

13 mai 2021

Mémoire préparé par un groupe de psychiatres québécois sur l'aide médicale à mourir (AMM) lorsque qu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué (TM-SPMI) soumis à La Commission spéciale sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie de l'Assemblée nationale du Québec

Mesdames et Messieurs Membres de la Commission,

Nous voulons par la présente discuter du document provisoire rédigé par six psychiatres québécois ainsi que 2 partenaires communautaires et diffusé par l'Association des médecins psychiatres du Québec (Accès à l'aide médicale à mourir pour les personnes atteintes de troubles mentaux. Document de réflexion. Novembre 2020. AMPQ). Comme ce document soutient que l'on devrait permettre l'AMM pour troubles mentaux, nous sommes conscients que ce document pourrait être invoqué comme argument que la communauté des psychiatres au Québec est largement en faveur de cette expansion, ce qui n'est pas exact, et que l'implantation de la pratique au Québec se ferait sans problèmes et controverses, ce qui n'est pas vrai non plus.

Nous reconnaissons les efforts de ce comité pour aborder un sujet difficile ainsi que pour la qualité du document présenté.

Notons cependant d'emblée qu'il s'agit de l'opinion de ce comité et ne devrait pas être conçu comme représentant l'opinion de la majorité des psychiatres du Québec. On fait référence à un sondage dans le document qui aurait été répondu par 21 % des psychiatres mais qui n'est pas publié. On ne peut donc pas vraiment tirer de conclusion solide de ce sondage.

Nous notons également que ce rapport a été discuté lors d'un forum organisé par le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec le 14 décembre et qui était biaisé en faveur de l'ouverture de l'aide médicale à mourir (euthanasie selon l'acception usuelle), et dont une conférence principale du forum était présentée par une militante de l'euthanasie en Belgique.

Nous présentons ce document en tant que psychiatres et non pas en tant que représentants officiels des organisations auxquelles nous sommes affiliés.

Dans un but de concision, nous résumons nos réflexions dans les points suivants :

1. Les troubles mentaux présentent des caractéristiques essentielles qui les différencient fondamentalement des maladies physiques.
 - a. Mentionnons que les idées suicidaires font partie des symptômes principaux et intrinsèques associés à la plupart des troubles psychiatriques sévères. Plus,

il n'est pas possible sur une base clinique de différencier les idées suicidaires de ce que l'on considérerait comme étant une demande authentique d'euthanasie (aide médicale à mourir). L'histoire de la psychiatrie révèle qu'à chaque fois que l'on croyait que des symptômes ou des signes étaient spécifiques à une maladie (pathognomoniques), ceci ne s'est pas avéré par les études rigoureuses par la suite. Par exemple, l'on croyait que certains symptômes psychotiques étaient spécifiques à la schizophrénie et non pas au trouble bipolaire, ce qui a été infirmé clairement par la suite (nous parlons ici par exemple des symptômes Schneidériens). Seule l'évolution du patient pouvait permettre de conclure au diagnostic précis.

- b. Il en est ainsi pour le désir de mourir : nous ne pouvons connaître sa véritable nature qu'après avoir observé l'évolution. Malheureusement, si l'on conclut au mauvais diagnostic, on ne peut plus revenir en arrière car le patient est mort par injection létale.
- c. Toutes les maladies sont différentes et on ne peut pas appliquer les mêmes critères pour toutes. Les troubles psychiatriques sont caractérisés par un processus au long cours dont le désir de vivre est atteint au premier plan. Comme il a été démontré dans des études rigoureuses, le désir de vivre et de mourir est un processus fluide, fluctuant. Le désir de se suicider fait partie intrinsèque de la maladie. Et, tel que démontré chez les patients paraplégiques, ces fluctuations parfois se mesurent en terme d'années et non pas en terme de jours ou de quelques mois tel que souvent proposé. Les patients finissent par s'adapter et à vouloir vivre contre toute attente.
- d. De plus, une incertitude pronostique est toujours présente dans les troubles psychiatriques. Il n'est pas rare d'observer une amélioration importante suite à la rencontre d'une personne significative, de l'essai d'un nouveau traitement, de la présence d'une équipe de soins dynamique, ou de la découverte d'un nouveau sens à la vie. Cette amélioration fait aussi souvent partie de l'évolution naturelle de la maladie (par exemple, schizophrénie, dépression ou trouble sévère de la personnalité).
- e. Le caractère irrémédiable de la pathologie n'est donc pas présent dans le cas des troubles psychiatriques, et par conséquent, ce critère nécessaire à l'AMM est absent. Par exemple, une étude sur 118 patients atteints de dépression qualifiée de « résistante au traitement » a révélé que la majorité (60,2%) a atteint une rémission complète, dont 43,8 % des 118 patients présentaient une rémission complète prolongée d'au moins 6 mois (Fekadu, British J Psychiatry 2012(5) : 369 – 375).
- f. Le refus de traitement est également une composante intrinsèque des troubles mentaux. Il n'y a aucune discipline où l'on obtient aussi

fréquemment des ordonnances de traitement de la cour pour obliger les patients à se faire soigner et à recevoir des traitements pharmacologiques contre leur gré par exemple; et les patients s'en voient grandement améliorés et dans certains cas peuvent reprendre une vie quasi normale. Le devoir de proposer un traitement approprié est intrinsèque à la déontologie du médecin ; il est surprenant que les autorités, dont le Collège des médecins du Québec, nous demandent de sursoir à ce devoir lorsque le patient demande à mourir. En effet, il est du devoir du médecin de proposer des traitements appropriés, proportionnés, et de ne pas simplement se fier à l'opinion subjective du patient, certes très importante, mais qui ne représente pas l'unique critère de décision thérapeutique.

- g. Ainsi, il est inconcevable de laisser le patient décider qu'un médecin doit mettre fin à ses jours alors que la science confirme jour après jour que ces personnes peuvent être soulagées, améliorées, et même relancées sur une trajectoire de vie gratifiante. On n'autoriserait pas un patient à recevoir une lourde chirurgie avant d'avoir essayé d'autres traitements beaucoup plus légers, tel que la prise de médicaments ou une amélioration des habitudes de vie. Par exemple, un patient qui présenterait un diabète et qui voudrait d'emblée recevoir une greffe du pancréas se ferait évidemment refuser cette intervention avant d'avoir essayé des interventions moins agressives.
 - h. L'ambivalence face au traitement demeure également une caractéristique fréquente et importante dans le cas des troubles mentaux, et c'est le travail des équipes de soins d'accompagner le patient avec sensibilité et respect dans son cheminement thérapeutique.
 - i. Dans le contexte du traitement pour troubles mentaux, la relation entre le patient et les soignants et l'attitude des soignants peuvent jouer un rôle particulièrement significatif, et le devoir du psychiatre et des autres professionnels de la santé demeure de tenter d'instiller l'espoir, qui est un ingrédient thérapeutique très précieux. La suggestion que le patient peut obtenir de l'AMM au lieu d'un traitement pour améliorer sa qualité de vie est dans ce contexte contre-indiquée et incompatible avec le rôle clinique : amener le patient dans le couloir du désespoir est un véritable non-sens.
2. Lors des présentations favorables et militantes en faveur de l'euthanasie pour les personnes atteintes principalement de troubles mentaux, l'on donne souvent l'exemple d'un trouble obsessionnel-compulsif sévère qui résiste à tous les traitements. Il s'agit d'un cas extrêmement rare et les données ne confirment pas cet exemple typique en fait. Une étude par Kim publiée en 2016 (JAMA Psychiatry 73(4) :362-368), et très étonnamment non recensée dans le rapport de l'AMPQ, a été réalisée

pour étudier une série de 66 cas aux Pays-Bas qui ont subi l'euthanasie pour des raisons primaires de troubles mentaux. Des troubles beaucoup plus courants et traitables étaient représentés : dans 55 % des cas, les troubles dépressifs constituaient le diagnostic psychiatrique principal. La majorité des patients avait un trouble de personnalité, était solitaire et isolée socialement. 70 % des cas étaient des femmes, ce qui représente l'inverse de ce que l'on observe pour les suicides; on peut suspecter que l'on a ainsi rendu le suicide plus « disponible » pour les femmes.

Une autre étude, chez des patients belges atteints de troubles mentaux demandant l'euthanasie, démontre l'élargissement excessif et idiosyncrasique du concept de souffrance intolérable. Cette étude révèle que des psychiatres ont accepté qu'une composante importante de la souffrance intolérable admissible à l'euthanasie puisse provenir d'aspects sociaux, économiques et même existentiels, tels que la perte d'un être cher, d'un ami, d'un animal de compagnie, de problèmes financiers ou du sentiment d'être un fardeau pour la société (Verhofstadt, British J Psychiatry 2017 (211) : 238-245).

3. Nous ne voulons surtout pas inférer au sujet des intentions des équipes traitantes; il s'agit de phénomènes souvent inconscients. L'on se doit cependant de reconnaître que ces patients génèrent beaucoup d'impuissance et de frustration dans les équipes de soins. Le fait de pouvoir leur offrir l'aide médicale à mourir donne un sentiment de libération et d'avoir un outil pour répondre à leur détresse, et ainsi répondre à notre propre impuissance, et de mettre fin à un fardeau lourd à porter à la fois pour le patient, ses proches et son équipe traitante.

4. Le document souffre également d'une lacune importante : le mot et le concept de soins palliatifs en sont complètement exclus, tout comme l'expertise en soins palliatifs dans la rédaction du document. Contrairement aux maladies physiques, l'on saute directement de traitement actif, curatif, à l'euthanasie, sans passer par une phase palliative. Dans la médecine moderne, il y a une phase importante de soins palliatifs qui vise premièrement à soulager la souffrance. Bien que ce concept soit émergent en psychiatrie, il se doit d'être développé. Ces interventions palliatives doivent être étudiées. Bien qu'il soit difficile de nommer des interventions avec données probantes, ce qui est aussi le cas en soins palliatifs physiques par ailleurs, nous pouvons ici par exemple penser à différentes interventions pharmacologiques en utilisant des psychodysléptiques (par exemple la kétamine et la psilocybine), les interventions de neurostimulation diverses, et surtout les interventions psychothérapeutiques que tel que les interventions pour accompagner les patients dans la souffrance et les aider à créer du sens malgré des conditions adverses extrêmes, entre autres fondées sur la logothérapie de Victor Frankl. Proposer l'euthanasie pour les patients atteints de troubles mentaux correspond à

un saut inacceptable, où l'on fait complètement abstraction d'une phase thérapeutique essentielle, les soins palliatifs, en médecine moderne.

5. Enfin, plusieurs spécialistes en bioéthique, dont le groupe de bioéthique de l'Université Yale, concluent qu'il est clairement prématuré d'ouvrir l'AMM aux patients atteints de troubles mentaux (Zhong, American J Bioethics 2019 (10), 61-63- Voir aussi pour la perspective canadienne : Expert Advisory Group on Medical Assistance in Dying, Canada at a Crossroads: Recommendations on Medical Assistance in Dying and Persons with a Mental Disorder: An Evidence-Based Critique of the Halifax Group IRPP Report; Toronto: EAG, 2020).

Ainsi, favoriser l'aide médicale à mourir présentement pour les patients atteints de troubles mentaux s'avère :

- Inapproprié : le désir de mourir et le refus des soins fait partie intégrante de la maladie et ils s'améliorent avec le traitement du trouble mental;
- Dangereux : le désir de mourir fluctue, se corrige, s'améliore, le pronostic est incertain et souvent favorable, et se décline sur des années et non pas sur des jours ou des mois;
- Fait fi du devoir déontologique du médecin de proposer des soins adaptés et proportionnels en recourant à une solution ultime d'emblée basée sur le seul désir du patient;
- Démontre que la majorité des patients qui s'en prévalent souffrent de troubles mentaux courants et hautement traitables contrairement à ce que soutiennent les organisations militantes pour l'euthanasie;
- Contribue à l'élimination de patients qui pourraient représenter un fardeau pour les familles et les équipes de soins;
- Représente un court-circuit inapproprié en médecine moderne sans avoir recours à des soins palliatifs adaptés aux troubles mentaux.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à ces considérations, veuillez accepter, Mesdames et Messieurs Membres de la Commission, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Cosignataires :



Pierre R. Gagnon, MD, FRCPC, DABPN
Psychiatre spécialisé en psycho-oncologie
Directeur et Professeur titulaire, Département de psychiatrie et de neurosciences
Faculté de médecine, Université Laval
Directeur, Réseau québécois de recherche en soins palliatifs et de fin de vie du FRQS
Directeur, Équipe de recherche Michel-Sarrazin en oncologie psychosociale et en soins palliatifs
Centre de recherche du CHU de Québec – Université Laval, axe Oncologie
Centre de recherche sur le cancer, Université Laval

Correspondance :

Dr Pierre R. Gagnon

Psycho-oncologie

L'Hôtel-Dieu de Québec – CHU

11, Côte du Palais

Tel. : 418-525-4444 #15808

Québec, Québec

Fax : 418-691-5019

G1R 2J6, Canada

courriel : pierre.gagnon@crhdq.ulaval.ca

Bertrand Major, MD, CSPQ

Psychiatre

CISSS de Lanaudière

Joliette, QC

Dr Joel Paris

Professeur émérite de psychiatrie

Université McGill

Montréal, QC

François Rousseau, MD, FRCPC
Psychiatre spécialisé en géro-psycho-geriatrie
Co-chef, Département de psychiatrie
CIUSSS de la Capitale Nationale et
Institut universitaire en santé mentale
Québec, QC

Nedjma Sebti, MD, CSPQ, FRCPC
Psychiatre
CISSS de Lanaudière
Joliette, QC

Jean-Marie Albert, MD, CSPQ, FRCPC, DFAPA, DFCPA
Psychiatre retraité
Joliette, QC

Gabriella Gobbi, MD, PhD
Professeur de psychiatrie
Université McGill
Psychiatre
Centre universitaire de santé McGill

Louis Morissette, MD, FRCPC
Psychiatre légiste
Institut national de psychiatrie légale Philippe -Pinel
Professeur adjoint de clinique
Département de psychiatrie et addictologie
Université de Montréal

Hervé Amand, MD, CSPQ
Psychiatre
CISSS de Lanaudière
Joliette, QC

Nive Morin MD, CSPQ, FRCPC
Psychiatre
CISSS de Lanaudière
Joliette, QC

David Bloom, MD, CSPQ
Psychiatre
Chef médical
Direction des programmes santé mentale et dépendances
Continuum Troubles psychotiques
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest de l'Île de
Montréal
Institut universitaire en santé mentale Douglas

May 13, 2021

Brief on mental health as sole criterion for medical aid in dying (MAiD) (TM-SPMI)

Presented by a group of Quebec psychiatrists

Submitted to the Commission spéciale sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie of the Assemblée Nationale du Québec

Dear Members of the Commission,

In this brief we wish to discuss the draft document prepared by six Quebec psychiatrists and two community partners and distributed by the *Association des médecins psychiatres du Québec* (Access to medical assistance in dying for persons with mental disorders. Discussion paper. November 2020. AMPQ). As this document proposes that MAiD should also be allowed for mental disorders, we are aware that it could be used as an argument that the psychiatric community in Quebec is largely in favour of this expansion, which is not the case, and that the implementation of the practice in Quebec would be without problems and controversy, which is not true either.

We recognize the efforts of this committee to address a difficult subject, as well as the quality of the document presented.

However, it should be noted at the outset that this document represents the opinion of the committee, and should not be construed as representing the opinion of the majority of psychiatrists in Quebec. Reference is made in the document to a survey that is reported to have been answered by 21% of psychiatrists, but which has not been published. Therefore, no firm conclusion can be drawn from this survey.

We also note that this report was discussed at a forum organized by the Quebec Ministry of Health and Social Services on December 14, which was biased in favour of broadening access to medical aid in dying (generally known as euthanasia), and that a keynote lecture at the forum was presented by a Belgian euthanasia activist.

We present this paper as psychiatrists, and not as official representatives of the organisations with which we are affiliated.

For the sake of brevity, we summarise our thoughts in the following points:

1. Mental disorders have essential characteristics that fundamentally differentiate them from physical illnesses.
 - a. Suicidal ideation is one of the main and intrinsic symptoms associated with the majority of severe psychiatric disorders. Moreover, it is not possible on a clinical basis to

differentiate suicidal ideation from what would be considered a genuine request for euthanasia (medical aid in dying). The history of psychiatry reveals that whenever it was believed that symptoms or signs were specific to a disease (pathognomonic), this was disproven by subsequent rigorous studies. For example, some psychotic symptoms were thought to be specific to schizophrenia and not to bipolar disorder; this was later clearly disproven (we refer here to Schneiderian symptoms, for example). Only the patient's evolution can allow for a precise diagnosis.

b. The same applies to the desire to die: we can only know its true nature after observing its evolution. Unfortunately, if we later conclude that a patient's diagnosis was incorrect, we can no longer turn back if the patient has died by lethal injection.

c. All diseases are different and the same criteria cannot be applied to all of them. Psychiatric disorders are characterised by a long-term process in which the desire to live is at the forefront of our concerns. As demonstrated in rigorous studies, the desire to live or to die is a fluid, fluctuating process. The desire to commit suicide is an intrinsic part of the illness. And, as demonstrated in paraplegic patients, these fluctuations are sometimes measured in terms of years, not days or a few months as proposed in the bill. Patients end up adapting to their disability and wanting to live against all odds.

d. Moreover, prognostic uncertainty is always present in psychiatric disorders. It is not uncommon to observe a marked improvement following an encounter with a significant other, a new treatment trial, the presence of a dynamic care team in the patient's life, or the discovery of a new meaning in his or her life. This improvement is also often part of the natural course of the disease (e.g. schizophrenia, depression or severe personality disorder).

e. Irremediability of the disease is therefore not present in the case of psychiatric disorders, and consequently this criterion necessary for MAID is absent. For example, a study of 118 patients with depression described as "resistant to treatment" revealed that the majority (60.2%) achieved complete remission, and for 43.8% of the 118 patients the complete remission lasted at least 6 months (Fekadu, *British J Psychiatry* 2012(5) : 369 - 375).

f. Refusal of treatment is also an intrinsic component of mental disorders. There is no discipline in which court orders for treatment are so frequently obtained, to compel patients to receive treatment and medication against their will, for example; and patients are greatly improved and in some cases can return to a near-normal life. The duty to provide appropriate treatment is intrinsic to medical ethics; it is surprising that certain authorities, including the *Collège des médecins du Québec*, ask us to suspend this duty when the patient asks to die. Indeed, it is the physician's duty to propose

appropriate, proportionate treatment and not simply to rely on the patient's subjective opinion, which is certainly very important, but which is not the sole criterion for therapeutic decisions.

g. Thus, it is inconceivable to let the patient decide that a physician must take his or her life, when science confirms day after day that these people's suffering can be relieved and improved, and they can return to a gratifying life trajectory. A patient would not be allowed to undergo major surgery before trying other, less invasive treatments, such as medication or lifestyle improvements. For example, a patient with diabetes who requested an immediate pancreas transplant would obviously be refused this procedure until less aggressive interventions had been tried and failed.

h. Ambivalence towards treatment also remains a frequent and significant characteristic of mental disorders, and care teams have the task of accompanying the patient with sensitivity and respect along the therapeutic path.

i. In the context of treatment for mental disorders, the relationship between patient and health professionals, as well as the attitude of the health professionals, often plays a particularly significant role, and the duty of the psychiatrist and other health professionals is to try to instil hope, which is a very valuable therapeutic ingredient. The suggestion that the patient can obtain MAID instead of treatment, to improve his or her quality of life, is in this context contraindicated and incompatible with the clinical role which should not be to lead the patient down the corridor of despair.

2. In presentations in favour of, and advocating for, euthanasia for people with primary mental disorders, the example of severe obsessive-compulsive disorder that is resistant to all treatments is often given. This is an extremely rare situation, and the data does not in fact confirm this example. A study by Kim published in 2016 (*JAMA Psychiatry* 73(4):362- 368), and surprisingly not included in the AMPQ report, examined a series of 66 cases in the Netherlands who underwent euthanasia for primary reasons of mental disorder. Much more common and treatable disorders were represented: in 55% of the cases, depressive disorders were the primary psychiatric diagnosis. The majority of patients had personality disorders and were lonely and socially isolated. 70% of the cases were women, which is the opposite of what is observed for completed suicides; it can be suspected that this made suicide more "available" to women.

Another study, among Belgian patients with mental disorders requesting euthanasia, demonstrates the excessive and idiosyncratic broadening of the concept of intolerable suffering. This study reveals that psychiatrists accepted that an important component of the intolerable suffering eligible for euthanasia could stem from social, economic and even existential aspects, such as the loss of a loved one, a friend, a pet, financial

problems or the feeling of being a burden on society (Verhofstadt, *British J Psychiatry* 2017 (211): 238-245).

3. We do not want to make inferences about the intentions of treating teams; these are often unconscious phenomena. However, it must be acknowledged that these patients generate a lot of powerlessness and frustration in the care teams. Being able to offer them medical aid in dying provides a sense of liberation and a tool to respond to their distress, and thus responds to our own powerlessness; it puts an end to a heavy burden for the patient, his or her loved ones and the treating team.
4. The document also suffers from an important gap: the term and concept of palliative care are completely excluded, and no palliative care experts were involved in drafting the document. In contrast to physical illnesses, we jump directly from active, curative treatment to euthanasia, without going through a palliative phase. In modern medicine, there is an important phase of palliative care which is primarily aimed at relieving suffering. Although this concept is only now emerging in psychiatry, it needs to be developed further. Palliative interventions need to be studied. Although it is difficult to name evidence-based interventions, as is also the case in physical palliative care, here we can think for example of different pharmacological interventions using psychodysleptics (e.g. ketamine and psilocybin), various neurostimulation interventions, and above all psychotherapeutic interventions such as those to accompany patients in suffering and help them to create meaning despite extremely adverse conditions, among others based on Victor Frankl's logotherapy. Proposing euthanasia for mentally ill patients is an unacceptable leap, completely ignoring an essential therapeutic phase, palliative care, in modern medicine.
5. Finally, several bioethics experts, including the Yale University bioethics group, conclude that it is clearly premature to open MAID to patients with mental disorders (Zhong, *American J Bioethics* 2019 (10), 61-63- See also for the Canadian perspective: Expert Advisory Group on Medical Assistance in Dying, Canada at a Crossroads: Recommendations on Medical Assistance in Dying and Persons with a Mental Disorder: An Evidence-Based Critique of the Halifax Group IRPP Report; Toronto: EAG, 2020).

Thus, favouring medical assistance in dying at this time for patients with mental disorders:

- Is inappropriate: the desire to die and refusal of care are an integral part of the illness and they improve with treatment of the mental disorder;

- Is dangerous: the desire to die fluctuates, corrects itself, improves...; the prognosis is uncertain and often favourable, and this desire declines over years rather than days or months;
- Disregards the doctor's ethical duty to offer appropriate and proportional care, because it resorts immediately to an ultimate solution based solely on the patient's wish;
- Disregards the fact that the majority of patients who avail themselves of it suffer from common and highly treatable mental disorders, contrary to what is supported by organisations campaigning for euthanasia;
- Contributes to the elimination of patients who could represent a burden for families and care teams;
- Represents an inappropriate short-circuit in modern medicine without recourse to palliative care adapted to mental disorders.

We thank you for your attention to these considerations.

Sincerely,

Co-signatories:

A handwritten signature in black ink that reads "Pierre R. Gagnon". The signature is written in a cursive, flowing style.

Pierre R. Gagnon, MD, CSPQ, FRCPC, DABPN
Psychiatrist specializing in psycho-oncology
Director and Full Professor, Department of Psychiatry and Neurosciences, Faculty of Medicine,
Laval University

Director, Quebec Palliative and End-of-Life Care Research Network of the FRQS
Director, Michel-Sarrazin Research Team in Psychosocial Oncology and Palliative Care
Research Centre, CHU de Québec – Université Laval, Oncology axis
Cancer Research Centre, Laval University

Correspondence: Dr. Pierre R. Gagnon,
Psycho-oncology
L'Hôtel-Dieu de Québec - CHU de Québec - Université Laval
11, Côte du Palais, Quebec City, Quebec G1R 2J6, Canada
Tel. 418-525-4444 #15808
Fax : 418-691-5019
email : pierre.gagnon@crhdq.ulaval.ca

Bertrand Major, MD, CSPQ
Psychiatrist CISSS de Lanaudière
Joliette, QC

Dr. Joel Paris
Professor Emeritus of Psychiatry
McGill University
Montreal, QC

François Rousseau, MD, CSPQ, FRCPC
Psychiatrist specialized in geriatric psychiatry
Co-Head, Department of Clinical Psychiatry
CIUSSS de la Capitale Nationale and
Institut universitaire en santé mentale,
Québec, QC

Nedjma Sebti, MD, CSPQ, FRCPC
Psychiatrist
CISSS de Lanaudière
Joliette, QC

Jean-Marie Albert, MD, CSPQ, FRCPC, DFAPA, DFAPA
Retired Psychiatrist
Joliette, QC

Gabriella Gobbi, MD, PhD
Professor of Psychiatry
McGill University
Staff Psychiatrist
McGill University Health Centre

Louis Morissette MD FRCP
Forensic Psychiatrist
Institut national de psychiatrie légale Philippe -Pinel
Professeur adjoint de clinique
Département de psychiatrie et addictologie, Université de Montréal

Hervé Amand, MD, CSPQ
Psychiatrist
CISSS de Lanaudière
Joliette, QC

Nive Morin MD, CSPQ, FRCPC
Psychiatrist
CISSS de Lanaudière
Joliette, QC

David Bloom, MD, CSPQ
Psychiatrist and Medical Chief
Direction des programmes santé mentale et dépendances
Continuum Troubles psychotiques
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest de l'Île de Montréal
Institut universitaire en santé mentale Douglas