

	Dépistage néonatal de la surdité • particularités en unités de néonatalogie •		
	Dépistage néonatal de la surdité Procédures régionales Auvergne Rhône-Alpes URPHE – DSRP – GT régional DNS	Création juillet 2026	2 pages
	Validation régionale : Groupe de travail régional DNS Oct 2026		

Contexte – domaine d'application

Cette procédure complète le document « cas général T1 et T2 en maternité » en soulignant les particularités concernant les unités de néonatalogie.

Les nouveau-nés mutés ou transférés dans une unité de néonatalogie sont concernés par le programme de dépistage de la surdité permanente néonatale.

Ces enfants sont **les plus à risque** de surdité du fait de leur histoire anténatale, de leurs conditions de naissance, et de leur prise en charge post natale.

Leurs soins nécessitent parfois des parcours complexes avec des transferts itératifs (réanimation néonatale, soins intensifs, néonatalogie, éventuel retour en suites de naissance en maternité).

Une attention particulière au suivi du dépistage doit permettre d'éviter des **perdus de vue** au cours de ces parcours.

Domaine d'application

Toutes les unités de la région AuRA.

Timing et contexte du dépistage auditif

Le dépistage est réalisé à une date proche du terme théorique (à partir de 36 SA) et/ ou de la sortie et donc souvent à distance de la naissance notamment en cas de naissance prématurée.

La présence parentale lors du dépistage est vivement recommandée. Ainsi, il n'est pas recommandé de réaliser des tests de nuit sans les parents.

Qui peut réaliser le dépistage auditif ?

Comme en maternité, 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, IDE ou IPDE).

Le personnel effectuant les tests doit recevoir une formation spécifique : formation technique, formation à la communication aux parents (quoi dire et comment dire), formation à la traçabilité.

Dans tous les cas, la désignation d'une personne référente est recommandée, référente à la fois pour la réalisation pratique et le suivi dans chaque service/unité dépisteur.

Le référent peut être le cadre de santé de l'unité ou un professionnel de l'équipe délégué sur cette mission.

Quelle technique utiliser ?

En raison de la fréquence plus élevée de surdités rétro cochléaires dans ce groupe, l'utilisation exclusive de **PEAa** est indispensable et opposable¹ pour les enfants hospitalisés en unité de néonatalogie, quel que soit le type d'unité dans laquelle les enfants se trouvent lors de la passation du test.

Le seuil de dépistage est fixé à 35 dB.

Information et place des parents

L'accord parental est requis pour effectuer le dépistage (se référer à la procédure maternité).

Les parents sont informés par l'équipe, avec un support adapté (flyer régional, vidéos à disposition...). Le pédiatre de l'unité 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.

En cas de refus parental, utiliser le formulaire de refus de dépistage auditif. Noter sur le carnet de santé « dépistage non effectué à la demande des parents » (se référer à la procédure maternité).

¹ Disponible en ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000029754753>

Quel parcours proposer en cas de tests non concluants

Ces enfants peuvent bénéficier de 2 tests (T1 et T2) à l'approche du terme et de la sortie. Un second retest (second T2) est toléré si un des tests était effectué dans de mauvaises conditions.

S'ils demeurent suspects après 2 (exceptionnellement 3) tests réalisés en PEAa, un test différé T3 est proposé avant 1 mois d'âge corrigé, ce qui est la recommandation générale.

Cependant, comme pour d'autres situation à haut risque, un adressage direct en CEAE pour la phase diagnostique peut être envisagé, surtout en cas de délai pour l'obtention du T3.

Pour les enfants nés prématurés, le délai permettant la rencontre d'un ORL spécialisé puis la réalisation du bilan spécialisé avec PEA seuils et audiométrie comportementale s'entend en âge corrigé.

- En cas de doute unilatéral : avant trois mois d'âge corrigé.
- En cas de doute bilatéral : avant deux mois d'âge corrigé.

Dépistage ciblé du CMV congénital (cCMV)

Cette procédure régionale concerne essentiellement les maternités.

Selon la procédure régionale, le dépistage ciblé du cCMV s'adresse aux enfants avec tests auditifs non concluants (en uni ou bilatéral), si le test est effectué dans les 10 premiers jours de vie du nouveau-né.

Il est possible de rallonger ce délai jusqu'à 3 semaines de vie (hors traçabilité URPHE). Une PCR plus tardive expose à un faux-positif (contamination post natale).

Certaines unités ont choisi l'option de prélever une PCR urinaire ou salivaire de façon systématique chez tout nouveau-né hospitalisé dans les premiers jours de vie, sans attendre la réalisation du DNS si celui-ci est différé après la première semaine de vie (hors traçabilité URPHE).

Traçabilité

La traçabilité du dépistage est triple : dossier médical de l'enfant, carnet de santé, liaison avec l'URPHE.

Se référer à la procédure Maternité.

Particularités pour les unités de néonatalogie :

- En cas de transfert de l'enfant, tracer la réalisation ou non des tests (fiche de liaison ou de transmission, compte-rendu d'hospitalisation) et en informer les parents.
- Pour les enfants hospitalisés en néonatalogie, le timing du dépistage auditif est plus souvent décalé de celui du dépistage biologique. Adresser les résultats du dépistage auditif à l'URPHE avec :
 - o Un « bordereau DNS » format actuel fourni par URPHE
 - o Ou le formulaire « résultats DNS hors buvard »