

	Dépistage néonatal de la surdité • cas général : T1 et T2 en maternité •		
	Dépistage néonatal de la surdité Procédures régionales Auvergne Rhône-Alpes URPHE – DSRP – GT régional DNS	Création juillet 2026	4 pages
	Validation régionale : Groupe de travail régional DNS Oct 2026		

Objectif – contexte – domaine d'application - définitions

Objectifs généraux

Harmonisation des pratiques dans les maternités de la région Auvergne Rhône-Alpes, prenant en compte les préconisations FFADAN¹ et les recommandations de la HAS de juin 2026².

Contexte

Cette procédure respecte les choix spécifiques qui ont été faits par la région Auvergne Rhône-Alpes :

- Dépistage et suivi des atteintes bilatérales et unilatérales
- Préconisation des PEAa versus OEA
- Dépistage ciblé du CMV congénital (cCMV) pour les enfants avec tests non concluants (en uni ou bilatéral) en sortie de maternité.

Domaine d'application

Toutes les maternités de la région Auvergne Rhône-Alpes.

Définition des termes³

- **T1** (ou test) est le premier test automatisé de dépistage auditif chez le nouveau-né, réalisé durant le séjour en suites de naissances ou en unité de néonatalogie.
- **T2** (ou retest) est le second test automatisé de dépistage auditif, réalisé durant le séjour en suites de naissances ou en unité de néonatalogie, en contrôle si le premier n'est pas concluant.
- Le **test différé T3** est un test automatisé de dépistage réalisé en ambulatoire à distance de la naissance et de la sortie de maternité ou néonatalogie. Il s'agit soit d'un test de contrôle, soit d'un test de rattrapage (sans test préalable réalisé en suites de naissance ou néonatalogie ou en cas de protocole incomplet). Le test différé T3 n'est donc pas toujours le 3^{ème} test pour le nouveau-né.

Dans ce document, la dénomination « **parents** » désigne la mère, le père, le second parent, et le cas échéant le représentant légal de l'enfant.

Particularités pour les enfants hospitalisés en **unités de néonatalogie** : voir document spécifique.

Organisation générale en maternité, timing

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.

La désignation d'une **personne référente** est recommandée, à la fois pour la réalisation pratique et le suivi dans chaque service/unité dépisteur. Il peut s'agir de la sage-femme coordinatrice ou du cadre de santé, ou d'un professionnel de l'équipe délégué sur cette mission.

Une organisation permettant un dépistage **quotidien** y compris les week-end et jours fériés est fortement recommandée. Cela permet de répondre à la programmation du dépistage pendant le séjour en maternité pour les T1 et les T2, de ne pas faire les tests trop précocement, de diminuer le recours aux tests de rattrapage ambulatoires et les perdus de vue.

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 jamais faire attendre le dépistage biologique, qui doit être prélevé dès que possible à partir de H48 et adressé au CRDN sans délai.

S'agissant de tests automatisés, dont le résultat est indiqué sur l'appareil et ne nécessite pas d'interprétation, les tests peuvent être pratiqués par tout soignant de l'équipe : auxiliaire de puériculture, IDE-IPDE, sage-femme, médecin.

¹ <https://www.ffadan.org/nos-recommandations/>

² https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-06/eco_sp-416_eco_sp_416_reco_sante_publicue_surdite.pdf

³ https://www.ffadan.org/wp-content/uploads/2025/06/2024_Reco_FFADAN_definitions_8juill.pdf

Il est recommandé que chaque soignant pratiquant les tests puisse avoir bénéficié d'une **formation dédiée**.

- Formation technique au maniement de l'appareil (formation pouvant être dispensée par un pair)
- Formation à la traçabilité du dépistage
- Connaissance des parcours avec les différentes étapes
- Connaissance des ressources à disposition
- Formation à la communication avec les parents portant sur « quoi dire et comment le dire ».

Type de tests OEA et PEAa

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.

Contexte : La HAS préconise les PEAa dès le T1 pour tous les nouveau-nés. La HAS et la FFADAN préconisent les PEAa pour le test T2 pendant le séjour en maternité, pour les T1 et T2 chez les nouveau-nés hospitalisés en néonatalogie, et pour tous les tests différés (T3) de contrôle ou de rattrapage.

La FFADAN recommande que chaque maternité soit dotée, dans les plus brefs délais, au minimum d'un appareil mixte OEA/PEAA permettant d'effectuer les T2 en PEAa.

Dans l'attente d'un équipement adéquat, les OEA peuvent être utilisées en maternité, uniquement chez le nouveau-né à bas risque, pour le T1 voire le T2.

Les critères pour le **bas risque** sont au minimum :

- Enfant non transféré en unité de néonatalogie et
- Absence d'antécédents familiaux de surdité avant 50 ans.

Il est recommandé de **basculer vers un équipement PEAa** au fil du renouvellement des appareils de dépistage en maternité. NB : l'utilisation exclusive de PEAa est indispensable et opposable⁴ pour les enfants hospitalisés en unité de néonatalogie.

Le **seuil** unique de dépistage est fixé à **35 dB** quel que soit 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**. Un test peut être non concluant de façon unilatérale ou bilatérale.

Un test non concluant signifie qu'on ne peut pas affirmer la normalité du circuit auditif au seuil fixé. Il ne signifie en aucun cas que l'enfant soit sourd. La plupart des nouveau-nés 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.

Plus le timing est éloigné de la naissance, et plus souvent les tests sont concluants.

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

En cas de test non concluant au T1, en uni ou bilatéral, l'enfant doit bénéficier d'un contrôle T2 avant la sortie, dans un délai de 6, 12 ou 24h, selon le temps disponible avant la sortie.

Un seul T2 est souhaitable. Toutefois, un second T2 est envisageable si le premier T2 était effectué dans de mauvaises conditions. Répéter les tests dans un laps de temps court augmente le stress parental, sans en modifier nécessairement le résultat.

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

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

En cas de test impossible à réaliser du fait d'une situation anatomique spécifique (exemple : aplasie de l'oreille), le test est considéré d'emblée non concluant et tracé comme non concluant.

Information et place des parents

Information

Il est souhaitable de pouvoir aborder la question du dépistage néonatal (biologique et surdité) dès la période prénatale.

En maternité, les parents sont informés sur le programme de dépistage par l'équipe, avec l'aide du flyer régional.

Les explications doivent pouvoir être dispensées dans la langue de communication des parents.

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.

⁴ Disponible en ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000029754753>

Consentement

L'accord parental est requis pour effectuer le dépistage. Se référer à la recommandation FFADAN « consentement et refus »⁵. L'accord oral d'un des parents sans notion de l'opposition du second parent permet la réalisation du dépistage.

Dans certaines situations, comme une sortie avant H24, une panne d'appareil, des parents sourds ne souhaitant pas un dépistage immédiat, une proposition de parcours spécifique doit être formulée, et un recours au test différé T3 de rattrapage est proposé aux parents et organisé (RV pris ou mail d'adressage envoyé).

Refus

Le refus parental est légal et ne nécessite pas de justification.

En cas de refus de dépistage, il est recommandé de proposer un entretien avec le pédiatre de maternité pour s'assurer que les parents ont bien reçu et compris les explications sur l'intérêt pour leur enfant de bénéficier du dépistage néonatal de la surdité prévu dans le cadre du programme national de dépistage néonatal.

Les parents refusant le dépistage sont informés que s'ils changent d'avis, ils pourront solliciter un rendez-vous de dépistage dans les 3 mois, par l'intermédiaire de leur médecin ou de leur sage-femme, en s'adressant au secrétariat du dépistage néonatal (Lyon ou Grenoble) qui informera le professionnel de santé sur les possibilités de test différé de rattrapage T3 (droit au remords).

Un formulaire de refus de dépistage auditif est prévu et doit être systématiquement utilisé (FFADAN⁶ et document régional).

Ce formulaire doit être complété et signé au mieux par les deux parents.

L'expression explicite de refus d'un seul parent (avec ou sans signature du formulaire de refus) est suffisante pour que le dépistage ne soit pas effectué.

Au cas où un parent refuse explicitement le dépistage mais ne souhaite pas signer le formulaire, celui-ci doit être complété et signé par deux professionnels de l'équipe, témoins du refus parental.

Ce formulaire est destiné aux cas de refus initial de dépistage (aucun test effectué). Il peut être également utilisé en cas de refus de poursuite du parcours exprimée par les parents alors que l'enfant est présent dans l'établissement de santé (maternité, unité de néonatalogie, ORL ...). Pour ces cas de refus secondaire, l'URPHE cochera sur son logiciel « refus poursuite bilan », afin de ne pas comptabiliser ces enfants en perdus de vue.

Le formulaire est édité en 3 exemplaires :

- 1 exemplaire à conserver dans le dossier médical de l'enfant
- 1 exemplaire à adresser à l'URPHE Lyon ou Grenoble, par courrier postal (ou messagerie sécurisée MonSisra)
- 1 exemplaire pour le(s) parent(s)

Pratique du test en présence d'un/des parents

Il est recommandé d'effectuer le dépistage en présence d'un ou des parents.

Le soignant instaure avec l'aide des parents une relation non anxiogène au nouveau-né. Les parents 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...).

Avant la réalisation du test, le soignant informe les parents des différents résultats possibles, de la signification d'un test non concluant, et présente le programme de dépistage en tant que parcours : étapes T1, T2, test différé T3 et le cas échéant consultation et bilan ORL spécialisés en Centre Expert de l'Audition de l'Enfant (CEAE).

Transmission des résultats du test aux parents

Dans la plupart des cas, les parents présents lors du test prennent connaissance du résultat en temps réel. La signification d'un test non concluant leur est rappelée, et la suite du parcours indiquée.

Le pédiatre de maternité vérifie la complétude du dépistage lors de la visite de sortie du nouveau-né et le parcours prévu le cas échéant. Le pédiatre reste responsable du rendu des résultats aux parents et des explications à ce sujet.

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

Cas général : parcours avec étape test différé T3

En cas de T2 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 (par exemple, mail d'adressage envoyé).

Le test différé T3 doit être effectué avant 1 mois de vie, idéalement vers 2-3 semaines de vie.

Se référer au document « test différé T3 », et à la fiche de prescription/adressage à disposition pour le test différé.

Cas particuliers : adressage direct en CEAE

L'enfant peut être orienté d'emblée en CEAE pour la phase diagnostique (sans T3) en cas de situation à haut risque de surdité ou nécessitant un avis ORL de principe. Exemples : antécédents familiaux, malformation de l'oreille, PCR CMV revenant positive. Dans ce cas,

- CEAE au choix des parents
- Adressage en CEAE à faire par la maternité avant la sortie (RV pris ou mail d'adressage envoyé)
- Remplir le formulaire « Fiche d'adressage en CEAE ».

⁵ https://www.ffadan.org/wp-content/uploads/2025/06/2025_Reco_FFADAN_Consentement_et_refus_1avril.pdf

⁶ https://www.ffadan.org/wp-content/uploads/2025/08/2025_Reco-FFADAN_Formulaire-refus.pdf

En cas de T2 non concluant uni ou bilatéral, il est recommandé (HAS 2025, FFADAN 2024 et HCSP 2018) de proposer aux parents de pratiquer un **dépistage ciblé de l'atteinte congénitale à CMV** (cCMV) chez le nouveau-né, par la réalisation d'une PCR salivaire (ou urinaire) avant la sortie de maternité.
Voir la recommandation FFADAN spécifique⁷, et se référer à la procédure régionale (en cours de mise à jour).

Traçabilité

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

Dossier médical

Indiquer les résultats des tests pour chaque oreille T1 +/- T2, la PCR CMV si effectuée, ainsi que le parcours proposé (Test différé T3, voire CEAE d'emblée) le cas échéant.

En cas de refus parental tracer l'information délivrée, joindre le formulaire de refus signé.

Carnet de santé

Le professionnel en charge du test inscrit les résultats du dépistage auditif sur la page *Sortie de maternité* (page 8 de la version 2025 du carnet de santé).

Si le test n'a pas été effectué du fait d'un refus parental, inscrire : « dépistage non effectué à la demande des parents ».

Si un test différé T3 est prévu d'emblée, le noter avec la raison « choisi par les parents / sortie précoce / panne ... ».

En cas de test différé T3 prévu, noter la date et/ou le lieu/l'acteur du T3 (ex : T3 en maternité, T3 avec Dr XXX ORL...).

Le pédiatre vérifie à la sortie la complétude des informations inscrites.

En cas d'adressage direct en CEAE (situations à très haut risque), le noter avec nom du CEAE +/- date si connue.

En cas de test non concluant, indiquer si le dépistage ciblé du cCMV a été réalisé en appliquant si le dépistage a bien été réalisé, le tampon « PCR CMV réalisée » fourni par l'URPHE. Résultats de la PCR à transmettre à l'URPHE, au plus tard lors du récapitulatif mensuel adressé par l'URPHE à chaque maternité.

URPHE

Pour rappel, le dépistage biologique doit être pratiqué dès que possible à partir de H48 et envoyé sans délai. Ne jamais faire attendre un buvard pour y noter un résultat de test auditif.

Où tracer le dépistage ?

- Pour les tests réalisés dans le timing du dépistage biologique, inscrire les résultats sur le carton Guthrie.
- En cas de timing divergent avec le résultat du dépistage biologique (buvard envoyé avant la disponibilité des résultats du dépistage auditif), adresser les résultats du dépistage auditif à l'URPHE avec :
 - Un « bordereau DNS » format actuel fourni par URPHE
 - Ou la fiche « résultats DNS hors buvard »

Si un T2 a été réalisé, bien noter à la fois les résultats du T1 et du T2.

Cocher la case correspondante en cas de test non effectué (version 2027 du buvard).

Noter également les éventuelles circonstances spécifiques pour aider l'URPHE à tracer l'exhaustivité du dépistage : sortie contre avis médical, situation de soins palliatifs...

En cas de test non concluant, indiquer si le dépistage ciblé du cCMV a été réalisé en appliquant le tampon « PCR CMV réalisée » fourni par l'URPHE.

En cas d'adressage en CEAE pour la phase diagnostique :

- Noter sur le buvard ou le bordereau ou la fiche de résultats, le nom du CEAE +/- date du RV si connue.
- Et adresser à l'URPHE une copie de la Fiche d'adressage en CEAE.

Quelques points importants pour les professionnels « testeurs » :

- Aller faire un test uniquement si les conditions sont réunies : calme ++, et en présence d'au moins un parent.
- Attention au timing : ne pas tester trop tôt. Pratiquer le test le plus loin de la naissance donne les meilleurs résultats. Ne pas se précipiter, repousser le test en cas de sortie « tardive » prévue (césarienne...). Ne tester avant H48 que les bébés pour lesquels une sortie précoce est annoncée.
- Ne pas répéter les re tests T2.
- Ne jamais faire attendre un buvard Guthrie pour y noter un test auditif. Le dépistage biologique doit être réalisé dès que possible à partir de H48 et le buvard envoyé au plus vite.
- Utiliser le bordereau/fiche « résultats hors buvard » pour T1 et T2 tardifs.
- L'application « Roulette des bébés » gratuite (Google, Apple), donne les heures de vie des nouveau-nés et le timing des tâches et soins en suites de naissance, dont l'ensemble des dépistages.

⁷ https://www.ffadan.org/wp-content/uploads/2025/06/Reco_FFADAN_de_CC_81pistage_20cCMV_avril2024.pdf