

	<h1>Dépistage néonatal de la surdité au sein du RPAI</h1>
Rédacteur:	Mme Marianne JEANNIN - SF coordinatrice RPAI
Validation	Dr Laurence PENISSON - PH ORL - Surdité de l'enfant – CHUGA

1. Généralités :

L'organisation du dépistage de la surdité à la naissance a été rendue obligatoire en France (arrêté du 23 avril 2012) et est mise en place dans toutes les maternités. Ce dépistage est gratuit. Des modalités particulières peuvent vous êtes proposées en cas d'accouchement hors maternité.

La surdité touche environ 1 enfant sur 800.

Un diagnostic précoce des troubles de l'audition rend possible une prise en charge rapide et adaptée de l'enfant.

2. Coordonnées

URPHE (Union Rhône-Alpes pour la Prévention des Handicaps de l'Enfant) :

L'U.R.P.H.E. est chargée de la coordination du dépistage de la surdité à la naissance.

☎ : 04 27 85 65 28 - www.urphe.org

URPHE CRDN - CHU DE GRENOBLE

Institut de Biologie et Pathologie

Boulevard de la Chantourne

38700 LA TRONCHE

☎ : 04.76.76.58.95

@ : secretariatdepistageneonatal@chu-grenoble.fr

C.E.A.E - Centre Expert de l'Audition de l'Enfant

Service ORL– CHU de Grenoble –

6 me Etage unité G Hall Chartreuse –

Bd de la Chantourne

38043 GRENOBLE Cedex 9

☎ : 04 76 76 56 56

@ : CEAE@chu-grenoble.fr

3. Annexes :

Annexe 1 :

Organigramme dépistage de la surdité au sein du RPAI

Annexe 2 :

Formulaire de refus parental du dépistage néonatal de la surdité

Annexe 3 (non lié au document)

Flyer à destination des parents « Un test de dépistage de la surdité pour tous les nouveau-nés en maternité »

Réseau Périnatal Alpes-Isère – Validation Bureau exécutif du 05 Février 2024

« Ce protocole émane d'un groupe de travail du RPAI, basé sur des données scientifiques publiés et/ou issues des sociétés savantes. Ce ne sont que des conseils de bonnes pratiques qui ne peuvent être opposables »

Naissance

Nouveau-né en maternité

J3 (T1)

1^{er} TEST (T1)
PEAA (ou OEA)

CONCLUANT

STOP

NON
CONCLUANT

1^{ère} semaine de vie (T2)
Avant sortie de la maternité

2nd TEST (T2)
PEAA uniquement

CONCLUANT

STOP

NON
CONCLUANT

PCR CMV avant la sortie

Ne pas oublier de le noter sur le carnet de santé « CMV
prélevé » (*tampon*)

Re-convocation en maternité
15 jours/ 3 semaines de vie (T3)

3^{ème} TEST (T3)
PEAA uniquement
Cotation CCAM possible : CDRP002 (48.51€)

CONCLUANT

STOP

NON
CONCLUANT

**Adressage
systématique
et rapide+++
en CEAE
(T3 inutile)**

Informer le CEAE de Grenoble :
CEAE@chu-grenoble.fr

Etape diagnostique en CEAE

Test non concluant 1 oreille

RV dans les 2 mois
en moyenne

Test non concluant 2 oreilles

RV dans sous 1 mois
en moyenne

CMV +

RV dans les 15 jours qui
suivent le résultat



UNION AUVERGNE RHONE-ALPES POUR LA PREVENTION DES HANDICAPS DE L'ENFANT

Arrêté du 23 avril 2012 relatif à l'organisation du dépistage de la surdité permanente néonatale

Art. 1er. – Le dépistage précoce de la surdité permanente néonatale constitue un programme de santé au sens de l'article L. 1411-6 du code de la santé publique.

Art. 2. – Ce dépistage comprend :

- 1 : Un examen de repérage des troubles de l'audition, proposé systématiquement, avant la sortie de l'enfant de l'établissement de santé dans lequel a eu lieu l'accouchement ou dans lequel l'enfant a été transféré ;
- 2 : Des examens réalisés avant la fin du troisième mois de l'enfant lorsque l'examen de repérage n'a pas pu avoir lieu ou n'a pas permis d'apprécier les capacités auditives de l'enfant ;
- 3 : Une information des détenteurs de l'autorité parentale, le cas échéant, sur les différents modes de communication existants, en particulier la langue des signes française.

REFUS PARENTAL DU DEPISTAGE NEONATAL DE LA SURDITE

Identité de l'enfant :

NOM :
Prénom :
Né(e) le :
A la maternité :
N° d'accouchement :

Je, nous soussigné(e.s)
titulaire(s) de l'autorité parentale ou représentant légal de l'enfant sus-nommé, reconnaissons avoir bénéficié d'une information orale et écrite, précisant l'intérêt pour notre enfant de bénéficier du programme national de dépistage néonatal de la surdité, et déclarons refuser que les tests de dépistage recommandés lui soient effectués.

Fait à :

Le :

NOM :
Prénom :
Mère / père / coparent / représentant légal (1)
Signature :

NOM :
Prénom :
Mère / père / coparent / représentant légal (1)
Signature :

(1) Rayer les mentions inutiles

(1) Rayer les mentions inutiles

Document à archiver par la maternité et double à adresser à l'URPHE

URPHE CRDN - CHU DE GRENOBLE
Institut de Biologie et Pathologie Boulevard de la Chantourne 38700 LA TRONCHE
Tél : 04.76.76.58.95 / Fax : 04.76.76.77.39 @ : secretariatdepistageneonatal@chu-grenoble.fr
Mise à jour : mars 2023