

Ce document est une base que chaque établissement peut utiliser telle quelle ou en la modifiant pour l'adapter aux conditions spécifiques locales.

Mesdames et Messieurs **les testeurs**,

Vous avez bénéficié d'une information sur l'audition, la surdité congénitale et ses conséquences, les moyens utilisés pour vérifier l'audition d'un nouveau-né et l'importance de cette démarche pour l'avenir de l'enfant. Il vous est sans doute apparu que vous aviez un rôle fondamental pour le bon déroulement de ce **Programme Lorrain de Vérification de l'Audition du Nouveau-Né (PLVANN)**. Ce document a pour but de vous rappeler les points essentiels de la procédure qui vous concerne avec **3 points clés** dont aucun ne peut être négligé sous peine d'amener ce programme à l'échec et les familles à des difficultés majeures :

1. L'information pré et post-test des parents et, d'une façon générale **la communication** autour du programme
2. **La réalisation des tests**, très simple en soit, mais dont la qualité est capitale
3. **L'enregistrement et la transmission des résultats** sans lesquels une grande partie du bénéfice des deux phases précédentes risque d'être perdu

1 – LA COMMUNICATION

1.1 – La communication en général est un point essentiel. Il ne faut pas oublier qu'il s'agit ici d'une action de santé publique de type « **dépistage** ». Cela veut dire que pour le **bénéfice de 1 ou 2 enfants pour 1000** naissances, présentant une surdité congénitale, on **impose des « contraintes » à beaucoup d'enfants** et leur famille, qui ne tireront aucun bénéfice individuel de cette action et se seraient tout aussi bien portés sans ce dépistage. Il est donc primordial de limiter le plus possible tous ces désagréments. Créer, avec ces tests et par un **discours maladroit**, une **anxiété chez la maman** peut avoir des conséquences désastreuses. Une maman qui a des doutes sur l'audition de son nouveau-né peut modifier son comportement à l'égard de ce dernier : « pourquoi lui parler puisqu'il ne m'entend (peut-être) pas ? » Les **interactions précoces mère/enfant**, extrêmement précieuses, peuvent être ainsi altérées avec des conséquences parfois dramatiques, que l'enfant soit entendant ou non. Il faut donc que cette **démarche de dépistage soit la moins anxiogène possible pour les parents**. Les testeurs et **tous les personnels au contact des parents**, même s'ils ne réalisent pas les tests, doivent s'astreindre à une **attitude et un discours toujours prudents et positifs** même en situation spontanée ou de surprise. Le plus simple et le plus sûr est de systématiquement bannir certains termes et d'en privilégier d'autres, **même dans les conversations entre professionnels**, pour ne pas être pris en défaut face aux parents. Ainsi on ne parle pas :

- | | |
|---|--|
| - de <i>dépistage de la surdité mais</i> | de vérification de l'audition , |
| - d' <i>échec</i> ou de <i>raté mais</i> | de tests à vérifier, à contrôler |
| - d'enfant <i>suspect</i> ou <i>douteux mais</i> | d'enfant « non concluant » |
| - de <i>bonne réponse</i> ou <i>rassurante mais</i> | de réponse concluante |
| - de <i>réponse mauvaise</i> ou <i>inquiétante mais</i> | de réponse non concluante |
| - de test <i>négatif</i> mais | de test à refaire, à renouveler ... |

Il ne s'agit que de dépistage, **en aucun cas de diagnostic et encore moins de proposer un quelconque pronostic.** Des termes sont donc à totalement éliminer du vocabulaire : **surdité, sourd-muet, handicap, raté, échec, inquiétant, suspect, négatif, mauvais, institut de sourd, orthophoniste, langue des signes, r ducation, institut spécialisé, appareil, prothèse, implant cochléaire...**

Il faut **toujours valoriser l'enfant**  ventuellement aux dépens de notre matériel et de notre technique. Ainsi on ne parle pas d'un enfant qui échoue son test, qui n'y arrive pas, qui ne peut pas... mais de **l'appareil qui ne parvient pas à montrer que l'enfant entend**, des conditions ou du moment qui ne sont pas propices pour obtenir une réponse de l'enfant. Ce n'est pas l'enfant qui échoue son test, c'est nous (ou notre machine) qui ne sommes pas parvenus à obtenir une réponse. Tout au plus, on peut « reprocher » à l'enfant son agitation ou son caractère bruyant qui g nent l'appareil pour recueillir une **réponse valide, sûre, interprétable, acceptable, utilisable...** Si on veut faire de l'enfant testé un acteur : « il veut bien nous montrer que son oreille est concluante », « il laisse l'appareil chercher et trouver la réponse »... Il peut garder du liquide derrière le tympan qui g ne les tests, il suffit d'attendre un peu...

Bref, pour les testeurs, dans l'information et l'explication du test avant, de ses résultats après, et pour tout le personnel au contact des parents, ces règles générales doivent être, en permanence, strictement respectées et éventuellement rappelées régulièrement, au sein d'une équipe, si besoin.

1.2 – La communication avant le test

Le plus simple est de reprendre le contenu du document écrit remis à la famille.

Pourquoi tester un enfant si jeune ? C'est la période la plus facile et la plus simple pour la famille et l'enfant ; même si parfois, il faut contrôler 15 jours plus tard, quand le liquide qui reste dans l'oreille empêche d'obtenir tout de suite une réponse concluante. Les quelques enfants (1 à 2 pour 1000 naissances) qui présentent un « problème d'audition », ainsi identifiés par cette vérification, vont pouvoir être pris en charge et leur famille accompagnée très précocement ; de telle sorte que l'accès et la maîtrise de la parole leur en seront très facilités. L'enfant a le plus souvent une audition concluante à la naissance, il suffira d'être vigilant durant les premières années pour limiter les conséquences d'un éventuel problème d'audition apparaissant secondairement.

Le test est-il douloureux ou dangereux pour l'enfant ? Les sons utilisés pour stimuler l'oreille de l'enfant sont très doux et calibrés, spécialement adaptés à l'oreille d'un nouveau-né (l'appareil n'est conçu et utilisé que pour tester les oreilles de nouveau-né), même prématuré, et ne peuvent en aucun cas entraîner de douleur ou de dégâts. Ils sont délivrés par de petits écouteurs en mousse posés dans ou par-dessus l'oreille (certains PEAA). L'enregistrement des réponses se fait avec la même petite sonde molle posée dans l'oreille (OEAp) ou par des pastilles simplement collées sur la peau (PEAA) ( viter le terme «  lectrode »). Le seul courant électrique circulant est celui produit par le cerveau de l'enfant quand il entend un son, il est très très faible et naturel.

Quelles sont les conditions idéales pour tester l'enfant ? Le silence ou au moins le grand calme, chez un enfant très calme et relaxé (OEAp) voire totalement endormi (PEAa). Attention à attendre, après le bain, que les conduits auditifs soient bien secs pour ne pas abimer la sonde (OEAp) et ne pas être gêné par l'eau piégée devant le tympan. Les bruits de succion, ronflement ou stridor peuvent gêner les tests par OEAp ; les PEAa sont alors plus performants car non perturbés par le bruit de fond acoustique.

Combien de temps prend le test des 2 oreilles ? De 2 à 8 minutes, en fonction de l'appareil utilisé et de la facilité pour trouver la réponse de l'enfant.

Quels sont les résultats possibles ? Soit **au-moins une des deux oreilles, voire les deux sont concluantes d'emblée. L'enfant a, ce jour, une audition concluante** et n'a plus besoin d'être testé avant sa sortie [sauf si la procédure de l'établissement prévoit de re-tester les oreilles unilatéralement non concluantes - ce n'est pas une obligation du PLVANN pour l'instant]. **Soit on n'est pas parvenu à obtenir de réponse concluante sur aucune des deux oreilles.** Le moment n'était peut-être pas idéal, du liquide persiste peut être encore derrière les tympons. Il faudra refaire les tests un peu plus tard, pas trop tôt pour avoir une oreille plus dégagée de son liquide, ne pas se précipiter et bien choisir le moment où l'enfant sera le plus apte à nous laisser enregistrer une réponse fiable. En effet, une réponse non concluante ne veut pas dire « absence de réponse » mais le plus souvent une réponse que la machine ne veut pas accepter, par « prudence », car elle est parasitée par des bruits extérieurs ou produits par l'enfant lui-même ou ses mouvements. Donc, en aucun cas, l'enfant n'est mauvais, suspect ou douteux, c'est l'appareil qui est « prudent » avant de donner une réponse affirmative. Bref, **un « re-test » est prévu avant la sortie.**

Et si le re-test n'est toujours pas concluant ? Le plus souvent il est inutile de répéter les tests dans l'immédiat, puisque la cause locale la plus fréquente (liquide dans les oreilles) va disparaître d'ici 15 jours. **Un contrôle en externe après le retour à domicile est plus efficace.** Si la cause est un problème plus complexe, il faut **prendre plus de temps** pour faire le test voire un examen otologique et/ou l'utilisation de matériel plus sophistiqué. Tout cela sera expliqué, si besoin détaillé par le pédiatre de l'établissement qui va signer le courrier adressé au médecin de PHASE 2. **Ce RDV de PHASE 2 est très important, et à honorer sans faute. Il faut que la maman en soit bien convaincue.** Même si, de fait, il y a neuf chances sur dix que le résultat de la PHASE 2 soit « concluant », encore faut-il le vérifier.

Et si le(s) test(s) réalisés en externe par le médecin de PHASE 2 (ORL ou pédiatre) ne permettent toujours pas de trouver une audition concluante ? C'est le médecin de PHASE 2 qui expliquera en détail à la famille la nécessité de faire des tests spécialisés. Il se chargera d'organiser rapidement le(s) RDV nécessaire(s). Ces tests sont peut-être plus sophistiqués, sûrement plus longs et compliqués à réaliser mais restent peu invasifs : s'il n'y a pas de retard, les PEA « classiques » seront réalisés en sommeil spontané (le recours à une anesthésie est tout à fait exceptionnel). Le message à faire passer est que, **plus ces examens sont faits tôt, plus leur organisation est simple.** Ils doivent être faits **dans la sérénité, car plus longs et complexes.** Bref, il ne sert à rien de précipiter les examens de PHASE 3 mais il ne faut pas les retarder inutilement. **Les RDV seront donc à respecter scrupuleusement** car les équipes spécialisées pour cette PHASE 3 sont rares en Lorraine et proches de la saturation. Un simple report de RDV peut imposer un grand retard en final.

Si une seule oreille est concluante, que se passe-t-il ? L'enfant est « globalement » considéré comme « concluant » car une seule oreille suffit à mettre en place son langage sans aucune difficulté, sauf problème spécifique (trouble complexe du langage, dyslexie...) totalement indépendant d'un éventuel problème d'oreille unilatéral. La preuve en est que la majorité des surdités unilatérales sont diagnostiquées vers l'âge de 6 ans par les audiométries réalisées systématiquement en médecine scolaire autour de l'entrée en CP. On découvre cette situation, donc assez fortuitement, chez des enfants qui ont une parfaite maîtrise du langage et majoritairement aucune difficulté dans leurs acquisitions scolaires. Bref, on pourrait presque négliger ces situations. **Il n'est donc en aucun cas recommandé de multiplier les tests précoces pour faire un diagnostic de surdité unilatérale précoce**, souvent avec des seuils difficiles à préciser et qui ne débouchent sur aucune prise en charge précoce (pas de rééducation, quelques conseils de guidance et exceptionnellement un essai d'appareillage audio-prothétique). Si on envoyait en unité d'audiologie spécialisée, pour diagnostic, toutes les suspicions de surdité unilatérale détectées par le PLVANN on multiplierait par deux, au moins, le nombre d'enfant à bilancer. La conséquence serait désastreuse car en créant une saturation, on retarderait le diagnostic et la prise en charge des surdités congénitales (bilatérales) et on raterait l'objectif principal de cette action de Santé Publique. Quelques conseils sont à donner en milieu scolaire. En pratique, vers l'âge de 12 à 18 mois, en aucun cas avant, il est possible de contrôler l'oreille qui était non concluante en PHASE 1 de dépistage. Elle peut alors être strictement normale (faux positif unilatéral du dépistage). Si une surdité unilatérale se confirme, un avis spécialisé auprès d'un médecin ORL, compétent en audiologie, est souhaitable pour quelques aménagements et précautions. Le problème est totalement différent et sans aucune commune mesure avec une surdité congénitale bilatérale dont le retentissement sur le langage et la scolarité peut être majeur, surtout en cas de retard de prise en charge.

1.3 – La communication après le test

Le point essentiel, à l'issue de la phase de dépistage, est de **ne jamais oublier qu'il ne s'agit pas d'un test diagnostic**. **Il n'est donc en aucun cas question d'annoncer une surdité**. Même l'annonce d'une « audition normale » devrait être particulièrement prudente. Il faut se limiter aux notions « d'audition concluante » ou « non concluante ».

En cas de test concluant, il faut seulement informer qu'un **problème d'audition secondaire** peut toujours survenir avant l'âge de 3 ans. Par sa précocité, il peut entraîner des difficultés dans la mise en place du langage et son développement ultérieur. Cependant, en général, ses conséquences sont beaucoup moins sévères que celles d'une surdité congénitale. Il faut donc savoir qu'il existe, qu'il peut être suspecté par un babil qui s'appauvrit et qu'il peut être diagnostiqué par des tests spécialisés. Le conseil est donc **d'être attentif à la mise en place du langage** de son enfant et de **demander avis à son médecin traitant** au moindre doute. Ce dernier peut orienter alors l'enfant auprès d'un ORL. Un enfant qui réagit à des bruits forts, n'a sans doute pas de surdité profonde à sévère mais peut cependant présenter un degré de surdité suffisant pour perturber le développement du langage. Il faut donc bien dissuader les parents de recourir à des tests « sauvages » à la maison avec des bruits violents (casserolles...) qui sont inutiles et peuvent provoquer une attitude de retrait et d'isolement vis-à-vis du monde sonore de l'enfant ainsi régulièrement agressé. Le fait que l'enfant babille n'est pas complètement rassurant. Même un enfant sourd profond peut babiller. Cependant si l'enfant ne s'entend pas, il ne va ni enrichir, ni moduler (fréquences, intensité, intonations, mélodie, variété des syllabes répétées puis associées...) ce babil qui, finalement, va finir par disparaître sans qu'aucun langage véritable ne se mette en place.

Il faut également faire attention, même chez les enfants « concluants », à d'éventuels **facteurs de risque de surdité** (FDR). La présence d'un ou plusieurs de ces FDR expose à un risque accru de présenter une surdité congénitale et/ou secondaire. Il ne faut en aucun cas alarmer les parents mais leur signaler que cela justifie une attention particulière et la nécessité de recourir à un avis spécialisé ORL, plus facilement, en cas de doute. Ces FDR ont chacun des poids différents et peuvent être associés :

- Tout **antécédent familial de surdité** de perception survenue dans l'enfance ou chez un adulte jeune (les presbycousies du vieillard et les séquelles d'otites chroniques ne sont pas concernées)
- Toute **malformation crânio-cervico-faciale**
- Toute **infection materno-fœtale du groupe TORCH** (toxoplasmose, oreillons, rubéole, CMV, hépatite) avec une prédominance du **CMV**
- Toute **souffrance anoxo-ischémique** périnatale
- Tout **séjour en réanimation** (oxygénothérapie, intubation, exsanguino-transfusion...)
- Toute **prématurité** < 32 SA – tout **petit poids de naissance** < 1500 g
- **Ictère par incompatibilité Rh**
- Exposition à des **oto-toxiques** médicamenteux ou autres
-

Le problème des « concluants unilatéraux » a été déjà abordé plus haut.

En cas de résultat « NON CONCLUANT » à l'issue des tests et re-tests, il est obligatoire de **rester extrêmement prudent. En aucun cas, il ne faut parler de surdité ou même de situation suspecte.** Il faut en rester à la notion simple de **nécessité de refaire les tests** à distance et dans d'autres conditions. **Les parents doivent dans ce cas obligatoirement rencontrer le pédiatre** de l'établissement qui doit les informer sur ce résultat et de ses conséquences avant leur retour à domicile. D'un point de vue pratique, un tel résultat doit faire **organiser la consultation auprès d'un médecin de PHASE 2.** Il peut être utile d'anticiper cette organisation pour disposer de la date et heure du RDV au moment de la sortie de l'enfant. Ceci est d'autant plus vrai qu'on se rapproche d'un week-end donc d'une période où la prise de RDV risque d'être plus compliquée. Le fait que l'équipe de PHASE 1 prenne le RDV pour la famille, permet de rassurer cette dernière et de répondre à ses questions sur le sujet.

2 – LA PROCEDURE DE TEST

2.1 – Information pré test par le document écrit

Il est plus logique, quelques heures ou la veille des tests de vérifier que la maman a bien le document d'information [plaquette ou annexe 1] qui lui a été remis durant sa grossesse. Si cela n'est pas le cas, il faut lui en remettre un, à nouveau, et lui laisser le temps de le lire (cela prend à priori moins de 10 minutes dans la majorité des cas). On peut lui laisser le temps de réfléchir et de trouver éventuellement des questions à poser. Il faut indiquer à la maman que ce test doit être obligatoirement proposé, par la maternité, à tous les nouveau-nés (c'est la loi !) et qu'elle peut le refuser (c'est obligatoire de le dire, ce n'est pas utile de s'y appesantir !). Soit vous délivrez l'information orale lors de la remise en main de ce document (surtout s'il a déjà été lu) et reviendrez plus tard dans la chambre pour le test ; soit vous ferrez cette information orale, plus tard, en vous installant auprès du bébé pour faire le test.

Pour les parents étrangers, cette information est proposée dans diverses langues sur le site du Réseau Périnatal Lorrain et sera bientôt disponible sous la forme d'une vidéo en LSF avec voix off et sous-titrage en français (www.reseaperinatallorrain.fr à l'onglet AUDITION).

2.2 – Vérifications avant d'aller au contact de l'enfant

Avant d'aller au contact de l'enfant (dans sa chambre ou dans un local spécifique en fonction de la procédure propre à l'établissement), il faut **vérifier le matériel** de test **et les documents permettant d'identifier l'enfant et d'enregistrer correctement ses résultats**. Vérifier le matériel consiste à allumer l'appareil pour contrôler que ses **batteries sont bien chargées**, qu'il fonctionne bien et que vous pouvez **afficher le programme** de test prévu. C'est aussi s'assurer que les **câbles** sont correctement connectés et en bon état et, enfin, que l'on dispose bien d'un **jeu complet de consommables** (embouts et/ou électrodes). Il faut aussi vérifier que l'enfant que vous vous apprêtez à tester est bien celui pour lequel vous disposez du dossier et qu'il n'a pas été testé de façon concluante par une autre équipe.

2.3 – Entrée dans la chambre et information orale

Si vous devez afficher l'identité de l'enfant testé dans la machine, faites-le avant de toucher à l'enfant mais seulement quand vous êtes certain(e) de ne pas changer d'enfant au dernier moment (attention aux jumeaux ou à l'erreur de chambre). Il faut informer oralement la maman sur le déroulement du test en étant le plus rassurant possible. Il faut **reprendre les termes du document écrit**. Si cela n'a pas été déjà dit à la maman, il faut **lui indiquer qu'elle peut refuser**. Il n'est pas nécessaire d'obtenir son accord clairement exprimé pour faire le test, le simple fait qu'elle n'exprime pas son refus suffit. Si jamais, elle (ou le papa déclaré) exprime ce refus, il faut lui réexpliquer calmement le test sans l'affoler et sans trop insister. Si elle persiste dans son refus, il ne faut surtout pas faire le test et le Référent (ou directement le pédiatre s'il est alors rapidement joignable) doit être prévenu de ce refus. Dans ce cas, il faut attendre que le pédiatre et/ou le Référent ait rencontré les parents pour délivrer une information supplémentaire et confirmer le refus définitif (obligatoirement à enregistrer à l'aide de l'annexe 5) ou finalement vous donner le feu vert pour tester l'enfant si la famille a changé d'avis.

Il faut que l'enfant soit bien calme avec un minimum de personnes dans la chambre. La maman reste mais elle doit rester silencieuse, de même pour le papa, s'il veut rester. Par contre, il est impératif de **faire sortir tous les visiteurs**, en particulier les frères et sœurs du nouveau-né ou autres enfants présents, en s'assurant qu'ils aillent jouer suffisamment loin. Les tests seront impossibles s'ils hurlent derrière la porte de la chambre.

2.4 – Mise en place de la sonde et/ou des électrodes sur l'enfant

Il faut que l'enfant soit le plus calme possible, idéalement qu'il dorme. Il faut arriver à le bouger le moins possible pour ne pas le déranger dans son sommeil. La première oreille testée dépend de la position de l'enfant, ce sera la plus facilement accessible.

2.5 – Lancement du test

En fonction des appareils, une fois les électrodes posées ou la sonde mise en place dans le conduit auditif externe (CAE) de l'enfant, il faut démarrer l'appareil. En fonction de son type, il lance une calibration pour les OEAp ou une vérification de l'impédance électrique pour les PEAA et, quand ce

test est OK, soit l'appareil vous l'indique (voyant vert) pour que vous lanciez le test en appuyant à nouveau sur l'appareil soit il lance lui-même le test automatiquement, si les paramètres de test lui conviennent. Si la réponse est « PASS » = « C », il faut passer à l'autre oreille. Si la réponse est « REFER » = « NC », on peut refaire immédiatement le test du même côté. Si l'enfant est agité, mieux vaut revenir plus tard pour faire le test dans de meilleures conditions.

Il faut bien faire attention et **noter tout de suite quelle oreille est «PASS » = « C » et laquelle est « REFER » = « NC »**. Si jamais une des 2 oreilles reste non concluante. Dans ce cas, avec une seule oreille concluante, et comme dans le cas où les 2 sont concluantes l'enfant testé est considéré comme « concluant ».

Attention, **même si la première oreille testée est concluante d'emblée, il ne faut pas s'arrêter là**, il faut quand même tester l'autre oreille ; l'enfant est certes d'emblée « concluant » mais il faut préciser si il est « PASS » des 2 cotés (« C/C ») ou d'un seul et, dans ce cas, bien noter lequel (« NC/C » ou « C/NC »). Dans ce cas d'une seule oreille concluante, l'enfant peut être retesté, mais uniquement du côté NC.

Si l'enfant est « REFER » des 2 côtés (« NC/NC »), son audition est « non concluante », il faut organiser le re-test et, s'il s'agissait déjà d'un re-test, organiser la PHASE 2, soit en prévenant le Référent, soit en appliquant personnellement la procédure de prise de RDV de PHASE 2 prévue dans l'établissement.

Pendant toute la procédure, il faut **rester très prudent dans ses commentaires, même dans ses mimiques**, qui peuvent inquiéter une maman trop attentive et anxieuse.

2.6 – Information après test

Rester très prudent (voir plus haut, le paragraphe 1). NE JAMAIS DIRE « il est (peut-être) sourd », « il n'entend (peut-être) pas »....

2.7 – En cas de premier test « non concluant » = « NC/NC »

Dans ce cas, il y a 2 points clés à respecter : **l'enregistrement sans transmission** et **l'organisation du re-test**

Ce résultat « NC/NC » doit être **enregistré dans le dossier du patient**, voire **dans le registre** prévu à cet effet, mais pas encore inscrit sur le carton de Guthrie. Cette inscription n'aura lieu qu'après le re-test. Si le carton doit partir avec la goutte de sang, il ne faut pas retarder son envoi ; les résultats de la vérification de l'audition seront transmis à la Coordination à l'aide de l'annexe 4.

Selon la procédure prévue dans le service, il faut impérativement s'assurer que la notion de « **test fait, non concluant** » et **donc de nécessité d'un re-test** va correctement être transmise à l'équipe qui va dans les 12 à 24 heures après ce premier test, procéder au re-test. Cette **transmission, à l'intérieur d'un même roulement ou entre deux équipes différentes**, ne doit pas être ratée sous peine de laisser sortir l'enfant sans avoir pu bénéficier de son re-test. Le rattrapage après sortie est compliqué pour les testeurs et pour la famille. Ce genre de « perdu de vue » est un indicateur évident de mauvaise organisation locale.

3 – ENREGISTREMENT ET TRANSMISSION DES RESULTATS

3.1 – Enregistrement

Il faut rester particulièrement attentif à la **qualité de la transcription des résultats** : d'abord, et avant tout, être vigilant vis-à-vis de la **bonne identification de l'enfant** dont on traite les résultats (jumeaux, changement de patronyme, chambre contiguë, tests faits l'un après l'autre...). La transcription des « C/C », « NC/C », « C/NC » « NC/NC » doit être précise en gardant toujours le **même code simple et intangible** : « PASS » = « C » et « REFER » = « NC » ; le premier côté est le côté droit, le deuxième côté est le côté gauche, tel que « Droit/Gauche » (quel que soit l'ordre dans lequel les 2 oreilles ont été testées en réalité). Il ne faut pas oublier, à chaque fois, de préciser le test utilisé (OEAp ou PEAA), même si vous n'utilisez toujours qu'une seule de ces deux méthodes.

L'enregistrement du résultat comporte 4 lignes :

- **Identification de l'enfant** : précise et non ambiguë de l'enfant
- **Type du test** : OEAp ou PEAA
- **Coté Droit** : résultat « C » ou « NC »
- **Coté Gauche** : résultat « C » ou « NC »

Cet enregistrement doit se faire sur :

- le dossier médical de l'enfant
- le registre des dépistages du service
- le carnet de santé de l'enfant à la rubrique réservée à cet effet, page 9
- le certificat de santé du 8^{ème} jour (CS8)

3.2 – Transmission

Elle se fait, de façon manuscrite, **sur le carton de Guthrie**, en plus des gouttes de sang ou sur la **fiche de suivi audition** [annexe 4] s'il a été envoyé avant que la vérification de l'audition ait pu être réalisée.

Il est essentiel de bien veiller à ce que l'établissement d'origine (votre maternité) soit clairement identifié.

Cette transmission comporte 5 lignes :

- **Identification de l'établissement** : précise et non ambiguë
- **Identification de l'enfant** : précise et non ambiguë
- **Type du test** : OEAp ou PEAA
- **Coté Droit** : résultat « C » ou « NC »
- **Coté Gauche** : résultat « C » ou « NC »