

# Utilisation des compléments en maternité et néonatalogie chez le nouveau-né $\geq 34$ SA et $\geq 1800$ gr

Réseau Périnatal des 2 Savoie

[www.rp2s.fr](http://www.rp2s.fr)  
Onglet Protocoles  
versant NN

Création avril 2025 GT SDD-AM du  
RP2S

3 pages

Validation : Comité scientifique du 10/06/2025

## Objectif – domaine d'application

Ce document a pour objectif de décrire le bon usage des compléments alimentaires chez les nouveau-nés à terme et prématurés  $\geq 34$  SA et  $\geq 1800$  gr.

**On appelle complément** tout aliment autre que le lait maternel (lait de sa propre mère) : préparation pour nourrisson, lait féminin (lactarium), SRO, eau sucrée.... Les médicaments, les vitamines et l'enrichissement du lait maternel ne sont pas considérés comme des compléments.

Si terme  $< 34$  SA ou poids  $< 1800$  gr, tout apport alimentaire doit être effectué en lait maternel (lait de la mère de l'enfant) ou lait féminin (lait de lactarium).

Les compléments sont préjudiciables à la mise en route de l'allaitement maternel et à sa poursuite :

- Effet négatif sur mise en route de la lactation en interférant avec la loi de l'offre et de la demande
- Perturbation des mécanismes d'adaptation métabolique du nouveau-né et son apprentissage de la succion
- Le don précoce de complément est corrélé à une baisse du taux d'allaitement exclusif à 6 mois et à une durée globale plus courte de l'allaitement
- Risque allergique ; peut être le point de départ d'une allergie aux protéines de lait de vache
- Risque infectieux ; modification durable du microbiote intestinal

## Recommandation IHAB n°6

*Privilégier l'allaitement maternel exclusif en ne donnant aux nouveau-nés allaités aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait de la mère, sauf indication médicale.*

*Pour les enfants prématurés et/ou malades, privilégier le lait de la mère, donné cru chaque fois que possible, et privilégier le lait de lactarium si un complément est nécessaire.*

Sont concernées par ce protocole : toutes les maternités du RP2S, toutes les unités de néonatalogie et tous les professionnels libéraux et de la PMI amenés à accompagner le couple mère-enfant après le séjour hospitalier.

## Abréviations - références

IHAB = Initiative Hôpital Ami des Bébés

SRO = Soluté de Réhydratation Orale

SA = Semaine d'Aménorrhée

- 2023 – Protocole du Centre Hospitalier Albertville Moutier – Utilisation des compléments alimentaires en maternité et néonatalogie
- 2023 – Protocole du Centre Hospitalier Métropole Savoie – Indications et non indications de compléments à l'allaitement maternel chez le nouveau-né  $> 35$  SA en maternité et en unité kangourou
- 2018 – Protocole du Réseau Périnatal de Bretagne – Utilisation des compléments en maternité
- [Les 10 recommandations IHAB](#) – Juin 2024
- [Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes](#). The Who 2009
- [ABM Clinical Protocol #1](#) : Guidelines for Glucose Monitoring and Treatment of Hypoglycemia in Term and Late Preterm Neonates. Revised 2021
- [ABM Clinical Protocol #3](#) : Supplementary Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate, Revised 2017
- [ABM Clinical Protocol #7](#) : Model Maternity Policy Supportive of Breastfeeding. 2018
- [HAS, Indications priorisées du lait de lactarium issu de don anonyme](#). Mai 2021
- [HCSP, Rapport Allaitement maternel](#). Septembre 2024

## 1 – Comment prévenir l'utilisation des compléments ?

- Favoriser une naissance physiologique. Toute intervention (ventouse, forceps, césarienne ...), toute interruption du « peau à peau » perturbe le comportement optimal du nouveau-né au sein, retarde les premières tétées et leurs fréquences ainsi que la montée de lait.
- Favoriser la cohabitation maman / bébé 24h /24h et le « peau à peau » précoce, prolongé et le plus souvent possible.
- Limiter les dépenses énergétiques du nouveau-né par le « peau à peau », la limitation des soins (bains, examens...) au strict nécessaire, le respect du rythme du nouveau-né, la prise en charge de la douleur afin de limiter les pleurs.
- Accompagner les tétées par une observation conjointe de la position, de la prise de sein, du confort maternel et du transfert de lait. Encourager les tétées à l'éveil sans restriction de durée ni de fréquence. Sensibiliser les parents à la connaissance et au respect du rythme de l'enfant.
- Repérer et accompagner avec attention certaines situations : primiparité, prématurité, retard de croissance, nouveau-né à risque d'hypoglycémie, antécédent de chirurgie mammaire, trouble endocrinien, difficultés lors d'un précédent allaitement...

- Favoriser le démarrage et encourager le recueil de colostrum (expression manuelle, +/- tire lait).
- Connaître la physiologie de l'évolution pondérale du nouveau-né :
  - o La perte de poids physiologique est de l'ordre de 5 à 7% à H48 et 8% à H72.
  - o Au-delà de ces seuils, une vigilance particulière est requise, sans indication systématique d'un complément. Pour évaluer l'indication de complément, il convient de tenir compte :
    - du contexte de naissance (poids et terme de naissance, perfusion maternelle prolongée...)
    - de la clinique (cinétique de la courbe de poids, fréquence des urines et des selles, signes de déshydratation, éveil de l'enfant, ictere)
    - de l'examen des seins et de la perception maternelle de montée laiteuse.

## 2 – Quelles sont les situations qui ne nécessitent pas de donner un complément ?

Les situations suivantes ne sont pas des indications de compléments :

- Un faible nombre de tétées au cours des 24 premières heures chez un nouveau-né à terme, sans facteurs de risque et installé en peau à peau.
- Une perte de poids de 10% chez un nouveau-né bien hydraté, non icterique, tétant fréquemment, avec une montée de lait en cours.
- Un nouveau-né à risque d'hypoglycémie, qui tête souvent et bien.
- Agitation, pleurs, tétées rapprochées chez un nouveau-né qui s'apaise en tétant.
- Demande maternelle : donner les informations sur les conséquences pour une prise de décision éclairée et tracer l'information dans le dossier de l'enfant.

## 3 – Quelles sont les indications médicales de complément en l'absence de lait maternel disponible

Néonatales	Maternelles	Mixte
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hypoglycémie sévère documentée, ne répondant pas aux tétées fréquentes, aux dons de lait maternel exprimé et à l'ajout d'enrichissement</li> <li>- Perte de poids avec signes de déshydratation clinique et/ou biologique et/ou en contexte de photothérapie.</li> <li>- Prématurité &lt; 35 SA si quantité de lait maternel insuffisante.</li> <li>- Absence d'urines dans les 24 premières heures.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pathologie maternelle rendant le lait maternel insuffisant ou indisponible (infection, rares médicaments, examen, trouble hormonal...).</li> <li>- Pathologie mammaire (hypoplasie, chirurgie...).</li> <li>- Tétées douloureuses non soulagées malgré prise en charge par les professionnels de santé.</li> </ul>	<p>Retard de montée de lait après H96 avec apports insuffisants à l'enfant, peu de signes de transfert de lait, urines rares, selles peu fréquentes et toujours méconiales.</p>

## 4 – Comment donner les compléments ?

Bien évaluer chaque situation pour déterminer comment optimiser l'allaitement maternel, avant d'envisager un don de complément.

- Le don de complément doit rester une exception.
- Il doit se faire uniquement sur indication médicale. Chaque service de maternité et chaque unité de néonatalogie doit avoir un protocole d'indications médicales des compléments. En maternité, la sage-femme peut poser l'indication médicale de complément selon le protocole du service.
- Toute utilisation de complément doit être tracée dans le dossier individuel du nouveau-né (type de lait, indication, nombre, quantité) et le carnet de santé (type de lait++).

Il faut toujours :

1. Privilégier le colostrum/lait maternel recueilli par **expression manuelle** ou tire lait. L'expression manuelle pourra permettre d'obtenir un volume plus important qu'un tire-lait pendant les premiers jours post-partum et pourra augmenter la quantité de lait disponible.
2. Encourager la mère à tirer son lait, de façon fréquente, si facteurs de risque ou si indication de complément, en particulier en cas de nouveau-né prématuré et /ou hospitalisé en néonatalogie. L'association massages des seins, tire-lait et compression des seins (séquence de Jane Morton) est recommandée pour augmenter la lactation. Schéma en annexe.

Ces techniques permettent de **nourrir** le bébé et également de **stimuler la lactation**.

## Nouveau-né > 2700 g, à terme :

### - Dispositifs

Utiliser de préférence le DAL (Dispositif d'Aide à la Lactation) au sein (sonde posée sur le sein, dans la bouche lors de la tétée) plus respectueux de la physiologie de la tétée (le sein est stimulé, le nouveau-né choisit le débit...) à condition que le bébé sache téter. A défaut, utiliser la seringue, la tasse ou la paille. Eviter l'utilisation du biberon (suction différente, débit rapide...).

### - Type de compléments

Si la mère n'a pas suffisamment de colostrum ou de lait pour couvrir les besoins de son bébé et que la supplémentation est nécessaire :

- Hydrolysat de protéines du lait de vache si objectif d'allaitement maternel exclusif
- Préparation pour nourrisson (lait premier âge) le cas contraire
- Préparation pour nourrisson spécifique lait pour prématurés ; si hypoglycémies persistantes malgré l'hydrolysat enrichi

### - Quantité administrée

Attention à ne pas suralimenter le nouveau-né pour éviter d'espacer trop les tétées. **Ne pas dépasser 50ml/kg/jour**, à ajuster en fonction du lait maternel bu, de l'efficacité des tétées et transfert de lait, urines, selles, poids. Privilégier au maximum le lait maternel qui n'est pas considéré comme complément.

**Nouveau-né prématuré** : donner les compléments selon le protocole de l'unité de néonatalogie favorisant le cheminement vers l'autonomie au sein

- Enfant > 34 SA, poids 1800 à 2700 g : lait pour prématurés
- Avant 34 SA : lait féminin selon les recommandations de la HAS

## **ANNEXE – La séquence de Jane Morton, schéma**

