maximum de 2 tests, dont au moins un PEAA, réalisés dans des conditions satisfaisantes. En effet, un nombre supérieur de tests dans un laps de temps court augmente le stress parental, sans en modifier nécessairement le résultat. Toutefois, un second retest (second T2) est toléré si le premier T2 était effectué dans de mauvaises conditions.

En cas de test non concluant unilatéral au T1, le test T2 est réalisé sur l'oreille initialement non concluante.

En cas de T2 non concluant unilatéral, et pour ne pas s'exposer à une erreur de traçabilité sur le côté concerné, il est recommandé que le tests ultérieur (test différé T3) soit réalisé sur les deux oreilles.

Type de tests

Il existe deux types de tests permettant le dépistage de la surdité néonatale : les **PEA automatisés (PEAA)**, et les **otoémissions acoustiques (OEA)**.

Les PEAA ont une meilleure sensibilité et **doivent être privilégiés dès le T1 (HAS)**.

Dans l'attente d'un équipement adéquat, les OEA peuvent être utilisées en maternité, chez le nouveau-né à bas risque, pour le T1 uniquement.

Le **bas risque** est défini par : enfant non transféré en unité de néonatalogie et absence de surdité familiale avant 50 ans.

La HAS et la FFADAN recommandent les **PEAA pour tous les autres tests** c'est-à-dire le test T2 pendant le séjour en maternité, les T1 et T2 pour les nouveau-nés hospitalisés en néonatalogie, et tous les tests différés (T3) de contrôle ou de rattrapage.

La FFADAN préconise par ailleurs une **phase transitoire d'accompagnement** afin de permettre aux établissements de migrer progressivement vers un équipement intégralement en PEAA. Pour répondre à l'exigence de réaliser le T2 en PEAA, chaque maternité doit être dotée, dans les plus brefs délais, au minimum d'un appareil mixte OEA/PEAA.

Enfin, en cas de discordance entre les résultats OEA et PEAA, c'est toujours le **résultat du PEAA** qui **prévaut**.

Information et place des parents

L'accord parental est requis pour effectuer le dépistage. Se référer à la recommandation FFADAN « consentement et refus »³.

Les parents en sont informés par l'équipe, avec un support adapté (flyer régional, vidéos à disposition...). Le pédiatre de maternité est sollicité en cas de demande d'information supplémentaire, et/ou en cas de doute, d'inquiétude ou de refus parental.

Le soignant instaure avec l'aide des parents une relation non anxiogène au nouveau-né : les parents sont invités à assister au dépistage, et contribuent durant celui-ci à procurer un contexte sécurisé et un climat réconfortant pour le nouveau-né (présence calme, holding, handling, peau à peau, au sein...).

Le pédiatre est responsable du rendu des résultats aux parents et des explications à ce sujet.

Le cas échéant, la FFADAN recommande que le refus soit tracé par écrit sur un document spécifique à destination de l'organisme gestionnaire du dépistage, et sur le dossier patient (formulaire mis à disposition⁴).

Il convient de noter sur le carnet de santé « dépistage non effectué à la demande des parents » (accord HAS).

Attitude en cas de statut non concluant à la sortie de maternité / unité de néonatalogie

En cas de T2 suspect (test non concluant uni ou bilatéral) ou n'ayant pas pu être réalisé, un RV pour un **test différé T3** est planifié par l'équipe de dépistage et donné aux parents avant la sortie.

En cas de sorties durant des périodes de fermeture du secrétariat, l'organisation du rappel des parents par l'équipe en charge du T3 est assurée.

Se référer au document « test différé T3 ».

En cas de T2 non concluant uni ou bilatéral, la FFADAN recommande (en accord avec la HAS 2025 et le HCSP 2018) de pratiquer un **dépistage ciblé de l'atteinte congénitale à CMV** (cCMV) chez le nouveau-né, par la réalisation d'une PCR salivaire avant la sortie de maternité. Voir la recommandation spécifique⁵.

Cas particuliers (voir documents spécifiques associés)

• Enfants préalablement hospitalisés en néonatalogie et/ou prématurés :

- Le dépistage est réalisé à une date proche du terme théorique et/ ou de la sortie, à partir de 36 SA et donc à distance de la naissance.
- Il est réalisé **exclusivement** par **PEAA**.
- Ces enfants peuvent bénéficier de 2 tests maximum à l'approche du terme et de la sortie.
- S'ils demeurent suspects après 2 tests réalisés en PEAA, et au regard du taux de surdité plus important dans cette population, un adressage direct en centre expert ORL - audiophonologie infantile peut être proposé (entrée en phase diagnostique). Le test T3 dans ces cas, pourrait être moins pertinent, surtout s'il engendre un délai supplémentaire de prise en soins.

• Enfants nés en plateau technique ou en maison de naissance ou à domicile sans hospitalisation en suites de naissance ou nés en maternité avec sortie avant 24 heures de vie (H24) ou n'ayant pu être testés du fait d'un problème technique (appareil en panne ...) :

- Pour ces nouveau-nés, les tests de dépistage devraient avoir lieu :
 - En priorité dans la maternité de naissance (accouchements en plateau technique, sorties avant H24, problème technique),
 - Ou dans la maternité la plus proche avec laquelle la sage-femme libérale pratiquant l'accouchement accompagné à domicile a passé convention,
 - Ou dans la maternité à laquelle la maison de naissance est adossée et liée par convention.
- En cas de besoin, les professionnels hors maternité, identifiés en tant qu'acteurs de l'étape de dépistage relative aux tests différés T3, peuvent être sollicités.
- Les tests différés de rattrapage (en l'absence de tout test en maternité) ou les tests différés réalisés après un T1 (sans T2 en maternité) seront appelés tests différés T3.
- La réalisation des tests différés de rattrapage doit être programmée (par l'établissement de naissance ou la sage-femme libérale) idéalement dans les 15 premiers jours de vie, et dans tous les cas avant 1 mois.
- La structure régionale chargée de la gestion et du recueil des données issues du dépistage (opérateur) doit en être informée.

³ https://www.ffadan.org/wp-content/uploads/2025/06/2025_Reco_FFADAN_Consentement_et_refus_1avril.pdf

⁴ https://www.ffadan.org/wp-content/uploads/2025/08/2025_Reco-FFADAN_Formulaire-refus.pdf

⁵ https://www.ffadan.org/wp-content/uploads/2025/06/Reco_FFADAN_de_CC_81pistage_20cCMV_avril2024.pdf