

# FORMULER

## UNE DEMANDE ANTICIPÉE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

Guide technique pour les  
médecins et les infirmières  
praticiennes spécialisées

Octobre 2024



## Édition

La Direction des communications  
du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse :  
**[msss.gouv.qc.ca](https://msss.gouv.qc.ca)**, section **Publications**.

Dépôt légal – 2024  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
ISBN : 978-2-550-98932-5 (PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2024

## TABLE DES MATIÈRES

Informations générales .....	1
Étapes de la démarche.....	1
Récupérer le formulaire d'une DAAMM .....	2
Remplir le formulaire d'une DAAMM .....	3
Section 1 : Informations relatives au diagnostic de la maladie grave menant à l'inaptitude.....	3
Section 2 : Informations provenant de la personne concernant les manifestations cliniques liées à sa maladie qui devront être considérées une fois qu'elle sera devenue inapte à consentir aux soins .....	3
Section 3 : Description médicale des manifestations cliniques décrites par la personne formulant la demande et qui devront être considérées dans le cadre du suivi à donner à sa demande .....	4
Section 4 : Respect des conditions relatives aux manifestations cliniques décrites par la personne formulant la demande .....	4
Section 5 : Signatures.....	4
Transmettre le formulaire à la RAMQ.....	5
Déposer la DAAMM au registre .....	6
Faire le suivi de la DAAMM .....	6
ANNEXE 1 – NOUS joindre .....	7
ANNEXE 2 – Formulaire de demande anticipée d'aide médicale à mourir .....	8

## INFORMATIONS GÉNÉRALES

Ce document présente la procédure technique pour le remplissage du formulaire de demande anticipée d'aide médicale à mourir (DAAMM).

Toute DAAMM doit se faire sur les services en ligne de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Vous y retrouverez notamment, la version conforme et à jour du formulaire DAAMM, les informations pour l'identification de la personne au registre, le statut d'admissibilité de la personne à la RAMQ et toute autre information pertinente concernant les DAAMM pour la personne.

Seuls les médecins et les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) inscrits au Collège des médecins (CMQ) ou à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) ainsi qu'à la RAMQ ont accès au formulaire.

### Rappel des éléments de conformité du formulaire de DAAMM

- Remplissage des informations au formulaire de manière numérique. Aucune saisie manuscrite n'est acceptée, à l'exception de la section des dates et des signatures;
- Utilisation du formulaire de DAAMM accessible sur les services en lignes de la RAMQ;
- Vérification de la conformité du permis de pratique du ou de la médecin ou de l'infirmière praticienne spécialisée à la date de signature du formulaire de DAAMM.
- **La DAAMM devient applicable seulement lorsqu'elle est versée au registre par la RAMQ**

Si l'une de ces conditions n'est pas respectée, la demande de DAAMM sera refusée et retournée à la ou au médecin ou à l'IPS qui devra faire une nouvelle demande.

### Responsabilités du ou de la médecin ou de l'infirmière praticienne spécialisée en lien avec la destruction des renseignements personnels

- Aucune copie du formulaire signé ne peut être conservé sur l'ordinateur. Une fois que le dépôt de la DAAMM au registre est confirmé, détruire toute autre copie de la DAAMM.
- Supprimer toute trace de la demande DAAMM de l'ordinateur utilisé, tel que le document joint dans le ou les courriels, ou tout autre endroit.

### Étapes de la démarche

1. Récupérer le formulaire d'une DAAMM
2. Remplir le formulaire d'une DAAMM
3. Transmettre le formulaire à la RAMQ
4. Clore la démarche de remplissage du formulaire
5. Déposer la DAAMM au registre

Pour toute question en lien avec la DAAMM, veuillez consulter l'**ANNEXE 1. Nous joindre**.

\* Ces champs sont obligatoires pour la conformité du formulaire.

## RÉCUPÉRER LE FORMULAIRE D'UNE DAAMM

1. **Accéder aux services en ligne de la RAMQ (SEL) DAAMM** à l'aide du processus d'authentification multifacteurs (MFA) avec l'adresse courriel du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).

2. **Rechercher une personne et vérifier son identité**

- Saisir le numéro d'assurance maladie (NAM) de la personne qui formule la demande.
- Vérifier que les données d'identification sont exactes, incluant les nom et prénom, le NAM, la date de naissance, le sexe à la naissance, les nom et prénom du père et de la mère ainsi que l'adresse civique.

Si l'adresse civique ne correspond pas :

- aviser la personne qu'elle doit faire son changement d'adresse selon la procédure de la RAMQ ([Déménagement | RAMQ](#)).

- Confirmer si la personne accepte ou non de recevoir un suivi de sa demande par courrier postal, incluant une copie officielle de sa DAAMM.

Si elle refuse l'envoi postal :

- aviser la RAMQ par courriel lors de l'envoi du formulaire de DAAMM. Lorsque celle-ci sera déposée au registre, la personne pourra alors obtenir une copie imprimée de sa demande lors d'un rendez-vous avec la ou le médecin ou l'IPS qui l'a accompagnée.

3. **Confirmer l'assurabilité de la personne (admissibilité RAMQ)**

Le service en ligne de la RAMQ vérifiera, en temps réel, l'assurabilité de la personne au régime d'assurance maladie lors de la saisie du NAM par la ou le médecin ou l'IPS.

4. **Télécharger le formulaire** dans un ordinateur

- Le formulaire de la DAAMM, autant la version française qu'anglaise, sera accessible seulement si la personne est bel et bien assurée à la RAMQ.
- Chaque demande exige de télécharger le formulaire par l'entremise des services en ligne afin de garantir la validation de l'assurabilité de la personne et d'obtenir la dernière version du formulaire.

\* Ces champs sont obligatoires pour la conformité du formulaire.

## REEMPLIR LE FORMULAIRE D'UNE DAAMM

Toutes les sections et les champs obligatoires du formulaire doivent être dûment remplis.

Inscrire l'ensemble des coordonnées comme cela est décrit dans le formulaire. S'assurer d'inscrire l'adresse civique qui est à jour.

Pour davantage d'information concernant le processus clinique liée à la formulation de la demande, nous vous invitons à consulter les fiches émises par les ordres professionnels sur les sites du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, ainsi qu'à suivre la formation disponible en ligne dès l'entrée en vigueur des dispositions de la LCSFV sur l'[Environnement numérique d'apprentissage](#) (ENA).

### Section 1 : Informations relatives au diagnostic de la maladie grave menant à l'inaptitude

Cette section recueille les renseignements concernant le diagnostic permettant de formuler une DAAMM.

- \* Le diagnostic de maladie grave et incurable menant à l'inaptitude à consentir aux soins.
- \* La date du diagnostic.
- \* Le nom de la professionnelle ou du professionnel de la santé ayant posé le diagnostic.
- \* Le champ « préciser au besoin » permet de documenter les informations complémentaires pouvant être utiles pour soutenir la ou le médecin ou l'IPS au moment d'évaluer la demande d'administration de l'aide médicale à mourir (AMM).

### Section 2 : Informations provenant de la personne concernant les manifestations cliniques liées à sa maladie qui devront être considérées une fois qu'elle sera devenue inapte à consentir aux soins

- \* Documenter les manifestations que la personne a identifiées par elle-même comme étant celles qui devront conduire à l'expression de son consentement à ce que l'AMM lui soit administrée lorsque toutes les conditions prévues à la Loi seront satisfaites.

Ces manifestations doivent être dictées par la personne qui est accompagnée par une professionnelle ou un professionnel permettant le partage d'informations pertinentes à sa réflexion. **La description des manifestations cliniques doit être transcrite dans les mots de la personne qui formule la DAAMM et devront être observables au moment de l'évaluation d'une ou d'un médecin ou d'une IPS en vue de l'administration de l'AMM.**

\* Ces champs sont obligatoires pour la conformité du formulaire.

### **Section 3 : Description médicale des manifestations cliniques décrites par la personne formulant la demande et qui devront être considérées dans le cadre du suivi à donner à sa demande**

Cette section doit contenir une description complémentaire, à **caractère médical**, qui précise les manifestations cliniques décrites par la personne formulant la demande.

- \* Inscrire la description médicale des manifestations cliniques comme décrites par la personne à la section 2.

### **Section 4 : Respect des conditions relatives aux manifestations cliniques décrites par la personne formulant la demande**

Cette section doit obligatoirement être remplie par la ou le médecin ou l'IPS.

- \* Attester que les manifestations décrites par la personne sont liées à sa maladie et qu'elles sont observables par une ou un médecin ou une IPS.
  - Justifier dans le champ "préciser au besoin".

### **Section 5 : Signatures**

Cette section permet de déterminer et d'identifier toutes les personnes signataires (minimum quatre et maximum six) et de procéder aux signatures.

Le formulaire de la DAAMM dûment rempli doit être imprimé.

Lors des signatures, toutes les personnes signataires du formulaire de la DAAMM doivent être en présence les unes des autres au même endroit lorsqu'elles apposent leur signature.

#### **Qui sont les personnes signataires :**

- \* **La personne formulant la demande.**
- **Le tiers autorisé.**

Cette section doit être remplie uniquement si la personne formulant la demande ne peut la consigner dans ce formulaire ou la dater et la signer parce qu'elle ne sait pas écrire ou qu'elle en est incapable physiquement et qu'un tiers le fait à sa place et en sa présence.

Le tiers autorisé ne peut faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne et ne peut être une personne mineure ou une personne majeure inapte.
- **Le tiers de confiance.**

Si la personne le souhaite, elle peut identifier un ou deux tiers de confiance. Le tiers de confiance ne peut être une personne mineure ou une personne majeure inapte.
- \* **Les témoins.**

Les témoins attestent que la personne formulant la demande déclare qu'il s'agit de sa DAAMM. Ceux-ci ne sont pas requis lors d'une DAAMM effectuée par acte notarié.

\* Ces champs sont obligatoires pour la conformité du formulaire.

Un témoin ne peut être une personne mineure ou une personne majeure inapte. Il ne peut non plus être désigné à titre de tiers de confiance dans la demande ou agir à titre de médecin ou d'IPS aux fins de l'administration de l'aide médicale à mourir à la personne.

- \* La ou le **médecin ou l'IPS**.

**Voici les informations qui doivent être inscrites à la signature pour chacune des personnes signataires :**

- \* prénom du ou de la personne signataire;
- \* nom du ou de la signataire;
- \* date;
- \* numéro de permis de la ou du médecin ou de l'IPS;
- \* lien avec la personne formulant la demande (pour le tiers de confiance);
- \* signature.

**La Loi concernant les soins de fin de vie (LCSFV) exige que les signatures soient apposées dans l'ordre suivant :**

1. La personne ou le tiers autorisé;
2. Le ou les tiers de confiance (maximum de deux), seulement si la personne le souhaite (facultatif);
3. Les témoins (deux obligatoires si la demande n'est pas faite par acte notarié);
4. La ou le médecin ou l'IPS.

## **TRANSMETTRE LE FORMULAIRE À LA RAMQ**

1. **Numériser le formulaire en format PDF** selon la procédure interne du traitement des documents sensibles de votre établissement.
2. **Transmettre la DAAMM dûment remplie et signée** à la RAMQ pour dépôt au registre.
  - S'assurer que le document PDF de la DAAMM numérisé est lisible et complet.
  - Transmettre le formulaire de la DAAMM numérisé à la RAMQ à l'adresse courriel suivante : [receptionDAAMM@ramq.gouv.qc.ca](mailto:receptionDAAMM@ramq.gouv.qc.ca).
  - **Conformément aux directives ministérielles liées à la sécurité de l'information, l'utilisation d'adresse courriel du RSSS (@ssss.gouv.qc.ca, @sante.quebec ou @msss.gouv.qc.ca) est obligatoire.**
  - Déposer la copie originale de la DAAMM dûment signée au dossier de la personne (LCSFV, art.32)<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> [s-32.0001 - Loi concernant les soins de fin de vie \(gouv.qc.ca\)](#)

\* Ces champs sont obligatoires pour la conformité du formulaire.

La RAMQ transmettra un accusé de réception à cette même adresse. L'accusé de réception confirme uniquement la réception du courriel contenant la DAAMM. Un autre courriel sera envoyé lorsque la demande aura été analysée et qu'elle sera déposée au registre. Advenant le cas où aucun avis de réception n'est reçu, vérifier que l'adresse courriel utilisée pour transmettre la DAAMM correspond à l'adresse courriel du RSSS ([@ssss.gouv.qc.ca](mailto:@ssss.gouv.qc.ca), [@sante.quebec](mailto:@sante.quebec) ou [@msss.gouv.qc.ca](mailto:@msss.gouv.qc.ca)).

Les médecins et IPS n'ayant pas d'adresse courriel du RSSS ou ayant oublié leur mot de passe doivent s'adresser :

- **pour les médecins**, au Centre de soutien des services numériques en santé (CSSNS) du Réseau québécois de la télésanté (RQT) par le lien suivant: [Nous joindre | Réseau québécois de la télésanté \(telesantequebec.ca\)](#).
- **pour les IPS**, au support informatique de leur établissement.

## DÉPOSER LA DAAMM AU REGISTRE

Le dépôt de la DAAMM **au registre** sera effectué par la RAMQ à la suite de la vérification de sa conformité.

Une fois qu'elle aura été déposée au registre la personne, si elle a accepté, obtiendra une copie officielle de sa DAAMM par envoi postal en provenance de la RAMQ.

Seuls une ou un médecin ou une IPS auront accès à la consultation du registre pour son traitement (dépôt au dossier ou pour évaluation de l'AMM) ou pour impression sur demande de la personne qui a formulé la DAAMM.

Pour consulter le registre des DAAMM, veuillez vous référer au Guide d'utilisateur de la RAMQ.

## FAIRE LE SUIVI DE LA DAAMM

La confirmation du dépôt de la DAAMM au registre sera transmise au ou à la médecin ou à l'IPS à son adresse courriel sécurisée du RSSS ([@ssss.gouv.qc.ca](mailto:@ssss.gouv.qc.ca), [@sante.quebec](mailto:@sante.quebec) et [@msss.gouv.qc.ca](mailto:@msss.gouv.qc.ca)) dans un délai estimé à entre 5 à 10 jours ouvrables.

Advenant le refus d'une DAAMM en raison de la non-conformité du formulaire, une copie du formulaire sera retournée au ou à la médecin ou à l'IPS incluant les motifs du refus par le courriel sécurisé d'origine.

\* Ces champs sont obligatoires pour la conformité du formulaire.

## **ANNEXE 1 – NOUS JOINDRE**

### **SERVICES EN LIGNE RAMQ**

Obtenir du soutien technique pour les services en ligne aux médecins ou aux IPS

[Obtenir du soutien technique pour un service en ligne | Régie de l'assurance maladie du Québec \(RAMQ\) \(gouv.qc.ca\)](https://www.gouv.qc.ca/ramq)

### **COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC**

Sans frais : 1 888 MÉDECIN (633-3246)

[info@cmq.org](mailto:info@cmq.org)

[Nous joindre | Collège des médecins du Québec \(cmq.org\)](https://www.cmq.org)

### **ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC**

Sans frais : 1 800 363-6048

[Contactez-nous | OIIQ](https://www.oiiq.org)

# ANNEXE 2 – FORMULAIRE DE DEMANDE ANTICIPÉE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

Effacer
Imprimer
Enregistrer





DT9623

## DEMANDE ANTICIPÉE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

Nom			
Prénom			
Date de naissance		Année	Mois Jour
N° d'assurance maladie	Expiration	Année	Mois
Adresse		Code postal	
N° de téléphone		Ind. rég.	

**1- Informations relatives au diagnostic reçu par la personne formulant la demande**  
*(Maladie grave et incurable menant à l'incapacité à consentir aux soins)*

Diagnostic :

Date du diagnostic :

Nom du professionnel ayant posé le diagnostic :

Préciser au besoin :

**2- Description par la personne formulant la demande des manifestations cliniques liées à sa maladie qui devront être considérées une fois qu'elle sera devenue incapable de consentir aux soins et qu'un professionnel compétent constatera qu'elle présente ces manifestations, comme l'expression de son consentement à ce que l'aide médicale à mourir lui soit administrée lorsque toutes les conditions prévues par la loi seront satisfaites.**  
*(Informations provenant de la personne qui fait la demande)*

AH-896 DT9623 (2024-07)
DEMANDE ANTICIPÉE  
D'AIDE MÉDICALE À MOURIR
Page 1 de 4

Nom de l'usager	N° d'assurance maladie
-----------------	------------------------

**3- Description médicale des manifestations cliniques décrites par la personne formulant la demande et qui devront être considérées dans le cadre du suivi à donner à sa demande.**  
*(Informations provenant du professionnel compétent)*

FORMULAIRE NON VALIDE  
À DES FINS DE FORMATION SEULEMENT

**4- Respect des conditions relatives aux manifestations cliniques décrites par la personne formulant la demande.**  
*(Section pour le professionnel compétent)*

Je me suis assuré, en tant que professionnel compétent, que les manifestations cliniques décrites par la personne formulant la demande (voir section 2) sont médicalement reconnues comme pouvant être liées à sa maladie et qu'elles sont observables par un professionnel compétent qui aurait à les constater avant d'administrer l'aide médicale à mourir.

Préciser au besoin :

FORMULAIRE NON VALIDE  
À DES FINS DE FORMATION SEULEMENT

Nom de l'usager	N° d'assurance maladie
-----------------	------------------------

FORMULAIRE NON VALIDE  
À DES FINS DE FORMATION SEULEMENT

**5- Signatures**

**Personne formulant la demande**

Je reconnais que j'ai eu l'occasion de m'entretenir avec les personnes de mon choix, parmi les professionnels qui me traitent ou me soignent, au sujet de ma demande.

J'ai pu discuter de ma demande avec mes proches ou toute autre personne avec qui je l'ai souhaité.

Je comprends bien l'évolution possible de ma maladie et je reconnais que les alternatives possibles à l'aide médicale à mourir m'ont été présentées, notamment des possibilités thérapeutiques envisageables et leurs conséquences.

Je reconnais que le professionnel compétent m'a expliqué les conditions dans lesquelles je pourrai recevoir l'aide médicale à mourir, soit que :

- la demande anticipée ne mènera pas automatiquement à ce que l'aide médicale à mourir me soit administrée;
- la présence récurrente des manifestations cliniques que j'ai identifiées ne permettra pas à elle seule de m'administrer l'aide médicale à mourir;
- l'aide médicale à mourir pourra m'être administrée seulement si, en plus des autres conditions prévues à la loi, deux professionnels compétents sont d'avis que j'éprouve des souffrances physiques ou psychiques persistantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions jugées tolérables.

Je reconnais que le professionnel compétent m'a expliqué qu'il m'est possible de retirer ou de modifier ma demande ainsi que les conditions et modalités applicables à ce retrait ou cette modification.

J'ai obtenu les réponses à mes questions et je fais cette demande anticipée d'aide médicale à mourir de façon libre et éclairée, sans pressions extérieures.

Signature de la personne	Date	Année	Mois	Jour
--------------------------	------	-------	------	------

**Signature du tiers autorisé**  aucun tiers autorisé

*(Optionnel : Cette section doit être remplie uniquement si la personne formulant la demande ne peut la consigner dans ce formulaire ou la dater et la signer parce qu'elle ne sait pas écrire ou qu'elle en est incapable physiquement et qu'un tiers le fait à sa place et en sa présence.)*

Prénom	Nom
--------	-----

Signature	Date	Année	Mois	Jour
-----------	------	-------	------	------

**Tiers de confiance désigné(s) par la personne formulant la demande**  aucun tiers de confiance

Tiers de confiance :

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Lien avec la personne formulant la demande : \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Numéro (s) de téléphone) 1- \_\_\_\_\_ 2- \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

Second tiers de confiance désigné pour remplacer le premier si celui-ci est décédé, qu'il est empêché de jouer son rôle, qu'il refuse ou qu'il néglige de le faire

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Lien avec la personne formulant la demande : \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Numéro (s) de téléphone) 1- \_\_\_\_\_ 2- \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

Nom de l'usager	N° d'assurance maladie

À DES FINS DE FORMATION SEULEMENT

Je comprends mes responsabilités en tant que tiers de confiance, soit d'aviser un professionnel de la santé ou des services sociaux qui dispense des soins à la personne qui fait cette demande anticipée d'aide médicale à mourir, lors de l'une ou l'autre de ces situations :

- lorsque cette personne sera devenue inapte à consentir aux soins, pour l'informer de l'existence de cette demande ou lui en rappeler l'existence;
- lorsque je croirai que la personne formulant la demande présente les manifestations cliniques liées à sa maladie et décrites dans sa demande;
- lorsque je croirai que la personne formulant la demande éprouve des souffrances physiques ou psychiques persistantes et insupportables.

Signature du tiers de confiance	Date	Année	Mois	Jour
Signature du second tiers de confiance	Date	Année	Mois	Jour

Témoins  acte notarié (témoins non requis)

La personne formulant la demande anticipée d'aide médicale à mourir a déclaré, en présence des témoins, que le présent formulaire constitue sa demande anticipée d'aide médicale à mourir.

**Témoin no 1 :**

Prénom	Nom
Signature	Date
	Année Mois Jour

**Témoin no 2 :**

Prénom	Nom
Signature	Date
	Année Mois Jour

Professionnel compétent  Md  IPS

Je suis d'avis que la personne satisfait aux critères suivants pour faire une demande anticipée d'aide médicale à mourir :

- la demande est faite de façon libre et éclairée et ne résulte pas de pressions extérieures;
- la personne comprend bien la nature de son diagnostic et est informée de l'évolution possible de la maladie, du pronostic, des possibilités thérapeutiques envisageables et de leurs conséquences;
- la personne a eu l'occasion de s'entretenir avec les membres de l'équipe de soins en contact régulier avec elle, le cas échéant;
- la personne a eu l'occasion de s'entretenir avec ses proches ou toute autre personne qu'elle a identifiées, si elle le souhaitait;
- la personne est jugée apte à consentir aux soins au moment de sa demande.

Prénom	Nom	No de permis d'exercice
Signature	Date	Année Mois Jour

