Obésité en 2026 : prise en charge et traitements multidisciplinaires

Obesity in 2026: multidisciplinary care and treatments

CHASSEUR P.[1,2], HANTSON I.[1,3], CAMARA F.[1,4], LOI P.[1,5], HUBERTY V.[1,6] et PREISER J.-C.[1,7]

[1]Centre intégré de l'Obésité, Hôpital Erasme

[2]Service d'Endocrinologie-Diabétologie

[3]Service de Diététique

[4]Service de Psychologie

[5]Service de Chirurgie digestive

[6]Service de Gastroentérologie

[7]Service de Médecine interne,

H.U.B - Hôpital Erasme, Hôpital Universitaire de Bruxelles, Université libre de Bruxelles (ULB)

RÉSUMÉ

L'obésité constitue un enjeu majeur de santé publique, avec une prévalence élevée en Belgique et dans le monde (une personne sur cinq est obèse). La nouvelle définition de cette pathologie complexe intègre désormais la notion d'hyperadiposité au-delà du simple indice de masse corporelle (IMC) ainsi que la notion de comorbidités. Cette pathologie chronique et multifactorielle nécessite une approche diagnostique et thérapeutique structurée, tenant compte non seulement des paramètres anthropométriques, mais aussi des complications métaboliques, fonctionnelles et psychosociales. L'utilisation de systèmes de stadification tels que l'*Edmonton Obesity Staging System* (EOSS) permet de guider la prise en charge et d'orienter les patients vers des stratégies adaptées, allant de mesures hygiéno-diététiques à des interventions spécialisées (un score de 0-1 définissant un trajet de soins en première ligne, un score ≥ 2 recommandant l'accompagnement du patient dans un trajet en seconde ligne dans un centre intégré reconnu multidisciplinaire avec diététicienne, psychologue, spécialiste endocrinologue, nutritionniste, interniste, gastro-entérologue, chirurgien).

Les avancées récentes en pharmacothérapie, notamment avec les agonistes des récepteurs du GLP-1 et les analogues combinés, offrent des perspectives thérapeutiques prometteuses, toutefois coûteuses (puisque non remboursées à ce jour sauf pour les patients diabétiques de type 2 avec hémoglobine glyquée › 7,5 %), complémentaires aux interventions chirurgicales et endoscopiques. La chirurgie bariatrique demeure une option efficace pour les formes sévères, avec des bénéfices démontrés sur la mortalité et les comorbidités, tandis que les techniques endoscopiques émergent comme alternatives ou adjuvantes.

Une approche personnalisée (y compris pour les traitements pharmacologiques, en fonction des comorbidités) et intégrée est essentielle afin d'optimiser les résultats cliniques et d'améliorer la qualité de vie des patients sur le long terme.

Rev Med Brux 2026 ; 47: 314-326

Mots-clés : surpoids, composition corporelle, incretinomimétiques, chirurgie bariatrique, endoscopie thérapeutique

ABSTRACT

Obesity is a major public health issue, with a high prevalence in Belgium and worldwide (one in five people is obese). The new definition of this complex condition now includes the concept of hyper adiposity—going beyond simple Body Mass Index (BMI)—as well as the presence of comorbidities. This chronic, multifactorial condition requires a structured diagnostic and therapeutic approach that considers not only anthropometric parameters but also metabolic, functional, and psychosocial complications. The use of staging systems, such as the Edmonton Obesity Staging System (EOSS), helps guide patient management toward appropriate strategies, ranging from lifestyle and dietary measures to specialized interventions (with a score of 0–1 indicating a primary care pathway, and a score of ≥2 recommending a secondary care pathway involving a recognized, integrated multidisciplinary center comprising a dietitian, psychologist, endocrinologist, nutritionist, internist, gastroenterologist, and surgeon).

Recent advances in pharmacotherapy—particularly involving GLP-1 receptor agonists and combined analogues—offer promising therapeutic prospects that complement surgical and endoscopic interventions, though they remain costly (as they are currently not reimbursed, except for patients with type 2 diabetes and glycated hemoglobin levels >7.5%). Bariatric surgery remains an effective option for severe cases, with proven benefits regarding mortality and comorbidities, while endoscopic techniques are emerging as alternatives or adjunctive therapies.

A personalized and integrated approach, including pharmacological treatment tailored to comorbidities, is essential to optimize clinical outcomes and improve patients' long-term quality of life.

Rev Med Brux 2026 ; 47: 314-326

Keywords: overweight, body composition, incretin mimetics, bariatric surgery, therapeutic endoscopy

Vous étiez inscrit au congrès ? SCANNEZ ce QR-Code pour accéder aux diapositives des présentations

Si vous n'avez pas pu assister au congrès, retrouvez ces séances en e-learning (avec accréditation INAMI)

Plus d'infos sur notre site internet : https://www.amub-ulb.be/evenement/le-congres-de-medecine-2026

INTRODUCTION

Dans le monde occidental comme dans les pays en voie de développement, l'obésité constitue un réel problème de santé publique. En Belgique, au-delà de 18 ans, les prévalences de l'obésité définie comme un indice de masse corporelle (IMC) › 30 et du surpoids défini comme un IMC › 25 kg/m² sont de 18 % et 50 %, respectivement[1].

Une approche systématique de la prise en charge de l'obésité est essentielle. Pourtant, les soins apportés à cette pathologie complexe respectent beaucoup moins les recommandations que pour d'autres maladies chroniques[2]. La nécessité d'une éducation des soignants en vue d'une harmonisation est encore renforcée par les nouveaux critères de définition de l'obésité[3,4] qui mettent en avant le rôle d'un excès de masse grasse (« hyperadiposité »). L'utilisation de la nouvelle définition à la place de l'IMC devrait encore accroître la prévalence du diagnostic d'obésité [5] et le recours aux nouvelles stratégies thérapeutiques. Une fois le diagnostic d'obésité/hyperadiposité posé et en présence de répercussions fonctionnelles significatives, une gestion pluridisciplinaire (médecins généralistes, endocrinologues, internistes, chirurgiens, gastro-entérologues, diététiciens, psychologues) est requise selon un schéma systématique afin de transmettre une information et des recommandations fiables et actualisées.

Cet article de formation a pour objectif l'actualisation des aspects diagnostiques et thérapeutiques : prise en charge diététique, évaluation psychologique, traitements médicamenteux, chirurgicaux et endoscopiques chez l'adulte.

APPROCHE DIAGNOSTIQUE ET MISE AU POINT INITIALE (tableau 1)

Le médecin traitant est souvent le premier interlocuteur du patient. Face à une plainte d'excès ou de prise de poids, il procèdera à l'évaluation initiale sous forme d'une anamnèse complète : antécédents liés au poids (âge d'apparition du surpoids, amplitude et événements déclencheurs de la perte et de la reprise de poids, traitements antérieurs de l'obésité, habitudes alimentaires, activité physique, sommeil, facteurs environnementaux, sociaux, familiaux, antécédents familiaux et personnels), un examen clinique comprenant la mesure du poids et de la taille, calcul de l'IMC et mesure du tour de taille, du rapport tour de taille/tour de hanche et du rapport tour de taille/taille (tableau 1).

Ces données anthropométriques complémentaires sont essentielles au diagnostic de l'obésité[3]. En effet, le *body mass index* (BMI, Poids en kg/(Taille en m²)) est utile pour des évaluations épidémiologiques mais a une valeur limitée à l'échelle individuelle puisqu'il ne reflète pas le rôle de la distribution du tissu adipeux et sa fonction dans l'évaluation de la sévérité de la maladie[6]. En particulier, un excès de graisse viscérale reflétée par un rapport tour de taille/tour de hanche et tour de taille/taille représente un facteur de risque des complications cardiovasculaires. Une évaluation plus précise de la masse et de la répartition des graisses nécessite l'utilisation de techniques plus sophistiquées (tableau 1). Lors de l'évaluation initiale, un bilan complémentaire peut être réalisé en vue du dépistage des comorbidités (tableau 1) : diabète de type 2, dyslipidémie, hypertension, athérosclérose, hépatopathie métabolique, syndrome des apnées du sommeil, syndrome métabolique ovarien polyendocrinien (SMOP), infertilité, dysfonction érectile, cancers (endomètre, sein, colo-rectal, foie), ostéo-arthropathies.

Une fois le diagnostic d'obésité / hyperadiposité posé, les conséquences cliniques et fonctionnelles doivent être recherchées. L'*Edmonton Obesity Staging System* (EOSS) est souvent utilisé pour classifier l'obésité en 5 stades (numérotés de 0 à 4) selon la présence et la sévérité des atteintes fonctionnelles (tableau 2). En cas de score EOSS 0-1 (stade pré-clinique), la gestion de l'obésité peut être effectuée par la première ligne. En cas de score EOSS supérieur ou égal à 2 (stade clinique), une prise en charge spécialisée par un centre multidisciplinaire est recommandée.

PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ PRÉ-CLINIQUE (EOSS 0-1)

De manière générale, les objectifs consisteront en une perte de 5 à 10 % du poids initial sur 6 à 12 mois, par l'amélioration des habitudes alimentaires et l'intensification de l'activité physique. Une fois la cible de perte de poids atteinte, la prise en charge visera la stabilisation à long terme.

Une activité physique d'au minimum 150 min/semaine d'activité modérée (marche rapide, vélo, natation) associée à un renforcement musculaire 2x/semaine sont recommandés et seront bien sûr adaptés aux limitations physiques initiales. Le rappel de la nature multifactorielle de l'obésité servira à motiver et à déculpabiliser le patient, tout en fixant des objectifs réalistes. Les rôles respectifs des diététiciens et psychologues sont détaillés plus loin.

PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ CLINIQUE (EOSS SUPÉRIEUR OU ÉGAL À 2)

En cas de présence ou suspicion de complication associée à l'obésité, une mise au point multidisciplinaire par un centre intégré de l'obésité est recommandée. En Belgique, la collaboration interdisciplinaire peut s'organiser au sein de réseaux locaux ou via des consultations spécialisées. Les acteurs clés sont les diététiciens, psychologues, médecins compétents en nutrition[8], endocrinologue, interniste, gastro-entérologue, chirurgien et coordinateur de soins. Certains éléments de la prise en charge peuvent être évalués à plusieurs reprises par différents professionnels.

Tableau 1

Evaluations du patient souffrant d'obésité.

Recherche d'un excès d'adiposité / accumulation de graisse abdominale	
- Mesures anthropométriques (systématique en cas d'IMC › 35 kg/m²)	**Tour de taille** mesuré (mi-distance entre la limite inférieure de la cage thoracique et le haut de la crête iliaque : N ‹ 94 cm chez l'homme, 80 cm chez la femme) **Rapport tour de taille/tour de hanche** (N ‹ 1 chez l'homme, ‹ 0,85 chez la femme) **Rapport tour de taille / taille** (N ‹ 0,5)
- Mesure directe de la masse grasse	**Bioimpédance** **DEXA (absorptiométrie biphotonique)**
Conséquences cliniques	
- Evaluation du statut fonctionnel	*Edmonton Obesity Staging System* (EOSS)[i]
Evaluations complémentaires (en fonction de l'anamnèse)	
- métaboliques	Glycémie, index HOMA et HbA1c créatinine, profil lipidique : cholestérol total, LDL cholestérol et HDL cholestérol
- cardiovasculaires	ECG, Echographie cardiaque (scintigraphie myocardique, Coro-CT) selon facteurs de risque
- endocrinologique	Cortisol libre salivaire, Tests thyroïdiens (TSH, T4), Hormones sexuelles à la recherche d'une hyperandrogénie (en cas de suspicion de syndrome métabolique ovarien polyendocrinien notamment)
- hépatique	Enzymologie hépatique / cholestase Score FIB-4 (âge, transaminases, plaquettes)[ii] Fibroscan si FIB-4 › 1,35
- ventilatoire	Polysomnographie

N = Valeurs normales pour un adulte caucasien

(i) Edmonton Obesity Staging System (EOSS),https://www.mdcalc.com/calc/10536/edmonton-obesity-staging-system-eoss

(ii) Fibrosis-4 (FIB-4) Index for Liver Fibrosis, https://www.mdcalc.com/calc/2200/fibrosis-4-fib-4-index-liver-fibrosis

Diététicien.ne.s (tableau 3)

En Belgique, la/le diététicien.ne est le seul professionnel de santé dont l'activité est entièrement consacrée à l'alimentation. Il ne faut pas le confondre avec des appellations non réglementées (nutritionniste, coach en nutrition, etc.). La/le diététicien.ne portera une attention particulière relative au comportement alimentaire et complétera les données de composition corporelle si elles n'ont pas encore été enregistrées.

Les objectifs précis seront fixés et les modalités de suivi discutées avec le patient, quel que soit le traitement. Les grandes lignes des recommandations sont détaillées au tableau 3. Le maintien d'un apport suffisant en protéines est particulièrement important pour maintenir la masse non grasse (principalement la masse musculaire), qu'il y ait ou non un traitement médicamenteux concomitant ou après chirurgie bariatrique.

Une fois les objectifs et modalités fixés, un suivi régulier et rapproché est très important en vue de s'assurer de la compliance du patient et d'adapter le cas échéant les objectifs et modalités.

Le rôle du diététicien sera également primordial dans l'accompagnement d'un traitement médicamenteux de l'obésité et après chirurgie bariatrique (tableau 2).

Psychologue

Il existe une relation bidirectionnelle entre les problématiques de poids et le mal-être psychologique. La prévalence de l'obésité est en constante augmentation et est aussi préoccupante tant par ses complications somatiques que par ses conséquences psychosociales sur la qualité de vie.

Les troubles psychiatriques représentent un facteur de risque dans le développement d'un problème de

Tableau 2

Evaluation de la gravité (EOSS).

Évaluation de la gravité (EOSS) (Encercler ce qui est d'application)					
Facteurs de risques médicaux (tension artérielle, glycémie, profil lipidique, ...)	AUCUN	SUB-CLINIQUE	COMORBI-DITÉ(S)	COMORBI-DITÉ(S) GRAVE(S) AVEC LÉSIONS ORGANIQUES	COMORBI-DITÉ(S) TRÈS GRAVE(S) EN STADE TERMINAL
Symptômes physiques (dyspnée, fatigue, douleur, ...)	AUCUN	LÉGER			
Symptômes psychologiques (insatisfaction corporelle, angoisse, dépression, ...)	AUCUN	LÉGER	MODÉRÉ	GRAVE	TRÈS GRAVE
Impact sur le bién-être	AUCUN	LÉGER	MODÉRÉ	GRAVE	TRÈS GRAVE
Limitations fonctionnelles	AUCUN	LÉGER	MODÉRÉ	GRAVE	TRÈS GRAVE
EOSS-score (le score le plus élevé doit être pris en compte)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**

Source : https://belgium.easo.org/wp-content/uploads/2022/06/Obesity-Flowchart-Huisarts-V2_FR_combi-huisstijlen.pdf).

Le questionnaire complet et les conseils de suivi sont disponibles via le site de la BASO (*Belgian Association Society for Obesity*)[7] https://belgium.easo.org/wp-content/uploads/2022/06/Obesity-Flowchart-Huisarts-V2_FR_combi-huisstijlen.pdf.

Tableau 3

Prise en charge diététique.

Général	
- Bilan initial	Analyse de la composition corporelle (Bio-impédancemétrie) Evaluation de la motivation et des attentes du patient
- Objectifs progressifs	Éviter de sauter des repas, afin de limiter le grignotage et les déséquilibres glycémiques. Augmenter la consommation de légumes variés et colorés. Garantir des apports protéiques suffisants (1,2 à 1,5 g/kg de poids idéal/jour), en particulier en cas de restriction calorique (avec ou sans traitement adjuvant de la perte de poids) ou après chirurgie bariatrique. Favoriser l'apport en fibres et réduire la consommation de sucres simples.
- Suivi régulier	Consultations rapprochées au début (toutes les 4 à 6 semaines) Renforcement positif et adaptation du plan thérapeutique
- Coordination continue	Échanges réguliers avec les autres intervenants Utilisation du Dossier Médical Global (DMG) comme outil de communication
En cas de traitement par GLP-1RA	Maintien d'une structure alimentaire régulière malgré la diminution de la faim Apports protéiques suffisants (1,2–1,5 g/kg de poids idéal/j) Surveillance biologique : vitamine D, fer, B12, calcium, zinc Supplémentation multivitaminique si restriction prolongée Apports suffisants en fibres et alimentation à index glycémique bas. Hydratation : 1,5–2 L/j Suivi de la masse musculaire et de l'activité physique pour limiter la sarcopénie Soutien psychologique pour prévenir les troubles alimentaires
Chirurgie bariatrique	Surveillance nutritionnelle stricte : B12, folates, fer, vitamine D, calcium, albumine… Maintien d'apports protéiques adaptés (60-80 g/j minimum) Supplémentation multivitaminique à vie dans le cadre des chirurgies malabsorptives et d'au moins 1 an dans le cadre de chirurgie restrictive. Soutien psychologique pour prévenir les troubles alimentaires post-opératoires et accompagner les changements corporels. Suivi de la masse musculaire et de l'activité physique pour limiter la sarcopénie.

surpoids ou d'obésité par une hygiène de vie affectée, des stratégies de régulation émotionnelle inadaptées, une plus grande sédentarité et bien souvent, l'usage de psychotropes. Les personnes souffrant de dépression auraient deux fois plus de risques de présenter un problème de surpoids ou d'obésité. D'autre part, les personnes souffrant d'obésité auraient deux fois plus de risques de présenter un trouble dépressif, en lien avec des vécus de stigmatisation et de discrimination. Ce risque est majoré chez les femmes, plus sensibles que les hommes à la pression sociétale liée à la minceur. D'autres études ont démontré une association entre les affects dépressifs ou l'anxiété sociale et le refuge dans la nourriture (« *comfort food* »)[9].

Une augmentation de la prévalence des troubles des conduites alimentaires (TCA) est constatée parmi les patients souffrant d'obésité, principalement l'hyperphagie boulimique (*binge eating*). Cette association peut contribuer au maintien d'un excès pondéral. Des antécédents de « *binge eating* » dans la famille augmentent le risque de développer de l'obésité à l'âge adulte. De même, des antécédents d'obésité dans la famille augmentent le risque de développer un TCA à l'âge adulte. De plus, les patients atteints de TCA et d'obésité présentent un risque plus élevé de développer d'autres psychopathologies, ce qui peut impacter la compliance au traitement[10]. Un trouble du comportement alimentaire peut être dépisté ou évalué à l'aide d'échelles validées[11-13].

Plusieurs études se sont intéressées au lien existant entre des moments de vulnérabilité émotionnelle (solitude, ennui, ressenti d'émotions négatives) et l'apparition de pulsions alimentaires comme stratégies d'adaptation. Chez certains patients, la nourriture peut apporter un soulagement temporaire à la détresse émotionnelle, mais ce sentiment de bien-être est de courte durée et est souvent suivi de sentiments de culpabilité, de honte et d'inconfort physique, créant un cercle vicieux. Dans le cerveau, le cortex cingulaire est chargé de récompenser l'exécution de fonctions vitales à notre survie (manger, boire, se reproduire…) par la libération de la dopamine (neurotransmetteur), le messager chimique du plaisir qui va aider à mémoriser le stimulus agréable, ce qui nous amène à répéter un comportement qui nous procure satisfaction et plaisir (renforcement positif). C'est ce qu'on appelle le circuit de la récompense. Mais dans le cas où le besoin primaire est détourné en faim hédonique (alimentation émotionnelle) et non physiologique, la répétition de ce comportement conduit à une prise de poids, voire une obésité à long terme étant donné que l'on continue à répondre par la nourriture à un autre besoin que celui pour lequel il est programmé naturellement[14].

Certains éléments comportementaux ont été validés en tant que prédicteurs psychologiques de perte de poids et de qualité de vie jusqu'à 3 ans après une chirurgie métabolique et bariatrique. Les résultats soulignent un risque de décompensation psychologique en post-opératoire d'autant plus important que des troubles psychiatriques étaient présents avant l'intervention et non traités et/ou stabilisés, avec une augmentation du risque suicidaire, de troubles anxieux et dépressifs, des vécus de dépersonnalisations après chirurgie comparativement à la population générale, ainsi qu'un risque d'addictions chez ceux qui n'en présentaient pas forcément avant la chirurgie[15].

Pour toutes ces raisons, la prise en charge de l'obésité requiert les compétences de différents professionnels de santé (médecins, diététicien.ne.s, psychologues, éducateurs/trices sportifs, travailleurs/euses sociaux…), exerçant de façon complémentaire et coordonnée pour développer un projet thérapeutique adapté et personnalisé afin d'aider le patient dans son parcours souvent long et difficile.

Bien que l'implication des aspects psychologiques soit aujourd'hui largement reconnue dans les guidelines de traitement pour le traitement de l'obésité, les interventions psychologiques sont variées et ne peuvent pas être considérées comme une intervention de première ligne mais en complément des autres disciplines. Elles visent à soutenir et accompagner le changement de comportement du patient et à entretenir sa motivation.

La psychothérapie cognitive et comportementale, plus particulièrement la CBT (*cognitive behavioral therapy*), est considérée comme intervention psychologique reconnue et validée empiriquement dans le traitement psychologique de l'hyperphagie boulimique chez les patients adultes. Son efficacité et sa pertinence a été démontrée dans le traitement de l'obésité lorsqu'elle s'inscrit dans une prise en charge multidisciplinaire[16].

La disponibilité d'un traitement pharmacologique efficace dans la perte de poids marque un tournant important dans la perception sociétale de l'obésité en reconnaissant davantage l'aspect chronique de la maladie, ne résultant pas exclusivement d'un manque de discipline ou de choix de mode de vie (déstigmatisation). Cette nouvelle approche augmente pour le patient son sentiment d'auto-efficacité dans la reprise de contrôle de sa santé et de sa qualité de vie. Les études récentes insistent toutefois sur le fait que ces médications ne sont pas recommandées comme traitements autonomes au long cours mais complémentaires à l'instauration et au suivi des règles hygiéno-diététiques de base. Les dernières données ne montrent pas de risque majoré de développer des idéations suicidaires mais des études futures sont attendues pour vérifier et confirmer ces résultats sur base d'échantillons plus grands et d'un suivi à plus long terme[17].

ORIENTATION THÉRAPEUTIQUE

Une fois l'évaluation terminée, une orientation thérapeutique pourra être proposée et discutée avec le patient. De manière systématique, des recommandations hygiéno-diététiques seront proposées en première ligne (tableau 3, « objectifs progressifs ») et feront l'objet d'un suivi.

En l'absence de comorbidités liées à l'obésité, et si les objectifs de perte pondérale ne sont pas atteints, une seconde ligne de traitement devra être envisagée. Actuellement, les **traitements pharmacologiques, la chirurgie ou les traitements endoscopiques** sont disponibles.

Nous évoquerons successivement chacune de ces modalités avant d'aborder les critères du choix.

Le choix entre la chirurgie bariatrique et un traitement médical de l'obésité doit reposer sur la balance bénéfices/risques des 2 stratégies discutée par l'équipe médico-chirurgicale. Cette discussion prendra notamment en compte les objectifs prédéfinis de la prise en charge (perte de poids et amélioration des complications de l'obésité) et la préférence du patient dans le cadre d'une décision médicale partagée[18] (tableaux 4). Le tableau 5 illustre les critères de choix actualisés des traitements pharmacologiques en fonction de la présence éventuelle de complications (cf détails ci-dessous).

Traitement pharmacologique

Les traitements médicamenteux disponibles pour traiter l'obésité ont augmenté de façon significative ces dernières années et continuent de se développer, traitements distincts tant en termes de modes d'action qu'en termes d'efficacité, pour la perte de poids ou la prise en charge des comorbidités. En présence de complications/comorbidités, l'instauration d'un traitement pharmacologique sera considérée d'emblée. Une thérapie personnalisée basée sur les caractéristiques individuelles des patients ciblés est devenue essentielle à considérer (tableau 5).

Perte de poids

Si tous les traitements proposés réduisent de manière significative le poids en comparaison du placebo (exigence légale pour leur approbation par la FDA), l'efficacité en termes de perte pondérale est différente selon les traitements[19]. L'accessibilité en Belgique (en termes de disponibilité sur le marché belge), la voie d'administration et le coût peuvent constituer un frein à l'utilisation des traitements médicamenteux de l'obésité. Une perte de poids de 5-10 % versus placebo est attendue pour le liraglutide 3 mg (injectables : Victoza® (fin de commercialisation en 2026), Saxenda®) le phentermine-topiramate (comprimés non disponible en Belgique : Qsymia®) (dose 7,5 + 46 mg) et l'association naltrexone-bupropion (comprimés : Mysimba®) ; une perte de poids de 10-20 % pour le tirzepatide 5-10mg (injectable : Mounjaro®), le sémaglutide 2,4 mg (injectables :

Tableau 4

Prise en charge du traitement de l'obésité.

1. **Pour tous les patients en surpoids**	**Modifications des habitudes de vie** - Nutrition - Exercice physique - Thérapie comportementale
2. **Patients avec IMC > 30 kg/m2 (à envisager si IMC > 27 kg/m2 et complications reliées à l'adiposité)**	**Traitement pharmacologique à adapter selon co-morbidités**
Pré-diabète	Tirzepatide Semaglutide Liraglutide (Orlistat)
Diabète de type 2	Tirzepatide Semaglutide
Maladie cardio-vasculaire	Semaglutide (réduction des événements cardio-vasculaires majeurs)
Insuffisance cardiaque	Semaglutide Tirzepatide
Stéatose hépatique	Tirzepatide Semaglutide
Apnées du sommeil	Tirzepatide
Maladie ostéo articulaire	Semaglutide
3. **Patient IMC > 40 kg/m² (à envisager si IMC > 35 kg/m² et comorbidités, remboursé si > 18 ans et si apnées du sommeil et/ ou hypertension artérielle (trithérapie) et/ou diabète type 2**	**Chirurgie bariatrique**

Algorithme EASO (*European Association Society for the study of obesity*) de gestion des médicaments pour l'obésité : Personnalisation de la prise en charge médicamenteuse de l'obésité, 2025.

Ozempic®, Wegovy®, comprimés : Rybelsus®) et pour le phentermine-topiramate à la dose de 15+92 mg, et enfin une perte de poids de plus de 20 % pour et le tirzepatide 15mg (injectable : Mounjaro®) et le sémaglutide 7,2 mg (non encore disponible en Belgique)[20]. Les données concernant la sécurité de ces médicaments est hétérogène, des données spécifiques concernant la sécurité cardio-vasculaire sont disponibles uniquement pour le naltrexone-bupropion et pour le sémaglutide et les données sont toujours insuffisantes en ce qui concerne des effets secondaires plus rares et plus sévères sur le long terme[19].

Prise en charge des complications de l'obésité

L'effet des traitements sur les complications de l'obésité est hétérogène et pas toujours proportionnel à la perte de poids, reflétant potentiellement des actions pharmacologiques non directement associées à la perte pondérale. Le choix des médications doit donc être personnalisé en fonction des complications présentées par le patient.

Complications liées à l'excès de masse grasse

Syndrome des apnées du sommeil

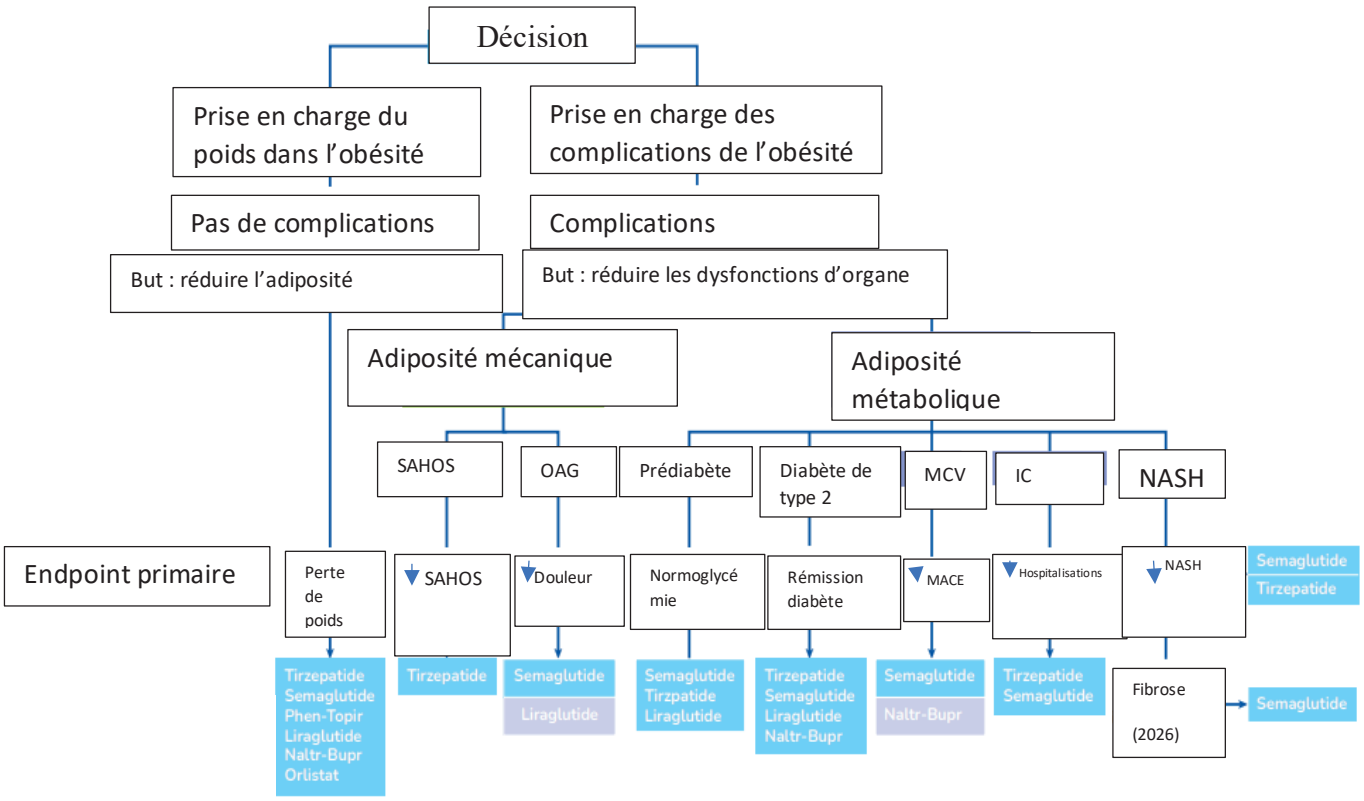
Les apnées du sommeil concernent 40-60 % des patients souffrant d'obésité et sont associées à un risque d'hypertension, d'arythmie, de diabète de type 2, de stéatose hépatique et de complications cardio-vasculaires. Les données d'études randomisées concernant l'effet des médications anti-obésité sur la réduction des apnées du sommeil (phase 3 SURMOUNT-OSA-1 et 2)[21] ont été réalisées uniquement avec le tirzepatide, celui-ci induisant une réduction significative de l'index apnées-hypopnées, représentant la première ligne de traitement pour les patients présentant une obésité et un syndrome des apnées du sommeil.

Ostéoarthrite du genou

Deux études randomisées contrôlées réalisées pour les individus obèses présentant une ostéo-arthrite ont étudié le liraglutide et le sémaglutide, le sémaglutide présentant une meilleure réduction de la douleur par rapport au liraglutide[22] et que le placebo dans l'étude STEP 9[23]. Le sémaglutide doit être considéré comme première ligne de traitement pour les patients présentant une obésité et une ostéoarthrite du genou, l'effet du tirzepatide dans cette indication étant encore en cours d'étude (STOP-Knee-OA, étude de phase 4-clinicaltrial.gov nNCT01985165).

Tableau 5

Algorithme de traitement des patients présentant une obésité.



EASO pharmacological framework : 2026 update

*SAHOS : syndrome d'apnées- hypopnées obstructives du sommeil

*OAG : ostéoarthrite du genou

*MCV : maladies cardiovasculaires

*IC : insuffisance cardiaque

*NASH : Non alcoolic steato hepatitis, stéatose hépatique non alcoolique

*MACE : major adverse cardiovascular events : événements cardio-vasculaires majeurs (décès, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral)

Complications métaboliques liées à l'obésité

Maladies cardio-vasculaires

Le sémaglutide a montré une réduction des complications et de la mortalité cardio-vasculaire chez les patients obèses, en l'absence de diabète[24], de même qu'une réduction des événements liés à l'insuffisance cardiaque[22,25]. Le sémaglutide doit être préféré chez les patients présentant une obésité et une maladie cardio-vasculaire ou une insuffisance cardiaque.

Le tirzepatide réduit le risque d'hospitalisation par insuffisance cardiaque[22,26] Les données concernant les événements cardiovasculaires sont en cours, mais les analyses post hoc de SURMOUNT-1 montrent une réduction à 10 ans du risque cardiovasculaire[27]. Le tirzepatide peut donc être prescrit pour les patients obèses présentant une insuffisance cardiaque. La réduction du risque cardio-vasculaire parait prometteuse mais est en attente des résultats de l'étude SURMOUNT (Clinicaltrials.gov ID NCT05556512).

Le liraglutide a montré une amélioration des facteurs de risque cardiovasculaires pour des patients présentant obésité et pré diabète[28] sans données toutefois concernant l'insuffisance cardiaque. Le liraglutide peut être considéré pour les patients obèses présentant une majoration du risque cardio-vasculaire.

Insuffisance rénale chronique

Le sémaglutide, dans l'étude SELECT, réduit le risque de complication rénale composite de 22 % par rapport au placebo[29]. Il doit être préféré chez les patients présentant obésité et maladie rénale, incluant les patients non diabétiques.

Le tirzepatide, dans l'étude SUMMIT (insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée et obésité) montrait une amélioration de la créatinine et une réduction du rapport microalbumine/ créatinine, bien qu'il s'agisse d'objectifs secondaires[26]. Par ailleurs, les analyses post-hoc de SURMOUNT -1 montrent des résultats prometteurs en termes de complications rénales chez des patients non diabétiques et obèses (treasure CKD- clinical trials.gov ID NCT05536804)

Pré-diabète

Le sémaglutide 2,4 mg, dans les études STEP1[30] et STEP 10[31] permet la restauration d'une normoglycémie chez 84,1 % des patients prédiabétiques après 68 semaines.

Le tirzepatide 15 mg dans l'étude SURMOUNT-1 diminue de 94 % le risque de progression diabétique sur 72 semaines chez les patients prédiabétique[32], montre une amélioration de la sensibilité à l'insuline et une amélioration de la glycémie[27], de même qu'une diminution de l'incidence du diabète de type 2[33].

Diabète de type 2

Le semaglutide 2,4 mg, dans STEP2[34] permet une réduction de l'Hb1Ac de 1,6 %. Il doit être considéré pour les patients présentant un diabète de type 2 et une obésité qui nécessitent un contrôle du poids et de la glycémie. Vu la réduction des événements cardio-vasculaires dans SUSTAIN 6[35], il doit être préféré chez les patients présentant une maladie cardiovasculaire établie (prévention secondaire).

Le tirzepatide est plus performant que les autres médications de l'obésité en termes de perte de poids qu'en termes d'équilibre glycémique. L'étude SURMOUNT -2 (obésité et diabète de type 2) montre une réduction de poids de 14,9 %, de 2,08 % de l'Hb1Ac, 84 % des participants atteignant une Hb1Ac<7 % et 49 % une Hb1AC <5,7 %.[36] Le tirzepatide sera préféré chez les patients dont le diabète de type 2 est mal contrôlé et la perte de poids doit être importante, ou si l'efficacité du sémaglutide est insuffisante.

Le liraglutide 3 mg permet une perte de poids moins importante (6 %) et une réduction de 1,3 % de l'Hb1Ac dans l'étude SCALE[37], une mortalité cardiovasculaire réduite de 13 % dans LEADER[38]. IL peut être considéré chez les patients diabétique présentant un risque cardiovasculaire accru.

Stéatose hépatique (MAFLD)

Seules deux études ont été menées dans la stéatose hépatique, une avec le sémaglutide et l'autre avec le tirzepatide. Le tirzepatide[39] a montré un effet significatif sur la résolution des symptômes de la dysfonction métabolique et de la fibrose hépatique (résolution de la stéatose hépatique et réduction d'un stade de fibrose). La phase 3 ESSENCE[40] montre que le sémaglutide est également associé à une amélioration significative de la NASH et de la fibrose hépatique, similaire au tirzepatide.

Ces médications, particulièrement coûteuses et actuellement non remboursées en Belgique hormis dans le traitement du diabète de type 2, permettraient une diminution directe des dépenses des santé par patient et par année, et la négociation de leur prix devrait être envisagée à ce titre dans une politique de santé globale de prévention.

Chirurgie bariatrique

Aujourd'hui en Belgique, la chirurgie bariatrique est remboursée aux patients de plus de 18 ans avec un IMC ≥ 40 kg/m², ou avec un IMC ≥ 35 kg/m² et un diabète de type 2, un syndrome des apnées du sommeil ou une hypertension résistante aux traitements (trithérapie antihypertensive) et doit être proposée à ces mêmes patients souffrant d'obésité morbide sévère ; comme pour toutes les thérapies de l'obésité, elle doit être envisagée dans une approche pluridisciplinaire avec prise en charge diététique, activité physique, et thérapie comportementale[6].

Un bilan pré-chirurgical comprenant chirurgien, endocrinologue, psychologue, diététicienne tenant compte des caractéristiques cliniques, sociales et psychologiques du patient doit être réalisé en amont de l'intervention et devrait faire l'objet d'une ou de plusieurs réunions de concertation pluridisciplinaire, à l'image d'une COM (Consultation Oncologique Multidisciplinaire) afin de s'assurer de l'éligibilité du patient, de l'absence de contre-indication à la chirurgie, du type de chirurgie, du plan de prise en charge pré et post opératoire de même que de la prise en charge à long terme. Ces réunions de concertation font partie de la convention pour la prise en charge de l'obésité infantile, mais pas encore chez l'adulte. Il s'agira également de s'assurer que le patient, de manière éclairée, comprend les options chirurgicales qui lui sont proposées, leurs bénéfices, conséquences, risques et résultats attendus, ainsi que la nécessité de changer de mode de vie et d'avoir un suivi à vie.

Techniques de chirurgie bariatrique et résultats attendus

« *Sleeve* » gastrectomie (SG)

Cette technique restrictive consiste à retirer la majeure partie de la grande courbure de l'estomac. On obtient ainsi un estomac en forme de tube (sleeve), à capacité plus faible. Elle nécessite une opération moins longue que d'autres approches et permet de préserver le pylore et la continuité normale des intestins sans malabsorption. Son seul désavantage majeur est le développement possible d'un syndrome de reflux gastro-œsophagien (RGO) et d'une reprise de poids sur le long terme.

Dérivation gastrique de Roux-en-Y (RYGB, pour « Roux-en-Y *gastric bypass* »)

Avec la RYGB, une petite poche est créée dans la partie supérieure de l'estomac. On incise ensuite le jéjunum. Une de ses extrémités est reliée à la poche gastrique pour créer une « anse de Roux », qui permet à la nourriture de passer tandis que l'autre extrémité, qui transporte la bile et les enzymes pancréatiques, est connectée en aval pour rejoindre l'anse de Roux et former une figure en Y (appelée montage de « Roux-en-Y »). Les effets secondaires à long terme les plus importants sont les carences nutritionnelles, le dumping et la hernie interne.

Dérivation bilio-pancréatique avec switch duodénal (BPD-DS, pour « *biliopancreatic diversion with duodenal switch* »)

La BPD-DS est moins fréquente que la SG et la RYGB car elle est souvent associée à une malabsorption sévère. Elle peut toutefois être envisagée pour les patients avec une obésité fortement morbide ou réfractaire. Cette technique combine SG et dérivation de la majeure partie de l'intestin grêle en connectant le duodénum à

l'iléon dans une configuration de Roux-en-Y. La BPD-DS réduit l'ulcération et préserve le pylore. Cette technique est également associée à des carences nutritionnelles et au dumping.

Les procédures chirurgicales les plus fréquentes (RYGB et SG) présentent des résultats similaires, avec une perte de 50 % à 60 % du poids excédentaire 5 ans après l'intervention (notons que le terme de « perte de poids excédentaire » dépend ici du poids préopératoire du patient et de son poids idéal). La perte de poids atteint généralement son maximum 1 à 2 ans après la chirurgie bariatrique, après quoi la plupart des patients entrent en phase de regain pondéral. Cette reprise est normale, mais doit rester minimale. On considère que la chirurgie bariatrique échoue en termes de perte de poids si un patient reprend plus de 5 % de son poids postopératoire minimal.

Il a été reconnu que la chirurgie bariatrique réduit la mortalité chez les patients atteints d'obésité et qu'elle permet également de résoudre ou de soulager les comorbidités habituelles de l'obésité chez de nombreux patients, reflétant ainsi les résultats métaboliques bénéfiques de cette intervention. Dans une étude portant sur différents types de techniques bariatriques, le pourcentage de patients ayant présenté une résolution ou une atténuation des comorbidités après la chirurgie était de 86 % pour le diabète, 84 % pour l'apnée obstructive du sommeil, 79 % pour l'hypertension et ≥ 70 % pour l'hyperlipidémie.

SUIVI POSTOPÉRATOIRE ET PRISE EN CHARGE À LONG TERME

Les patients qui bénéficient d'une chirurgie bariatrique doivent être soumis à un suivi régulier, assuré par l'équipe bariatrique pluridisciplinaire pendant au moins 2 ans afin d'évaluer et de prévenir les risques d'abus d'alcool, les troubles du comportement alimentaire, les idéations suicidaires, la prise en charge et la prévention des carences en micronutriments et vitamines, le dumping, mais également les complications chirurgicales à savoir sténose, dysphagie et hernie interne Le suivi minimal consiste en consultation chez un.e diététicien.ne 1x/3 mois, consultation en chirurgie à 4 semaines et à 6 mois, consultation chez l'endocrinologue ou l'interniste, à 3 mois, 12 mois, 18 mois, 24 mois, et chez le/la psychologue à 3 mois, 12 mois et 24 mois. Après cette période, les patients devront être en mesure de bénéficier d'une prise en charge spécialisée à long terme, l'objectif étant de surveiller l'efficacité et la sécurité de la procédure bariatrique, mais aussi de garantir l'implémentation durable des changements de mode de vie nécessaires.

APPROCHES ENDOSCOPIQUES DE LA GESTION DU POIDS[6, 41]

Les techniques endoscopiques pratiquée par les gastro-entérologues sont particulièrement utiles pour la prise en charge des complications post opératoires de l'obésité. En première ligne de traitement, des approches endoscopiques telles les ballons intragastriques ou la sleeve endoscopique ou d'autres encore à l'étude, peuvent constituer une option supplémentaire pour les patients non-éligibles à une chirurgie bariatrique.

Le ballon intragastrique peut être utilisé comme traitement principal de l'obésité (chez les individus dont l'IMC est compris entre 28 et 40 kg/m²) ou en thérapie de transition avant une chirurgie bariatrique. Une méta-analyse de 17 études (1.638 patients) avec le ballon intragastrique le plus souvent utilisé, a montré une perte de 25,4 % du poids excédentaire (intervalle de confiance à 95 % : 21,5 %-29,4 %) après un an[42]. Les effets secondaires les plus fréquents comprennent une douleur et des nausées (33,7 % des patients), tandis qu'un retrait précoce du ballon a lieu chez 7 % des patients. Les taux de complications sérieuses, telles qu'une perforation gastrique ou une migration du ballon, sont d'environ 0,1 % et 1,4 % respectivement.

L'endoscopie bariatrique est une spécialité dont l'essor commence aux Etats Unis et en Europe au travers de l'évaluation et de la sécurité de ces dispositifs mais également de l'écriture de guide de conduite européen et américain. Le guideline « *curriculum for bariatric endoscopy and endoscopic treatment of the complications of bariatric surgery : European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position statement* »[43] a récemment été publié ainsi que le « ASGE-ESGE *guideline on primary endoscopic bariatric obesity* ».

L'efficacité et la sécurité des nouvelles techniques, notamment à long terme, doivent être étudiées plus en profondeur. De façon générale, les mêmes principes s'appliquent aux approches endoscopiques qu'à la chirurgie bariatrique traditionnelle en termes de bilan préopératoire, de prise en charge postopératoire et de changements à long terme à apporter au mode de vie et aux comportements alimentaires.

CONCLUSION

La prise en charge de l'obésité, maladie chronique et complexe, a connu une évolution portée par l'émergence de traitements pharmacologiques de l'obésité (avec de multiples molécules à venir) et par les bénéfices à long terme établis de la chirurgie métabolique et bariatrique et de l'endoscopie. L'évaluation initiale doit faire intervenir l'IMC, mais également les mesures anthropométriques de l'excès d'adiposité, de même que les répercussions fonctionnelles, psychosociales et les comorbidités. Dans ce contexte en évolution, une échelle de stadification via l'EOSS score (*Edmonton Obesity Staging System*) permet d'identifier les patients susceptibles de bénéficier d'une initiation plus précoce d'un traitement pharmacologique, d'une orientation opportune vers la chirurgie métabolique, ou de stratégies multidisciplinaires dans des centres reconnus par la BASO (*Belgian Association for the Study of Obesity*) visant à maximiser la perte de poids et à améliorer les complications liées à l'obésité sur le long terme.

Cette stratégie d'évaluation initiale est conforme à une approche plus personnalisée de l'obésité, un « *tailoring* » permettant de prescrire les médications de l'obésité en fonction des facteurs de risque présentés par le patient, traitement adapté à la sévérité de la maladie, au profil de risque individuel et aux objectifs thérapeutiques.

Plutôt que de considérer la pharmacothérapie et la chirurgie bariatrique comme des interventions distinctes, l'une remplaçant l'autre, elles devraient être envisagées comme des prise en charges séquentielles ou complémentaires pouvant servir conjointement le parcours de soins du patient obèse, aidés des techniques endoscopiques et de la pluridisciplinarité de l'équipe des psychologues et diététicien.nes.

Conflits d'intérêt : C. Preiser a été orateur pour Lilly (2025)

BIBLIOGRAPHIE

1. Sciensano, consulté le 01/02/2026, Banque de données en santé publique [Internet]. https://www.sciensano.be/fr/resultats-de-lenquete-nationale-de-consommation-alimentaire-2022-2023/statut-ponderal-et-troubles-du-comportement-alimentaire/surpoids-et-obesite-imc).
2. Busetto L, Dicker D, Fruhbeck G, Halford JCG, Sbraccia P, Yumuk V *et al*. A new framework for the diagnosis, staging and management of obesity in adults, Nat Med 2024, Sep; 30 (9): 2395-2399
3. Rubino F, Cummings DE, Eckel RH, Cohen RV, Wilding JPH, Brown WA, *et al*. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity, Lancet Diabetes Endocrinology, 2025, Mar; 13 (3): 221-262
4. Preiser JC, Chasseur P, Cnop M, Van Den Borne P. Editorial, « Ne dites plus il est trop gros, dites il/ elle est trop adipeux », Rev Med Brux. 2025;96(3);191.
5. Guerra Valencia J, Hernández-Vásquez A, Mayta-Tristán P, Saavedra-Garcia L, Vargas-Fernández R. The new definition of obesity: an analysis of a population-based survey in an Andean country. Lancet Reg Health Am. 2025;50:101217.
6. Van der Schueren B, Thissen JP, Barea M, Lannoo M, Gies I, Devlieger R, *et al*. BASO, Belgian Association Society for Obesity Consensus BASO 2020 Un guide pratique pour l'évaluation et le traitement du surpoids et de l'obésité, consulté le 02/02/2026,[Internet],https://belgium.easo.org/wpcontent/uploads/2023/03/BASO_consensus_2020_French_main.pdf
7. BASO, Belgian Association Society for Obesity, consulté le 03/02/2026, [Internet], https://belgium.easo.org/wp-content/uploads/2023/03/Obesity-Flowchart-Huisarts-V4_FR_020323.pdf
8. Thissen JP, Boucquiau A, Paquot N, Preiser JC. Plaidoyer pour l'enseignement de la nutrition clinique aux futurs médecins [Advocacy for an improved training in clinical nutrition during the medical cursus]. Rev Med Liege. 2021;76(4):256-61.
9. Dandgey S, Patten E. Psychological considerations for the holistic management of obesity. Clin Med (Lond). 2023;23(4):318-22.
10. Camacho-Barcia L, Giel KE, Jiménez-Murcia S, Álvarez Pitti J, Micali N, Lucas I, *et al*. Eating disorders and obesity: bridging clinical, neurobiological, and therapeutic perspectives. Trends Mol Med. 2024;30(4):361-79.
11. Brunault P, Ballon N, Gaillard P, Réveillère C, Courtois R. Validation of the French version of the yale food addiction scale: an examination of its factor structure, reliability, and construct validity in a nonclinical sample. Can J Psychiatry. 2014 May;59(5):276-84.
12. Brunault P, Gaillard P, Ballon N, Couet C, Isnard P, Cook S, *et al*. Validation de la version française de la Binge Eating Scale : étude de sa structure factorielle, de sa consistance interne et de sa validité de construit en population clinique et non clinique [Validation of the French version of the Binge Eating Scale: Examination of its factor structure, internal consistency and construct validity in a non-clinical and a clinical population]. Encephale. 2016;42(5):426-33.
13. Brunault P, El Archi S, Ballon N, Réveillère C, Barrault S. Validation de la version française du Food Cravings Questionnaire-Trait-reduced. Ann Med Psychol (Paris). 2018;176:788-95.
14. Coppin G, Sander D, Golay A, Pataky Z. Circuits de la récompense alimentaire chez les patients obèses [Food reward circuitry in obese patients]. Rev Med Suisse. 2018;14(599):612-4.
15. Slurink IAL, Nyklíček I, Kint R, Tak D, Schiffer AA, Langenhoff B *et al*. Longitudinal trajectories and psychological predictors of weight loss and quality of life until 3 years after metabolic and bariatric surgery. J Psychosom Res. 2024;178:111590.
16. Cooper Z, Fairburn CG, Hawker DM. Cognitive-Behavioral Treatment of Obesity. A clinician's Guide. 2003. The Guilford Press.
17. De Giorgi R, Koychev I, Adler AI, Cowen PJ, Harmer CJ, Harrison PJ *et al*. 12-month neurological and psychiatric outcomes of semaglutide use for type 2 diabetes: a propensity-score matched cohort study. EClinicalMedicine. 2024;74:102726.
18. Aron-Wisnewsky J, Tatulashvili S, Segrestin B, Bétry C, Achamrah N, Gatta-Chérifi B. Prise de position du GCC-CSO sur les traitements médicamenteux de l'obésité (TMO) chez l'adulte et leur accompagnement en pratique. Med Mal Metab. 2025;19(8):597-628.
19. McGowan B, Ciudin A, Baker JL, Busetto L, Dicker D, Frühbeck G *et al*. Framework for the pharmacological treatment of obesity and its complications from the European Association for the Study of Obesity (EASO). Nat Med. 2025;31(10):3229-32.

20. Tuccinardi D, Masi D, Watanabe M, Zanghi Buffi V, De Domenico F, Berti S, *et al.* Precision obesity medicine: A phenotype-guided framework for pharmacologic therapy across the lifespan. J Endocrinol Invest. 2025;48(12):2761-98.
21. Malhotra A, Grunstein RR, Fietze I, Weaver TE, Redline S, Azarbarzin A *et al*; SURMOUNT-OSA Investigators. Tirzepatide for the Treatment of Obstructive Sleep Apnea and Obesity. N Engl J Med. 2024;391(13):1193-205.
22. McGowan B, Ciudin A, Baker JL, Busetto L, Dicker D, Frühbeck G *et al.* A systematic review and meta-analysis of the efficacy and safety of pharmacological treatments for obesity in adults. Nat Med. 2025;31(10):3317-29.
23. Bliddal H, Bays H, Czernichow S, Uddén Hemmingsson J, Hjelmesæth J, Hoffmann Morville T, *et al* ; STEP 9 Study Group. Once-Weekly Semaglutide in Persons with Obesity and Knee Osteoarthritis. N Engl J Med. 2024;391(17):1573-83.
24. Lincoff AM, Brown-Frandsen K, Colhoun HM, Deanfield J, Emerson SS, Esbjerg S *et al* ; SELECT Trial Investigators. Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Obesity without Diabetes. N Engl J Med. 2023;389(24):2221-32.
25. Kosiborod MN, Abildstrøm SZ, Borlaug BA, Butler J, Rasmussen S, Davies M *et al.*, Semaglutide in patients with heart failure with preserved ejection fraction and obesity, N Engl J Med. 2023;389(12):1069-84.
26. Packer M, Zile MR, Kramer CM, Baum SJ, Litwin SE, Menon V *et al.*, Tirzepatide for heart failure with preserved ejection fraction and obesity. N Engl J Med. 2025;392(5):427-37.
27. Hankosky ER, Wang H, Neff LM, Kan H, Wang F, Ahmad NN *et al.*, Tirzepatide reduces the predicted risk of atherosclerotic cv disease and improves cardiometabolic risk factors in adults with obesity or overeight : SURMONT-1 post hoc analysis, diabetes. Obes Metab. 2024;26(1):319-28.
28. le Roux CW, Astrup A, Fujioka K, Greenway F, Lau DCW, Van Gaal L, *et al.* 3 years of liraglutide versus placebo for type 2 diabetes risk reduction and weight management in individuals with prediabetes: a randomised, double-blind trial. Lancet. 2017;389(10077):1399-409.
29. Colhoun HM, Lingvay I, Brown PM, Deanfield J, Brown-Frandsen K, Kahn SE *et al.* Long-term kidney outcomes of semaglutide in obesity and cardiovascular disease in the SELECT trial. Nat Med. 2024;30(7):2058-66.
30. Wilding JPH, Batterham RL, Calanna S, Davies M, Van Gaal LF, Lingvay I *et al* ; STEP 1 Study Group. Once-Weekly Semaglutide in Adults with Overweight or Obesity. N Engl J Med. 2021;384(11):989-1002.
31. McGowan BM, Bruun JM, Capehorn M, Pedersen SD, Pietiläinen KH, Muniraju HAK *et al* ; STEP 10 Study Group. Efficacy and safety of once-weekly semaglutide 2·4 mg versus placebo in people with obesity and prediabetes (STEP 10): a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre phase 3 trial. Lancet Diabetes Endocrinol. 2024;12(9):631-42.
32. Jastreboff AM, Aronne LJ, Ahmad NN, Wharton S, Connery L, Alves B *et al* ; SURMOUNT-1 Investigators. Tirzepatide Once Weekly for the Treatment of Obesity. N Engl J Med. 2022;387(3):205-16.
33. Jastreboff AM, le Roux CW, Stefanski A, Aronne LJ, Halpern B, Wharton S *et al* ; SURMOUNT-1 Investigators. Tirzepatide for Obesity Treatment and Diabetes Prevention. N Engl J Med. 2025;392(10):958-71.
34. Davies M, Færch L, Jeppesen OK, Pakseresht A, Pedersen SD, Perreault L *et al* ; STEP 2 Study Group. Semaglutide 2·4 mg once a week in adults with overweight or obesity, and type 2 diabetes (STEP 2): a randomised, double-blind, double-dummy, placebo-controlled, phase 3 trial. Lancet. 2021;397(10278):971-84.
35. Marso SP, Bain SC, Consoli A, Eliaschewitz FG, Jódar E, Leiter LA *et al* ; SUSTAIN-6 Investigators. Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes. N Engl J Med. 2016;375(19):1834-44.
36. Garvey WT, Frias JP, Jastreboff AM, le Roux CW, Sattar N, Aizenberg D *et al* ; SURMOUNT-2 investigators. Tirzepatide once weekly for the treatment of obesity in people with type 2 diabetes (SURMOUNT-2): a double-blind, randomised, multicentre, placebo-controlled, phase 3 trial. Lancet. 2023;402(10402):613-26.
37. Davies MJ, Bergenstal R, Bode B, Kushner RF, Lewin A, Skjøth TV *et al* ; NN8022-1922 Study Group. Efficacy of Liraglutide for Weight Loss Among Patients With Type 2 Diabetes: The SCALE Diabetes Randomized Clinical Trial. JAMA. 2015 8;314(7):687-99.
38. Marso SP, Daniels GH, Brown-Frandsen K, Kristensen P, Mann JF, Nauck MA *et al* ; LEADER Steering Committee; LEADER Trial Investigators. Liraglutide and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes. N Engl J Med. 2016;375(4):311-22.
39. Loomba R, Hartman ML, Lawitz EJ, Vuppalanchi R, Boursier J, Bugianesi E *et al* ; SYNERGY-NASH Investigators. Tirzepatide for Metabolic Dysfunction-Associated Steatohepatitis with Liver Fibrosis. N Engl J Med. 2024;391(4):299-310.
40. Sanyal AJ, Newsome PN, Kliers I, Østergaard LH, Long MT, Kjær MS *et al* ; ESSENCE Study Group. Phase 3 Trial of Semaglutide in Metabolic Dysfunction-Associated Steatohepatitis. N Engl J Med. 2025;392(21):2089-99.
41. Benzerga S, Mourabit Y, Huberty V. L'expérience en Belgique de l'endoscopie bariatrique, présent et futur. Rev Med Brux. 2025;46:494-500.
42. ASGE Bariatric Endoscopy Task Force and ASGE Technology Committee; Abu Dayyeh BK, Kumar N, Edmundowicz SA, Jonnalagadda S, Larsen M, Sullivan S *et al.* ASGE Bariatric Endoscopy Task Force systematic review and meta-analysis assessing the ASGE PIVI thresholds for adopting endoscopic bariatric therapies. Gastrointest Endosc. 2015;82(3):425-38.e5.
43. Jirapinyo P, Hadefi A, Thompson CC, Patai ÁV, Pannala R, Goelder SK *et al.*, American society for Gastrointestinal Endoscopy-European Society of Gastrointestinal Endoscopy Guideline on primary endoscopic bariatric and metabolic therapies for adults with obesity. Endoscopy. 2024;56(6):437-56.

Travail reçu le 3 juillet 2026 ; accepté dans sa version définitive le 16 juillet 2026.

AUTEUR CORRESPONDANT :

J.-C. PREISER
H.U.B - Hôpital Erasme
Service de Médecine interne
Route de Lennik, 808 - 1070 Bruxelles
E-mail : jean-charles.preiser@hubruxelles.be