

Dans l'actualité - 21 janvier 2025

- [Les précédents textes](#)

Agonistes du GLP-1 : dépressions, idées ou gestes suicidaires (suite)

- Fin 2023, les résultats d'essais randomisés en double aveugle du *liraglutide* et des données de pharmacovigilance amenaient, par prudence, à considérer que les agonistes du GLP-1 tels que le *sémaglutide* et le *liraglutide* exposent à des dépressions, idées suicidaires, tentatives de suicide ou suicides. D'autant plus que l'action de ces médicaments sur des récepteurs cérébraux hypothalamiques à l'origine de la sensation de satiété rend plausibles des effets psychiques. Le Comité européen de pharmacovigilance (PRAC) avait alors ouvert une enquête.
- En 2024, une analyse groupée d'essais randomisés en double aveugle du *sémaglutide* dans l'obésité et le surpoids a montré des idées suicidaires un peu plus fréquentes dans les groupes *sémaglutide* que dans les groupes placebo : 0,3 % versus 0,2 %. Dans l'essai dit Select, chez environ 17 600 patients en situation d'obésité ou de surpoids, 5 morts par suicide ont été recensées dans le groupe *sémaglutide*, versus 3 dans le groupe placebo. Ces données sont cohérentes avec l'analyse des essais *liraglutide* versus placebo dans l'obésité ou le surpoids.
- Une étude épidémiologique de registres scandinaves a mis en évidence une incidence de morts par suicide un peu plus grande chez les patients recevant un agoniste du GLP-1 que chez ceux recevant une gliflozine. Les gliflozines ne font pas partie des médicaments connus pour exposer à un risque de suicide.
- Des études sur bases de données de santé espagnole, étatsunienne et britannique ont mis en évidence un risque d'idées ou de comportements suicidaires un peu plus grand chez les patients recevant un agoniste du GLP-1 que chez les patients recevant une gliflozine.
- Plusieurs de ces études ont aussi mis en évidence un risque d'idées ou de comportements suicidaires lié aux agonistes du GLP-1 voisin de celui liés aux gliptines. Dans les années 2000, des essais comparatifs randomisés ont montré des dépressions un peu plus fréquentes avec la *sitagliptine* et avec la *saxagliptine* qu'avec un placebo.
- Des études du risque d'idées ou de comportements suicidaires chez des adultes et des adolescents en situation d'obésité recevant un agoniste du GLP-1 sont apparues biaisées. Leurs résultats, contradictoires avec ceux des essais comparatifs, ne sont pas probants.
- En avril 2024, le Comité européen de pharmacovigilance (PRAC) a conclu son enquête en estimant qu'une relation causale entre agonistes du GLP-1 et idées ou comportements suicidaires n'était pas établie.
- L'Agence étatsunienne du médicament (FDA) n'exclut pas la possibilité d'un lien et a lancé plusieurs études épidémiologiques, dont les résultats ne sont pas publics début 2025.

● **En pratique, début 2025, il reste prudent de considérer que les médicaments ayant un effet agoniste sur les récepteurs du GLP-1 tels que le *sémaglutide* et le *liraglutide* exposent à un surcroît de dépressions, idées suicidaires, tentatives de suicide ou suicides.**

Fin 2023, au vu de notre analyse des données d'évaluation clinique et de pharmacovigilance, et dans l'attente des résultats d'une enquête ouverte en juillet 2023 par le Comité européen de pharmacovigilance (PRAC), il paraissait prudent de considérer que les agonistes du GLP-1 tels que le *sémaglutide* et le *liraglutide* exposent à des dépressions, idées suicidaires, tentatives de suicide ou suicides (1). D'autant plus que leur action cérébrale sur des récepteurs hypothalamiques, à l'origine de la sensation de satiété, rend plausibles des effets psychiques.

Qu'en est-il début 2025 ?

Voici les principales nouvelles données rassemblées par notre recherche documentaire. Il s'agit de données tirées d'essais comparatifs randomisés en double aveugle versus placebo, et d'études de cohortes pharmacoépidémiologiques. Nous avons examiné leurs résultats, qu'ils apparaissent statistiquement significatifs ou non, étant donné la gravité des troubles en question.

Nous n'avons pas retenu les études portant sur des notifications de pharmacovigilance, car elles sont de moindre niveau de preuves.

Essais comparatifs du *sémaglutide* : idées suicidaires, comme avec le *liraglutide*. Des auteurs, dont plusieurs employés de la firme Novo Nordisk qui commercialise le *sémaglutide*, ont présenté une analyse de 3 essais randomisés du *sémaglutide* injectable (à la dose de 2,4 mg par semaine) dans l'obésité ou le surpoids, en double aveugle versus placebo, chez au total 3 377 patients durant 68 semaines, et 1 essai chez 304 patients durant 104 semaines (2). Un antécédent d'affection psychiatrique grave, telle qu'une dépression majeure, était un motif de non-inclusion dans ces essais (2). Dans les 3 essais durant 68 semaines, des idées suicidaires ont été rapportées chez 0,3 % des patients des groupes *sémaglutide*, versus 0,2 % dans les groupes placebo (pas d'analyse statistique présentée). Dans l'essai chez 304 patients durant 104 semaines, aucun cas d'idées suicidaires n'a été rapporté (2).

Des détails concernant la mortalité dans l'essai dit Select, *sémaglutide* versus placebo, ont été publiés en 2024 (3,4). Cet essai a inclus environ 17 600 patients âgés de 45 ans ou plus, non diabétiques, atteints d'une maladie cardiovasculaire (un antécédent d'infarctus du myocarde le plus souvent) et en situation de surpoids ou d'obésité. 5 patients sont morts par suicide dans le groupe *sémaglutide*, versus 3 dans le groupe placebo (risque relatif estimé par le hazard ratio (HR) de 1,7 ; intervalle de confiance à 95 % (IC95) : 0,4 à 8,1) (4).

Ces données sont cohérentes avec l'analyse des essais *liraglutide* versus placebo dans l'obésité ou le surpoids, qui a montré des idées suicidaires chez 0,3 % des patients des groupes *liraglutide* versus 0,1 % dans les groupes placebo (1,2). Les auteurs ayant effectué l'analyse décrite plus haut des 4 essais du *sémaglutide* ont mis en avant que l'obésité elle-même est associée à un risque accru de dépression. Pourtant, une telle hypothèse expliquerait une diminution du risque de suicide avec le *sémaglutide*, mais pas l'inverse (2).

Une équipe italienne a publié une méta-analyse d'essais agoniste du GLP-1 versus placebo, à partir d'une recherche documentaire allant jusqu'en décembre 2023 (5). Ces auteurs ont omis de prendre en compte un essai chez 2 254 patients, publié en 2017, au cours duquel idées ou comportements suicidaires ont été rapportés chez 8 patients du groupe *liraglutide* versus 1 du groupe placebo (6). Cette omission invalide les résultats de cette méta-analyse, présentés comme rassurants (18 patients

avec des idées ou comportements suicidaires dans les groupes agoniste du GLP-1 versus 19 dans les groupes placebo) (5,6).

Registres scandinaves : un peu plus de morts par suicide avec un agoniste du GLP-1 qu'avec une gliflozine. Des auteurs scandinaves ont utilisé des registres couvrant l'ensemble des personnes en Suède et au Danemark pour comparer l'incidence des morts par suicide dans 2 cohortes de patients nouvellement traités, soit par un agoniste du GLP-1, soit par un inhibiteur du cotransporteur rénal de sodium-glucose de type 2 (SGLT2), alias gliflozine (7). Les gliflozines ne font pas partie des médicaments connus pour exposer à un risque de suicide. L'étude a porté sur les années 2013 à 2021. Les patients ont été inclus quel qu'ait été le motif de prescription de l'agoniste du GLP-1 ou de la gliflozine. Cependant, les auteurs ont exclu les patients traités par *liraglutide* pour une obésité (7). Les auteurs ont restreint les cohortes à des patients appariés sur de nombreux critères, mais sans prendre en compte l'éventuelle prise de médicaments exposant à des dépressions tels que les antiépileptiques, les antiestrogènes, les antiandrogènes, etc. (8). Au final, la cohorte "agonistes du GLP-1" a compté 77 495 patients en Suède et 47 002 au Danemark ; la cohorte "gliflozines" a compté 108 881 patients en Suède et 65 155 au Danemark (7). Les médianes des durées de suivi ont varié entre 2,1 et 2,8 ans selon la substance et le pays (7).

Pour l'ensemble de ces deux pays, l'incidence des morts par suicide a été de 0,2 à 0,3 pour 1 000 patients-année dans la cohorte "agonistes du GLP-1", versus 0,18 à 0,19 dans la cohorte "gliflozines" : HR respectivement de 0,9 (IC95 : 0,5 à 1,9) et de 1,4 (IC95 : 0,9 à 2,4).

Ces différences ne sont pas statistiquement significatives, mais le risque relatif estimé par le HR supérieur à 1 est cohérent avec les constatations issues des essais randomisés.

Données de santé espagnoles : idées ou comportements suicidaires plus nombreux avec un agoniste du GLP-1 qu'avec une gliflozine. Une base de données de santé de la région de Valence, en Espagne, a été exploitée pour étudier les données d'adultes diabétiques obèses traités par *metformine* et commençant un traitement par agoniste du GLP-1 ou par gliflozine entre 2015 et 2021 (9). Le groupe "agonistes du GLP-1" a compté 3 040 patients, et le groupe "gliflozines" 11 627 patients. La moitié des patients ont été suivis au moins 2,7 ans.

Après prise en compte de certains facteurs de confusion (en dehors de la prise de médicaments connus pour exposer à des dépressions ou des idées ou comportements suicidaires), l'incidence des idées ou comportements suicidaires a été de 0,9 pour 1 000 patients-année dans le groupe "agonistes du GLP-1", versus 0,6 dans le groupe "gliflozines", soit un risque relatif estimé par le HR de 1,4 (IC95 : 0,5 à 3,6) (9). Ce résultat est cohérent avec les données scandinaves de morts par suicide rapportées plus haut.

Données de santé étatsuniennes : pas moins de risques qu'avec les gliptines. Pour étudier l'incidence d'idées ou comportements suicidaires liés aux agonistes du GLP-1 chez les patients diabétiques de type 2, des auteurs ont exploité sur la période 2016-2020 un échantillon aléatoire de bénéficiaires du système fédéral public de soins Medicare, réservé aux personnes âgées d'au moins 65 ans (10). Ils ont constitué des cohortes de patients, sans antécédent connu d'idées ni comportements suicidaires, ayant reçu pour la première fois une prescription d'agoniste du GLP-1, de gliflozine, ou de gliptine. Les patients étaient appariés selon de nombreux critères, mais pas en fonction de la prise ou non d'antiépileptiques, connus pour exposer à des idées et comportements suicidaires.

La comparaison entre les agonistes du GLP-1 et les gliflozines a mis en évidence un HR de 1,1 (IC95 : 0,8 à 1,5). La comparaison entre les agonistes du GLP-1 et les gliptines a montré un HR de 0,9 (IC95 : 0,7 à 1,2) (10).

Ces différences ne sont pas statistiquement significatives, ce qui n'est toutefois pas rassurant quant au risque suicidaire lié aux agonistes du GLP-1. En effet, dans les années 2000, des essais randomisés en double aveugle gliptine versus placebo ont montré un risque un peu plus grand de dépression ou d'idées ou comportements suicidaires dans les groupes *sitagliptine* et *saxagliptine* (11,12).

Une équipe étatsunienne a procédé de façon analogue pour analyser le risque de dépression, à partir des données du système de santé des anciens combattants (13). L'étude a porté sur environ 140 000 patients diabétiques de type 2, inclus entre 2013 et 2020, sans antécédent connu de dépression ni de prescription d'antidépresseur. Les auteurs ont étudié l'incidence de la dépression dans l'année suivant la première prescription d'agoniste du GLP-1 ou de gliflozine ou de gliptine (13). Après prise en compte de nombreux facteurs de confusion, la comparaison agonistes du GLP-1 versus gliflozines a montré un risque relatif de 1,1 (IC95 : 0,99 à 1,1), et la comparaison des agonistes du GLP-1 versus gliptines a montré un HR de 1,02 (IC95 : 0,97 à 1,07).

Des comparaisons du sémaglutide biaisées. Des auteurs étatsuniens ont étudié le *sémaglutide* en exploitant un assemblage de données tirées de nombreux systèmes de soins étatsuniens, couvrant environ 100 millions de personnes (14).

Ils ont recensé les patients ayant reçu pour la première fois une prescription de *sémaglutide* injectable à la suite d'une consultation pour surpoids ou obésité, en 2021-2022. Ces patients n'avaient pas d'antécédent d'idées suicidaires enregistré et n'avaient jamais reçu de prescription d'agoniste du GLP-1. Par ailleurs, les auteurs ont recensé des patients ayant reçu durant la même période une prescription d'un médicament autorisé dans l'obésité ou le surpoids, autre qu'un agoniste du GLP-1, dont plusieurs sont connus pour exposer à des troubles dépressifs tels que *letopiramate*, la *bupropione* ou la *naltrexone* (8,15). Au total, 52 783 patients ayant reçu une première prescription de *sémaglutide* ont été appariés et comparés à 52 783 patients ayant reçu une prescription d'un autre médicament à visée amaigrissante (14). Ces patients étaient âgés en moyenne de 50 ans ; 32 % étaient diabétiques et 38 % avaient des troubles de l'humeur. 71 % des dossiers ne mentionnaient pas le nom commercial du *sémaglutide* prescrit, 57 % ne mentionnaient pas le dosage, alors que, dans le cas du *sémaglutide*, nom commercial et posologie diffèrent selon l'utilisation dans le diabète ou l'excès de poids. Les patients ont été suivis seulement 6 mois, alors que, selon les résumés des caractéristiques étatsuniens, la dose hebdomadaire de *sémaglutide* préconisée dans le surpoids doit être atteinte en au moins 16 semaines, et dans le diabète en au moins 12 semaines (15).

L'apparition d'idées suicidaires a été rapportée chez 0,11 % des patients du groupe *sémaglutide* versus 0,43 % dans le groupe autre médicament, avec un HR de 0,3 (IC95 : 0,2 à 0,4) (14). Ce résultat est de très faible niveau de preuves, en raison notamment du nombre de données manquantes, de la faible durée de suivi à dose stable et de la comparaison à des médicaments connus pour exposer à des troubles dépressifs. Les auteurs ont procédé à des comparaisons du même type concernant la réapparition d'idées suicidaires, et chez des patients diabétiques, mais les résultats sont aussi de très faible niveau de preuves.

À partir de données étatsuniennes du même type, une autre équipe a comparé 2 cohortes de 4 223 adultes diabétiques de type 2 exposés soit au *sémaglutide* soit au *tirzépatide* (un agoniste à la fois du GLP-1 et du GIP, pour glucose-dependent insulintropic polypeptide, en anglais) (16). Des idées ou comportements suicidaires ont été rapportés au cours d'un suivi de 12 mois, sans différence statistiquement significative entre les 2 cohortes. Il est plausible et prudent de considérer que le *tirzépatide* expose aussi à ce risque vu qu'il a un mécanisme d'action en partie commun avec celui des agonistes du GLP-1.

Adolescents en situation d'obésité : étude épidémiologique

biaisée. Deux auteurs ont étudié l'incidence des idées et comportements suicidaires de 2019 à 2024 chez des adolescents âgés de 12 à 18 ans en situation d'obésité ayant reçu une première prescription d'agoniste du GLP-1 (17). Les auteurs ont utilisé une base de données tirée d'un assemblage d'une centaine de systèmes de soins, principalement étatsuniens et européens. L'organisme fournisseur de cet assemblage a aussi fourni celui utilisé pour les comparaisons *sémaglutide* versus médicaments de l'obésité (et du diabète) présentées plus haut, entachées notamment de données manquantes (14). Les auteurs ont construit une cohorte de témoins comprenant des adolescents en situation d'obésité ayant reçu une prescription d'intervention diététique et de changement de mode de vie, sans agoniste du GLP-1 (17). Les 2 cohortes étudiées ont compté chacune 3 456 patients, appariés selon de nombreux critères. Cependant, les troubles psychiques (dépressions, troubles de l'humeur, anxiété, etc.) étaient un peu moins fréquents dans la cohorte "agonistes du GLP-1", de même que l'exposition aux antidépresseurs, ce qui affaiblit le niveau de preuves des résultats. Les patients ont été suivis pendant 1 an.

L'incidence des idées ou comportements suicidaires a été de 1,45 % dans la cohorte "agonistes du GLP-1", versus 2,26 % dans la cohorte "témoins" avec un HR de 0,67 (IC95 : 0,50 à 0,95).

Le principal essai en double aveugle *liraglutide* versus placebo chez des adolescents en situation d'obésité a eu des résultats très différents : incidence des dépressions plus grande dans le groupe *liraglutide* que dans le groupe placebo, 4 % versus 2,4 % (18).

PRAC européen : une décision basée surtout sur une étude de cohorte britannique.

En avril 2024, le PRAC a conclu son enquête ouverte mi-2023 en estimant qu'une relation causale entre agonistes du GLP-1 et idées suicidaires n'était pas établie (19). Le PRAC s'est notamment appuyé sur une étude portant sur des patients traités pour un diabète de type 2, réalisée à partir d'une base de données de santé britannique (20). 6 027 patients ayant reçu pour la première fois une prescription d'agoniste du GLP-1 entre 2013 et 2023 ont été comparés à 20 855 patients ayant reçu pour la première fois une prescription de gliflozine durant cette période. Le critère principal d'évaluation était la survenue d'un premier épisode d'idées ou de comportements suicidaires ou d'automutilation. Une vingtaine de facteurs de confusion ont été pris en compte, mais pas la prescription d'antiépileptique ni de bêtabloquant (exposant aussi à des dépressions), entre autres (8). L'incidence ajustée a été de 0,4 événement pour 100 personnes-année (IC95 : 0,3 à 0,4) dans la cohorte "agoniste du GLP-1", versus 0,3 dans la cohorte "gliflozine" (IC95 : 0,3 à 0,4). Le risque relatif estimé par le HR a été de 1,10 (IC95 de 0,9 à 1,4). La comparaison restreinte aux patients diabétiques en situation d'obésité a montré un HR ajusté de 1,3 (IC95 : 1,02 à 1,7). Les comportements d'automutilation ont représenté une part mineure de ces événements.

En septembre 2024, l'Agence britannique du médicament (MHRA) s'est alignée sur les conclusions du PRAC, sans présenter de données (21).

Enquête de la FDA étatsunienne : toujours en cours début 2025.

En janvier 2024, l'Agence étatsunienne du médicament (FDA) a estimé que les données ne démontraient pas de lien de causalité entre agonistes du GLP-1 et idées ou comportements suicidaires, mais n'écartaient pas non plus la possibilité d'un lien (22). La FDA a décidé de faire effectuer deux études épidémiologiques sur base de données portant sur la période 2015-2023 : une étude, lancée en mars 2024, de l'incidence des comportements suicidaires chez des patients traités pour obésité, selon l'exposition aux agonistes du GLP-1 ou à d'autres médicaments à visée amaigrissante ; et une étude, lancée en mai 2024, de cette incidence chez des patients traités pour diabète de type 2, selon l'exposition aux

agonistes du GLP-1 ou aux gliflozines ou aux gliptines (23,24). Début 2025, les résultats de ces études n'ont pas été rendus publics.

En pratique Il est prudent de considérer que les agonistes du GLP-1 exposent à un risque accru d'idées et de comportements suicidaires. En 2024, les essais cliniques randomisés en double aveugle du *sémaglutide* versus placebo dans l'excès de poids ont mis en évidence un risque un peu plus grand d'idées ou de comportements suicidaires dans les groupes *sémaglutide*, ce qui était déjà connu avec le *liraglutide*. Les résultats des études épidémiologiques les plus rigoureuses sont allés dans le même sens, même en l'absence de différence statistiquement significative. En pratique de soins, la prudence est de prendre en compte ces données quand on envisage d'exposer des patients à un agoniste du GLP-1 tel que le *sémaglutide* ou le *liraglutide*, ou au *tirzépatide*, ce dernier ayant un mécanisme d'action en partie commun.

Sans attendre que ces risques soient clairement mentionnés dans les RCP de ces médicaments, il est prudent de les éviter chez les patients ayant un antécédent connu de dépression ou d'idées ou comportements suicidaires. Il est prudent aussi de prévenir l'entourage, et d'arrêter sans délai le traitement en cas d'apparition de signes cliniques évocateurs.

©Prescrire

Recherche documentaire et méthode d'élaboration

Notre recherche documentaire a reposé sur le suivi prospectif et continu, mis en œuvre au sein du Centre de documentation Prescrire, des sommaires des principales revues internationales, et des bulletins de l'International Society of Drug Bulletins (ISDB). Par ailleurs, nous avons interrogé pour la dernière fois le 14 novembre 2024 les bases de données AdisInsight Safety Reports (1983- date d'interrogation), Embase (1996 - semaine 45 de 2024), Medline (1946- 13 novembre 2024), The Cochrane Library (CDSR : Issue 11 ; Central : 2024, issue 11) et consulté les sites internet des organismes suivants : ANSM, EMA, Encepp, FDA et le site internet du registre d'essais cliniques ClinicalTrials.gov. Les procédures d'élaboration de cette synthèse ont suivi les méthodes habituelles de Prescrire, notamment : vérification de la sélection des documents et de leur analyse, relecture externe, contrôles de qualité multiples.

1- Prescrire Rédaction "[Agonistes du GLP-1 : dépressions, idées ou gestes suicidaires ?](#)" *Rev Prescrire* 2024 ; **44** (483) : 28-30.

2- Wadden TA et coll. "Psychiatric safety of semaglutide for weight management in people without known major psychopathology. Post hoc analysis of the STEP 1, 2, 3, and 5 trials" *JAMA Intern Med* 3 septembre 2024 ; en ligne : 11 pages + supplemental online content : 30 pages.

3- Prescrire Rédaction "[Sémaglutide et prévention cardiovasculaire dite secondaire en cas de surpoids ou d'obésité. Diminution de 1,5 % de la fréquence des accidents cardiovasculaires, sans baisse démontrée de la mortalité](#)" *Rev Prescrire* 2024 ; **44** (484) : 132-133.

4- Scirica BM et coll. "The effect of semaglutide on mortality and covid-19-related deaths. An analysis from the Select Trial" *J Am Coll Cardiol* 2024 ; **84** (17) : 1632-1642 + supplemental material : 31 pages.

5- Silverii GA et coll. "Glucagon-like peptide-1 receptor agonists and mental health : a meta-analysis of randomized controlled trials" *Diabetes Obes Metab* 2024 ; **26** (6) : 2505-2508 + supplementary appendix 16 pages.

6- Le Roux CW et coll. "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** : 1399-1409 + supplementary appendix : 49 pages.

7- Ueda P et coll. "GLP-1 receptor agonist use and risk of suicide death" *JAMA Intern Med* 2024 ; en ligne : 12 pages + supplemental online content : 22 pages.

8- Prescrire Rédaction "[Fiche E19d. Dépressions médicamenteuses](#)" *Interactions Médicamenteuses Prescrire* 2025.

9- Hurtado I et coll. "Association of glucagon-like peptide-1 receptor agonists with suicidal ideation and self-injury in individuals with diabetes and obesity : a propensity-weighted, population-based cohort study" *Diabetologia* 6 août 2024 ; en ligne : 10 pages + electronic supplementary material : 11 pages.

10- Tang H et coll. "Glucagon-like peptide-1 receptor agonists and risk for suicidal ideation and behaviors in U.S. older adults with type 2 diabetes. A target trial emulation study" *Ann Intern Med* 2024 ; **77** (8) : 13 pages + supplementary material : 17 pages.

11- Prescrire Rédaction "[Sitagliptine \(Januvia®\). Diabète de type 2 : peu efficace, et trop de risques mal cernés](#)" *Rev Prescrire* 2007 ; **27** (289) : 805-808.

12- Prescrire Rédaction "[Saxagliptine \(Onglyza®\). Aussi peu efficace que les autres gliptines et un potentiel élevé d'interactions médicamenteuses](#)" *Rev Prescrire* 2010 ; **30** (323) : 646-651.

13- Tagliaapietra GA et coll. "Glucagon-like peptide receptor agonists and risk for depression" *Prim Care Diabetes* 2024 ; **18** (4) : 422-426 + supplemental table 1 : 1 page.

14- Wang W et coll. "Association of semaglutide with risk of suicidal ideation in a real-world cohort" *Nat Med* 2024 ; **30** : 168-176.

- 15-** US FDA "Full prescribing information-Wegovy" mars 2024 + "Full prescribing information-Ozempic" septembre 2023 + "Full prescribing information-Wellbutrin" avril 2024.
- 16-** Anson M et coll. "Incidence of new onset type 2 diabetes in adults living with obesity treated with tirzepatide or semaglutide : real world evidence from an international retrospective cohort study" *EClinicalMedicine* 2024 ; **75** ; en ligne : 12 pages.
- 17-** Kerem L et Stokar J "Risk of suicidal ideation or attempts in adolescents with obesity treated with GLP1 receptor agonists" *JAMA Pediatr* 2024 ; en ligne : 9 pages + supplemental online content : 2 pages.
- 18-** Prescrire Rédaction "[Liraglutide \(Saxenda®\) et obésité chez les adolescents](#)" *Rev Prescrire* 2022 ; **42** (465) : 490-491.
- 19-** EMA "Pharmacovigilance risk assessment committee (PRAC). Minutes of PRAC meeting on 08-11 april 2024" EMA/PRAC/262385/2024 11 juin 2024.
- 20-** EMA "Final study report. Association between exposure to GLP-1 receptor agonists and risk of suicide-related and self-harm-related events. Including post-hoc analyses" 16 février 2024 : 64 pages.
- 21-** MHRA "MHRA finds evidence does not support a link between Glucagon-Like Peptide-1 (GLP-1) receptor agonists and suicidal and self-injurious thoughts and actions" 4 septembre 2024 : 1 page.
- 22-** FDA "Update on FDA's ongoing evaluation of reports of suicidal thoughts or actions in patients taking a certain type of medicines approved for type 2 diabetes and obesity. Preliminary evaluation does not suggest a causal link. FDA Drug Safety Communication" 11 janvier 2024 : 2 pages.
- 23-** Sentinel Initiative "Intentional self-harm following glucagon-like peptide-1 receptor agonists (GLP-1 RA) use in patients with obesity : a descriptive analysis" 22 juillet 2024. Site www.sentinelinitiative.org consulté le 25 octobre 2024 : 1 page.
- 24-** Sentinel Initiative "Intentional self-harm following glucagon-like peptide-1 receptor agonists (GLP-1 RA) use in patients with diabetes : an inverse probability of treatment weighting analysis" 22 juillet 2024. Site www.sentinelinitiative.org consulté le 25 octobre 2024 : 1 page.
-