



NEWSLETTER NUTRIACTIS



Septembre 2026

Prêt à relever le
défi ? Retrouvez
notre labyrinthe
dans le « Call to
action » !

ET SI NOUS PARLIONS DE CHIRURGIE BARIATRIQUE ?



L'ESSENTIEL DU MOIS

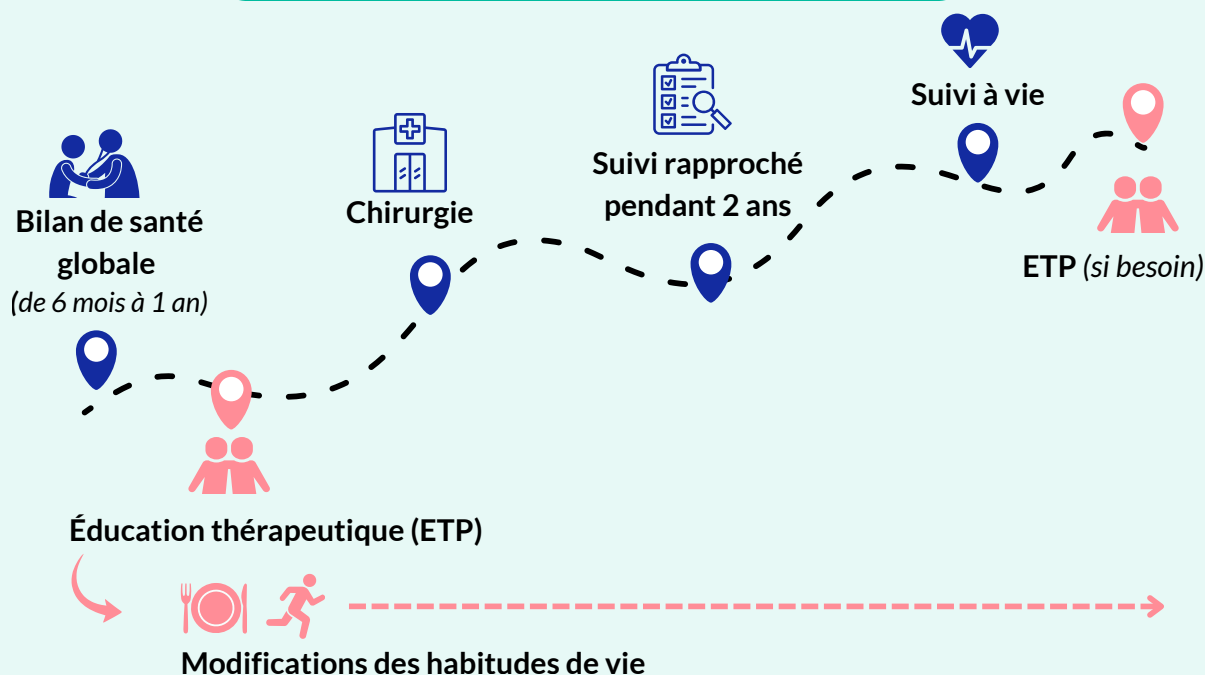
Pour qui ?

IMC ≥ 40 kg/m² (IMC maximal mesuré lors d'une consultation)

IMC compris entre 35 et 40 kg/m² associé à au moins une **comorbidité sévère**

Déconseillée après 70 ans

Avant et après la chirurgie



Bénéfices

↓ poids



↓ glycémie



↓ apnée du sommeil



↑ espérance de vie



↓ risques cardiovas-culaires



Risques

Reflux gastro-oesophagiens

Troubles digestifs

Carences nutritionnelles

Hémorragies

Reprise de poids

Syndrome de dumping



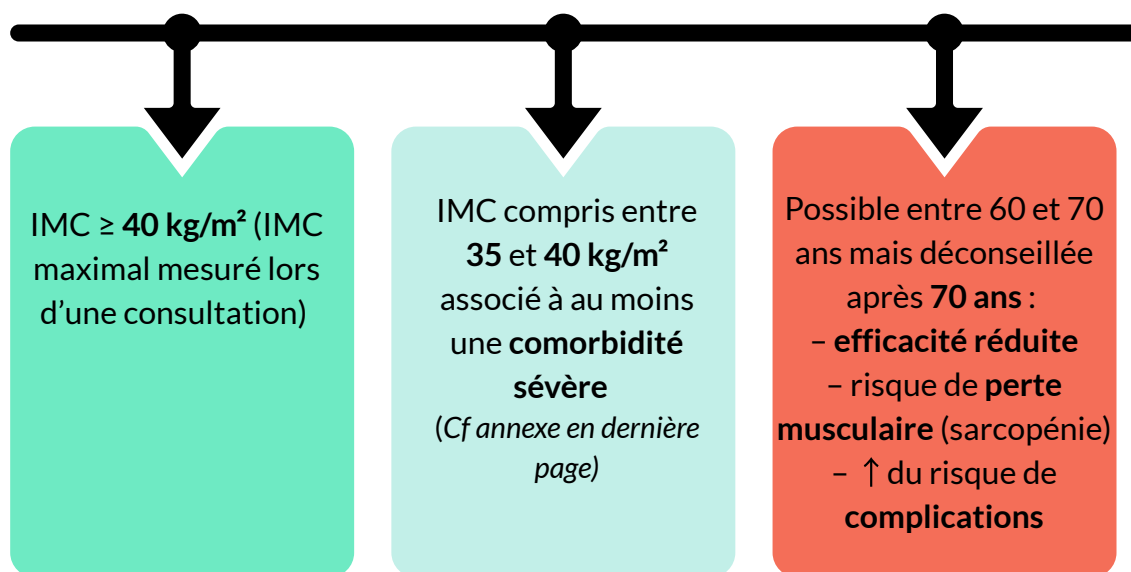
ET SI NOUS PARLIONS DE CHIRURGIE BARIATRIQUE ?

L'obésité est une maladie chronique **complexe** pouvant entraîner des conséquences importantes sur la santé et la qualité de vie. La **chirurgie bariatrique** peut être envisagée, en deuxième intention, par les **professionnels de santé**, lorsqu'une **alimentation équilibrée**, l'**activité physique** et les **traitements médicamenteux** ne suffisent pas à obtenir des résultats satisfaisants. Elle regroupe un ensemble d'interventions réalisées sur l'estomac et/ou l'intestin visant à traiter l'obésité **sévère** et ses **complications**.



Dans cette newsletter, nous vous invitons à découvrir à qui elle s'adresse, comment elle fonctionne et quels sont les bénéfices et les risques associés.

✦ Pour qui ?



Un certain nombre de **contre-indications** à la chirurgie bariatrique existent dont :

Troubles du comportement alimentaire

Troubles de l'usage d'alcool

Difficultés à maintenir un suivi médical prolongé

Troubles de l'usage de substances psychoactives

Troubles psychiatriques sévères

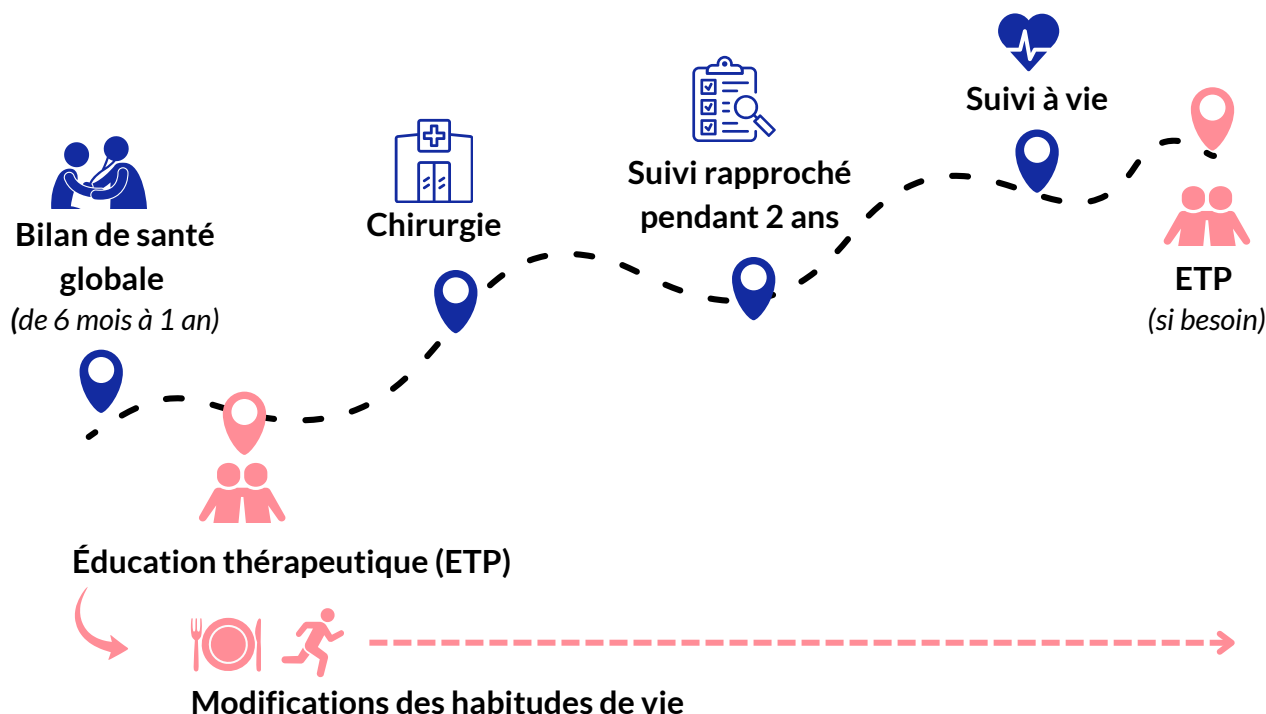
Cancer actif

Cirrhose

Contre-indication à l'anesthésie générale

✦ Avant la chirurgie

Le parcours de prise en charge s'articule autour de plusieurs étapes, de la préparation à la chirurgie au suivi à long terme :



Avant qu'une chirurgie bariatrique puisse être envisagée, les patients doivent suivre un **parcours préopératoire** structuré, pluridisciplinaire, prolongé et **obligatoire**. L'objectif est de s'assurer que la chirurgie est appropriée, sûre et que le patient est prêt à adopter durablement de nouvelles habitudes de vie. Le parcours préopératoire dure au minimum 6 mois ou davantage si besoin.

Le parcours préopératoire est composé d'un **bilan global**, constitué de différents examens et consultations spécialisées qui vont s'étaler sur plusieurs mois pour faire le point sur l'état de santé de la personne :

Examen clinique

B

Évaluation nutritionnelle

Évaluation psychologique

I

Bilan dentaire

Bilan sanguin

L

Bilan digestif (échographie hépatique, gastroscopie)

Bilan respiratoire

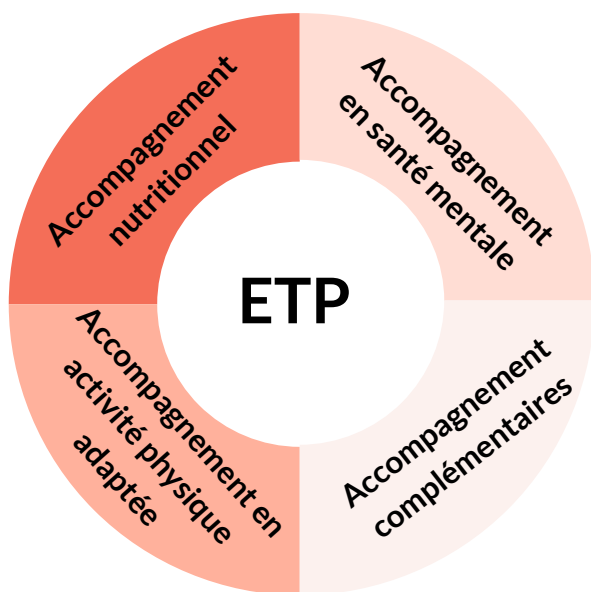
N

Bilan de l'activité physique

Les résultats du bilan permettent, selon la situation clinique, de définir la durée du parcours préopératoire, de vérifier si l'intervention est possible et de choisir la technique chirurgicale la plus adaptée. Cette décision est prise lors d'une **réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)**.

En complément, la participation à un **programme d'éducation thérapeutique (ETP)** est fortement recommandée. Il s'agit d'un ensemble de séances encadrées par différents professionnels de santé, permettant notamment de mieux comprendre l'obésité, de se préparer à la chirurgie, de mieux connaître les enjeux de l'intervention.

Le programme d'éducation thérapeutique est composé de :



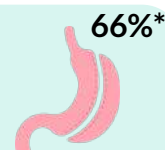
- Le **diététicien** explique comment adapter son alimentation et instaurer de nouvelles habitudes alimentaires.
- Un **professionnel d'Activité Physique Adaptée (APA)** propose des séances adaptées pour se (re)mettre progressivement en mouvement et se préparer la chirurgie et l'après chirurgie.
- Avant la chirurgie bariatrique, le **psychologue** accompagne le patient, en abordant ses attentes, ses craintes et préparer aux changements liés à l'intervention (alimentaires, corporels...).
- Selon les besoins, d'**autres professionnels** peuvent accompagner la démarche (addictologue, psychiatre, kinésithérapeute...)

✦ Les principaux types de chirurgie

La chirurgie bariatrique consiste à modifier l'anatomie du système digestif, et plus particulièrement celle de l'estomac, pour limiter la quantité d'aliments consommés et leur assimilation.

Sleeve gastrectomie

- Retrait $\approx \frac{2}{3}$ de l'estomac
- ↓ de la faim et satiété plus rapide avec de plus petites portions



Bypass gastrique

- Réduction de la taille de l'estomac à une petite poche reliée directement à la partie moyenne l'intestin
- ↓ de la quantité d'aliments ingérés et de l'assimilation de ces aliments par l'organisme.



Anneau gastrique

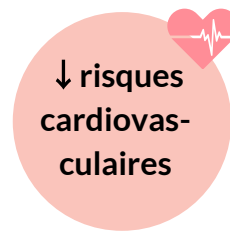
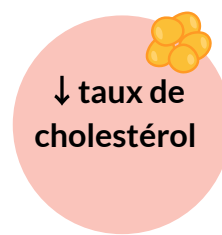
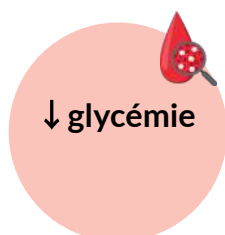
- Anneau placé autour de la partie supérieure de l'estomac
- ↓ taille de l'estomac et ralentit le passage des aliments : ↑ satiété
- En France, technique de moins en moins pratiquée en raison d'un risque élevé de complications (reflux, hernie...)



* Pourcentage représenté par chaque type de chirurgie parmi l'ensemble des interventions bariatriques.

✦ Bénéfices et risques

La chirurgie bariatrique induit une **perte de poids** importante, associée à une **amélioration de l'état de santé global** et dans de nombreux cas, elle est également associée à l'amélioration des **comorbidités** liées à l'obésité. Les résultats **varient** toutefois d'une **personne à l'autre** et dépendent de nombreux **facteurs**, notamment du suivi médical et des changements de mode de vie (alimentation adaptée, activité physique...).



Comme toutes interventions, la chirurgie bariatrique peut comporter des **complications et des effets secondaires**, parfois graves, comme :

Reflux gastro-oesophagiens

Troubles digestifs
(nausées, vomissements, constipation, diarrhées...)

Carences nutritionnelles
(fer, vitamine D, calcium,...)

Syndrome de dumping*

Reprise de poids

Hémorragies

Troubles nutritionnels
(dénutrition, TCA)

Remontée d'organes digestifs dans le thorax
(hernie hiatale)

Apparition d'addictions
(tabac, alcool, jeux...)

**trouble digestif caractérisé par un passage trop rapide et précoce des aliments de l'estomac vers l'intestin grêle. Il peut causer des malaises, nausées, douleurs abdominales, diarrhées, sueurs et palpitations.*

✦ Et après ?

Après la chirurgie, un suivi médical et nutritionnel **à vie** est indispensable avec des consultations régulières pendant les deux premières années, puis plus espacées par la suite. Les recommandations sur l'alimentation et l'activité physique, doivent être appliquées au quotidien.



Le poids le plus bas est généralement atteint entre **un et deux ans** après la chirurgie. Il est habituel de s'attendre à une possible reprise de poids qui correspond généralement à **10 %** du poids perdu.



La poursuite d'une **activité physique** est favorable au maintien de la perte de poids et à la **préservation de la masse musculaire**. L'activité physique est également **essentielle à la santé mentale**.



Après la chirurgie, des **carences nutritives** sont fréquentes. Des compléments en vitamines et minéraux sont généralement nécessaires. Des carences non supplémentées peuvent provoquer une **perte de cheveux**, une **anémie**, une **fragilité des os** et plus rarement, **des troubles neurologiques**.



Après la chirurgie, l'alimentation doit être **adaptée** : **fractionnement** des repas (4 à 6 repas/j), manger **lentement**, adopter une alimentation **variée** et **équilibrée**, privilégier des apports suffisants en **protéines** et boire régulièrement en **dehors des repas**.

✦ Conclusion

La **chirurgie bariatrique** est proposée aux personnes souffrant d'obésité sévère lorsque les autres approches n'ont pas été suffisantes (alimentation, activité physique, médicaments). Ce n'est pas une décision anodine : il s'agit d'une intervention qui doit s'inscrire dans une prise en charge encadrée et pluridisciplinaire, avant, pendant et après l'intervention. Des séances d'éducation thérapeutique peuvent être proposées, elles sont fortement recommandées pour mieux comprendre la pathologie, la chirurgie, et accompagner le patient tout le long du parcours.





CALL TO ACTION

✦ Le labyrinthe : sur le chemin de la chirurgie bariatrique

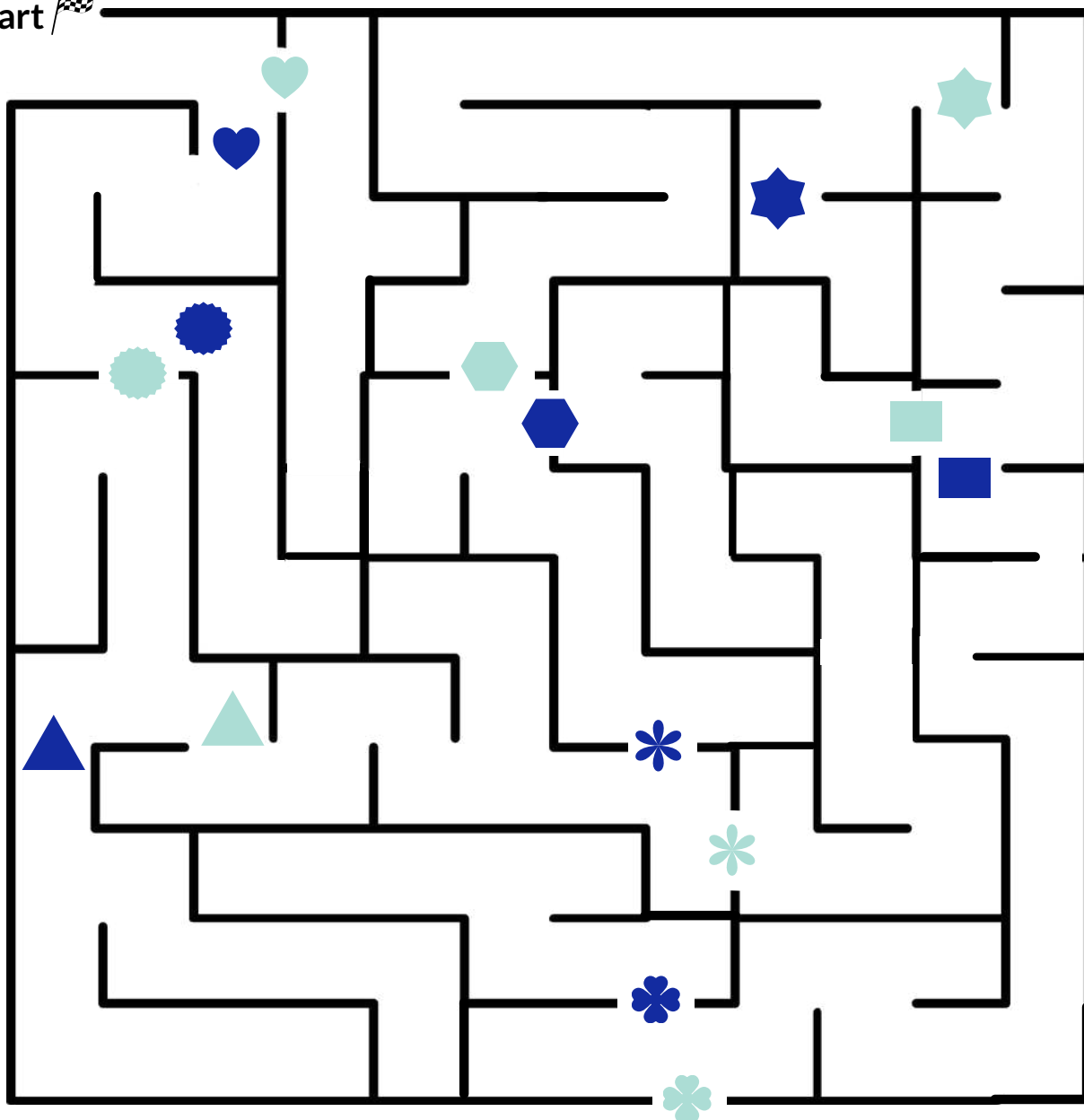
Aidez le patient à trouver le bon chemin vers la chirurgie bariatrique. À chaque intersection, choisissez la bonne affirmation pour progresser dans le parcours et évitez les idées reçues. Parviendrez-vous à atteindre l'arrivée ?



Vous trouverez les affirmations à la page suivante !



Départ 



-  La chirurgie bariatrique peut être décidée rapidement, sans parcours préalable.
-  La chirurgie bariatrique est proposée après une évaluation médicale et pluridisciplinaire.
-  L'éducation thérapeutique (ETP) aide à comprendre et à accompagner les changements liés à la chirurgie bariatrique.
-  L'ETP est uniquement une série d'informations générales, sans lien direct avec les changements du quotidien.
-  Une alimentation adaptée est nécessaire avant et après l'intervention.
-  Après l'opération, on peut manger normalement sans changement.
-  La perte de poids est immédiate et uniforme pour tous.
-  La perte de poids est progressive et varie selon les personnes.
-  L'activité physique contribue au maintien des bénéfices de la chirurgie bariatrique.
-  L'activité physique devient facultative une fois la chirurgie réalisée.
-  Un accompagnement psychologique fait partie du parcours.
-  Un accompagnement psychologique n'a aucun intérêt au cours d'un parcours de chirurgie bariatrique.
-  Les compléments alimentaires sont inutiles et n'ont aucun effet sur l'organisme.
-  Les carences en vitamines peuvent être prévenues par des compléments alimentaires, dans le cadre du suivi médical.
-  Le suivi s'arrête juste après la chirurgie.
-  Un suivi médical régulier est indispensable à long terme.

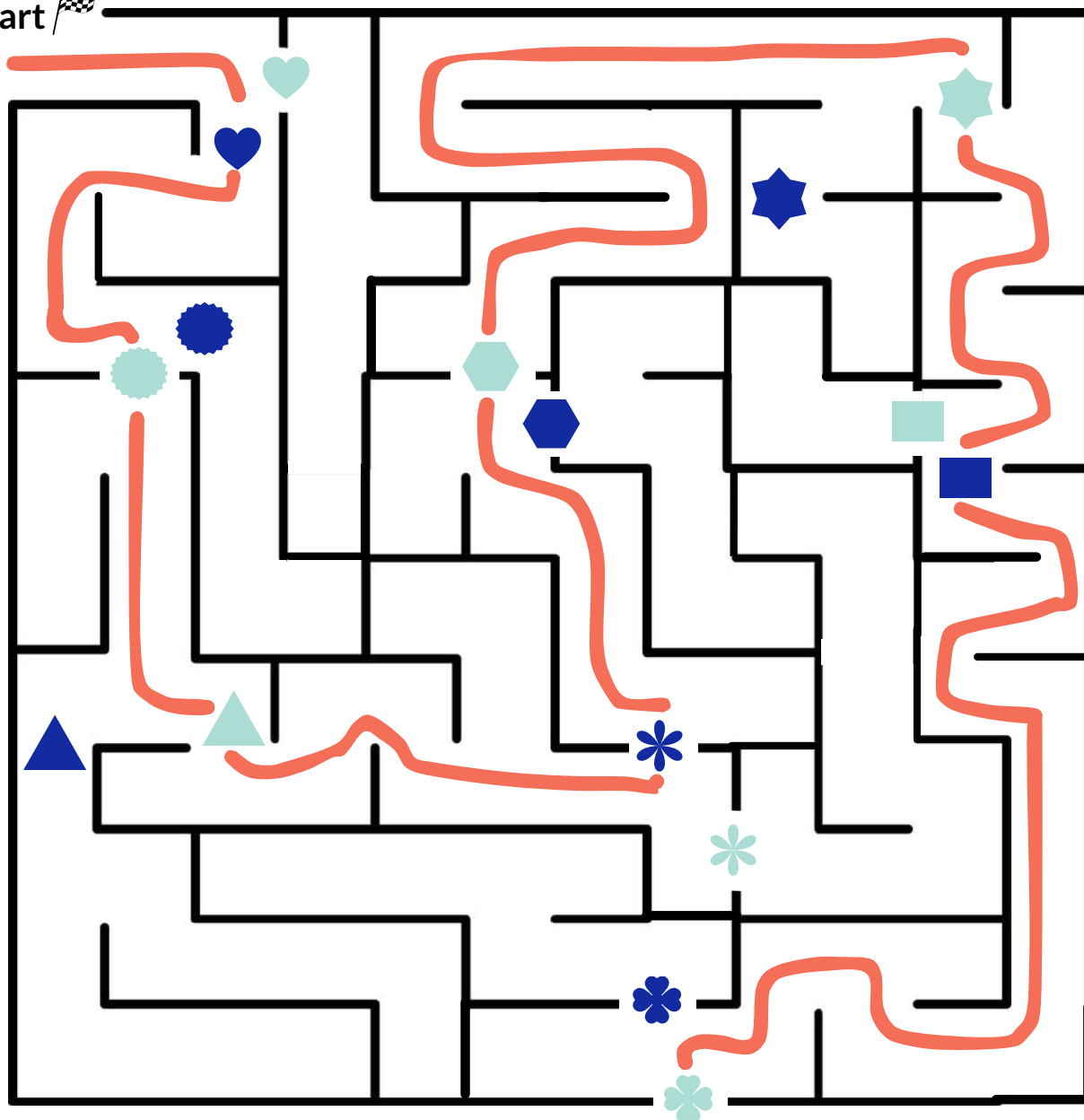


Vous trouverez les réponses à la page suivante !

Réponses :



Départ 



Arrivée 

✦ Références

- Bedock, D., Chalopin, S., Lassen, P. B., Genser, L., Torcivia, A., Ciangura, C., ... & Faucher, P. (2025). Risques nutritionnels de la chirurgie bariatrique. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 60(2), 124-136.
- Gulinac, M., Georgieva Miteva, D., Peshevska-Sekulovska, M., Novakov, I. P., Antovic, S., Peruhova, M., et al. (2023). Long-term effectiveness, outcomes and complications of bariatric surgery. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10353499/>
- Inserm. (2024). Couper-caler - C'est quoi la chirurgie bariatrique ? <https://www.inserm.fr/c-est-quoi/couper-caler-cest-quoi-la-chirurgie-bariatrique/>
- Ziegler, O. (2025). What can we learn from the HAS's recent work on bariatric surgery from a medical point view? *Médecine des Maladies Métaboliques*, 19(1), 66-73. <https://doi.org/10.1016/j.mmm.2024.12.006>
- World Health Organization Regional Office for Europe. (2023). Therapeutic patient education: An introductory guide. World Health Organization Regional Office for Europe. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289060219>
- Assurance Maladie. (2026, 12 juin). Obésité de l'adulte : suivi, médicaments et chirurgie. ameli. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/surpoids-obesite-adulte/traitement-medicamenteux-chirurgical>
- Haute Autorité de santé. (2025). Chirurgie de l'obésité : ce qu'il faut savoir avant de vous décider. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-09/brochure_obesite_patient_220909.pdf
- Haute Autorité de santé. (2024). Chirurgie de l'obésité : l'anneau gastrique ajustable. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-09/fiche_technique_anneau_gastrique_080909.pdf
- Haute Autorité de santé. (2024). Chirurgie de l'obésité : le bypass gastrique. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-09/fiche_technique_bypass_080909.pdf
- Fotsing, G. M. (2024). Complications nutritionnelles de la chirurgie bariatrique. FMC-HGE / POST'U. <https://www.fmcgastro.org/wp-content/uploads/2023/08/Complications-nutritionnelles-de-la-chirurgie-bariatrique-Fotsing.pdf>
- Haute Autorité de santé. (2024). Obésité de l'adulte : prise en charge de 2e et 3e niveaux – Partie II : pré et post-chirurgie bariatrique (Recommandations de bonne pratique). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-02/reco369_recommandations_obesite_2e_3e_niveaux_ii_cd_2024_02_08_preparation_mel.pdf
- Sherf Dagan, S., Goldenshluger, A., Globus, I., Schweiger, C., Kessler, Y., Kowen Sandbank, G., et al. (2017). Nutritional recommendations for adult bariatric surgery patients: Clinical practice. *Advances in Nutrition*, 8(2), 382-394. <https://doi.org/10.3945/an.116.014258>

✦ ANNEXE : Les différentes comorbidités associées à l'obésité

Les personnes ayant un IMC compris entre **35 et 40 kg/m²** peuvent être éligibles à la chirurgie bariatrique si elles présentent au moins une des comorbidités suivantes, susceptible d'être améliorée par la chirurgie :

