COORDINATION GÉNÉRALE DES INSTITUTS DE FORMATION

ÉCOLE D'INFIRMIER(E)S ANESTHÉSISTES DIPLOMÉS D'ÉTAT

État des lieux du jeûne préopératoire en chirurgie programmée au CHU de Poitiers

Par

Marine Lecellier

Sous la direction de

Dr Guillaume Lobera Boucheron

Médecin anesthésiste réanimateur – CHU de Poitiers

M. Stéphane Foulonneau

Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État – CHU de Poitiers

Septembre 2025

U.E 7 : MÉMOIRE PROFESSIONNEL

En vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION NOUVELLE-AQUITAINE

Charte anti-plagiat de la Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale Nouvelle-Aquitaine

La Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale Nouvelle-Aquitaine délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes du travail social et des auxiliaires médicaux et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention de ces diplômes.

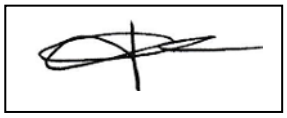
C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :
Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, l'engagement suivant :

Je soussignée Marine Lecellier,

atteste avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat élaborée par la DRDJSCS Nouvelle-Aquitaine et de m'y être conformé.
et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne pourra être cité sans respect des principes de cette charte

Fait à Poitiers, le 30 juin 2025. Suivi de la signature



Article 2 :
« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »1.

Article 3 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 4 :
Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement intérieur de l'établissement de formation.
En application du Code de l'éducation2 et du Code pénal3, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS Nouvelle-Aquitaine est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

1 Site Université de Genève http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf
2 Article L. 331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».
3 Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

REMERCIEMENTS

À Guillaume Lobera Boucheron (MAR) d'avoir accepté de traiter ce sujet, de m'avoir guidé lors des différentes étapes de ce mémoire et de s'être rendu disponible.
À Stéphane Foulonneau (IADE), dont les conseils avisés et l'engagement ont orienté chacune de mes phases tout en faisant preuve de beaucoup de bienveillance.
À l'équipe de formateurs Valérie, Alain et Laurent pour leur accompagnement.
À Sandra pour sa gentillesse et sa disponibilité.

À mes enfants, Alexis et Liam, qui ont fait preuve d'une patience et d'une autonomie admirables tout au long de ces deux années de formation. Merci à mon conjoint pour son soutien au quotidien, ainsi qu'à mes parents et à ma sœur, toujours présents pour m'épauler et m'encourager.
Une pensée toute particulière à ma grand-mère et ma nièce, je vais enfin pouvoir profiter d'elles.

À ma « promo », une chouette petite équipe avec qui j'ai partagé des éclats de rires, des soirées sympathiques mais aussi parfois des doutes, des larmes, vous êtes tous formidables et vous allez me manquer !

GLOSSAIRE

ADH : Antidiuretic Hormone

AG : Anesthésie Générale

ASA : American Society of Anesthesiologist

CA : Consultation d'Anesthésie

CETI : Centre d'Explorations et Thérapeutiques Interventionnelles

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

cmH_2O : centrimètre d'eau

CNIL : Commission National Informatique et Libertés

ESPEN : European Society for Nutrition and Metabolism

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension Artérielle

IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État

IQR : intervalle interquartile

MAR : Médecin Anesthésiste Réanimateur

mmHg : millimètre de mercure

MR : Méthodologie de Référence

NVPO : Nausée Vomissements Post-Opératoire

PAS : Pression Artérielle Systolique

PEP : Pression Expiratoire Positive

RAAC : Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie

RFE : Recommandation Formalisée d'Expert

RGO : Reflux Gastro-Oesophagien

RVS : Résistance Vasculaire Systémique

SAS : Syndrome d'Apnée du Sommeil

SDRA : Syndrome de Détresse Respiratoire Aiguë

SFAR : Société Française d'Anesthésie Réanimation

SMS : Short Message System

SSPI : Service de Soins Post-Interventionnelle

TA : Tension Artérielle

SOMMAIRE

1. Introduction : 1
1.1 Historique : 1
1.2 Physiopathologie : 2
1.2.1 Anatomie de l'estomac : 3
1.2.2 La vidange gastrique : 3
1.2.3 L'inhalation pulmonaire : 5
1.3 Évolution des pratiques : 6
1.4 Les conséquences du jeûne préopératoire : 7
1.4.1 La soif : 8
1.4.2 Les effets métaboliques sur l'organisme : 10
1.5 Les recommandations actuelles : 11
2 Étude 12
2.1 Type d'étude : 12
2.2 Objectifs de l'étude : 13
2.3 Matériels et méthodes : 13
2.3.1 Critères d'inclusion : 13
2.3.2 Critères de non-inclusion : 13
2.4 Recueil et traitement des données : 14
2.5 Méthodologie et outils statistiques : 14
2.5.1 Calcul de la taille de l'étude : 14
2.5.2 Analyses statistiques : 14
2.5.3 Aspect éthique et réglementaire : 15
3 Résultats de l'étude 15
3.1 Descriptif général de la population étudiée 15
3.1.1 Caractéristiques démographiques de la population étudiée 15
3.1.2 Caractéristiques peropératoires de la population étudiée : 17
3.1.3 Caractéristiques postopératoires de la population étudiée: 17
3.2 Résultats de l'objectif principal : 18
3.2.1 Répartition des durées de jeûne liquide et solide : 18
3.2.2 Répartition des patients hospitalisés la veille en fonction du jeûne liquide : 18
3.2.3 Répartition du jeûne liquide en fonction des spécialités chirurgicales : 19

3.2.4 Analyse comparative des durées de jeûne liquide en fonction de l'horaire de passage : 20
3.2.5 Consignes de jeûne en fonction des spécialités chirurgicales :..... 22
3.3 Résultats des objectifs secondaires : 23
3.3.1 Répartition de la sensation de soif en fonction de la durée de jeûne liquide : 23
3.3.2 Répartition des NVPO :..... 24
3.3.3 Analyse univariée de la baisse de la pression artérielle systolique (PAS) en fonction du jeûne liquide :..... 24
4 Analyse et Discussion : 25
4.1 Des pratiques encore éloignées des recommandations : 25
4.2 Qualité et cohérence de l'information préopératoire : 27
4.3 Spécialité chirurgicale et pratiques institutionnelles : 27
4.4 Horaire opératoire et gestion organisationnelle :..... 28
4.5 Impact clinique du jeûne prolongé : 29
5 Axes d'amélioration et perspectives : 30
6 Limites et biais :..... 31
7 Conclusion : 32
Bibliographie : 34
Annexes : 37

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1: Profil de la vidange gastrique liquide et solide (L. Bouvet, D. Benhamou, Les règles du jeûne préopératoire) 3
Figure 2: Éléments physiopathologiques de l'inhalation pulmonaire du contenu gastrique en anesthésie (6) 5
Figure 3 : Physiopathologie de la phase exsudative précoce du SDRA (https://sfar.org/syndrome-de-detresse-respiratoire-aigue/) 6
Figure 4 : Schéma récapitulant les grandes étapes du programme d'optimisation périopératoire (21) 12

Graphique 1 : Hospitalisation la veille selon la durée de jeûne liquide 18
Graphique 2 : Répartition des patients selon les spécialités chirurgicales et la durée de jeûne liquide 19
Graphique 3 : Horaire de passage et durée du jeûne liquide chez les patients admis le jour de l'intervention 20
Graphique 4 : Horaire de passage et durée du jeûne liquide chez les patients hospitalisés la veille 20
Graphique 5 : Distribution de la baisse de la PAS à l'induction selon la durée de jeûne liquide (diagramme en violon) 24

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques de la population étudiée : 15
Tableau 2 : Spécialités chirurgicales de la population étudiée : 17
Tableau 3 : Stratégie d'anesthésie de la population étudiée : 17
Tableau 4 : Caractéristiques postopératoires de la population étudiée: 17
Tableau 5 : Répartition des durées de jeûne liquide et solide : 18
Tableau 6 : Répartition des consignes de jeûne en fonction des spécialités chirurgicales : 22
Tableau 7 : Répartition des NVPO : 24
Tableau 8 : Répartition des baisses de PAS supérieures à 40 mmHg selon la durée de jeûne liquide : 25

1. Introduction :

Le jeûne préopératoire est défini par le Larousse comme « l'arrêt total de l'alimentation, avec maintien ou non de la consommation d'eau ». Lors d'une intervention chirurgicale, il est prescrit de jeûner à des fins de sécurité. Cela fait partie des prérequis imposés par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans la « check-list : Sécurité du patient au bloc opératoire », comprenant la formulation générale : « Le patient présente-t-il un risque d'inhalation ? ».

Bien que les recommandations actuelles favorisent un jeûne libéral, cela n'a pas toujours été le cas. Par le passé, les patients devaient observer de longues périodes de jeûne, ce qui n'était pas sans conséquence sur l'organisme et le confort du patient.

De nombreuses études ont été menées avant que ces recommandations aient été actualisées.

C'est au cours de mes stages que j'ai commencé à m'interroger sur la manière dont les consignes de jeûne étaient transmises et appliquées. J'ai pu observer des situations variées où la durée de jeûne dépassait parfois les délais recommandés. Ces constats m'ont amenée à réfléchir à l'écart potentiel entre les recommandations et leur mise en œuvre sur le terrain.

Ce questionnement, issu de mon expérience clinique, a été le point de départ de ce travail. Il nous a semblé pertinent d'explorer ce sujet à travers un état des lieux, afin de mieux comprendre les pratiques actuelles autour du jeûne préopératoire et leurs éventuelles répercussions pour le patient.

1.1 Historique :

Le jeûne préopératoire est une recommandation essentielle pour tout patient devant subir une intervention chirurgicale sous anesthésie. En 1946, l'obstétricien américain Curtis Mendelson décrivit plusieurs cas d'inhalation pulmonaire survenant lors d'anesthésies obstétricales et met en évidence la relation entre cette complication et la présence de contenu gastrique in situ. Utilisant l'anesthésie à l'éther, il avait observé deux décès chez des parturientes, et il nota chez d'autres des complications respiratoires

telles que pneumopathies et cyanoses dans les deux heures suivant l'inhalation, avec des infiltrats pulmonaires visibles à la radiographie. Il mena également une étude expérimentale chez le lapin, démontrant une inflammation pulmonaire consécutive à l'inhalation de contenu gastrique. (1)

Le lien fut ainsi établi avec l'anesthésie générale (AG) qui inhibe les fonctions motrices des sphincters œsophagiens et des muscles laryngés, compromettant la protection des voies aériennes supérieures en cas de régurgitations. À la suite de cette découverte, le jeûne préopératoire fut d'abord institué chez les parturientes, puis généralisé à tous les patients devant bénéficier d'une intervention chirurgicale.

Des études ultérieures ont estimé l'incidence de l'inhalation à environ 1 cas pour 2000 à 3000 patients en fonction de certains facteurs de risque. Par précaution, une restriction d'alimentation solide et de liquide de huit à douze heures avant l'intervention était alors recommandée. (2) Une politique de jeûne simple et systématique fut ensuite adoptée dans les hôpitaux, imposant un « nihil per os » (ou rien par voie orale) à partir de minuit. Cette règle préconisait d'éviter toute ingestion de liquide ou de solide, indépendamment de l'heure de l'intervention. L'objectif était à la fois d'assurer la sécurité du patient et d'optimiser l'organisation, tout en réduisant le risque d'annulation des interventions pour un non-respect du jeûne préopératoire. (3)

Dans l'étude de Birembaum et al. (2019), initialement conçue pour évaluer l'utilité de la pression cricoïdienne lors d'une induction en séquence rapide, a finalement révélé que l'inhalation pulmonaire présentait une incidence très faible, moins de 1% des 3472 patients inclus. (4)

1.2 Physiopathologie :

L'objectif du jeûne préopératoire est de réduire le contenu gastrique afin de limiter la gravité d'une éventuelle inhalation.

Après l'ingestion, les aliments progressent dans l'œsophage vers l'estomac grâce au péristaltisme. (3)

1.2.1 Anatomie de l'estomac :

L'estomac est un organe intra-abdominal situé entre l'œsophage et le duodénum. Il est délimité par deux sphincters : le cardia (entrée) et le pylore (sortie), et comprend une structure appelée incisure cardiale (ou angle de His), qui permet d'éviter les reflux.

Il agit comme un réservoir alimentaire, stockant les aliments et initiant leur digestion par fragmentation. Le milieu gastrique est acide (pH < à 5), grâce à la sécrétion d'acide chlorhydrique (HCl-) qui participe à la dégradation des protéines.

Une fois les aliments transformés en chyme, le sphincter pylorique s'ouvre pour permettre leur passage vers le duodénum. À noter que les lipides sont évacués en dernier. (3)

1.2.2 La vidange gastrique :

Les études de physiologie montrent que les liquides clairs sont évacués par l'estomac dans les deux heures suivant leur ingestion, avec une demi-vie d'environ dix minutes pour les liquides non caloriques.

La vidange des solides varie selon la nature et la quantité des aliments, avec un délai approximatif de quatre heures. Par ailleurs, il a été démontré que la pression intragastrique reste stable jusqu'à un volume de 1 litre. (5)(6)

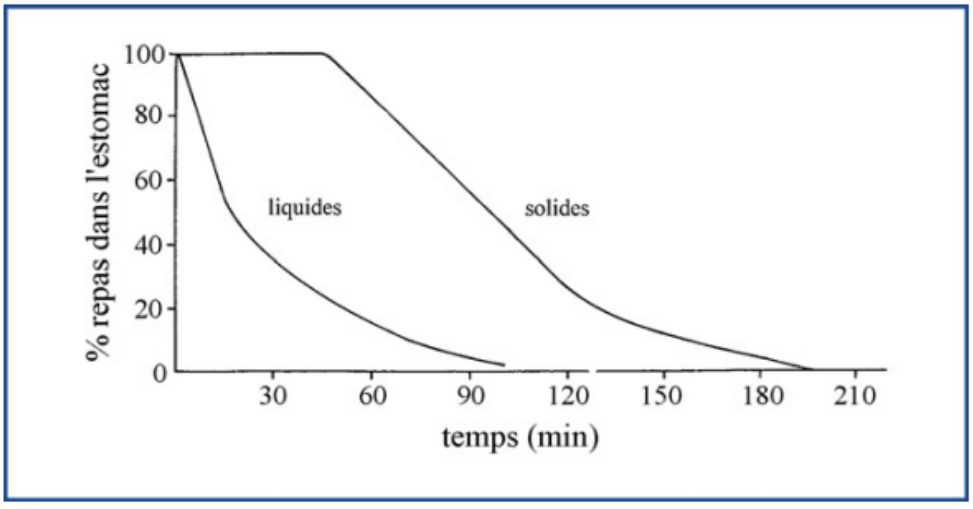


Figure 1: Profil de la vidange gastrique liquide et solide (L. Bouvet, D. Benhamou, Les règles du jeûne préopératoire)

Néanmoins, la vidange gastrique peut être ralentie par plusieurs facteurs :

- la densité calorique du repas ;
- un stress douloureux aigu ;
- les opiacés ;
- les pathologies digestives médicales (reflux gastro-œsophagien (RGO), hernie hiatale) ;
- les pathologies neurologiques (Parkinson, tétraplégie) ;
- les pathologies endocriniennes (diabète déséquilibré) ;
- le travail obstétrical ;
- le tabagisme et l'éthylisme.(7)

La régulation nerveuse de l'activité gastrique est assurée par le système parasympathique notamment via le nerf pneumogastrique (ou nerf vague, dixième paire crânienne) qui intervient au niveau de plusieurs organes, dont l'estomac. Une stimulation excessive de ce nerf, par exemple en réponse à une douleur intense, peut entraîner un réflexe nauséeux ou un vomissement. (3)

Les régurgitations peuvent être classées en deux types :
Les régurgitations actives ou vomissements, qui représentent environ 20% des cas.
Les régurgitations passives, plus fréquentes (80% des cas), qui peuvent être favorisées par plusieurs mécanismes :

- Un « estomac plein » : « défini par la présence de particules solides dans l'estomac et/ou un volume de liquide gastrique supérieur à 1,5 mL/kg ». La pression intragastrique devient alors supérieure à celle du sphincter inférieur de l'œsophage ;(8)
- Un RGO lié à une diminution anormale du tonus du sphincter inférieur de l'œsophage;
- Une anesthésie insuffisante pouvant provoquer un réflexe de toux lors de la laryngoscopie, ou l'insufflation d'air dans l'estomac pendant la ventilation au masque ;
- Des difficultés d'intubation ;

- L'absence de protection des voies aériennes lors d'une sédation ou en cas d'utilisation d'un masque laryngé.(7)

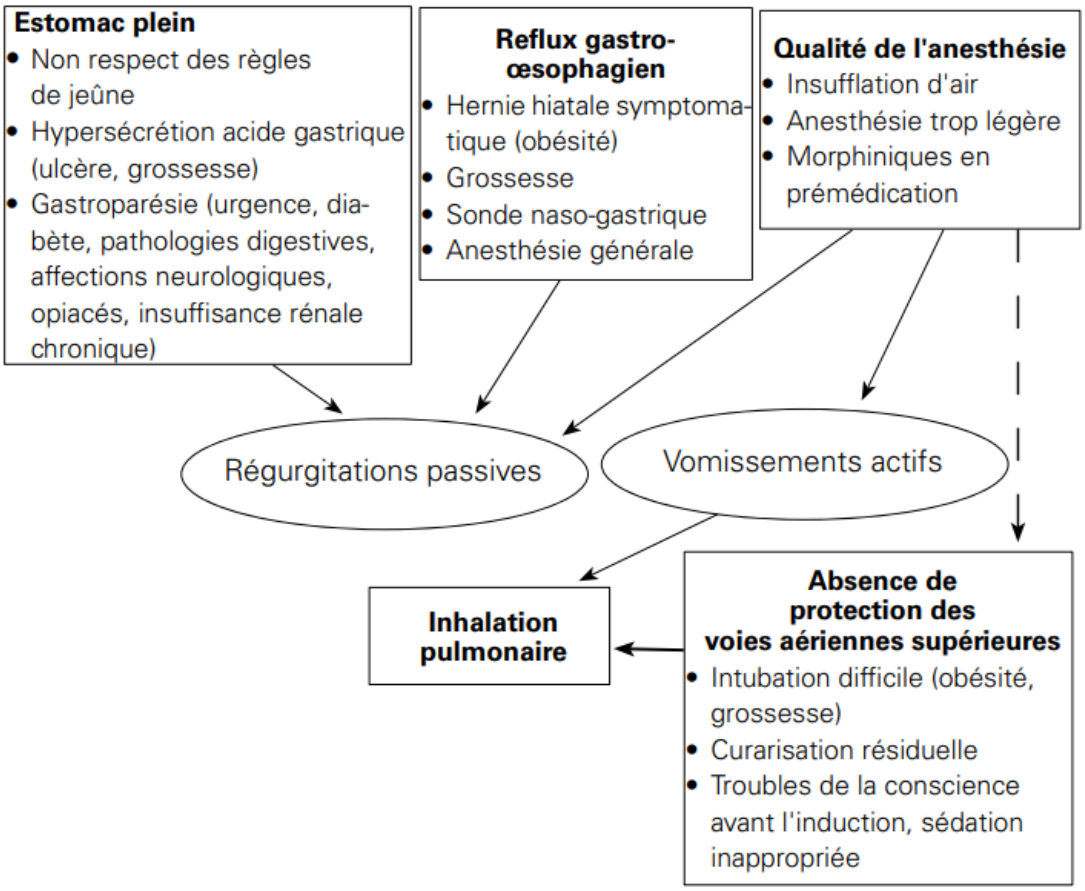


Figure 2: Éléments physiopathologiques de l'inhalation pulmonaire du contenu gastrique en anesthésie (7)

1.2.3 L'inhalation pulmonaire :

Lors d'un phénomène de vomissement il y a une hypertonicité duodénale avec inversion du péristaltisme, un relâchement du cardia et du sphincter inférieur de l'œsophage, qui par un phénomène de pression refoule le contenu gastrique vers l'œsophage et la bouche. À l'état de vigilance, les muscles laryngés occluent la trachée par réflexe de protection pour éviter l'inhalation. Ce réflexe étant aboli lors d'une AG, il permettra au liquide gastrique acide d'envahir les alvéoles, ce qui provoquera un SDRA (Syndrome de Détresse Respiratoire Aiguë) suite à une « agression directe » de la membrane alvéolo-capillaire sans participation infectieuse nécessaire.

L'acidité du liquide déclenchera un œdème pulmonaire lésionnel qui détériorera la barrière alvéolo-capillaire, sa rupture provoquera ensuite un œdème alvéolaire qui perturbera les échanges gazeux entrainant une hypoxémie. Les principaux critères permettant de déceler le SDRA sont une insuffisance respiratoire aigue, des opacités bilatérales sur une imagerie thoracique, une hypoxémie avec un rapport $PaO_2/FIO_2 < 300$ mmHg pour une pression expiratoire positive (PEP) réglée à 5 cmH_2O, selon les critères de Berlin. (9)

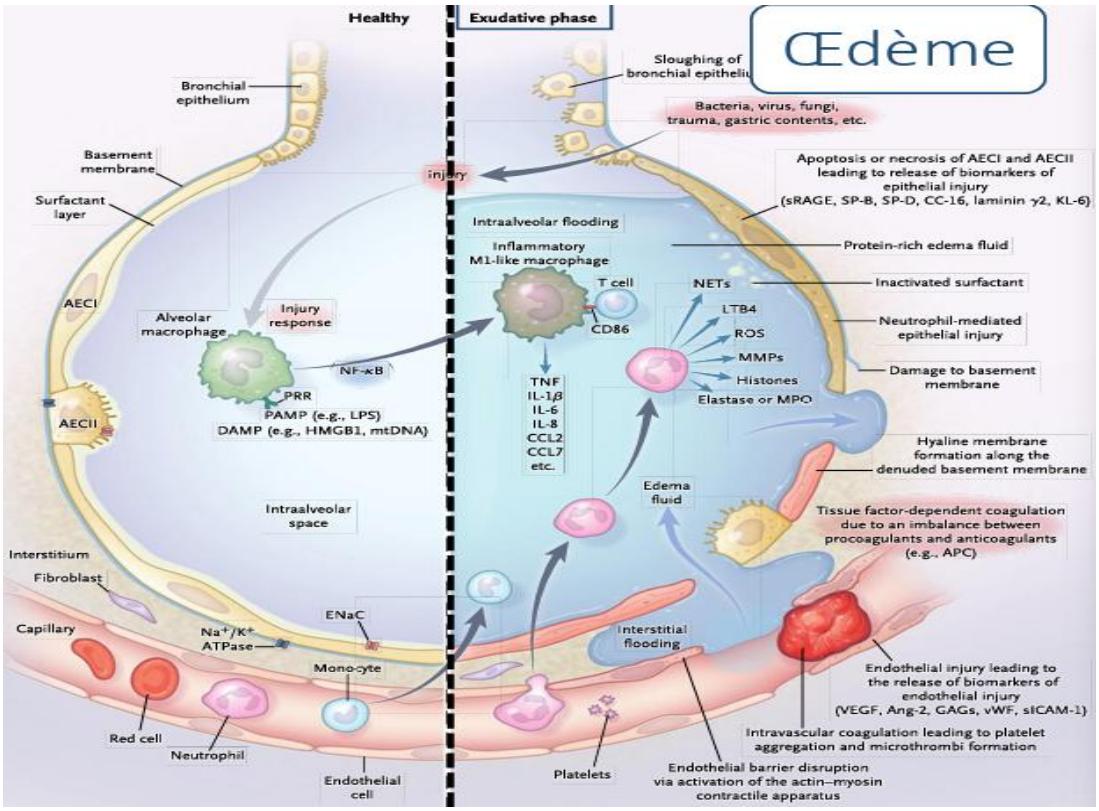


Figure 3 : Physiopathologie de la phase exsudative précoce du SDRA (https://sfar.org/syndrome-de-detresse-respiratoire-aigue/)

La connaissance plus précise de la physiopathologie de l'inhalation a permis de faire évoluer les pratiques.

1.3 Évolution des pratiques :

Il a ensuite été démontré que l'incidence de l'inhalation est très faible et que les risques de pneumopathie sont plutôt liés à des techniques d'anesthésie inappropriées.

En 1983, Miller et al. ont démontré qu'un petit déjeuner léger pris moins de quatre heures avant l'intervention n'entraînait pas de différence significative sur le volume ou le pH gastrique comparé à un jeûne nocturne. Pourtant, à cette époque, la plupart des études réalisées préconisaient le « nihil per os for midnight ». (6)

Les recherches se sont poursuivies pour déterminer s'il existait un lien entre la durée de jeûne préopératoire et le risque d'inhalation. En 1988, Hutchinson a comparé deux groupes de patients, l'un soumis à un « jeûne standard », l'autre à un « jeûne libéral », et n'a observé aucune différence significative concernant le volume gastrique ou le pH.

De plus, une étude menée par Kluger et al. analysant 133 cas d'inhalation parmi 5000 incidents anesthésiques, a mis en évidence que les patients concernés étaient à jeun.

Une meilleure compréhension de la vidange gastrique, des mécanismes de l'inhalation, des effets délétères d'un jeûne prolongé, ainsi que les progrès en anesthésie ont conduit à reconsidérer les règles traditionnelles du jeûne préopératoire au cours des quize années suivantes. (6)

C'est ainsi que dès 1999 puis en 2011, l'American Society of Anesthesiologist (ASA), a mis à jour ses recommandations en préconisant un assouplissement des délais : deux heures pour les liquides clairs, en fonction des risques d'inhalation, et à six heures pour les solides, afin de limiter les inconvénients d'un jeûne prolongé. (10)

Cependant le changement des pratiques évolue lentement, tant du côté des patients que des soignants. Un manque de connaissance des directives peut freiner leur mise en application, tandis que dans les services, la charge de travail élevée impose une organisation simplifiée dans le but de garantir une sécurité optimale. (2)

1.4 Les conséquences du jeûne préopératoire :

Le jeûne préopératoire est une pratique essentielle en anesthésie, mais lorsqu'il est prolongé, il peut entraîner de nombreux effets indésirables. Ceux-ci incluent des désordres physiologiques tels que la déshydratation, l'hypovolémie, et des troubles métaboliques, ainsi que des complications postopératoires à type de nausées-vomissements postopératoires (NVPO). De plus, il peut affecter le bien-être des patients en augmentant le stress, l'irritabilité, et l'inconfort, impactant ainsi leur expérience pré et postopératoire. (11)

1.4.1 La soif :

La soif est décrite comme le besoin de boire de l'eau. Lorsqu'il n'est pas satisfait, ce besoin devient une sensation impérieuse, désagréable. Les patients rapportent que la soif peut provoquer une souffrance intense, accompagnée de signes gênants tels que la xérostomie, une salive épaisse, un goût désagréable dans la bouche et un désir urgent de boire. (12)

Dans une étude réalisée au Brésil en 2015, dans le but de « développer et valider une échelle de la soif périopératoire », l'échelle de « l'inconfort de la soif » a été élaborée (cf. annexe I). Sur 70 patients à jeun, devant bénéficier d'une intervention chirurgicale, 72,7% étaient considérés comme « ayant soif ». (12)

La consommation d'eau étant un besoin physiologique essentiel à la vie, un jeûne hydrique prolongé expose les patients à un risque de déshydratation. La soif est une sensation subjective résultant de l'intégration de signaux osmotiques, neuronaux, et hormonaux, traités au niveau du tronc cérébral et de l'hypothalamus dans le but de maintenir l'homéostasie. Cette activation centrale déclenche une réponse comportementale correspondant au besoin de s'hydrater.

« Il existe une étroite corrélation entre la teneur en sel, l'activité osmotique et le volume sanguin. » (13) Tous les compartiments liquidiens sont en équilibre, donc tout changement de l'un influence l'ensemble des liquides corporels. L'organisme régule l'activité osmotique en ajustant l'équilibre hydrique.

La soif « osmotique », ou déshydratation intracellulaire, est déclenchée par une augmentation de tonicité, lorsque les mécanismes compensatoires ne permettent pas de maintenir l'osmolalité sérique (norme : 275 à 295 mOsm/L). Le sodium (norme : 135 à 145 mEq/L), élément clé de la pression osmotique extracellulaire, influence fortement cette régulation via les osmorécépteurs situés principalement dans l'hypothalamus, qui déclenchent la sensation de soif et stimulent la sécrétion d'ADH (hormone antidiurétique).

L'équilibre hydrique est « essentiel pour maintenir la pression artérielle et, par conséquent, la circulation sanguine ». (13)

En cas d'hypovolémie, due à une réduction du volume vasculaire, le système rénine-angiotensine-aldostérone est activé, il induit la réabsorption de sodium au niveau rénal, en réduisant l'excrétion d'eau.
La soif peut donc être considérée comme un signe d'alerte précoce d'un déséquilibre osmotique et hydrique.(14)

Dans le cas d'une restriction hydrique, on observe une diminution du volume sanguin, réduisant le retour veineux et le débit cardiaque, les résistances vasculaires systémiques (RVS) permettent de compenser cette baisse de volume. Lors d'une AG induite avec du Propofol®, il y aura diminution des RVS, ne permettant pas de compenser cette baisse de volume, conduisant alors à une hypotension artérielle, une baisse de la perfusion tissulaire, donc une diminution de l'apport en oxygène vers les tissus. (15)
Dans la littérature sur l'hypotension artérielle peropératoire précoce (définie comme survenant dans les trente minutes suivant l'induction de l'anesthésie générale), une baisse relative de la pression artérielle systolique (PAS) de 20% à 40% par rapport à la valeur préopératoire est associée à une augmentation du risque de morbi-mortalité postopératoire. Classiquement, l'hypotension y est définie par une PAS inférieure à 90 mmHg. Par ailleurs, une chute absolue de PAS supérieure à 30 mmHg par rapport à la tension artérielle (TA) préopératoire constitue également un facteur de complications postopératoires, particulièrement en lien avec une ischémie des organes vitaux, cérébral, cardiaque et rénal. (16)

Les Recommandations Formalisées d'Experts (RFE) de 2012, suggèrent que pour une chirurgie mineure (moins de deux heures, avec peu de risques de complications), l'administration de 15 à 30 ml/kg de cristalloïdes est probablement recommandée pour réduire les NVPO. Grade 2+ (17)
En période postopératoire, les apports IV ne sont généralement pas nécessaires après le jour de l'intervention. En l'absence de nausées, les patients doivent être encouragés à boire rapidement après leur réveil. (15)

1.4.2 Les effets métaboliques sur l'organisme :

Lors d'une intervention chirurgicale, l'organisme subit un « stress chirurgical » lié à une stimulation nociceptive. Cela provoque une sécrétion d'hormones hypophysaires, une activation du système nerveux sympathique et un état d'hypercatabolisme dû à l'élévation du cortisol. Ces réactions induisent des perturbations métaboliques, exacerbées par un jeûne pré et postopératoire prolongé.
Durant l'intervention, la glycémie augmente sous l'effet du cortisol et des catécholamines, qui stimulent la production de glucose hépatique (glycogénolyse et néoglucogenèse) et inhibent la sécrétion d'insuline.

En postopératoire, une insulinorésistance peut survenir, aggravée par l'absence de régulation du glucose peropératoire. Or, l'hyperglycémie est reconnue comme facteur favorisant les infections postopératoires, augmentant la morbi-mortalité, en particulier chez les patients à risque cardiovasculaire et augmentant la durée d'hospitalisation.

De plus, durant l'intervention, le cortisol stimule le catabolisme des protéines, provoquant la dégradation des muscles squelettiques, afin de libérer des acides aminés utilisés pour la production d'énergie et la synthèse protéique. Cela entraîne une atrophie musculaire et une augmentation de l'excrétion d'azote urinaire.(18)
En cas de dénutrition préopératoire, les réserves en protéines et albumines sont déjà amoindries. Ainsi, l'hyperglycémie, la diminution des réserves en glycogène et un jeûne prolongé favorisent la dégradation des protéines, entraînant une fonte musculaire et une faiblesse postopératoire. (19)
« La dénutrition augmente la morbidité (infections, retard de cicatrisation), la mortalité, la durée de séjour et les coûts et retentit sur la qualité de vie des patients*. »* (20)
Certaines études ont proposé l'ingestion de 45g de glucides dans 400 ml d'eau, répartis entre la veille de l'intervention et quatre heures avant. Les méta-analyses ont montré une augmentation d'environ 65% du glycogène hépatique, une réduction de la résistance à l'insuline, et un effet bénéfique sur les NVPO. (19) (21)
Face à ces effets délétères désormais bien documentés, les recommandations ont évolué dans un objectif d'amélioration du confort et de la sécurité du patient.

1.5 Les recommandations actuelles :

La notion de Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (RAAC), introduite dans les années 1990, est un programme visant à favoriser le retour à l'autonomie des patients et à réduire les complications postopératoires, en optimisant l'ensemble du parcours périopératoire (pré, per, et postopératoire). Ces dernières années, la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), en collaboration avec diverses sociétés savantes de chirurgie, a publié des recommandations spécifiques selon les types d'intervention. Ces travaux ont permis de faire émerger des principes communs, applicables à la majorité des chirurgies, tout au long du parcours patient. (22)

Selon les RFE du programme d'optimisation périopératoire, la recommandation R2.2 (Grade 1+), préconise de limiter la durée du jeûne préopératoire à six heures pour les solides et d'encourager la prise de liquides clairs (eau, thé, café, sucrés ou non, jus de fruit sans pulpe) jusqu'à deux heures avant une chirurgie programmée (cf. annexe II). Cette pratique vise à réduire l'anxiété préopératoire et la durée de séjour hospitalier. Par ailleurs, selon l'European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN), l'ingestion de boissons sucrées dans ce délai contribue à diminuer l'insulinorésistance et n'est pas associée à une augmentation du risque d'inhalation ou de complications postopératoires. Ces effets seraient particulièrement bénéfiques pour le patient dans le cadre de chirurgies majeures, sans augmentation constatée des évènements indésirables. (22) « Il est admis qu'un jeûne de moins de six heures pour les solides est considéré comme une violation des consignes sécuritaires. »(23)

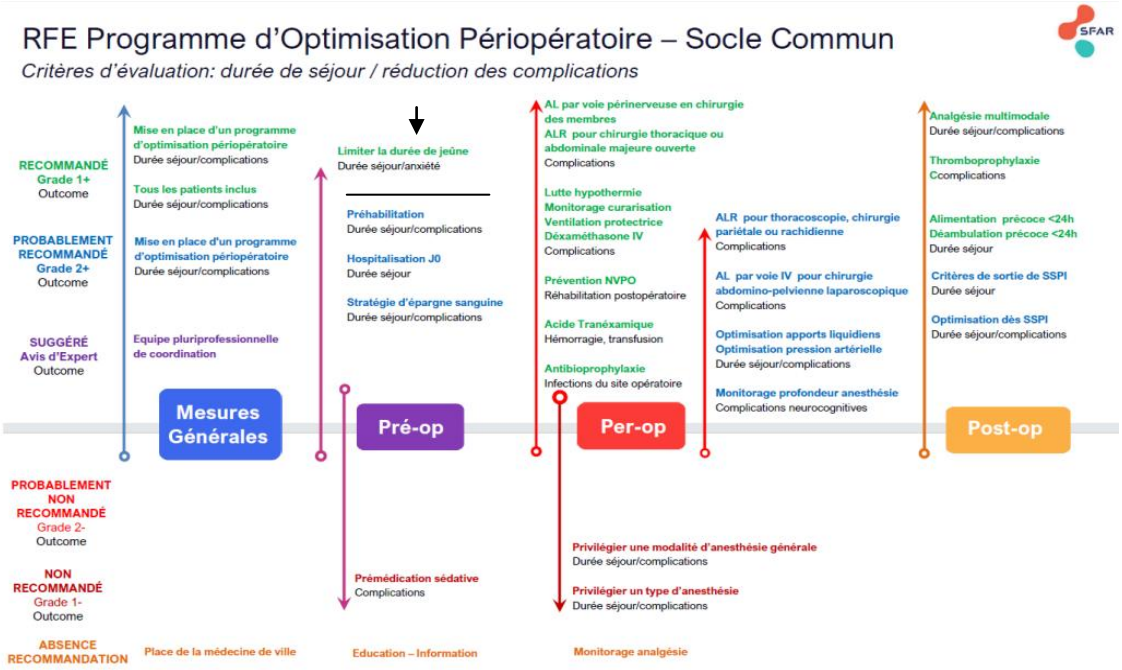


***Figure 4 : Schéma récapitulant les grandes étapes du programme d'optimisation périopératoire* (22)**

Bien que les recommandations actuelles encouragent un jeûne préopératoire plus souple, visant à réduire l'inconfort du patient sans compromettre sa sécurité, leur application semble parfois hétérogène sur le terrain. Quelles sont les pratiques réellement observées aujourd'hui, et dans quelle mesure sont-elles en adéquation avec les recommandations en vigueur ?

2 Étude

2.1 Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive, et monocentrique réalisée au CHU de Poitiers. La collecte des données s'est déroulée sur deux périodes : du 20 au 24 janvier et du 10 au 14 février 2025.

2.2 Objectifs de l'étude :

L'objectif principal de cette étude était d'établir un état des lieux des pratiques du jeûne préopératoire en chirurgie programmée ou semi-urgente, au CHU de Poitiers, et d'analyser leur conformité aux recommandations actuelles, notamment celles de la SFAR.

Les objectifs secondaires étaient :

- Évaluer l'écart entre les pratiques observées et les recommandations de jeûne libéral ;
- Mesurer l'inconfort perçu par les patients en lien avec la sensation de soif ;
- Recenser la survenue des NVPO en cas de jeûne hydrique prolongé ;
- Identifier la source d'information des consignes de jeûne préopératoire.

2.3 Matériels et méthodes :

2.3.1 Critères d'inclusion :

Les critères d'inclusion étaient :

- Âge supérieur à 18 ans ;
- Chirurgie élective ;
- Toutes spécialités chirurgicales confondues.

2.3.2 Critères de non-inclusion :

Ont été exclus de l'étude :

- Les patients de moins de 18 ans ;
- Les patients pris en charge pour une chirurgie en urgence ;
- Les patients présentant des troubles cognitifs sévères rendant impossible le recueil fiable des informations.

2.4 Recueil et traitement des données :

La collecte des données s'est déroulée en deux étapes complémentaires.

Dans un premier temps, un questionnaire anonymisé (cf. annexe III) a été distribué dans les salles de bloc opératoire afin de recueillir les informations concernant le jeûne préopératoire.

Dans un second temps, des données cliniques complémentaires ont été extraites du logiciel Diane® (cf. annexe IV). Les informations recueillies ont ensuite été centralisées et organisées dans un tableur Excel®.

2.5 Méthodologie et outils statistiques :

2.5.1 Calcul de la taille de l'étude :

La taille de l'échantillon a été déterminée avec les biostatisticiens du CHU de Poitiers, en partant de l'hypothèse que 50% des patients respectent les consignes de jeûne préopératoire. Avec une marge d'erreur de 5% et un niveau de confiance de 95%, l'effectif théorique requis a été estimé à 384 patients.

Une première semaine de recueil a permis d'inclure 140 patients. Cet effectif ne garantissant pas une puissance statistique suffisante, une deuxième semaine de recueil a été réalisée, portant le total à 285 patients.

2.5.2 Analyses statistiques :

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide de la plateforme en ligne BiostatGV et en collaboration avec les biostatisticiens du CHU de Poitiers. Les données analysées comprenaient des variables de nature quantitative et qualitative.

Les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectifs (n) et de pourcentages (%). Les associations entre variables qualitatives ont été évaluées à l'aide du test du Chi² (χ^2).

Les variables quantitatives ont été résumées à l'aide de moyennes avec écart-type (±), ou de médianes avec intervalles interquartiles (IQR). Leur comparaison entre deux groupes indépendants s'est appuyée sur le test de Mann-Whitney. Un seuil de significativité statistique (p-value) $p < 0,05$ a été retenu pour l'ensemble des analyses.

2.5.3 Aspect éthique et réglementaire :

Cette étude a été menée dans le respect du cadre réglementaire en vigueur.

Après consultation du service de méthodologie du CHU de Poitiers, elle a été déclarée selon la Méthodologie de Référence MR-004, hors loi Jardé, en accord avec les exigences de la CNIL. Elle a été inscrite au registre des traitements de l'établissement, ainsi qu'au Health Data Hub le 24 janvier 2025 (cf. annexe V). Les données ont été anonymisées, avec uniquement les initiales et le numéro de salle comme identifiants, afin de garantir la confidentialité des questionnaires. La diffusion des questionnaires a été validée par les chefs de service d'anesthésie, ainsi que par les cadres des IADE (Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État), de la SSPI, et du CETI. L'information a été transmise en amont par e-mail aux professionnels concernés : médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR), internes, IADE, étudiants IADE et a été complétée par une communication orale. Les questionnaires ont été déposés dans les salles d'intervention, accompagnés d'instructions, et récupérés chaque soir en SSPI, durant les semaines des 20-24 janvier et 10-14 février 2025.

3 Résultats de l'étude

3.1 Descriptif général de la population étudiée

3.1.1 Caractéristiques démographiques de la population étudiée

Dans notre étude 285 patients ont été inclus. Les caractéristiques de la population étudiée ont été décrites dans les tableaux suivants :

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques de la population étudiée :

Caractéristiques	Valeurs : n= 285 (%)
Sexe :	
Féminin	125 (44)
Masculin	160 (56)
Age (ans)	60 ± 17
BMI (kg/m²)	27 ± 5

Antécédents prévalents :	
HTA	102 (36)
RGO	47 (16)
Tabac	33 (12)
Diabète	33 (12)
Cardiopathie	32 (11)
SAS	21 (7)
Cancer	18 (6)
Hypothyroïdie	5 (2)

*HTA : Hypertension Artérielle ; RGO : Reflux Gastro-Oesophagien ; SAS : Syndrome d'apnée du Sommeil

Classe ASA	**n (%)**
1	49 (17)
2	135 (47)
3	77 (27)
4	24 (8)

*ASA : American Society of Anesthesiologist

Hospitalisé la veille	**n (%)**
Oui	128 (45)
Non	157 (55)

La population étudiée était composée de 56% d'hommes et 44% de femmes, avec un âge moyen de 60 ans et un IMC moyen de 27 kg/m², reflétant une population majoritairement en surpoids. Plus de la moitié des patients étaient arrivés le matin même de l'intervention (55%). La majorité des patients relevaient d'un score ASA II (47%).

Tableau 2 : Spécialités chirurgicales de la population étudiée :

Spécialités chirurgicales	n (%)
Endoscopie digestive	61 (21)
Viscéral	41 (14)
Urologie	31 (11)
Orthopédie	53 (19)
Plastie	14 (5)
ORL	13 (5)
Neurochirurgie	9 (3)
Cardiovasculaire	38 (13)
Thoracique	12 (4)
Gynécologie	13 (5)

En termes de spécialités, l'endoscopie digestive (21%), l'orthopédie (19%), et la chirurgie viscérale (14%) étaient les plus représentées.

3.1.2 Caractéristiques peropératoires de la population étudiée :

Tableau 3 : Stratégie d'anesthésie de la population étudiée :

Type d'anesthésie	n (%)
AG avec intubation	**159 (56)**
AG avec masque laryngé	33 (12)
AG en ventilation spontanée	60 (21)
Rachianesthésie	22 (8)
Anesthésie locorégionale	11 (4)

3.1.3 Caractéristiques postopératoires de la population étudiée:

Tableau 4 : Caractéristiques postopératoires de la population étudiée:

Boisson en SSPI	n (%)
Oui	96 (34)
Non	**174 (61)**
Non évalué	15 (5)

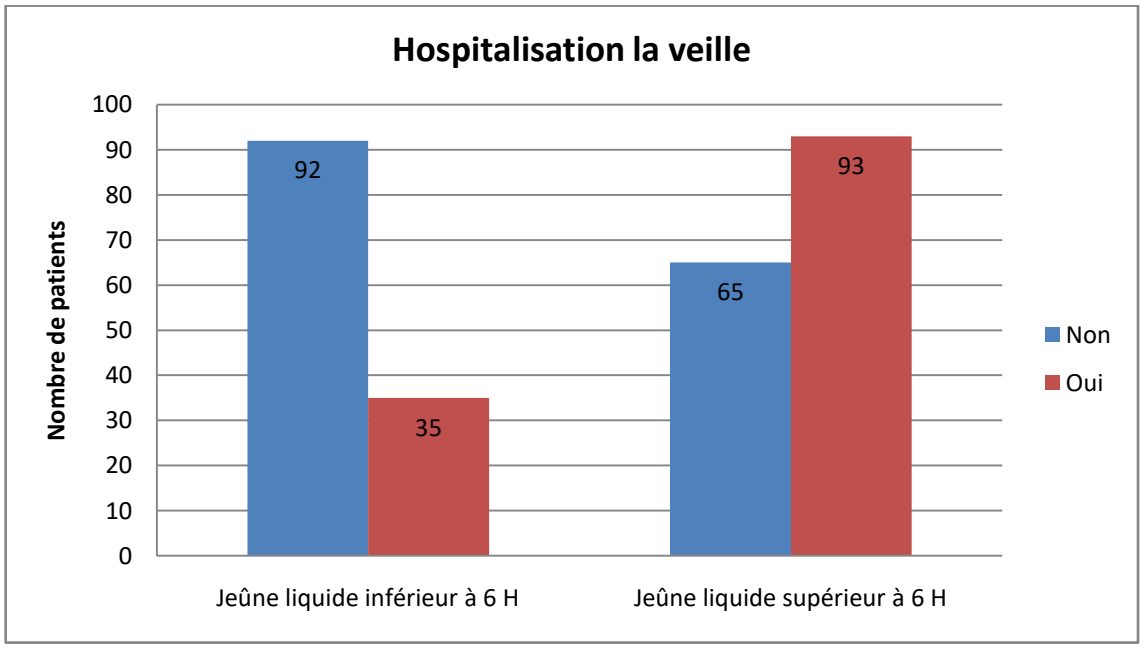
3.2 Résultats de l'objectif principal :

3.2.1 Répartition des durées de jeûne liquide et solide :

Tableau 5 : Répartition des durées de jeûne liquide et solide :

Type de jeûne	Durée	n= 285 (%)
Jeûne liquide	Inférieur à 6 heures	127 (45)
	Supérieur à 6 heures	**158 (55)**
Jeûne solide	Inférieur à 12 heures	31 (11)
	Supérieur à 12 heures	**254 (89)**

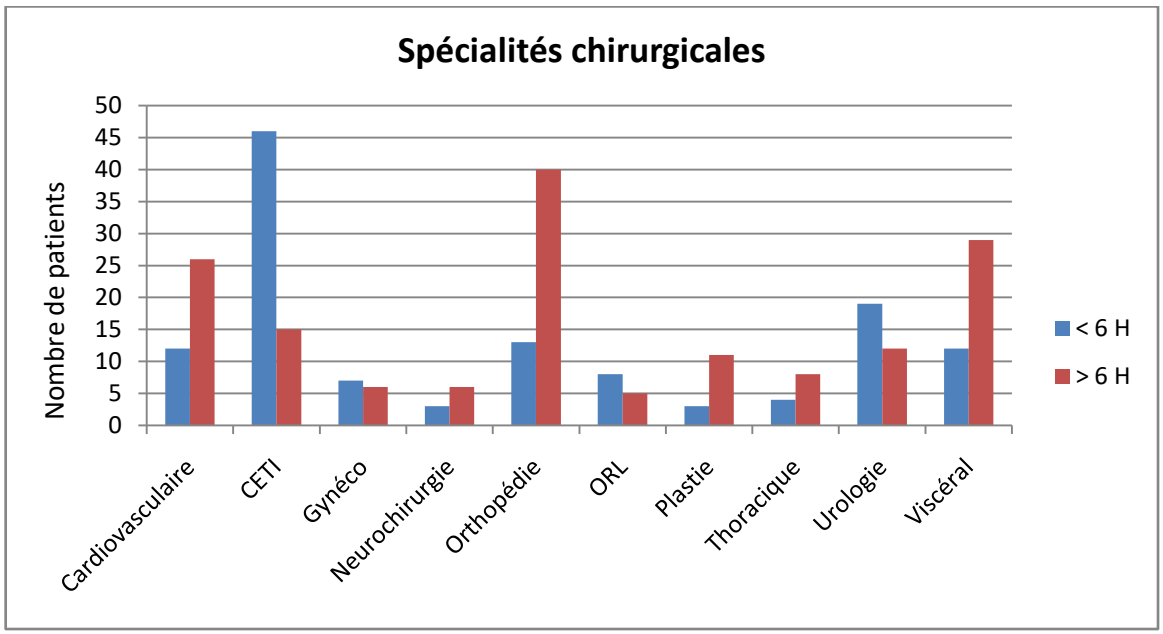
3.2.2 Répartition des patients hospitalisés la veille en fonction du jeûne liquide :



Graphique 1 : Hospitalisation la veille selon la durée de jeûne liquide

Sur les 285 patients, la répartition du jeûne liquide était de 58,6% versus 41,4% (< 6 h/ > 6h) chez les patients arrivés le matin de l'intervention (barres bleues), et de 27,3% versus 72,7% chez les patients hospitalisés (barres rouges). Test du χ^2 : $p < 0,001$.

3.2.3 Répartition du jeûne liquide en fonction des spécialités chirurgicales :



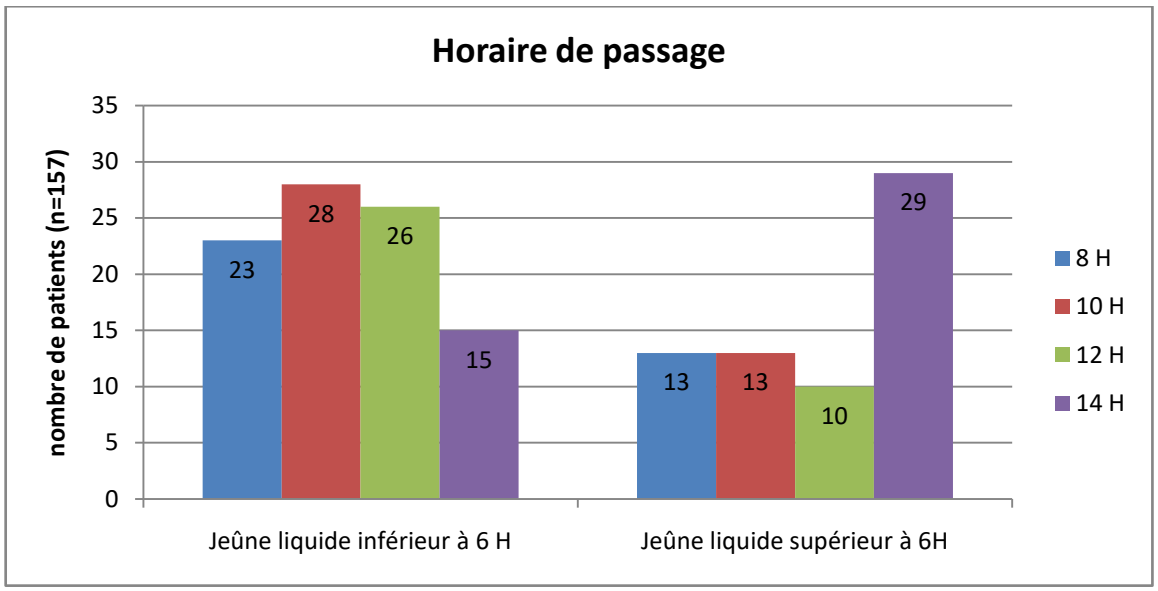
Graphique 2 : Répartition des patients selon les spécialités chirurgicales et la durée de jeûne liquide

La répartition par spécialité chirurgicale du jeûne liquide supérieur à 6 heures (barres rouges), est de 79% (11 sur 14) en plastie, 78% (40 sur 51) en orthopédie, 71% (29 sur 41) en viscéral.

La répartition du jeûne liquide par spécialité chirurgicale du jeûne liquide inférieur à 6 heures (barres bleues) est de 75% (46 sur 61) au CETI, 61% (19 sur 31) en urologie, 61% (8 sur 13) en ORL.

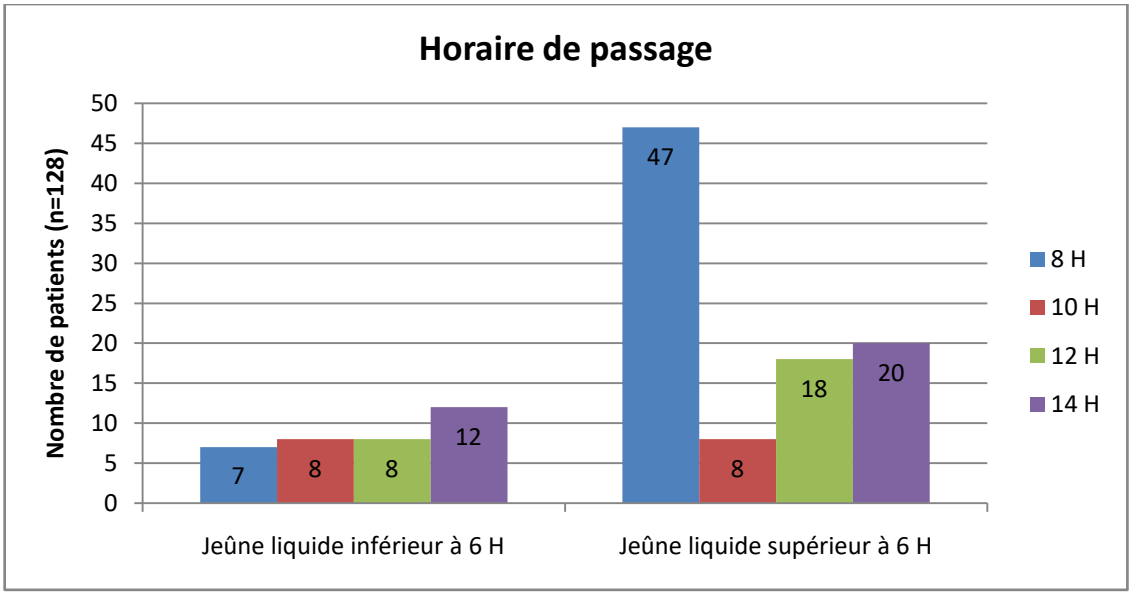
3.2.4 Analyse comparative des durées de jeûne liquide en fonction de l'horaire de passage :

3.2.4.1 Répartition du jeûne liquide en fonction de l'horaire de passage chez les patients entrés le matin de l'intervention :



Graphique 3 : Horaire de passage et durée du jeûne liquide chez les patients admis le jour de l'intervention

3.2.4.2 Répartition du jeûne liquide en fonction de l'horaire de passage chez les patients hospitalisés la veille :



Graphique 4 : Horaire de passage et durée du jeûne liquide chez les patients hospitalisés la veille

Concernant les 157 patients entrés le matin de l'intervention (graphique 3), le jeûne liquide inférieur à six heures est majoritairement observé. A 8 heures, 64% des patients (23 sur 36), à 10 heures 68% (28 sur 41), puis à 12 heures 72% (26 sur 36). Cette tendance s'inverse pour les patients d'après-midi (14h), où seuls 34% des patients (15 sur 44) étaient à jeun inférieur à six heures.

Concernant les 128 patients hospitalisés la veille (graphique 4), une prévalence élevée du jeûne prolongé (supérieur à six heures) est observée.

A 8 heures, 87% des patients (47 sur 54) étaient à jeun de liquide depuis plus de six heures, tandis qu'à 10 heures, la proportion est de 50% (8 sur 16). Cette tendance se maintient à 12 heures avec 69% des patients (18 patients sur 26), et reste élevée dans l'après-midi avec 62,5% des patients (20 patients sur 32).

3.2.5 Consignes de jeûne en fonction des spécialités chirurgicales :

Tableau 6 : Répartition des consignes de jeûne en fonction des spécialités chirurgicales :

	Consignes de jeûne préopératoire				
Spécialité chirurgicale	Consultation d'anesthésie n= 218 **(76)**	Consultation de chirurgie n= 14 **(4,9)**	Autre n= 40 **(14)**	Non n= 13 **(4,6)**	Total n= 285 (%)
CETI	**55 (90)**	2 (3)	4 (7)	0	61 (21)
Cardiologie	28 (73)	2 (5)	4 (10)	4 (10)	38 (13)
Gynécologie	**13 (100)**	0	0	0	13 (5)
Neurochirurgie	5 (56)	0	3 (33)	1 (11)	9 (3)
Orthopédie	31 (58)	3 (6)	**18 (34)**	1 (2)	53 (19)
ORL	10 (77)	0	3 (23)	0	13 (5)
Plastie	12 (85)	0	0	2 (14)	14 (5)
Thoracique	8 (67)	1 (8)	3 (25)	0	12 (4)
Urologie	22 (71)	**6 (19)**	1 (3)	2 (6)	31 (11)
Viscéral	34 (83)	0	4 (10)	3 (7)	41 (14)
Information des consignes de jeûne, patients hospitalisés la veille :					
Total	81 (63)	6 (5)	30 (23)	11 (9)	128
Information des consignes de jeûne, patients entrés le matin de l'intervention :					
Total	137 (87)	8 (5)	10 (6)	2 (1)	157

Ce tableau indique que les patients déclarent à 76% (218) avoir reçu l'information en CA, soit la majorité des patients, 14% déclarent avoir reçu une information d'une autre source, 4,9% en consultation de chirurgie, et 4,6% déclarent ne pas avoir reçu de consigne.

3.2.5.1 Comparaison entre les spécialités chirurgicales :

Les spécialités où le plus de patients disent avoir reçu les consignes de jeûne en CA sont la gynécologie (100%) et le CETI (90%). En orthopédie 34% déclarent avoir reçu l'information d'une autre source. La consultation de chirurgie est rarement citée comme source d'information, avec 6 patients en urologie et 3 patients en orthopédie.

Les patients déclarant ne pas avoir reçu de consignes de jeûne sont la plastie (14%), la neurochirurgie (11%, 1 sur 9 patients), la viscérale (7%), et l'urologie (6%).

3.2.5.2 Comparaison entre les patients hospitalisés et les patients entrés le jour de l'intervention :

Une analyse différenciée montre que 87% des patients en ambulatoire déclarent avoir reçu l'information sur le jeûne préopératoire en CA, alors que ce taux est de 63% chez les patients hospitalisés. Parmi ces derniers, 23% indiquent avoir été informés par une autre source et 9% précisent ne pas avoir reçu d'information.

3.3 Résultats des objectifs secondaires :

3.3.1 Répartition de la sensation de soif en fonction de la durée de jeûne liquide :

Tableau 7 : Répartition de la sensation de soif en fonction de la durée de jeûne liquide :

	Sensation de soif			
	Non	**Oui**	**Total**	**p-value (χ^2)**
Jeûne liquide	n= 190 (67)	n= 95 (33)	n= 285	
Inférieur à 6 H	94 (74)	33 (26)	127 (45)	-
Supérieur à 6 H	96 (61)	**62 (39)**	158 (55)	<0,05

La sensation de soif est retrouvée chez 39% des patients à jeun depuis plus de six heures, soit un différentiel de 13 points de pourcentage, correspondant à une hausse relative de 50%, par rapport aux patients ayant jeûné moins de six heures (26%).

3.3.2 Répartition des NVPO :

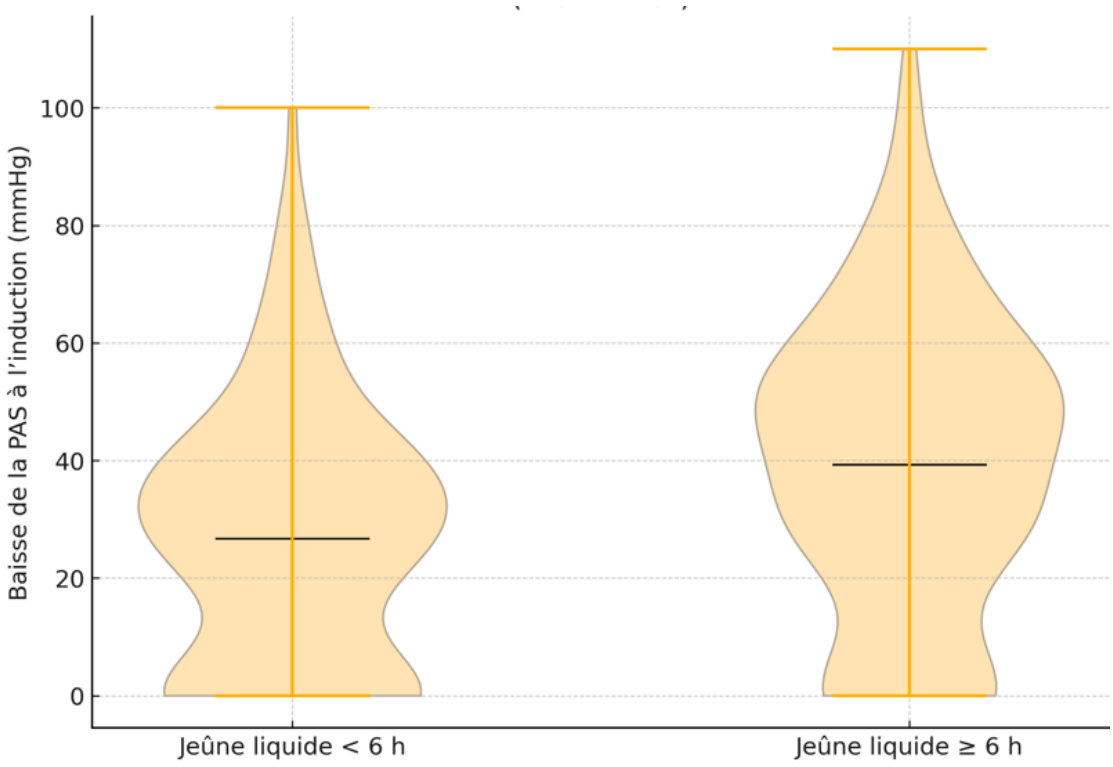
Tableau 7 : Répartition des NVPO :

NVPO	Valeurs (tous patients) n= 285 (%)	Valeurs des patients à jeun de liquide > 6 heures n= 158 (%)
Oui	12 (4)	12 (8)
Non	257 (90)	134 (85)
Non évalué	16 (6)	12 (8)

*NVPO : nausées-vomissements postopératoires

Parmi les 285 patients inclus, 12 cas de NVPO ont été recensés, tous dans le groupe jeûne liquide supérieur à six heures, et aucun dans le groupe inférieur à six heures.

3.3.3 Analyse univariée de la baisse de la pression artérielle systolique (PAS) en fonction du jeûne liquide :



Graphique 5 : Distribution de la baisse de la PAS à l'induction selon la durée de jeûne liquide (diagramme en violon)

La baisse de la PAS (en mmHg) à l'induction par rapport à la PA initiale, était significativement plus importante chez les patients à jeun de liquide depuis plus de six heures (médiane [IQR] 40 [20-57,5] versus 30 [0-40]). Test de Mann-Whitney : $p < 0,05$.

Tableau 8 : Répartition des baisses de PAS supérieures à 40 mmHg selon la durée de jeûne liquide :

Jeûne liquide	Total	n > 40 mmHg	% > 40 mmHg
Supérieur à 6 H	158	73	46,2 %
Inférieur à 6 H	127	21	16,5 %
Total	285	94	33 %

Ce tableau présente la répartition des patients en fonction de l'occurrence d'une chute de PAS supérieure à 40 mmHg : 16,2% dans le groupe inférieur à six heures, versus 46,2% dans le groupe supérieur à six heures, test du χ^2 : $p < 0,05$.

4 Analyse et Discussion :

Les recommandations actuelles, notamment celles émises par la SFAR, stipulent un jeûne liquide de deux heures et un jeûne solide maximal de six heures chez les adultes. Ces consignes visent à réduire le risque d'inhalation et les effets délétères d'un jeûne prolongé. Nos résultats mettent en évidence un écart persistant entre les pratiques observées et ces recommandations.

4.1 Des pratiques encore éloignées des recommandations :

Dans notre cohorte, seuls 45% des patients présentaient une durée de jeûne inférieure à six heures, tandis que 55% restaient à jeun au-delà. Cette tendance est encore plus marquée lorsqu'on distingue les patients selon leur mode d'hospitalisation, ainsi 73% des patients hospitalisés la veille présentaient un jeûne liquide supérieur à six heures contre 41% des patients en ambulatoire. Cette différence est significative ($p < 0,001$), reflétant

une application des anciennes consignes de jeûne chez les patients hospitalisés, traduisant une probable gestion systématique du jeûne préopératoire.

Cette tendance contraste avec les récentes démarches, notamment dans le cadre du parcours RAAC, qui vise à responsabiliser davantage les patients tout en garantissant une démarche courte et sécurisée comme au CHU de Poitiers. Dans ce modèle, les patients arrivant le matin même de l'intervention sont pleinement impliqués dans leur préparation, avec des consignes de jeûne explicitées lors de la CA accompagnées d'un support écrit. Dans l'ensemble, ces consignes sont relativement bien respectées, avec près de 59% des patients présentant un jeûne liquide inférieur à six heures. Cependant, les 41% restants illustrent des freins persistants au respect des consignes lorsqu'elles doivent être suivies au domicile, sans encadrement direct. Ces freins peuvent inclure une mauvaise compréhension des recommandations (en particulier sur ce que constitue un liquide clair), une interprétation excessivement prudente (« mieux vaut ne rien boire »), ou encore l'ignorance des effets néfastes d'un jeûne hydrique prolongé. Ces chiffres peuvent aussi s'expliquer par le fait que certains patients reçoivent un SMS leur rappelant les consignes de jeûne la veille de leur intervention. Cet outil a fait l'objet d'une étude de Zia et al. (2021) montrant une amélioration des résultats grâce à cette méthode. (24)

Ces résultats traduisent une évolution positive des pratiques, mais restent insuffisants au regard des recommandations actuelles.

Par ailleurs, si le jeûne liquide fait l'objet d'ajustements progressifs, le jeûne solide révèle des pratiques encore très conservatrices, avec 89% des patients présentant un jeûne supérieur à douze heures, soit le double du délai recommandé. Si la sensation de soif est fréquemment rapportée, il semble également intéressant de s'interroger sur la sensation de faim ressentie après une telle durée de privation alimentaire. Cette sensation également appelée « phase pré-ingestive […] est une sensation physiologique déclenchée par une diminution des réserves énergétiques de l'organisme, incitant à consommer de la nourriture ». Celle-ci provoque des « sensations physiques telles que des contractions de l'estomac » pouvant également être associées à un symptôme désagréable, et provoquer anxiété et/ou irritabilité. (25) Une question sur la sensation de faim aurait pu enrichir l'analyse, mais son ajout n'était pas envisageable dans le cadre réglementaire de la MR-004 de cette étude.

4.2 Qualité et cohérence de l'information préopératoire :

Dans notre étude, la majorité des patients (76%) déclarent avoir reçu les informations sur le jeûne lors de la CA, mais une disparité apparaît selon le type d'admission. Seuls 63% des patients hospitalisés la veille rapportent avoir été informés en CA, contre 87% des patients admis le matin de l'intervention. De plus, parmi les patients hospitalisés la veille, 23% ont reçu ces informations via une autre source, et près de 9% indiquent n'avoir reçu aucune information. Ces résultats révèlent un manque d'homogénéité dans la diffusion des consignes préopératoires, pouvant expliquer en partie la persistance du jeûne prolongé observé chez les patients hospitalisés, pour lesquels les informations sur le jeûne semblent moins systématiquement transmises et suivies. Plusieurs facteurs organisationnels peuvent contribuer à cette inégalité. Les patients hospitalisés sont pris en charge par plusieurs relais successifs (CA, consignes du chirurgien, des équipes soignantes), ce qui dilue l'information. À l'inverse, les patients pris en charge en ambulatoire suivent un circuit plus court, avec une information délivrée de façon plus directe, ce qui renforce la mise en pratique effective des consignes de jeûne.

4.3 Spécialité chirurgicale et pratiques institutionnelles :

Dans notre étude, la spécialité chirurgicale apparaît associée à des variations dans la durée du jeûne liquide, reflétant des pratiques hétérogènes selon les services. Le respect du jeûne liquide inférieur à six heures est majoritairement observé au CETI (75%), ceci peut s'expliquer par la présence d'un nombre important de patients en ambulatoire, ce qui confirmerait l'hypothèse qu'un circuit plus court est favorable aux patients.

En revanche, dans des spécialités comme la chirurgie plastique, orthopédique et viscérale, une prévalence élevée du jeûne prolongé est observée, traduisant des habitudes plus conservatrices. Dans notre étude, certains patients ont pu être admis dans le service via les urgences sans CA préalable, en raison de l'horaire opératoire incertain, ils ont potentiellement pu être maintenus à jeun dès leur admission, parfois pendant de longues heures, dans l'attente de leur passage au bloc.

4.4 Horaire opératoire et gestion organisationnelle :

Les données observées montrent clairement une différence de durée du jeûne liquide selon l'horaire et le type d'admission, comme vu précédemment. Nous nous sommes alors demandés pourquoi seulement 27% des patients hospitalisés (programmés à 8 heures) présentent un jeûne liquide inférieur à six heures ? Cette question soulève plusieurs freins à l'application des recommandations actuelles.

L'analyse croisée entre l'horaire de passage et la durée du jeûne hydrique met en évidence une inégalité marquée. Alors que les patients admis le matin même respectent plus souvent le jeûne hydrique conforme aux recommandations, en particulier les horaires matinaux (64% à 8h, 72% à 12h), les patients hospitalisés, eux, restent majoritairement à jeun plus de six heures (87% à 8h, 69% à 12h). Cette absence d'ajustement suggère une gestion systématique de la prise en charge des patients hospitalisés devant bénéficier d'une intervention, avec une potentielle application toujours actuelle du jeûne systématique à partir de minuit, notamment lorsque les patients sont programmés pour une intervention le matin. Ceci interroge sur la résistance au changement dans la gestion du jeûne préopératoire et peut s'expliquer à la fois par des contraintes organisationnelles et des facteurs humains.

D'un point de vue structurel, la méconnaissance des protocoles existants et l'absence de référents clairement identifiés entre les services d'hospitalisation et le bloc opératoire contribuent à un flou dans la transmission des consignes. Cette désorganisation peut conduire à des instructions imprécises ou à une interprétation trop prudente, notamment par le fait que les recommandations, basées sur les RFE de la SFAR notamment, s'appliquent aux patients « n'ayant pas de trouble important de la vidange gastrique » (annexe II) ce qui peut entraîner l'application par défaut d'un jeûne prolongé. Aussi, des horaires opératoires variables (en raison de retards ou avancées de programme) peuvent rendre l'ajustement du jeûne difficile, et encourager l'instauration d'un jeûne généralisé, appliqué préventivement à l'ensemble des patients. Ou encore la persistance de prescriptions chirurgicales du type « à jeun dès minuit », toujours potentiellement appliquées par défaut dans certains services.

Enfin, des facteurs culturels et humains, tels que la crainte d'être tenu responsable d'une complication, ou la peur d'une annulation d'intervention en cas de jeûne non respecté, peuvent freiner l'assouplissement des pratiques. Pour dépasser ces freins d'ordre organisationnel, communicationnel, et/ou culturel, il apparaît essentiel de créer un environnement collaboratif entre les services, en instaurant une dynamique collective d'amélioration des pratiques. (26)(27)

4.5 Impact clinique du jeûne prolongé :

Ces écarts aux recommandations ont des répercussions concrètes sur le confort du patient.

Ces pratiques entraînent plusieurs effets indésirables dont la sensation de soif qui est rapportée, en période préopératoire dans notre étude, pour 39% des patients à jeun de liquide depuis six heures ou plus. Ce symptôme, associé à d'autres facteurs tels que l'anxiété de l'intervention ou de l'anesthésie, et la xérostomie devient l'un des aspects les plus pénibles du vécu du patient. (12) Cet inconfort serait évitable par une meilleure adaptation des consignes d'hydratation. Notre étude a également révélé que 61% des patients n'ont pas eu accès à l'eau en SSPI, certains en raison d'un refus, d'autres parce qu'ils ne relevaient pas du programme RAAC, ou encore parce que cela ne leur avait potentiellement pas été proposé. Or, une étude de Qin et al. démontre que l'hydratation orale précoce à la demande en SSPI améliore significativement le confort des patientes ayant bénéficié d'une intervention gynécologique. Le taux de la sensation de soif avait diminué de 36% contre 93% pour celles qui n'ont pas eu accès à l'eau. (26) Il aurait été intéressant d'évaluer la sensation de soif en phase postopératoire afin d'estimer l'inconfort périopératoire.

À cela, s'ajoutent les symptômes de type NVPO. Bien que leur fréquence soit faible (4%), il est à noter que tous les cas observés concernaient les patients présentant un jeûne liquide supérieur à six heures, tandis qu'aucun épisode n'a été rapporté dans le groupe inférieur à six heures. Ce constat, malgré un effectif réduit, suggère qu'un jeûne hydrique prolongé pourrait être associé à un inconfort digestif en postopératoire. Ceci va dans le sens d'une étude rétrospective réalisée par McCracken et al. mettant en évidence que

l'ingestion de liquide clair jusqu'à l'induction avait un effet bénéfique sur les NVPO, sans compromettre la sécurité du patient. (21)

Autre conséquence notable, la baisse médiane de PAS à l'induction était significativement plus marquée chez les patients dont le jeûne hydrique dépassait six heures (40 mmHg [20-57,5]) que dans l'autre groupe (30 mmHg [0-40]) ($p < 0,05$). De plus, 46,2% des patients à jeun plus de six heures présentaient une chute de la PAS supérieure à 40 mmHg, contre 16,5% dans l'autre groupe. Cette hypovolémie relative, favorisée par une restriction hydrique prolongée, est un facteur de risque reconnu d'hypotension peropératoire. Des études montrent qu'une hydratation préopératoire adéquate améliore la stabilité hémodynamique, par exemple dans une étude comparant des patients hospitalisés versus des patients dans un programme RAAC, l'hypotension était plus fréquente dans le groupe hospitalisé (69,2%) que dans le groupe RAAC (44,4%). (28) Cette observation valide l'hypothèse qu'un jeûne hydrique trop restrictif peut compromettre la stabilité hémodynamique peropératoire, renforçant ainsi la nécessité de promouvoir le respect de deux heures pour les liquides clairs, conformément aux recommandations actuelles.

5 Axes d'amélioration et perspectives :

Les résultats de notre étude soulignent la nécessité de réviser et adapter les pratiques de jeûne préopératoire pour se conformer aux recommandations actuelles et ainsi améliorer la qualité, la sécurité et le confort de la prise en charge. Plusieurs axes d'amélioration peuvent être envisagés.

Un premier axe concerne l'information des patients, notamment de ceux hospitalisés la veille, plus exposés au jeûne prolongé. En complément de la CA, un support visuel clair pourrait être proposé. Par ailleurs, la création d'une application spécifique, intitulée « Mon programme opératoire », pourrait faciliter la responsabilisation du patient, avec un chatbot capable de répondre en temps réel aux questions des patients, et de calculer dynamiquement des horaires de jeûne en fonction de l'heure de l'intervention. Cette application serait également proposée aux patients hospitalisés.

Un deuxième axe consisterait à intégrer des IADE dans les CA. Ils auraient un rôle

d'information et d'éducation en réexpliquant de manière individualisée les consignes de jeûne, en précisant la gestion des traitements médicamenteux et en répondant à leurs interrogations. Ils prépareraient aussi les patients à la prise en charge postopératoire (éducation à la mobilisation, gestion de la douleur) et au retour à domicile (organisation de la convalescence, suivi pharmaceutique, consignes de suivi). Ces IADE assureraient également la coordination avec les services d'hospitalisation et les blocs opératoires en servant d'interlocuteurs privilégiés. Ils pourraient mener des actions de sensibilisation auprès des services d'hospitalisation via des briefings réguliers du personnel soignant et l'affichage de flyers dans les lieux de passage comme celui proposé par la SFAR (annexe VI), ce qui favoriserait l'implication des professionnels de santé.

Une étude menée par Witt et al. (2021) a démontré qu'une simple note écrite remise au patient, couplée à une reformation du personnel via e-mail, newsletters et réunions, permettait de réduire significativement la durée réelle du jeûne pour les liquides clairs (de 11,3h à 5 h en médiane). (28)

Par ailleurs, un audit des pratiques professionnelles auprès des équipes soignantes des services de chirurgie pourrait être envisagé, ainsi qu'une collecte systématique du retour d'expérience des patients sur leur confort périopératoire et leur satisfaction, sous réserve d'un avis favorable d'un Comité d'Éthique, dans le cadre d'un futur mémoire.

Enfin, un essai pilote randomisé pourrait être envisagé au CHU de Poitiers, comparant un jeûne hydrique à H-1 à la pratique actuelle, afin d'évaluer la sécurité anesthésique et les bénéfices cliniques. Les résultats apporteraient un niveau de preuve local, en complément de données existantes, notamment dans la population pédiatrique. (29)

6 Limites et biais :

Cette étude présente plusieurs limites méthodologiques. Tout d'abord, l'étude a été menée dans le cadre de la MR-004, qui n'autorise que l'exploitation de données de soins courants anonymisées, ce qui a restreint la profondeur de l'analyse. La durée exacte du jeûne n'a pas pu être vérifiée par un horaire précis, ce qui peut limiter la rigueur de l'analyse. L'évaluation du confort préopératoire est restée partielle, centrée sur la sensation de soif et les NVPO, sans exploitation d'autres symptômes de type anxiété.

L'hydratation peropératoire n'a pas été intégrée dans l'analyse, alors qu'elle pourrait moduler l'impact d'un jeûne prolongé, notamment sur les paramètres hémodynamiques ou les NVPO. Le recueil de données du questionnaire était essentiellement déclaratif (reposant sur les réponses des patients), ce qui peut introduire un biais de mémorisation en ce qui concerne les durées de jeûne et les consignes reçues.

Ensuite, bien que la période de recueil ait été de deux semaines, elle ne permet probablement pas de refléter pleinement les pratiques habituelles, ce qui limite la représentativité des résultats.

Enfin, l'analyse statistique est descriptive et univariée, ce qui ne permet pas de contrôler les facteurs confondants pouvant influencer les résultats (âge, score ASA, antécédents médicaux, type d'anesthésie, ect.). La taille de l'effectif final (n= 285) étant inférieure à celui de l'objectif principal (n=384) a pu introduire un biais lié à une puissance statistique insuffisante, augmentant le risque de faux-négatifs, par un échantillon trop restreint.

7 Conclusion :

Cette étude avait pour but d'établir un état des lieux du jeûne préopératoire en chirurgie programmée et semi-urgente au CHU de Poitiers. Nous avons utilisé une méthode prospective avec des questionnaires et un recueil de données cliniques, grâce auxquels nous avons pu mettre en évidence un écart persistant par rapport aux recommandations nationales de la SFAR. Nous avons constaté que 55% des patients présentaient un jeûne liquide de plus de six heures au moment de leur arrivée au bloc opératoire, dans la cohorte étudiée (n= 285). Ce constat était beaucoup plus marqué chez les patients hospitalisés la veille de l'intervention, notamment ceux pris en charge à 8 heures. Parmi eux, 27% présentaient un jeûne hydrique inférieur à six heures. Ce travail a pu confirmer certaines complications liées au jeûne prolongé, notamment la sensation de soif, créant un inconfort réel.

Malgré une information sur le jeûne préopératoire, qui est dans l'ensemble plutôt véhiculée par la CA, ce constat est moins marqué chez les patients hospitalisés la veille, soulevant une question d'organisation et des freins potentiels dans les services.

Assurer le confort du patient pré et postopératoire est aujourd'hui une nécessité, donc optimiser le jeûne préopératoire ne relève pas seulement d'un intérêt scientifique mais

aussi d'un enjeu éthique. Une telle pratique met en cause deux principes : celui de non-malfaisance en assurant la sécurité du patient, et celui de bienfaisance en veillant au bien-être du patient.

Une solution pourrait se trouver dans une organisation innovante impliquant d'avoir du personnel dédié et formé (notamment IADE) pour la logistique du programme préopératoire qui se ferait de manière individualisée en vue de mieux anticiper les aspects pré et postopératoire. Ces professionnels pourraient aussi contribuer à la réalisation d'audits et de briefings réguliers dans les services, qui seraient un gage de qualité, et permettraient d'instaurer une dynamique d'excellence et l'amélioration continue des pratiques.

Bibliographie :

1. Brady MC, Kinn S, Ness V, O'Rourke K, Randhawa N, Stuart P. Jeûne préopératoire pour la prévention des complications périopératoires chez l'enfant - Brady, MC - 2009 | Cochrane Library; Disponible sur: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005285.pub2/full/fr

2. Yilmaz M, Çelik M. The Effects of Preoperative Fasting on Patients Undergoing Thoracic Surgery. J Perianesthesia Nurs Off J Am Soc PeriAnesthesia Nurses. avr 2021;36(2):167-73.

3. Ducrotte P. Physiologie de la vidange gastrique. Rouen : CHU Rouen; 8 nov 2005. Disponible sur : https://www.yumpu.com/fr/document/view/52392634/physiologie-de-la-vidange-gastrique-chu-de-rouen

4. Birenbaum A, Hajage D, Roche S, Ntouba A, Eurin M, Cuvillon P, et al. Effect of Cricoid Pressure Compared With a Sham Procedure in the Rapid Sequence Induction of Anesthesia. JAMA Surg. janv 2019;154(1):9-17.

5. El-Sharkawy AM, Daliya P, Lewis-Lloyd C, Adiamah A, Malcolm FL, Boyd-Carson H, et al. Fasting and surgery timing (FaST) audit. Clin Nutr. mars 2021;40(3):1405-12.

6. Maltby JR. Fasting from midnight – the history behind the dogma. Best Pract Res Clin Anaesthesiol. sept 2006;20(3):363-78.

7. Bouvet L, Boselli E, Chassard D, Allaouchiche B. Les règLes du jeûne préopératoire doivent-eLLes changer ? Lyon : MAPAR; 2010 Jul p. 102-109.

8. Desgranges FP, Chassard D, Bouvet L. Évaluation du contenu gastrique à l'aide de l'échographie antrale au lit du patient : de la théorie à la pratique. Anesth Réanimation. 1 sept 2020;6(5):471-82.

9. Constantin JM, Godet T, Jabaudon M, Futier E**.** Le syndrome de détresse respiratoire aiguë. Conférence d'essentiel – Congrès SFAR 2018 [Internet]. Paris : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation; 2018. p. 1-18. Disponible sur : https://sfar.org/wp-content/uploads/2018/10/35-Le-syndrome-de-detresse-respiratoire-aigue.pdf

10. O'Callaghan N. Pre-operative fasting. Nurs Stand. 22 mai 2002;16(36):33-7.

11. Gan H, Liu H, Huang H, He M. Liberal Preoperative Fasting in Adults Undergoing Elective Surgery: A Scoping Review Protocol. Pearl RG, éditeur. Anesthesiol Res Pract. 8 mai 2024;2024:1-5.

12. Martins PR, Fonseca LF, Rossetto EG. Developing and validating the Perioperative Thirst Discomfort Scale. Rev Esc Enferm U P. 20 juill 2017;51:e03240.

13. Ferguson DB. Control of the osmotic activity of the blood and of the blood volume. In: Physiology for Dental Students. Elsevier; 1988. p. 237-41. Disponible sur: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780723607250500198

14. Arai S, Stotts N, Puntillo K. Thirst in critically ill patients: from physiology to sensation. Am J Crit Care Off Publ Am Assoc Crit-Care Nurses. juill 2013;22(4):328-35.

15. Ali Abdelhamid Y, Chapman MJ, Deane AM. Peri-operative nutrition. Anaesthesia. janv 2016;71(S1):9-18.

16. Temesgen N, Fenta E, Eshetie C, Gelaw M. Early intraoperative hypotension and its associated factors among surgical patients undergoing surgery under general anesthesia: An observational study. Ann Med Surg. 1 nov 2021;71:102835.

17. Vallet B, Blanloeil Y, Cholley B, Orliaguet G, Pierre S, Tavernier B, et al. Stratégie du remplissage vasculaire périopératoire. Ann Fr Anesth Réanim. 2013;32:454-62. Disponible sur : https://sfar.org/wp-content/uploads/2015/09/2a_AFAR_FRANCAIS_Strategie-du-remplissage-vasculaire-perioperatoire.pdf

18. Schricker T, Lattermann R. Perioperative catabolism. Can J Anaesth J Can Anesth. févr 2015;62(2):182-93.

19. Pre-operative fasting in adults and children: clinical practice and guidelines - PubMed. Disponible sur: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30500064/

20. Chambrier C, Sztark F; Groupe de travail SFNEP-SFAR. Recommandations de bonnes pratiques cliniques sur la nutrition périopératoire : actualisation 2010 de la conférence de consensus de 1994 sur la « Nutrition artificielle périopératoire en chirurgie programmée de l'adulte ». Ann Fr Anesth Réanim . 2011;30:381-9. [cité 26 juin 2025]. Disponible sur : https://sfar.org/wp-content/uploads/2015/10/2_AFAR_Nutrition-artificielle-perioperatoire-en-chirurgie-programmee-de-ladulte.pdf

21. McCracken GC, Montgomery J. Postoperative nausea and vomiting after unrestricted clear fluids before day surgery: A retrospective analysis. Eur J Anaesthesiol. mai 2018;35(5):337-42.

22. Bloc S, Alfonsi P, Belbachir A, Beaussier M, Bouvet L, Campard S, et al. Programme d'optimisation périopératoire du patient adulte. Paris : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation; 2022. 61 p. Disponible sur : https://sfar.org/download/programme-doptimisation-perioperatoire-du-patient-adulte/?wpdmdl=37889

23. Fasting S, Søreide E, Raeder JC. Changing preoperative fasting policies. Impact of a national consensus. Acta Anaesthesiol Scand. nov 1998;42(10):1188-91.

24. Zia F, Cosic L, Wong A, Levin A, Lu P, Mitchell C, et al. Effects of a short message service (SMS) by cellular phone to improve compliance with fasting guidelines in patients undergoing elective surgery: a retrospective observational study. BMC Health Serv Res. 6 janv 2021;21(1):27.

25. Marinelli, L. (2024). De la perception à la régulation des signaux corporels dans les comportements alimentaires : rôle de la conscience intéroceptive et de la pleine conscience [Thèse de doctorat, Université de Paris]. HAL Open Science. https://hal.science/tel-04914614v1

26. Carey S, Hogan S. Failure in Systems and Culture: Barriers That Prevent Implementation of Evidence-Based Fasting Times for Patients in the Acute Care Setting. JPEN J Parenter Enteral Nutr. juill 2021;45(5):933-40.

27. Van Noort HHJ, Eskes AM, Vermeulen H, Besselink MG, Moeling M, Ubbink DT, et al. Fasting habits over a 10-year period: An observational study on adherence to preoperative fasting and postoperative restoration of oral intake in 2 Dutch hospitals. Surgery. août 2021;170(2):532-40.

28. Wrobel JR, Magin JC, Williams D, An X, Acton JD, Doyal AS, et al. Comparing preoperative fasting and ultrasound-measured intravascular volume status in elective surgery, enhanced recovery patients versus inpatient, urgent surgery patients and the ability of IVC collapsibility to predict post-induction hypotension. J Perioper Pract. nov 2024;34(11):363-8.

29. Disma N, Frykholm P, Cook-Sather SD, Lerman J. Pro-Con Debate: 1- vs 2-Hour Fast for Clear Liquids Before Anesthesia in Children. Anesth Analg. sept 2021;133(3):581-91.

Annexes :

Annexe I : Echelle d'inconfort de la soif périopératoire……I

Annexe II : RFE Programme d'optimisation périopératoire……..II

Annexe III : Questionnaire sur le jeûne préopératoire……..III

Annexe IV : Tableau de recueil des données……IV

Annexe V : Enregistrement de la MR004……V

Annexe VI : Affiche SFAR, Consignes de jeûne……VI

Annexe I :

Graphique 1 Échelle d'inconfort de la soif périopératoire - Londrina, PR, Brésil, 2015

Perioperative Thirst Discomfort Scale – *EDESP*			
Is the patient thirsty?		( ) Yes ( ) No	
Spontaneous complaint?		( ) Yes ( ) No	
I'm bothered because:			
	Not bothered	Slightly bothered	Very bothered
My mouth is dry.	0	1	2
My lips are dry.	0	1	2
My tongue is thick.	0	1	2
My saliva is thick.	0	1	2
My throat is dry.	0	1	2
I have a bad taste in my mouth.	0	1	2
I want to drink water.	0	1	2
Final score:			

Annexe II :



RECOMMANDATIONS FORMALISEES D'EXPERTS

De la **Société Française d'Anesthésie et Réanimation (SFAR)**

PROGRAMME D'OPTIMISATION PERIOPERATOIRE DU PATIENT ADULTE

Perioperative optimisation program

2022

« **R2.2 - Il est recommandé de limiter la durée du jeûne préopératoire à 6 heures pour les solides et d'encourager la prise de liquides clairs (eau, thé, café, sucrés ou non, jus de fruit sans pulpe) jusqu'à 2 heures avant la chirurgie pour réduire l'anxiété préopératoire et la durée de séjour. » GRADE 1+ (Accord fort)**
« Les recommandations récentes des sociétés savantes sur les conditions du jeûne préopératoire valident la sécurité de la prise de boissons jusqu'à 2 heures avant une chirurgie programmée, chez les patients n'ayant pas de troubles importants de la vidange gastrique. Il n'existe aucune preuve que la prise de boissons jusqu'à 2 heures avant l'anesthésie majore le risque d'inhalation pulmonaire ou de régurgitation avec du liquide gastrique. Selon les recommandations de l'ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) des boissons sucrées devraient être administrées jusqu'à deux heures avant la chirurgie afin de réduire l'inconfort et l'anxiété préopératoire. Leur ingestion devrait également être envisagée afin de réduire les durées de séjour et la résistance à l'insuline comparativement à l'application d'un jeûne prolongé. Cet effet est d'autant plus important que la chirurgie est majeure avec une durée prévue de séjour postopératoire longue. L'ingestion préopératoire de boissons sucrées ne s'accompagne pas d'une majoration ni d'une réduction des complications postopératoires. »

https://sfar.org/download/programme-doptimisation-perioperatoire-du-patient-adulte/

Annexe III :

Questionnaire sur le Jeûne Préopératoire

Date : **Heure :**

1ère lettre du **nom** :

1ère lettre du **prénom** :

N° de salle :

Hospitalisé la veille : ☐ **oui** ☐ **non**

Spécialité chirurgicale : …….

Avez-vous reçu les consignes concernant le jeûne préopératoire ?

- ☐ Si oui, à quelle occasion :
  - ☐ consultation d'anesthésie
  - ☐ consultation de chirurgie
  - ☐ autre
- ☐ Non

La dernière prise de liquide clair (sans pulpe, ni lait)**,** sans comptabiliser l'eau seulement pour les médicaments :

- ☐ moins de 2 heures
- ☐ 2 à 6 heures
- ☐ plus de 6 heures

La dernière prise alimentaire :

- ☐ moins de 6 heures
- ☐ 6 à 12 heures
- ☐ plus de 12 heures

Ressentez-vous une gêne en lien avec la sensation de soif ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Annexe IV :

Tableau du recueil des données :

Données recueillies à partir de la consultation d'anesthésie	- Données démographiques : âge, sexe, IMC, ASA - ATCD médicaux prévalents - Score d'APFEL -
Données peropératoires	- Type d'anesthésie - Durée d'intervention - Baisse de la PA à l'induction par rapport à la PA initiale - Vomissement peropératoire -
Données relevées en SSPI	- Durée de séjour - NVPO (+ injection d'Ondansteron) - Boisson ou non

Annexe V :

CHU Poitiers

Délégué à la protection des données

AVIS D'INSCRIPTION AU REGISTRE DES ACTIVITES DE TRAITEMENT

J'ai le plaisir de vous confirmer l'inscription au registre des traitements du CHU de Poitiers à compter de ce jour :

21/02/2025

Des traitements suivants :

- Etat des lieux du jeûne préopératoire au CHU de Poitiers / JEUN

Ce traitement est conforme à la méthodologie de référence :

MR-004

Il est inscrit sur le registre des activités de traitement, dans le domaine :

RECHERCHE

Avec le numéro d'inscription :

CHU86-RECH-R2025-02-16

Cordialement,

Pierre Taveau

DPO CHU Poitiers et GHT86

Annexe VI :



https://sfar.org/pour-le-grand-public/jeune-pre-operatoire/

ECOLE D'INFIRMIER(E)S ANESTHESISTES DIPLOME(E)S D'ETAT

UE 7 - MÉMOIRE PROFESSIONNEL

En vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'Infirmier Anesthésiste

2023-2025

État des lieux du jeûne préopératoire en chirurgie programmée au CHU de Poitiers

Introduction : Le jeûne préopératoire vise à réduire le risque d'inhalation de contenu gastrique, tout en minimisant l'inconfort du patient. Les recommandations actuelles préconisent un jeûne hydrique de 2 heures et solide de 6 heures avant une intervention programmée. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la durée du jeûne liquide et solide afin d'estimer si un écart persistait entre les recommandations et les pratiques.

Méthode : Étude prospective, descriptive et monocentrique menée au CHU de Poitiers, du 20 au 24 janvier et du 10 au 14 février 2025. 285 patients adultes devant bénéficier dune chirurgie programmée ont été inclus. Les données ont été recueillies via un questionnaire déposé en salle d'intervention puis complétées via le logiciel Diane®. Les variables qualitatives sont exprimées en effectifs et pourcentages, les variables quantitatives sont exprimées en moyennes (écart-type) et médianes (IQR). Les associations ont été testées au χ^2 et Mann–Whitney, seuil de significativité $p < 0,05$.

Résultats : L'analyse du jeûne hydrique révèle que 55 % des 285 participants (n = 158) ont jeûné plus de 6 heures, tandis que 45 % (n = 127) sont restés en deçà. Pour le jeûne solide, 89 % (n = 254) ont dépassé 12 heures sans ingestion d'aliments, contre 11 % (n = 31) respectant une durée inférieure. Nous avons observé une différence selon le mode d'admission : en ambulatoire, 58,6 % des patients ont respecté un jeûne hydrique inférieur à 6 heures, contre 27,3 % de ceux hospitalisés la veille. La prolongation du jeûne hydrique augmente significativement la sensation de soif, ressentie par 39 % des patients jeûnant plus de six heures contre 26 % chez ceux ayant jeûné moins de six heures.

Conclusion : Une disparité entre les recommandations et les pratiques de jeûne préopératoire persiste, entraînant un inconfort lié à la sensation de soif. Il est nécessaire d'harmoniser les protocoles, d'améliorer l'information des patients et de renforcer la formation des équipes pour assurer leur confort tout en garantissant leur sécurité.

Mots clés : Jeûne préopératoire, recommandations, SFAR, confort du patient, facteurs organisationnels, optimisation.

Auteur : Marine Lecellier

Directeur de mémoire : Dr Guillaume Lobera Boucheron

SCHOOL OF STATE-CERTIFIED ANAESTHETIST NURSES

UE 7 PROFESSIONAL THESIS
For the National Diploma of Anaesthetist Nurse
2023-2025

Preoperative Fasting Practices in Elective Surgery at Poitiers University Hospital

Introduction: Preoperative fasting is mandatory before elective surgery in order to reduce the risk of pulmonary. Current guidelines state that patient are allowed to drink clear liquids until two hours before the surgery and can eat up until six hours before surgery.
Our aim in this study is to analyse the practices in our center concerning preoperative fasting and compare them to the recommendations.

Method: We ran a prospective, descriptive, monocentric study at Poitiers Hospital from January 20-24 and February 10-14, 2025. We included 285 adult patients scheduled for elective surgery.
Data concerning preoperative fasting were gathered during the realization of the preoperative checklist and additional postoperative clinical data were gathered in the recovery room.
We report counts and percentages for categorical data, and means (+/- SD) and medians (IQR) for numbers. We used χ^2 and Mann-Whitney tests to compare groups, with $p < 0,05$ as our cutoff for significance.

Results: We found that 55% of patients fasted from liquids for more than six hours, while 45% fasted for six hours or less. For solid food, 89% did not eat for more than twelve hours, whereas 11% fasted for twelve hours or less. Patients admitted on the day of surgery followed the liquid-fast guideline more often (58,6%) compared with those admitted the night before (27,3%). Longer liquid fasting led to more thirst: 39% of patients fasting more than six hours reported thirst, versus 26% of those fasting six hours or less.

Conclusion: There is still a gap between fasting guidelines and what happens in practice, causing avoidable thirst. We need to standardize protocols, give better information to patients, and train staff in order to keep patients safe and more comfortable.

Keywords : preoperative fasting, guidelines, patient comfort, organizational factors, compliance, optimization.

Autor: Marine Lecellier

Supervisor: Dr Guillaume Lobera Boucheron