



Consortium canadien  
**d'intervention précoce  
pour la psychose**

# **Personnaliser l'approche pharmacologique selon les besoins du patient**

**Laurent Béchard, Olivier Corbeil, et Justine Drouin**

**Pharmacien(ne)s à l'IUSMQ, PharmD, MSc**

# Logistique

- Pour soumettre une question à nos conférenciers, veuillez utiliser le bouton « Q+A » en bas de votre écran. Les questions seront abordées lors de la période de questions suivant la présentation.
- Après la présentation, on vous enverra un lien vers une courte évaluation.



# Merci!

Soutien à ce programme fourni en partie par les entreprises suivantes par le biais d'une subvention à l'éducation :



abbvie



# Le Consortium canadien d'intervention précoce pour la psychose

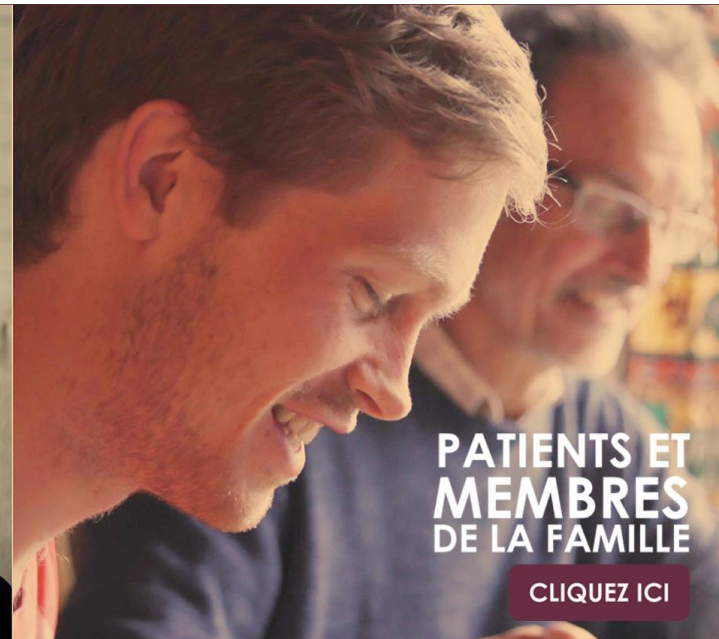
Organisme national bilingue, composé de cliniciens et de chercheurs associés à des programmes d'intervention précoce dans le traitement de la psychose.



# Comment nous trouver

## Site Web

- Pour les médecins et les professionnels de la santé : <http://ippcanada.org/>
- Pour les patients et leur famille : <https://www.earlypsychosisintervention.ca/accueil>



# Modératrice



## **Marie-France Demers, B Pharm, MSc, BCPP**

- Pharmacienne Clinicienne, Clinique PEP, CIUSSS-CN
- Chercheure, Centre de recherche CERVO
- Professeure agrégée, Faculté de pharmacie, Université Laval



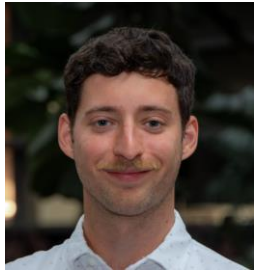
# Déclaration de conflits d'intérêts

*Marie-France Demers*

- Je reçois des honoraires pour modérer cette conférence.
- J'ai été rémunérée pour différentes conférences par les compagnies Janssen et Otsuka Lundbeck.
- J'ai obtenu des fonds pour l'enseignement et la recherche des compagnies Janssen, Sunovion, Mylan et Otsuka Lundbeck.
- J'ai obtenu des fonds de recherche du Fonds de recherche du Québec Société et Culture, du Conseil de recherche en sciences humaines, du Fonds de recherche et d'enseignement de la Faculté de pharmacie de l'Université Laval et du programme MITACS du gouvernement du Canada.



# Présentateurs



## **Laurent Béchard, PharmD, MSc**

- Pharmacien Clinicien, Pôle Santé Mentale, CIUSSS-CN
- Candidat au PhD, Faculté de pharmacie, Université Laval



## **Olivier Corbeil, PharmD, MSc**

- Pharmacien Clinicien, Clinique PEP, CIUSSS-CN
- Candidat au PhD, Faculté de pharmacie, Université Laval



## **Justine Drouin, PharmD, MSc**

- Pharmacienne Clinicienne, Clinique PEP, CIUSSS-CN





# Déclaration de conflits d'intérêts

- Aucun conflit à déclarer en lien avec le contenu présenté.



# Objectifs

- Reconnaître les **particularités propres** aux jeunes avec un PEP nécessitant un ajustement du traitement pharmacologique;
- Assurer un suivi optimal de l'**efficacité** et de la **tolérance** du traitement antipsychotique;
- Situer la place de la **clozapine** et identifier les défis en lien avec le traitement pharmacologique;
- Être en mesure d'**adapter le traitement pharmacologique** pour mieux soutenir le rétablissement des jeunes avec un PEP.



## Une pharmacothérapie visant le rétablissement?

Une approche de la psychopharmacologie  
des premiers épisodes psychotiques axée  
sur le rétablissement

Laurent Béchard<sup>a</sup>

Olivier Corbeil<sup>b</sup>

Esthel Malenfant<sup>c</sup>

Catherine Lehoux<sup>d</sup>

Emmanuel Stip<sup>e</sup>

Marc-André Roy<sup>f</sup>

Marie-France Demers<sup>g</sup>



**PREMIERS ÉPISODES PSYCHOTIQUES:**  
DÉFIS PRATIQUES DE L'INTERVENTION PRÉCOCE

# Taux de réponse en PEP

- Taux de réponse aux AP ~80% en PEP (↓20% PANSS/BPRS)<sup>1</sup>
  - ↓50% PANSS/BPRS chez ~50%
- Ces taux sont supérieurs aux patients avec multi-épisodes<sup>2</sup>
- Meilleure réponse chez naïfs aux APs, ↓DUP, et femmes<sup>1</sup>
- Impact sur les doses d'AP nécessaires vs monographie?
  - Recommandations PORT 2009<sup>3</sup>
  - Populations étudiées

1. Zhu et al., *Eur Neuropsychopharmacol*, 2017

2. Haddad et Correll, *Ther Adv Psychopharmacol*, 2018

3. Buchanan et al., *Schizophr Bull*, 2010



# Populations étudiées dans les RCT

- Risperidone (Risperdal) = dose cible de 4 à 6 mg/jour
  - Patients d'environ 38 ans, hospitalisés depuis 4 ans (durée médiane)<sup>1</sup>
  - En PEP?
  - Dose modale = 3 mg/jour (Schooler et al., 2005)<sup>2</sup>
- Abilify Maintena = dose initiale de 400 mg aux 4 semaines
  - Patients de 40 ans, diagnostic posé à 26 ans<sup>3</sup>
  - En PEP = fréquent < 300 mg<sup>4</sup>

1. Peuskens, *Br J Psychiatry*, 1995

2. Schooler et al., *Am J Psychiatry*, 2005

3. Kane et al., *J Clin Psychiatry*, 2012

4. Données internes, Clinique Notre-Dame des Victoires



# Évaluation de l'efficacité

---

---

## ENCADRÉ 1

### Exemples de questions inspirées de l'Échelle PSYRATS

Haddock, G., McCarron, J., Tarrier, N. et Faragher, E. B. (1999). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychol Med*, 29(4): 879-889. doi: 10.1017/s0033291799008661

- Depuis que vous prenez ce médicament, est-ce que l'intensité sonore des voix que vous percevez a changé? Est-ce que leur contenu est moins dérangent?
  - À quelle fréquence ces voix surviennent-elles? Y a-t-il des moments dans la journée où elles sont davantage présentes?
  - Quel pourcentage du temps ces voix vous importunent-elles? Est-ce que vous percevez un changement sur cette proportion depuis que vous prenez ce médicament?
  - D'où proviennent ces voix à votre avis? Est-ce qu'elles sont produites par votre cerveau ou elles viennent plutôt de l'extérieur de votre tête? Quel est votre niveau de conviction de l'origine de ces voix?
  - Qu'avez-vous envisagé pour y remédier?
- 
- 



# Sensibilité accrue aux effets indésirables

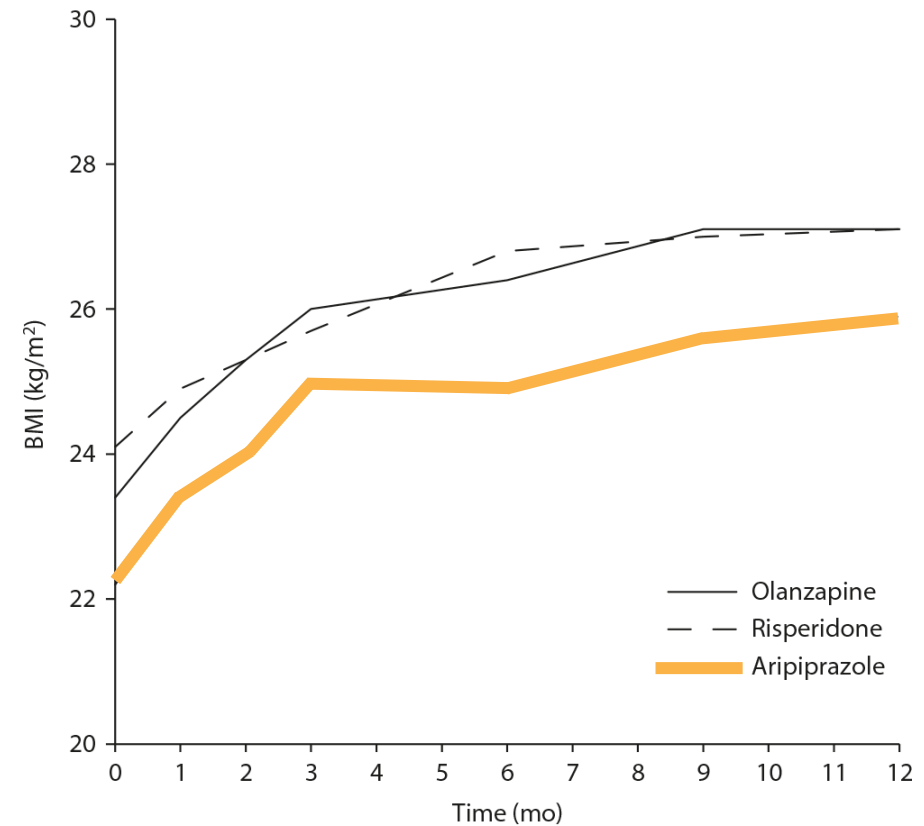
Exemple de l'aripiprazole:

Étude clinique  
randomisée:  
-0.2 kg à 52 semaines

Kane et al., *J Clin Psychiatry*, 2012

**vs**

Figure 3. Body Mass Index (BMI) Change From Baseline to Month 12



Mustafa et al., *J Clin Psychiatry*, 2019

# Tr. métaboliques et prise de poids

- Prise de poids plus fréquente chez les jeunes<sup>1</sup>
- Risque ↑ obésité, DLP, résistance à l'insuline, HTA, syndrome métabolique et DB2<sup>2</sup>
- Tr.  $\Psi$  plus à risque de maladie cardiovasculaire contribuant à la mortalité précoce
- Favoriser AP «neutre» a/n métabolique

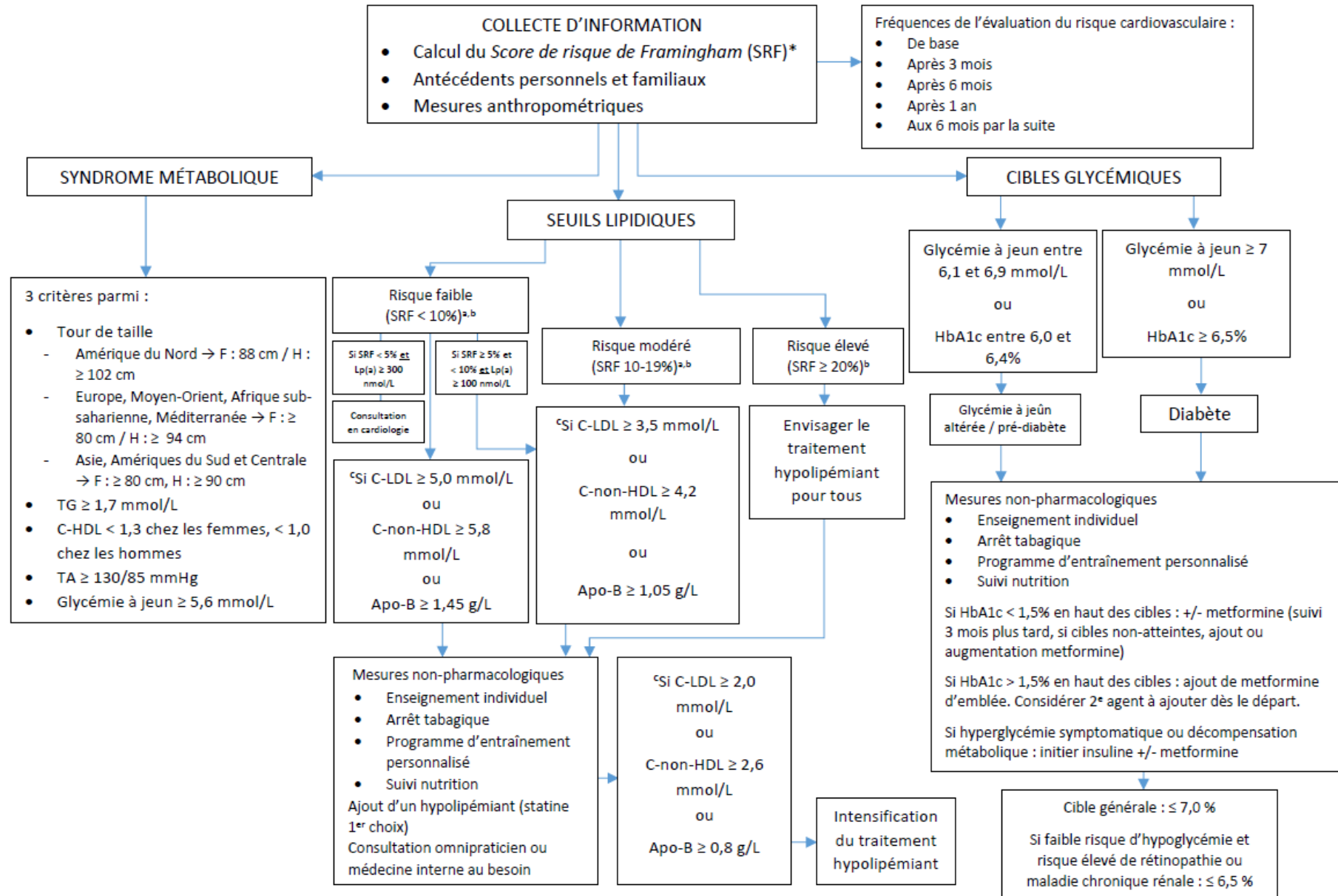
Risque d'impact métabolique <sup>3</sup>	Antipsychotique
Risque faible d'impact métabolique	Lurasidone, agonistes partiels
Risque modéré d'impact métabolique	Quétiapine, rispéridone/palipéridone
Risque élevé d'impact métabolique	Clozapine, olanzapine

(<sup>1</sup>Alvarez-Jimenez et coll., 2008; <sup>2</sup>Curtis et coll., 2016 ; <sup>3</sup>Taylor et coll., 2016)





# ALGORITHME DE SUIVI ET D'INTERVENTION AUTOUR DES RISQUES CARDIOVASCULAIRES



\*Calcul du *Score de risque de Framingham* disponible à l'adresse suivante : [https://ccs.ca/app/uploads/2020/12/FRS\\_fr\\_2017\\_fnl1.pdf](https://ccs.ca/app/uploads/2020/12/FRS_fr_2017_fnl1.pdf)

Références : Diabète Canada (Lignes directrices 2018) , Société canadienne de cardiologie (Lignes directrices 2021)

# Rôle du pharmacien communautaire

## Activités professionnelles des pharmaciens

- ✓ Prescrire des tests pour surveiller la thérapie médicamenteuse
- ✓ Modifier une thérapie médicamenteuse de manière autonome
  - ✓ Pour assurer la sécurité du patient
  - ✓ Pour assurer l'efficacité de la thérapie



# Troubles du mouvement

- Subtils et plus difficiles à détecter avec les AP de 2-3<sup>e</sup> gén.<sup>1, 2</sup>
- Akathisie, bougeotte, impatience motrice
- Dystonie, raideurs/crampes musculaires
- Ralentissement psychomoteur, bradyphrénie
- **Aspect figé, gamme émotionnelle réduite, « zombie »**
- **Prosodie altérée, débit ralenti, ton monotone**
- **↓ adhésion au traitement et ↓ rétablissement**

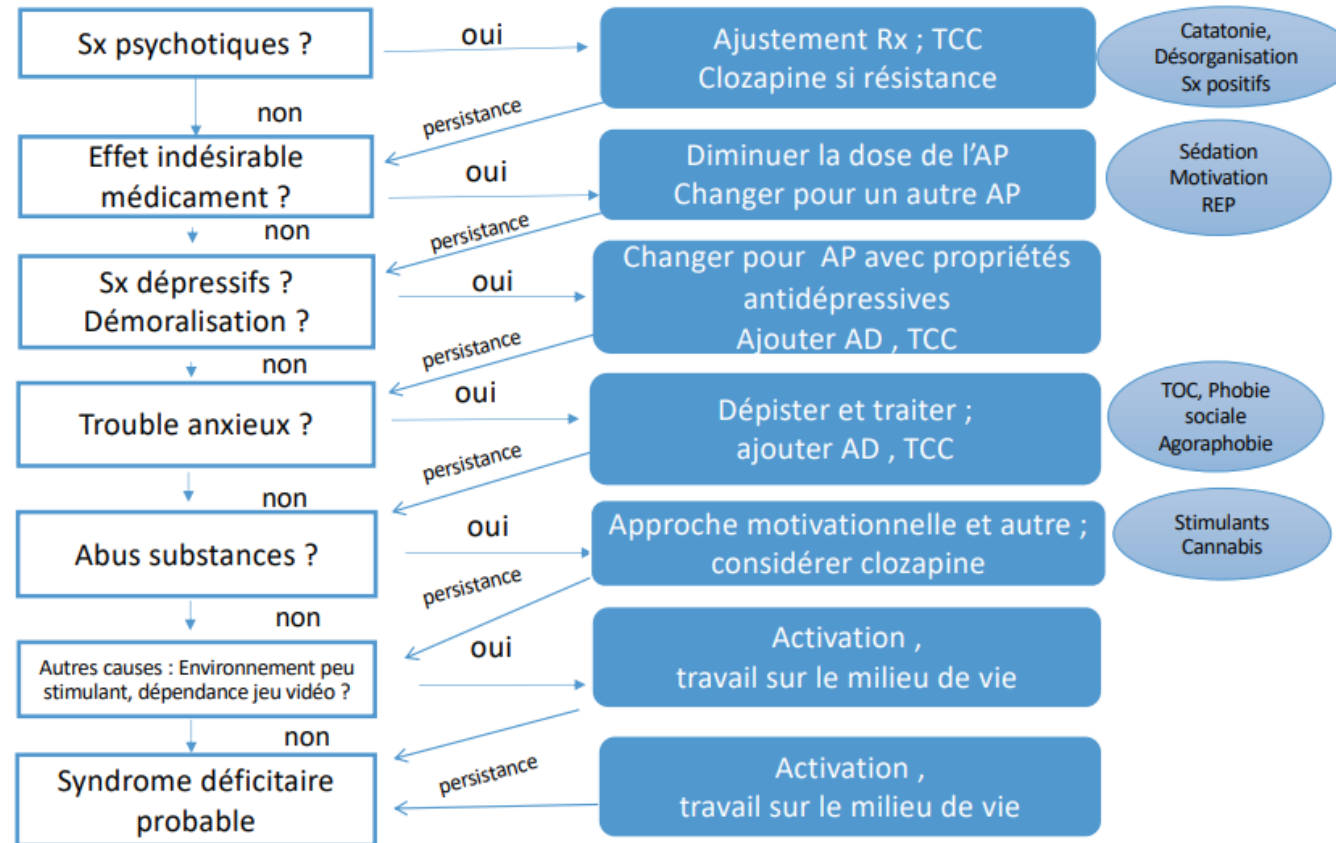
1. Carbon et al., *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2015

2. Garcia-Amador et al., *J Clin Psychopharmacol*, 2015



### ENCADRÉ 3

## Algorithme de détection et d'intervention pour contrer les symptômes négatifs



AP : antipsychotique ; AD : antidépresseur  
Rx : médicaments ; Sx : symptômes  
TCC : thérapie cognitivo-comportementale  
REP : réactions extrapyramidales  
TOC : trouble obsessionnel compulsif

## ENCADRÉ 5

### Principaux effets indésirables à surveiller et particularités

Rx	Sédation	↑Poids	REP	↑PRL	HTO	Autres
Aripiprazole	+/-	+	+	-	-	Trouble du contrôle pulsionnel
Asénapine	++	+	+	+/-	-	Dysgueusie, Hypoesthésie buccale
Brexpiprazole	-	+	+/-	-	+/-	Trouble du contrôle pulsionnel
Clozapine	+++	+++	-	-	+++	Anticholinergique, Hémato, Diabète, DLP, Tachycardie
Halopéridol	+	+	+++	+++	+	↑QTc
Lurasidone	+	+/-	++	+/-	-	Nausées
Olanzapine	++	+++	+/-	+	+	Diabète, DLP
Palipéridone/ Rispéridone	+	++	+++	+++	++	Tachycardie
Quétiapine	++	++	-	-	++	Anticholinergique, Hémato
Ziprasidone	+	+/-	+	+/-	+	↑QTc

REP : réaction extrapyramidale, PRL : prolactine, HTO : hypotension orthostatique, DLP : dyslipidémie

Incidence/Sévérité : +++ = élevée, ++ = modérée, + = faible, - = absent

Ce tableau ne représente pas une liste exhaustive des effets indésirables des antipsychotiques, mais tente plutôt d'établir un risque relatif entre les différentes molécules. Référez à la monographie complète des produits pour une description plus détaillée.

Tableau créé par Esthel Malenfant, pharmacienne, *Nanoprogramme en soins pharmaceutiques axés sur le rétablissement*, Faculté de pharmacie, 2021 ; Inspiré de Taylor, D., Paton, S. et Kapur, S. (2015). *The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry, 12th Edition*, ISBN 978-1-118-75460-3, 742 pages et de Procyshyn, R.M., Bezchlibnyk-Butler, K.Z. et Jeffrie, J.J. *Clinical handbook of psychotropic drugs*. ISBN: 9780889375611, 23rd ed. 2019, iv/454 pages

# Résistance au traitement

- Antipsychotique à action prolongée (APAP)
  - Pseudorésistance<sup>1</sup>
  - Prévention d'hospitalisation [NNT = 7]<sup>2</sup>
  - Avantages pharmacoéconomiques
  - ↑ Tolérance
- Clozapine
  - ~20% PEP → réponse partielle suivant 2 essais AP
  - Taux de réponse clozapine ~75%<sup>3</sup>

1. Stip et al., *Can J Psychiatry*, 2019  
2. Kane et al., *JAMA Psychiatry*, 2020  
3. Agid et al., *J Clin Psychiatry*, 2011



# Argument pro-clozapine

- Efficacité > sx positifs et possiblement sx négatifs
- Ø REP / DT
- ↓ Hostilité et violence
- Prévention du suicide
- Possibilité ↓ la toxicomanie
- ↓ Taux de mortalité
- ↓ Durée hospitalisation
- ↑ Adhésion au traitement



Département clinique de pharmacie du  
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux  
de la Capitale-Nationale

Québec 





# Craindre l'agranulocytose ?

- Neutropénie dans 3.8%, agranulocytose dans 0.4-0.9%
  - 90% des cas pendant la première année
  - Diminue considérablement après 12 mois
- Comparaison avec d'autres antipsychotiques
  - Risque non augmenté dans les études contrôlées
  - Risque non augmenté dans une étude longitudinale en situation réelle (n = 611)
- Dans la population générale
  - Neutropénie dans 0.8% (jusqu'à 4.5%)





# Neutropénie = fin de la clozapine ?

Review

## Clozapine rechallenge or continuation despite neutropenia or agranulocytosis using colony-stimulating factor: A systematic review

Olivier Corbeil<sup>1,2,3</sup> , Laurent Bécharde<sup>1,2,3</sup> , Émilien Fournier<sup>1,3</sup> , Maude Plante<sup>1,2</sup>, Marc-André Thivierge<sup>1,4</sup>, Charles-Émile Lafrenière<sup>1</sup>, Maxime Huot-Lavoie<sup>3,5</sup>, Sébastien Brodeur<sup>2,3,5</sup>, Anne-Marie Essiambre<sup>3,6</sup>, Marc-André Roy<sup>2,3,5</sup> and Marie-France Demers<sup>1,2,3</sup> 



Journal of Psychopharmacology  
2023, Vol. 37(4) 370-377  
© The Author(s) 2023



Article reuse guidelines:  
sagepub.com/journals-permissions  
DOI: 10.1177/02698811231154111  
journals.sagepub.com/home/jop

Short Report

## Clozapine rechallenge following neutropenia using granulocyte colony-stimulating factor: A Quebec case series

Laurent Bécharde<sup>1,2,5</sup> , Olivier Corbeil<sup>1,2,5</sup>, Maude Plante<sup>1,2</sup>, Marc-André Thivierge<sup>1,3</sup>, Charles-Émile Lafrenière<sup>1</sup>, Marc-André Roy<sup>2,4,5</sup> and Marie-France Demers<sup>1,2,5</sup>



Journal of Psychopharmacology  
2021, Vol. 35(9) 1152-1157  
© The Author(s) 2021



Article reuse guidelines:  
sagepub.com/journals-permissions  
DOI: 10.1177/02698811211029737  
journals.sagepub.com/home/jop



### BRIEF REPORT

## Clozapine Rechallenge or Continuation Despite Neutropenia, an Extended Follow-up of a Consecutive Quebec Case Series

Laurent Bécharde, PharmD,<sup>1,2,3</sup> Mahité Morasse-Bégis, MD,<sup>4</sup> Olivier Corbeil, PharmD,<sup>1,2,3</sup>  
Joseph-Raymond Hakim, MD,<sup>4</sup> Esthel Malenfant, BPharm, MSc,<sup>1,2</sup> Sébastien Brodeur, MD,<sup>2,3,4</sup>  
Maxime Huot-Lavoie, MSc,<sup>3,4</sup> Anne-Marie Essiambre, MSc,<sup>3,5</sup>  
Marie-France Demers, BPharm, MSc,<sup>1,2,3</sup> and Marc-André Roy, MD, MSc<sup>2,3,4</sup>

# Comment aborder clozapine avec la famille

- Est-ce que j'aime la clozapine ?
- Présenter les arguments pro-clozapine en premier
- Normaliser et explorer les préoccupations
- On ne peut pas prédire la réponse, mais généralement > 50% de réponse
- Se laisser 3 mois pour évaluer la réponse, mais on peut voir des gains encore avec le temps par la suite
- Parler des inconvénients une fois que la famille et le patient sont intéressés
- Il y a d'autres options si jamais la clozapine ne fonctionne pas



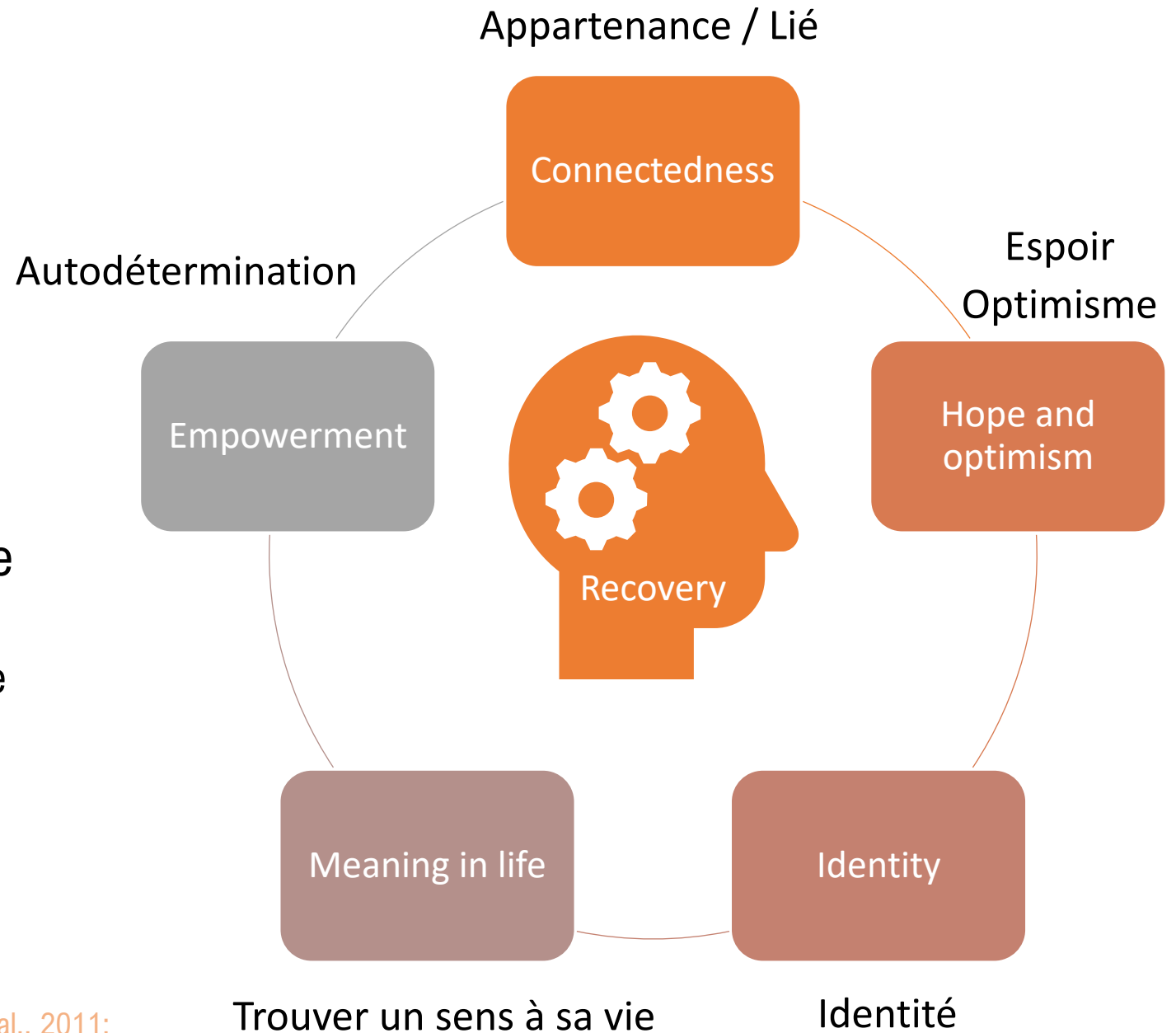
# Taux de rechute en PEP

- 60% de rechute sur 3 ans suivant un PEP
  - **Adhésion au traitement** → principale cause
  - 4-5 fois plus de risque
- **Consommation de substances**, non-reconnaissance de la maladie, craintes et stigmatisations vs usage Rx, posologie complexe



# Rétablissement

- Modèle du rétablissement CHIME
- Seulement ~50% des patients se rétablissent personnellement
  - Non-reconnaissance de la maladie
  - Traitement des comorbidités
  - Décision partagée



# Défi de la non-reconnaissance de la maladie

Quelques définitions: La **reconnaissance de la maladie** (« *clinical insight* ») est un concept multidimensionnel



## Reconnaître

Diagnostic de sa maladie  
Symptômes de sa maladie  
Conséquences de sa maladie  
Besoin d'un traitement



## Attribution à la maladie

Déficits  
Symptômes  
Conséquences



## Attribution au traitement

Bénéfices

Attribution rétrospective ou actuelle.



# Causes de la non-reconnaissance de la maladie



## Défense psychologique



## Stigmatisation

Aspect socio-politique et culture



## Anomalies cérébrales

Structurelles et/ou  
fonctionnelles



## Déficit neurocognitif

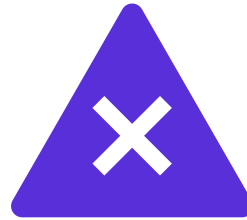
Métacognitif  
Cognition sociale



# Conséquences de la non-reconnaissance de la maladie



Impact négatif sur l'adhésion au traitement



Associée à une plus longue durée de psychose non traitée



Augmente le risque de rechute



# « *Insight paradox* »

- La reconnaissance de la maladie est associée
  - Symptômes dépressifs
  - Faible qualité de vie
- Reconnaissance de la maladie et le suicide ?
  - Variation dans le temps





# Traitement de la non-reconnaissance

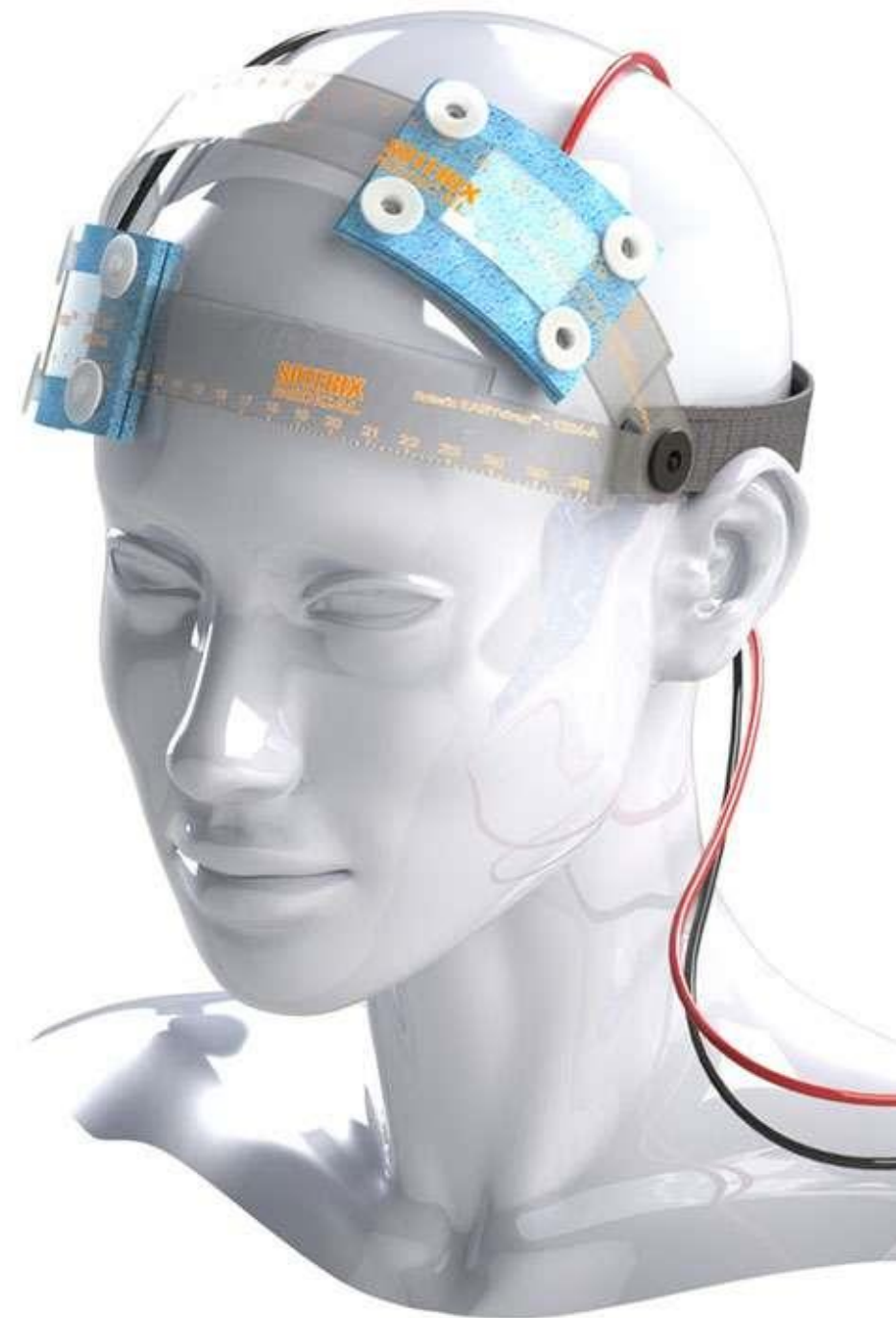
---

- Antipsychotiques (efficacité modeste)
- Effet généralement en 1.5 - 3 mois
- Taille d'effet ~ 0.5 à 1 point sur l'item G12 de la PANSS



# Traitement de la non-reconnaissance

- Psychoéducation
- Thérapie de métacognition (MCT, MERIT)
- Thérapie cognitive comportementale
- Neurostimulation (tDCS) → possiblement prometteuse, les circuits neuronaux exacts impliqués dans la non-reconnaissance demeurent inconnus



# Rétablissement



Une bonne reconnaissance de sa maladie → rémission et ↑ fonctionnement



Peu de preuves d'une relation entre la reconnaissance de la maladie et le rétablissement personnel

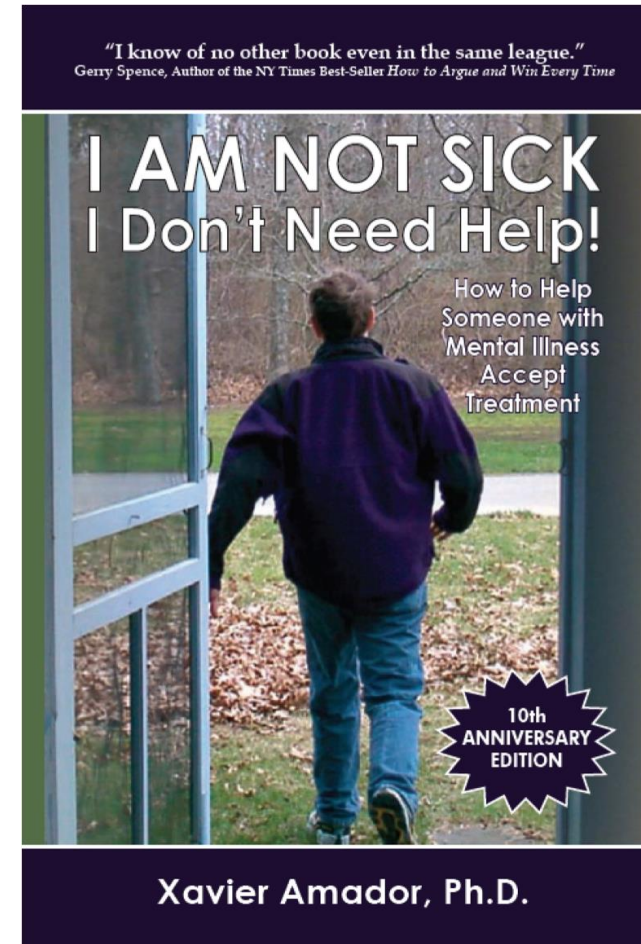


Uniquement la reconnaissance des symptômes serait associée au rétablissement



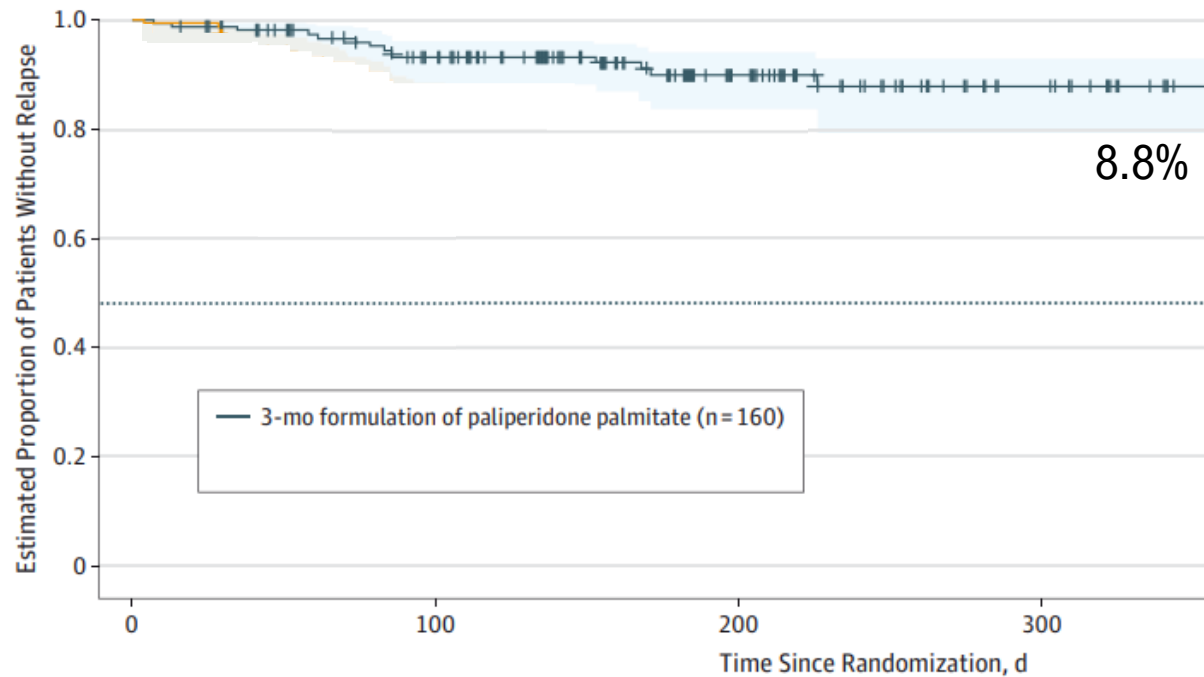
# Quoi faire si la non-reconnaissance persiste ?

- Approche **LEAP**
  - Miser sur l'alliance thérapeutique plutôt que sur la force de nos arguments
- **L** : Listen
- **E** : Empathize
- **A** : Agree on common ground
- **P** : Partner



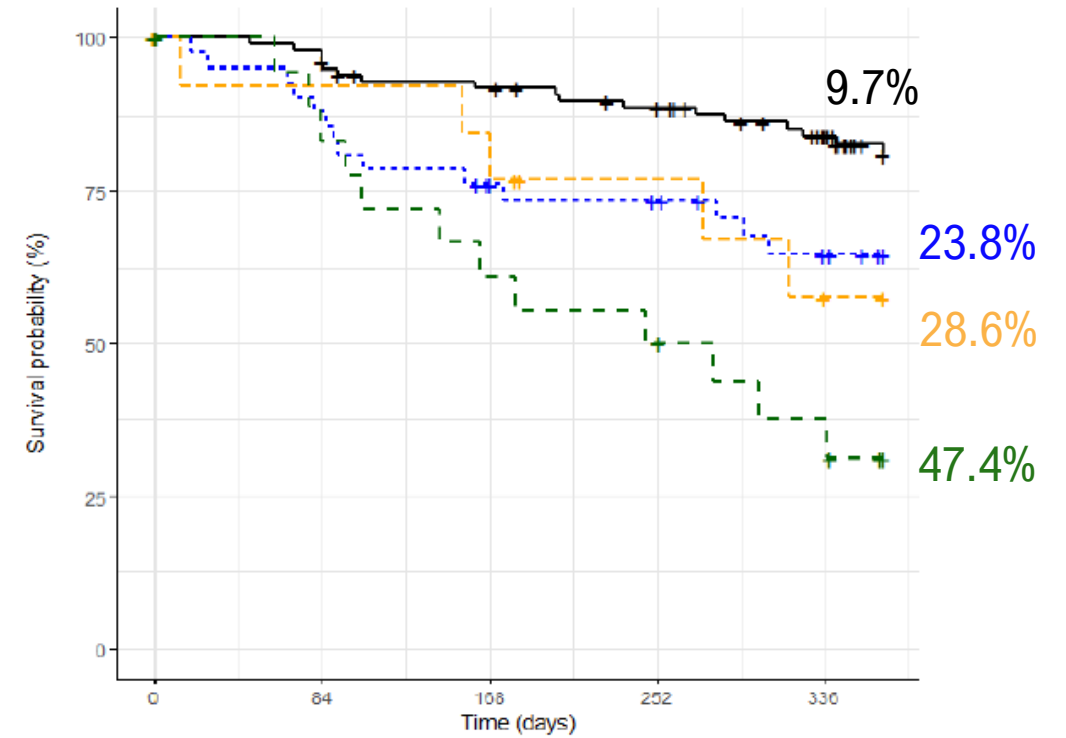
# Impact des comorbidités

## Exemple de l'Invega Trinza:



Berwaerts et al., *JAMA Psychiatry*, 2015

vs



Corbeil et al., *Ther Adv Psychopharmacol*, 2022

# Décision partagée - Problématique

- Décision partagée n'est pas faite de routine en psychiatrie
- Peu d'outils pour assister le clinicien dans le processus en PEP
- Manque de recherche important sur le sujet
- Promotion de l'autodétermination (empowerment)

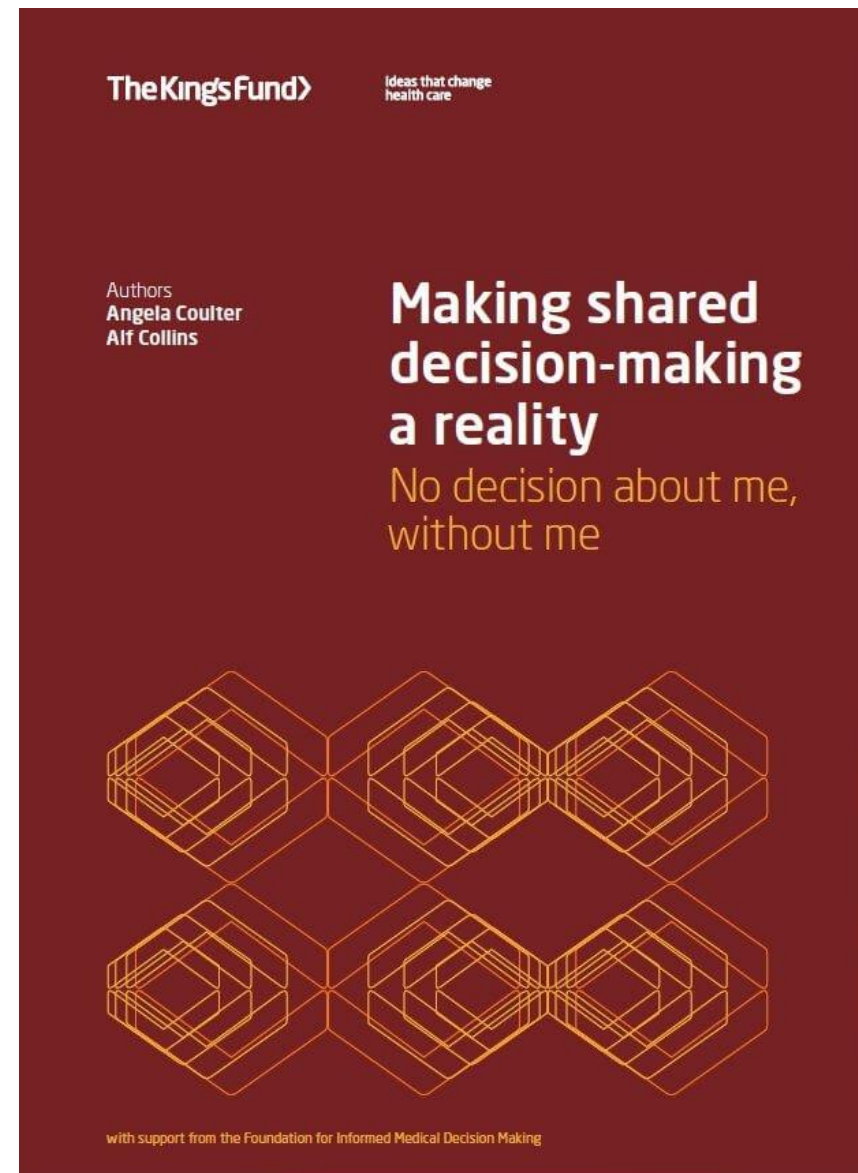




# Prise de décision partagée

La prise de décision partagée est un processus où le clinicien travaille de pair avec le patient pour prendre une décision éclairée basée sur les meilleures données probantes en concordance avec les valeurs, les préférences et la situation du patient.

Coulter et Collins, 2011



# Exemple

- Quand arrêter le traitement antipsychotique ?

Begemann et al., 2020; Moncrief et al., 2019; Weller et al., 2019

STUDY PROTOCOL

Open Access



To continue or not to continue?  
Antipsychotic medication maintenance versus dose-reduction/discontinuation in first episode psychosis: HAMLETT, a pragmatic multicenter single-blind randomized controlled trial

Open access

Protocol

**BMJ Open Randomised controlled trial of gradual antipsychotic reduction and discontinuation in people with schizophrenia and related disorders: the RADAR trial (Research into Antipsychotic Discontinuation and Reduction)**

WILEY

ORIGINAL ARTICLE

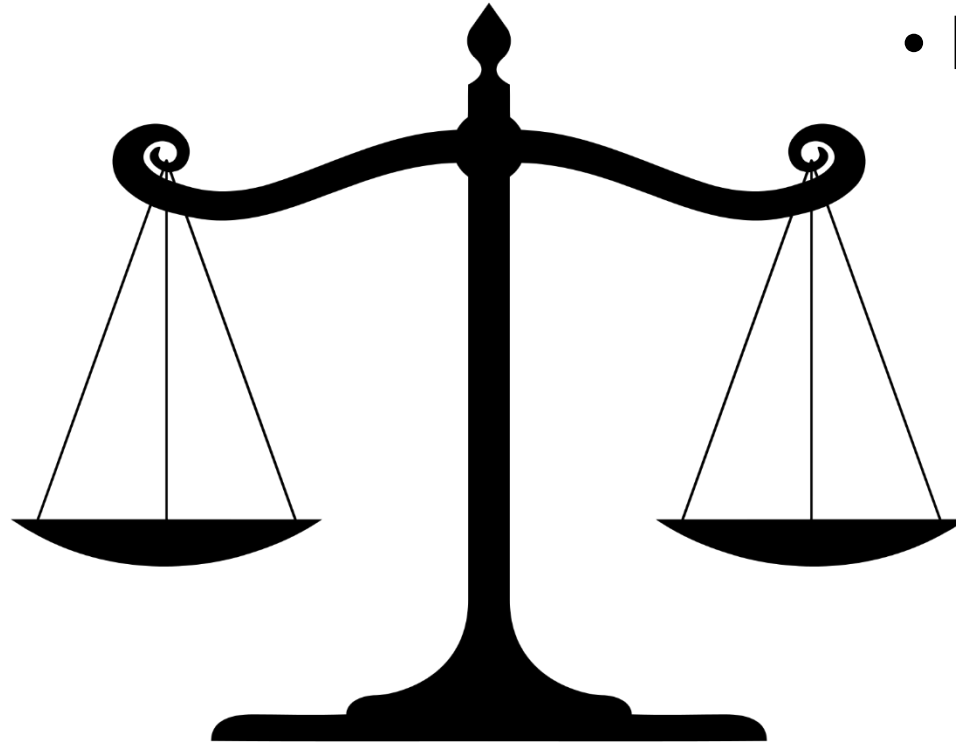
**Can antipsychotic dose reduction lead to better functional recovery in first-episode psychosis? A randomized controlled-trial of antipsychotic dose reduction. The reduce trial: Study protocol**



# Poursuivre un antipsychotique

- Bénéfices

- Prévention rechutes  
RRR = 0.36 – 0.57
- Diminution mortalité  
RR = 0.39 – 0.73



- Risques

- Effets indésirables à court et long terme
- Moins de rétablissement ?

# Outils d'aide à la décision (OAD)

- Aident les patients à prendre une décision éclairée en concordance avec leurs préférences
- Existent sous plusieurs formes
- Objectifs :
  - **Informer** le patient des options et des données probantes;
  - Encourager l'**implication** dans la décision;
  - Guider le patient vers une décision qui **respecte ses valeurs**.

## Antipsychotic medication: continue, adjust, or stop?

Use this decision aid to help you, your caregiver, and your doctor (prescriber) decide how to best manage your medication. This decision aid is most appropriate for people who take medication for psychosis and for those who have had psychosis for the first time.

Frequently Asked Questions ↓	Continue antipsychotic medications	Adjust antipsychotic medications	Stop antipsychotic medications
<b>What does this involve?</b>	Making no changes to your medications. Please ask your doctor about the effects of continuing to use antipsychotic medications. It is important to work closely with your doctor.	Taking more or less medication, adding or changing if needed. It is best to take the fewest number of medications at the lowest dose that works. Adjusting medication is best done with help from your doctor.	Slowly stopping your medications. This is best done with help from your doctor and may involve learning other ways to manage your symptoms.
<b>What are the benefits?</b>	You can expect things to stay the same. Medications can help you focus less on symptoms and more on the things that are important to you, like work or school.	You may have fewer medication side effects, such as sleepiness, uncontrollable movements and weight gain.	You can avoid medication side effects such as sleepiness, uncontrollable movements and weight gain.
<b>What are the risks?</b>	Common side effects are sleepiness, uncontrollable movements, weight gain, and other effects such as sexual problems. You might not be on the dose or combination of medications that's best for you.	Symptoms may come back on a lower dose, and you may find it hard to work or concentrate. You may need more check-ups with your doctor to make sure that symptoms don't come back.	Your symptoms may get worse if you stop taking medication. Roughly 80 in every 100 people (80%) will have symptoms again in the year after stopping medications. These symptoms may cause you to go back to a hospital or psychiatric community clinic.
<b>How can I lower the risks?</b>	You can try to find ways to limit side effects, such as by eating healthy food, joining patient groups and staying physically active.	Keep track of how you feel and talk with your doctor. You can try support groups, mobile apps, or writing in a journal so that you know if your medications are	Talk regularly with your doctor, a mental health counselor, family members or a friend. Follow the schedule as you lower the medication dose. Don't downplay



## Depression Medication Choice Decision Aid

		WEIGHT	SEX	SLEEP	COST	NONE	MORE LIKELY	STOPPING	SICK IF YOU SKIP
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Citalopram Celexa®	+	-	•	\$	+	+	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Escitalopram Lexapro®	+	-	•	\$	+	+	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Fluoxetine Prozac®	-	-	•	\$	+		
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Fluvoxamine Luvox®	•	-	•	\$	+	+	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Paroxetine Paxil®	+	-	•	\$	+	+	+
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Sertraline Zoloft®	+	-	•	\$	+		

# Outils d'aide à la décision (OAD)

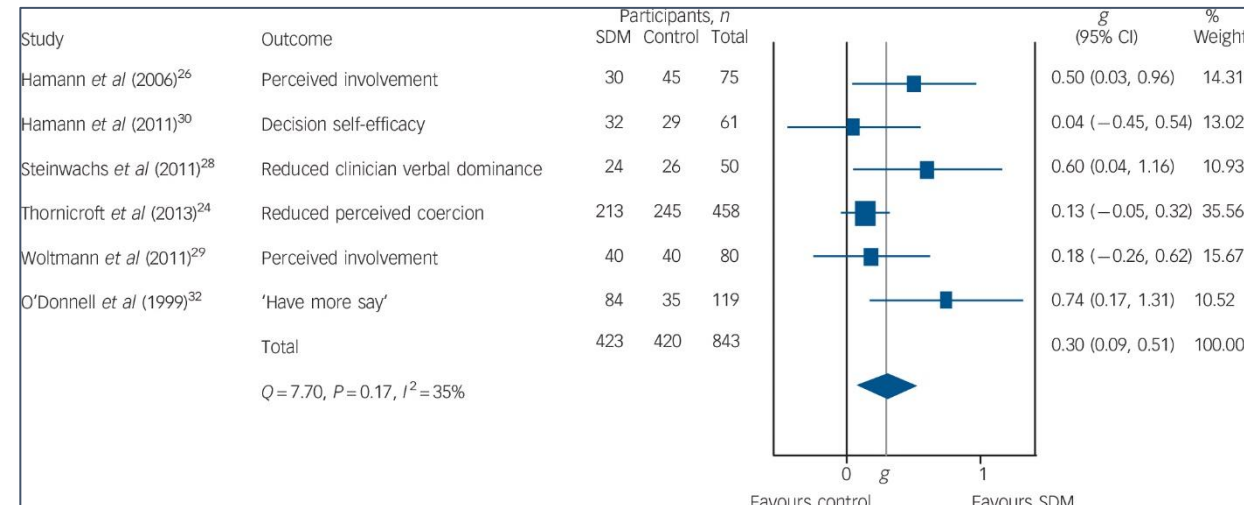
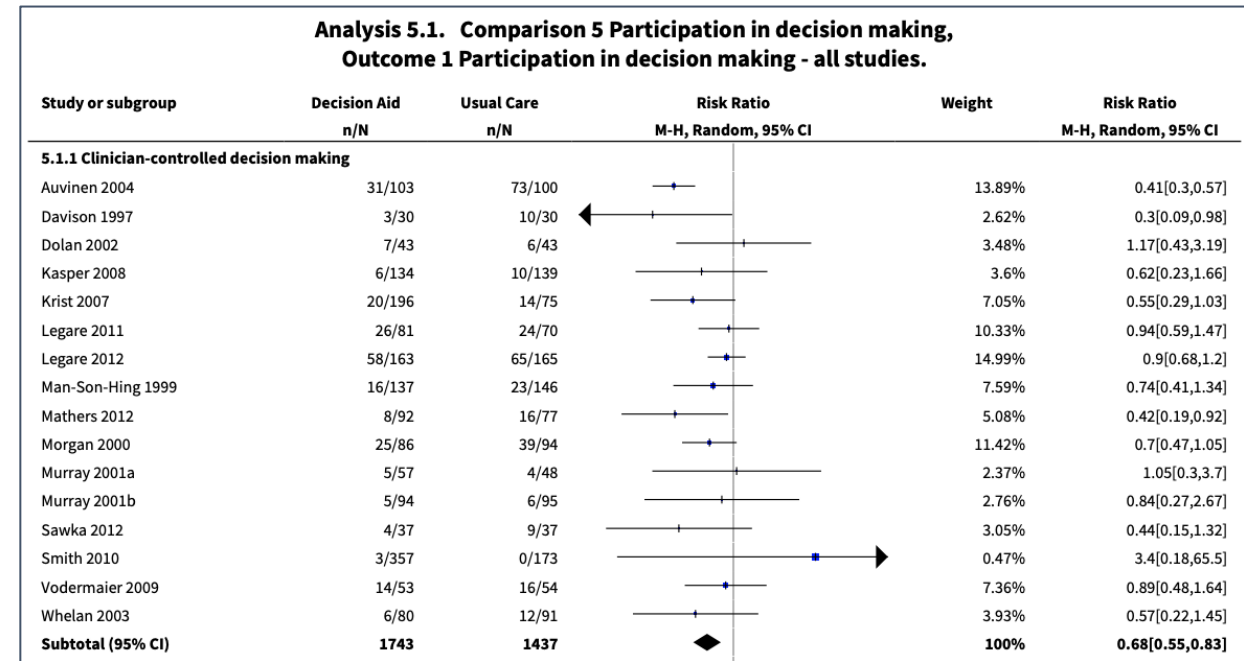
Méta-analyse sur l'utilisation des OAD en santé

- Décisions plus informées
- Plus confortable avec les décisions
- **Meilleure implication dans les décisions**

Méta-analyse sur les interventions de décision partagée en psychose

- **Améliore l'autodétermination**

Stacey et al., 2017; Stovell et al., 2016



# A Systematic Review of Shared Decision Making Interventions for Service Users with Serious Mental Illnesses: State of Science and Future Directions

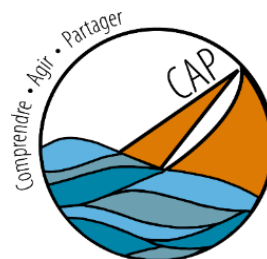
Elizabeth C. Thomas, PhD<sup>1,\*</sup>, Shelly Ben-David, PhD<sup>2</sup>, Emily Treichler, PhD<sup>3,4</sup>, Stephanie Roth, MLIS<sup>1</sup>, Lisa Dixon, MD, MPH<sup>5</sup>, Mark Salzer, PhD<sup>1</sup>, Yaara Zisman-Ilani, MA, PhD<sup>1</sup>

**Conclusions:** Findings suggest important future directions for research, including the need to evaluate the impact of SDM in special populations (e.g., young adults and racial-ethnic minority groups); to expand interventions to a broader array of decisions, users, and contexts; and to establish consensus measures to assess intervention effectiveness.



Consortium canadien  
**d'intervention précoce  
pour la psychose**

**Questions?**



**Merci à nos partenaires!**

# Évaluation

**À la fin du webinaire, votre navigateur vous dirigera vers  
notre formulaire d'évaluation ; vos commentaires sont si  
précieux !**