

**Mahmoud YAMOUNI**

Université de Lille  
Faculté d'Ingénierie et Management de la santé (ILIS)  
Master Healthcare Business – Recherche Clinique

**Un sujet tabou lors de la prise en charges des patients :  
l'expérience de mort imminente (EMI)**

***L'expérience de mort imminente dans le milieu médical français : Comment  
légitimer le phénomène pour améliorer la prise en charge des patients  
concernés en France ?***

Sous la direction de : Dr. Gloria Thomasia DOSSOU  
Mémoire de fin d'études de la deuxième année de Master

Composition des membres du jury :

- Président du jury : Madame Hélène GORGE – Responsable du Master Ingénierie de la santé parcours HB/RC
- Directeur de mémoire : Dr. Gloria Thomasia DOSSOU - Maitre de conférences en science de gestion
- 3<sup>ème</sup> membre du jury : Manel HANAFI – Psychologue clinicienne au CHU de Lille

Année 2022-2023

Master 2 Healthcare Business – Recherche Clinique

Faculté d'Ingénierie et Management de la Santé – ILIS

42 rue Ambroise Paré

59120 LOOS

## REMERCIEMENTS

Il est avec une grande satisfaction et un profond respect que j'écris ces mots pour remercier tous ceux qui m'ont aidé à accomplir ce projet de mémoire, une étape clé dans la conclusion de mon parcours de Master en Ingénierie de la Santé.

En premier lieu, j'aimerais exprimer ma gratitude envers les patients qui ont partagé avec moi leurs expériences. Leur courage et leur générosité à partager ces moments personnels et intenses m'ont fourni des perspectives précieuses et ont enrichi ma recherche de manière inestimable. Votre participation n'a pas seulement éclairé mon travail, mais a également contribué à faire progresser notre compréhension collective de ce phénomène.

J'aimerais également remercier les professionnels de santé que j'ai interrogés. Votre investissement, vos insights professionnels et votre expertise ont ajouté une dimension indispensable à cette étude. Votre volonté d'explorer ce sujet a été très appréciée.

Je suis également reconnaissant envers tous les participants à mon questionnaire. Votre contribution a joué un rôle crucial dans la réussite de cette recherche.

Je dois une immense gratitude à ma directrice de mémoire Madame Gloria Dossou. Votre soutien constant, vos précieux conseils et votre encouragement m'ont aidé à surmonter les défis et à mener à bien ce projet. Votre dévouement envers mes travaux et votre passion pour la recherche ont été une source d'inspiration.

Je voudrais également remercier la responsable de notre Master madame Hélène Gorge, qui nous a guidés tout au long de ces années d'étude. Votre dévouement à notre éducation et votre soutien constant ont grandement facilité notre parcours.

Un grand merci également Madame Manel Hanafi qui a accepté de faire partie de mon jury. Votre temps, votre expertise et votre évaluation précieuse ont renforcé la qualité de ce mémoire.

Enfin, mes remerciements les plus sincères vont à ma fiancée et à ma mère. Votre amour, votre soutien et votre patience tout au long de ce processus ont été le pilier de mon endurance. C'est à vous que je dédie ce travail.

C'est avec humilité et gratitude que je regarde en arrière sur ce parcours, honoré par le soutien et l'encouragement que j'ai reçus de toutes les personnes mentionnées ci-dessus et de beaucoup d'autres. Merci à vous tous.

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : L'ascension des élus de Jérôme Bosch(13).....	14
Figure 2 : Death of the strong wicked man de William Blake(16) .....	15
Figure 3 : Les 30 mots/caractéristiques les plus fréquents dans les documents/récits d'expérimentateurs (N = 158). (25).....	20
Figure 4 : Question : quel âge avez-vous ?.....	67
Figure 5 : Question : avez-vous déjà entendu parler de l'EMI ?.....	68
Figure 6 : Question : connaissez-vous quelqu'un qui a vécu une EMI ?.....	68
Figure 7 : Question : avez-vous déjà vécu une EMI ?.....	69
Figure 8 : Question : comment décririez-vous votre expérience ?.....	70
Figure 9 : Question : souhaiteriez-vous avoir une EMI?.....	73

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les différentes étapes de l'EMI selon Moody.....	18
Tableau 2 : Les 16 éléments par catégories de l'échelle de Greyson.....	28
Tableau 3 : Echantillon professionnels de santé.....	38
Tableau 4 : Echantillon patient.....	39
Tableau 5 : Le vécu de l'EMI selon l'âge.....	71
Tableau 6 : Souhait de vivre une EMI et pensez qu'elle a une signification religieuse ou spirituelle .....	72
Tableau 7 : Relation entre les questions "Pensez-vous que les Emi sont réelles ?" et "Avez-vous déjà entendu parler d'EMI ?" .....	73

## LISTE DES ANNEXES

Annexe I : Résultats de l'échelle de l'expérience de mort imminente (EMI) pour le DMT par rapport au placebo.(32) .....	90
Annexe II : Échelle d'évaluation clinique de GREYSON.....	90
Annexe III : Guide entretien professionnels de santé .....	92
Annexe IV : Guide d'entretien patients EMI.....	93
Annexe V : Questionnaire EMI destiné au grand public .....	94
Annexe VI : L'échelle de contenu des Expériences de Mort Imminente (C-EMI)(72)97	

## TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS .....	1
LISTE DES FIGURES.....	3
LISTE DES TABLEAUX .....	3
LISTE DES ANNEXES.....	3
TABLE DES MATIERES .....	4
TABLE DES ABREVIATIONS.....	8
INTRODUCTION .....	9
Partie 1 : Revue de littérature .....	10
I.    Brief historique : Définition et description du phénomène.....	10
A.    Définition .....	11
B.    Historique .....	11
1.    Antiquité .....	11
2.    Moyen-Âge .....	12
3.    XIX <sup>ème</sup> siècle .....	14
4.    XX <sup>ème</sup> siècle : .....	15
C.    Description du phénomène .....	17
1.    Les différentes étapes de l'EMI selon le docteur Moody .....	17
2.    L'étude de texte quantitative du coma science group .....	19
D.    Les différentes hypothèses scientifiques de la survenue des EMI .....	21
1.    Hypoxie/anoxie cérébrale.....	21
2.    Réactions neurochimiques .....	21
3.    Activation du cortex temporal .....	22
4.    L'étude la plus récente.....	22
II.    La légitimation du phénomène dans le milieu médical français.....	23
A.    Obstacles à la légitimation des EMI .....	24
1.    L'influence de l'habitus médical sur la perception des EMI .....	24

2.	Manque de preuves scientifiques : un défi pour la légitimation des EMI	24
3.	L'influence culturelle et religieuse sur l'acceptation des EMI .....	25
4.	La théorie matérialiste .....	25
5.	Théorie dualiste et EMI .....	26
6.	Effets de la dissonance cognitive sur la perception des EMI .....	26
III.	Prise en charge de l'EMI .....	27
	L'identification d'une EMI.....	27
	A.....	27
	B. La prise en charge en service de réanimation des personnes ayant vécu une EMI.....	28
	1. La perception des EMI par les professionnels de la santé en France ..	28
	2. Les protocoles actuels et limites de prise en charge des patients ayant vécu une EMI .....	29
	3. L'importance des psychologues en réanimation.....	30
	C. La prise en charge de l'EMI post hospitalisation .....	31
	1. Reconnaissance et Validation de l'EMI .....	31
	2. Différents types de soutien.....	31
	3. Suivi Médical.....	32
	4. Utilisation de nouvelles technologies.....	33
	5. Création de communautés de soutien.....	33
	6. Soutien Familial.....	33
	Partie 2 : Cadre empirique.....	36
	I. Contexte et méthodologie.....	36
	Objectifs de l'étude ou questions de recherche .....	36
	A.....	36
	B. Méthodologie choisie .....	36
	II. Populations ciblées et collecte des données .....	37

A.	Entretiens avec des professionnels de santé.....	38
1.	Sélection des participants .....	38
2.	Protocole de recueil des données.....	38
B.	Entretiens avec des personnes ayant vécu une EMI .....	39
1.	Sélection des participants .....	39
2.	Protocole de recueil des données.....	39
C.	Questionnaire à destination du grand public .....	40
1.	Construction du questionnaire .....	40
2.	Diffusion du questionnaire et analyse des réponses.....	40
Partie 3 : Résultats de l'enquête .....		41
I.	L'analyse des témoignages des EMI .....	41
A.	Circonstances et contexte de l'EMI .....	41
B.	Expérience et perceptions durant l'EMI .....	43
C.	Après l'EMI : éveil et réactions initiales .....	46
D.	Communication et partage de l'expérience.....	47
E.	Interactions avec le personnel médical et soignant .....	49
F.	Ressentis et meilleurs accompagnements liés à l'expérience et son partage	
	51	
II.	L'analyse des entretiens avec les professionnels de santé .....	54
A.	Connaissance et compréhension de l'EMI.....	55
B.	Gestion des patients ayant vécu une EMI .....	56
C.	Thérapies et gestion des réactions .....	61
D.	Recherches actuelles et futur de la prise en charge des EMI.....	62
III.	L'analyse du questionnaire destiné au grand public .....	65
A.	Connaissance et expérience personnelle des EMI :.....	67
B.	L'analyse grâce au logiciel R.....	70
C.	Autre remarque concernant les EMI.....	74

Partie 4 : Recommandations et perspectives de recherche.....	76
I. Reconnaissance et sensibilisation au phénomène des EMI .....	76
II. Formation approfondie des professionnels de santé.....	77
Développement de la recherche scientifique .....	77
III.....	77
IV. Mise en place d'un soutien psychologique systématique .....	78
V. Sensibilisation du public .....	79
VI. Responsabilité des médias .....	79
Partie 5 : Discussions et ouvertures .....	80
I. Les EMI et la légitimité institutionnelle .....	80
II. Les EMI et la pression coercitive.....	81
III. Les EMI et l'isomorphisme mimétique .....	81
IV. Les EMI et l'isomorphisme normatif .....	82
CONCLUSION .....	82
BIBLIOGRAPHIE .....	84
ANNEXES.....	90

## **TABLE DES ABREVIATIONS**

**EMI** : Expérience de Mort Imminente

**NDE** : Near-Death Experience

**TALN** : Traitement automatique du langage naturel

**OBE** : Out of Body Experience

**TCH** : Trans Communication Hypnotique

**DMT** : diméthyltryptamine

**EEG** : Electroencéphalogramme

**ECG** : Electrocardiogramme

## INTRODUCTION

La médecine, en tant que discipline dédiée à la santé et au bien-être humain, a toujours été aux prises avec des problématiques complexes et divers(1). L'une des plus délicates est sans doute celle de la mort, qui, malgré sa place incontournable dans le cycle de la vie, reste une énigme profonde et un sujet souvent évité dans nos sociétés contemporaines(2). Ce sujet est encore plus palpable quand il s'agit de l'expérience de mort imminente (EMI).

Les EMI sont des expériences rapportées par des individus qui ont été proches de la mort ou même cliniquement morts pendant une courte période, et qui comprennent souvent des sensations d'être hors de leur corps, de se déplacer à travers un tunnel, de rencontrer des êtres décédés ou des entités spirituelles, ou d'avoir une perception accrue et une connaissance universelle(3).

Ces expériences, bien que documentées à travers les cultures et les époques, restent largement méconnues et mal comprises dans le milieu médical, particulièrement en France. Cette méconnaissance a pour effet de marginaliser les patients ayant vécu une EMI, leurs expériences étant souvent minimisées, ignorées ou même stigmatisées. Pourtant, la reconnaissance et la compréhension de ces phénomènes pourraient avoir un impact considérable sur la qualité des soins offerts à ces patients. Le présent mémoire se penche donc sur cette problématique en s'interrogeant : "L'expérience de mort imminente dans le milieu médical français : Comment légitimer le phénomène pour améliorer la prise en charge des patients concernés en France ?" Le but ultime de cette étude est d'établir une compréhension plus approfondie des EMI et de leur incidence sur les patients, ainsi que de proposer des stratégies pour intégrer cette réalité dans les protocoles de soins médicaux français.

Pour répondre à cette dernière, ce travail commencera par une revue de la littérature sur les EMI avec une présentation de ces dernières : définition, historique et description. Puis nous nous interrogerons sur la légitimation du phénomène dans le milieu médical français ainsi que la prise en charge proposé. Ensuite, nous essayerons de répondre à cette problématique en suivant une méthodologie d'enquête sur le terrain regroupant des témoignages de personnes ayant vécu une EMI, des professionnels de santé et une étude générale sur la perception des EMI par la société. Nous concluons ce travail en tentant de proposer des axes d'améliorations ainsi qu'une ouverture sur le sujet. Ce travail est d'autant plus important que la prise

en charge de telles expériences est peu considérée et étudiée, ainsi nous pourrions mettre en avant une perspective de changement dans le système de soin français pour ces expériences.

## Partie 1 : Revue de littérature

La mort, considérée comme une frontière infranchissable et définitive, est devenue un sujet de débat fascinant et complexe en raison de l'émergence de récits de ceux qui affirment avoir brièvement traversé ce seuil, et qui ont vécu ce qu'on appelle communément une "Expérience de Mort Imminente" (EMI). Ces expériences, qui surviennent souvent lors d'épisodes de mort clinique, sont caractérisées par des perceptions d'une réalité transcendantale et d'un état de conscience modifié, elles sont souvent rapportées comme ayant un impact transformateur sur la vie des individus qui les vivent(4). Cependant, en dépit de l'abondance de ces récits, le phénomène de l'EMI reste largement incompris, non seulement en raison de son caractère intrinsèquement subjectif et de sa résistance à l'analyse empirique, mais aussi en raison de la réticence de la communauté médicale à reconnaître sa légitimité. Ce mémoire, à travers une revue de littérature dans un premier temps, se penchera sur l'expérience de mort imminente dans le contexte du milieu médical français, en explorant son historique, en décrivant le phénomène de l'EMI, et en examinant les obstacles à sa légitimation. Enfin, nous décrirons la prise en charge des patients ayant vécu une EMI, à la fois en réanimation et en post-hospitalisation. En éclairant ces domaines, nous cherchons à créer une meilleure compréhension du phénomène des EMI, et à faciliter une plus grande intégration de ces expériences dans les soins médicaux.

### I. **Brief historique : Définition et description du phénomène**

Aborder en détail la définition, l'historique et la description des EMI est vital pour notre problématique. La définition établit ce que nous cherchons à légitimer. L'historique aide à comprendre l'évolution du phénomène et les perspectives changeantes. Une description détaillée fournit une vue approfondi des EMI et de leurs impacts sur l'individu. Ensemble ces éléments forment une base solide pour aborder le défi de

légitimer les EMI dans le milieu médical français, tout en offrant des perspectives pour améliorer la prise en charge des patients qui ont vécu une telle expérience.

## **A. Définition**

Le cardiologue néerlandais Pim Van Lommel donna la définition suivante en 2011, « Une expérience de mort imminente est le souvenir (raconté) de toutes les impressions éprouvées pendant un état de conscience particulier et contenant des éléments spécifiques tels que la vision d'un tunnel, de lumière, du film de sa vie, de personnes décédées ou de sa propre réanimation. Cet état de conscience peut se produire pendant un arrêt cardiaque, c'est-à-dire une période de mort clinique, mais aussi pendant une maladie grave ou sans cause médicale apparente. L'expérience provoque presque toujours des changements essentiels et durables dans l'attitude du sujet par rapport à la vie et met fin à sa peur de la mort. L'expérience étant hautement subjective et sans cadre de référence, ce sont des facteurs individuels, culturels et religieux qui déterminent la manière dont elle est décrite et interprétée. Un enfant n'emploiera pas les mêmes mots qu'un adulte, et le témoignage d'un chrétien sera différent de celui d'un bouddhiste ou d'un athée »(5). Il est essentiel de comprendre ce phénomène, plus particulièrement comment il a évolué au fil du temps et comment il a été perçu à différentes époques.

## **B. Historique**

### **1. Antiquité**

Dès l'antiquité, il y avait déjà des récits d'expérience de mort imminente, avec des références dans les textes sacrés des cultures égyptiennes, grecques et romaines. Les Égyptiens anciens croyaient en une vie après la mort, et pensaient que l'âme quittait le corps lors de la mort (6). Les Grecs anciens avaient également des croyances similaires, avec des histoires de héros qui visitent le monde des morts et en revenaient (7). Les Romains, quant à eux, croyaient que les âmes des morts descendaient dans les enfers (8). Le premier récit connu dans la littérature remonte à l'Antiquité grecque, dans le mythe d'Er raconté par Platon dans son livre "La République" (9).

Le mythe d'Er relate les faits d'un guerrier mort au combat, Er, qui se réveille dans une plaine où se trouvent les âmes des morts en attente de réincarnation. Il observe que les âmes sont envoyées à différents endroits en fonction de leurs vies passées, certaines étant récompensées pour leur vertu tandis que d'autres sont punies pour leur vice. Er est alors choisi pour être un messager de retour sur terre et raconter ce qu'il a vu aux vivants. Selon Platon, Er est mort pendant 12 jours avant de revenir à la vie.

Bien que ce récit soit un mythe, il contient de nombreux éléments qui sont similaires aux expériences de mort imminente modernes. Par exemple, le fait de se sentir hors de son corps, de rencontrer des êtres lumineux, de traverser un tunnel et d'observer sa vie passée sont des thèmes communs dans les EMI contemporaines.

Aussi Proclus rapporte dans son commentaire sur la république de Platon (10), la vision de Cléonyme d'Athènes qui est le fils du roi de Sparte Cléomène 2. « *Perdit de douleur à la mort d'un de ses amis, Cléonyme s'évanouit. Ayant été cru mort, il fut, le troisième jour, exposé selon la coutume. Or, comme sa mère l'embrassait, elle perçut un léger souffle. Cléonyme reprend peu à peu ses sens, se réveille et raconte tout ce qu'il avait vu et entendu après qu'il avait été hors du corps. Il lui avait paru que son âme au moment de la mort s'était dégagée, comme de certains liens, du corps gisant à côté d'elle, s'était élevée vers les hauteurs et, ainsi élevée au-dessus du sol, avait vu sur la terre des lieux infiniment variés quant à l'aspect et aux couleurs, et des courants fluviaux invisibles aux humains.* »

Ce récit s'apparente aussi à une EMI, avec les principales descriptions qui en sont faites. Notamment la décorporation et la sensation de flottement qui sont caractéristiques des témoignages actuels.

## **2. Moyen-Âge**

Au Moyen Âge, les expériences de mort imminente étaient souvent considérées comme des visions prophétiques ou des signes de la présence divine, notamment par la croyance chrétienne de la résurrection du Christ (11). Les moines et les mystiques chrétiens croyaient que ces expériences étaient des manifestations de la grâce divine, et qu'elles étaient destinées à renforcer la foi et à guider les âmes vers le salut. C'est

à ce moment-là qu'une nouvelle description s'est ajoutée à savoir la présence d'être mystique, la sensation d'accélération ou de ralentissement dans le temps et une source lumineuse qui rayonne tout l'espace.

Il est rapporté au VI<sup>ème</sup> par l'historien Grégoire de Tours dans son livre VII, Histoire des Francs (12) le témoignage de l'évêque de Saint Sauve, Salvius. Suite à une fièvre violente qui coupa sa respiration, Salvius est décédé selon son entourage. Son corps est lavé et transporté par les moines et ensuite placé dans un cercueil. Il passe toute la nuit dans le cercueil inanimé. Le lendemain, pendant la préparation des obsèques, Salvius se lève et sort les mains du cercueil et s'exclame "Ô Seigneur miséricordieux ! pourquoi m'as-tu fait revenir dans ce lieu ténébreux de l'habitation du monde". Il décrit quelques jours plus tard ce qu'il a vécu lors de ce qu'on pourrait appeler aujourd'hui son coma. Il décrit précisément les différents points d'une expérience de mort imminente complète(3) : la vision de personnages religieux ou de défunts, un sentiment de bien-être, la sensation de flottement, être dans une autre dimension, un grand espace sans fin, une lumière éblouissante et aussi une voix qui lui parle sans savoir d'où elle provenait en lui exprimant qu'il devait retourner dans son monde et que son heure n'est pas venue.

"L'Ascension des Élus" de Jérôme Bosch (*Figure 1*) montre des individus guidés par des anges vers le ciel, ce qui peut évoquer les récits d'EMI où l'âme quitte le corps et voyage vers un autre plan d'existence, souvent décrit comme lumineux et paisible. Cependant, il faut souligner que cette œuvre, profondément enracinée dans la tradition chrétienne, peut différer des expériences variées d'EMI en fonction des contextes culturels et individuels.



Figure 1 : L'ascension des élus de Jérôme Bosch(13)

### 3. XIX<sup>ème</sup> siècle

Au XIX<sup>e</sup> siècle, les scientifiques et les médecins ont commencé à s'intéresser aux expériences de mort imminente. En 1892, à la suite d'une chute de ski dans les alpes suisses, le géologue Albert Heim publie dans les *Annales du club alpin suisse* son expérience (14). Ce fut le premier à utiliser le terme de "mort imminente" en décrivant son expérience. Il y fait état d'une absence de douleur, un sentiment de paix et de calme sans fin, un changement de la perception du temps, des sensations auditives comme la musique et autres sons variés, ou encore une optique de paysages angéliques. A la fin du XIX<sup>e</sup> siècle le philosophe et épistémologue français Victor Egger formule le terme d'expérience de mort imminente. Il décrit les caractéristiques suivantes : « Un sentiment de bien-être ; L'anesthésie du toucher et du sens de la douleur, la vue et l'ouïe gardant leur acuité normale ; Une extrême rapidité de la pensée et de l'imagination ; Dans une foule de cas, l'âme revoit tout le cours de sa vie passée »(15). Victor Egger propose une interprétation psychologique des expériences de mort imminente, qu'il considère comme des phénomènes normaux. Selon lui, la proximité de la mort ou l'idée du néant imminent stimule une réaction

mentale qui fait ressurgir les souvenirs du passé. Cela serait dû à une association d'idées, ou à une opération logique de contraste entre la vie passée et l'imminence de la mort(15)

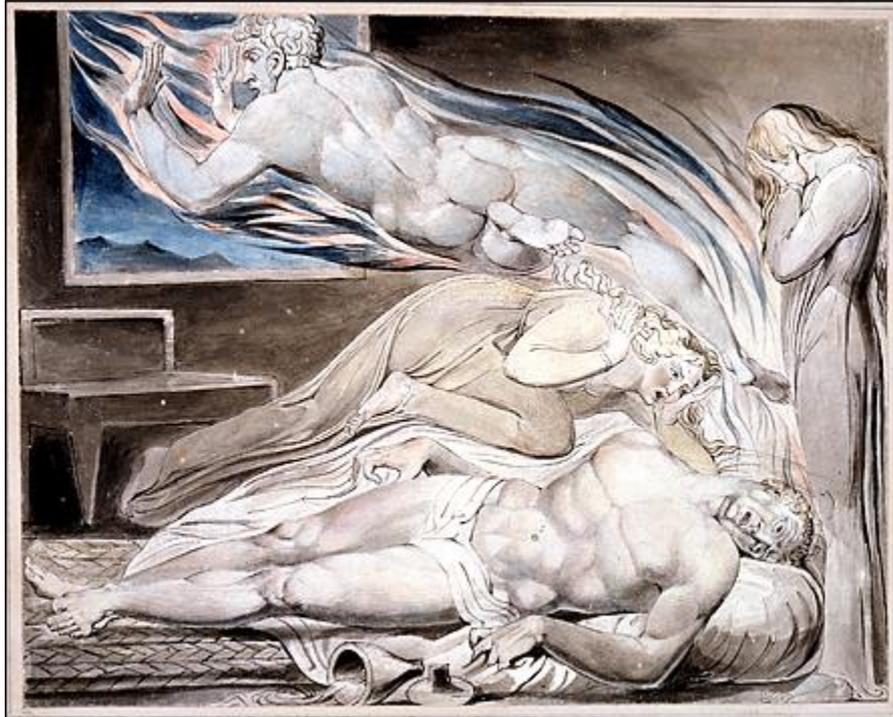


Figure 2 : *Death of the strong wicked man* de William Blake(16)

L'œuvre de William Blake (*Figure 2*), "La mort du méchant puissant" (1805), peut être interprétée comme une représentation de l'expérience de décorporation, un aspect fréquent des EMI. On y voit le corps de l'homme allongé, inerte, tandis qu'une figure, qui pourrait être interprétée comme son âme ou son esprit, semble se dégager et s'élever hors de son corps physique.

#### 4. XX<sup>ème</sup> siècle :

Au XX<sup>e</sup> siècle, les EMI commencent à intéresser de plus en plus le monde médical et scientifique. En 1965, la psychiatre américano-suisse Elisabeth Kübler-Ross a publié son livre "Les derniers instants de la vie" (17), dans lequel elle décrit les expériences de mort imminente comme faisant partie du processus de mourir. Elle considérait ces expériences comme des preuves de l'existence d'une vie après la mort. Dans son livre "La Mort est un nouveau soleil", elle explique : "Ceux qui reviennent de la mort nous racontent tous la même chose. Ils parlent d'un tunnel et d'une lumière au bout du

tunnel, de retrouvailles avec des êtres chers déjà décédés, de revivre leur vie en quelques instants, de l'amour et de la beauté qui dépassent notre entendement. Ils ont perdu leur peur de la mort."(18)

Raymond Moody est un médecin américain, connu pour avoir popularisé le terme "Near-Death Experience" (NDE) dans son livre de 1975 intitulé "Life After Life"(3). Dans ce livre, Moody a présenté les témoignages de personnes qui ont été cliniquement mortes pendant une courte période de temps avant de revenir à la vie et qui ont rapporté des expériences de vie après la mort. Moody a identifié plusieurs caractéristiques communes aux expériences de mort imminente, notamment : une sensation de sortie hors du corps, la traversée d'un tunnel, la rencontre avec des êtres de lumière, la revue de sa vie passée, une expérience de paix, d'amour et de compréhension universelle.

C'est à partir de ce moment-là que le phénomène est popularisé et traverse les frontières américaines. Cependant il est à noter que cette étape importante a été soumise à de nombreuses critiques. En effet, Moody a été la cible de plusieurs parties prenantes notamment le corps médical et l'Église. L'un accusant Moody d'une absence de rigueur scientifique et l'autre l'accusant de s'intéresser à des questionnements sacrés tel que l'âme. Ainsi la légitimation du phénomène au sein du corps médical commence à être mise en doute à partir de la moitié du XX<sup>ème</sup> siècle(19).

Bien que ce soit un sujet controversé, de nombreux témoignages ont été relayés, tous avec plus ou moins les mêmes caractéristiques. Aussi la littérature autour des EMI n'a cessé de fleurir, avec des centaines de livres qui relatent les expériences et témoignages, plusieurs films et documentaires ont aussi contribué à diffuser le sujet au grand public. Cependant en termes de recherches scientifiques, les avancées sont moindres(20).

L'étude de l'histoire des EMI, depuis l'Antiquité jusqu'à nos jours, offre une perspective importante pour la légitimation de ce phénomène. Cette légitimation, découlant de la persistance des EMI à travers les temps et les cultures, peut contribuer à un changement de paradigme dans la manière dont la science et la médecine appréhendent ces expériences. Une meilleure compréhension et reconnaissance de ces expériences peuvent ainsi conduire à une meilleure prise en charge des patients

ayant vécu une EMI, en répondant à leurs besoins spécifiques et en les aidant à intégrer ces expériences potentiellement transformatrices dans leur vie.

### **C. Description du phénomène**

Les EMI surviennent la plupart du temps lors d'un arrêt cardiaque, d'un coma, d'une anesthésie générale ou dans d'autres contextes de dangers de morts. Elles se caractérisent par une perception altérée de l'environnement et de son corps (21). Selon une étude menée par Greyson et Bush en 1992 (22), les EMI peuvent être définies par la présence de plusieurs caractéristiques communes, telles que la décorporation (sensation de sortie du corps), la vision d'un tunnel ou d'une lumière, la rencontre avec des entités ou des proches décédés, une revue de vie, un sentiment de paix et d'amour universel, et une réticence à revenir dans le corps physique.

D'autres caractéristiques rapportées par les patients ayant vécu une EMI incluent la perception d'un environnement étrange ou inconnu, la sensation de flotter ou de voler, des sentiments d'euphorie ou d'angoisse, et des expériences de communication sans mots. Selon une étude de Ring en 1980, les EMI sont souvent accompagnées d'une transformation personnelle profonde, avec un changement d'attitude envers la vie, une diminution de la peur de la mort et une tendance à vivre plus pleinement le moment présent (23).

#### **1. Les différentes étapes de l'EMI selon le docteur Moody**

Raymond Moody, un pionnier dans l'étude des EMI, et souvent cité comme référence, a identifié plusieurs étapes distinctes qui caractérisent ces expériences. Voici une présentation de ces étapes dans le tableau 1.

Tableau 1 : Les différentes étapes de l'EMI selon Moody

L'incommunicabilité	Difficile pour les individus de s'exprimer avec des mots simples
Son inaudible ou bruit	Certaines personnes entendent un son désagréable ou un bruit souvent décrit comme un bourdonnement un sifflement ou une résonance
Sortie du corps	La personne ressent un détachement de son corps physique. Elle peut se voir flotter au-dessus de son corps inanimé, en observant l'environnement et parfois même les actions des personnes présentes autour d'elle.
Tranquillité et paix	Un profond sentiment de paix, de calme, et de sérénité, sans douleur ni peur. Cette sensation de bien-être est généralement intense et inoubliable pour ceux qui vivent une EMI.
Tunnel ou passage	Un passage étroit et sombre, comme un tunnel, un goulet, ou un conduit, qu'ils traversent pour se diriger vers une lumière brillante.
Rencontre avec des êtres de lumière	Souvent décrits comme des anges, des guides spirituels, ou des êtres divins. Ces êtres dégagent un sentiment d'amour inconditionnel, de bienveillance et de sagesse.
Revue de la vie	Durant cette étape, la personne revit les événements marquants de sa vie, du point de vue de toutes les personnes impliquées.
Rencontre avec des proches décédés	Ces retrouvailles sont souvent empreintes de joie et d'amour, renforçant le sentiment de bien-être de l'individu.
Barrière ou limite	L'individu atteint souvent une sorte de frontière, telle qu'une rivière, une barrière lumineuse, ou une ligne imaginaire, qu'il ne peut pas franchir sans risquer de ne pas pouvoir revenir dans son corps.
Retour dans le corps	La personne retourne dans son corps, parfois avec une sensation soudaine et douloureuse, ou parfois avec une sensation douce et paisible.

Transformation	De nombreuses personnes rapportent des changements significatifs dans leur vie et leur façon d'appréhender le monde. Ces changements incluent souvent une nouvelle appréciation de la vie, une diminution de la peur de la mort, une augmentation de la compassion et de l'altruisme, ainsi qu'un épanouissement spirituel.
----------------	---

Ces caractéristiques de l'EMI décrites par Moody demeurent à ce jour une base de référence pour les chercheurs et experts qui étudient ce phénomène, tout en s'adaptant aux nouvelles découvertes émergentes dans le domaine.

## 2. L'étude de texte quantitative du coma science group

Plus récemment, en 2020 une étude du coma science group (24) a été publiée. Elle avait pour but de relever les modèles les plus récurrents chez les patients et les comparer aux points caractéristiques décrits dans la littérature (25). Dans cette étude, les chercheurs ont collecté des récits d'EMI et les ont analysés en utilisant des méthodes de traitement automatique du langage naturel (TALN) et de fouille de textes. La taille de l'échantillon était de 158 participants qui ont tous déclaré avoir vécu une EMI. En identifiant les mots les plus fréquemment utilisés, les chercheurs ont pu déterminer les concepts clés et les thèmes récurrents dans les récits d'EMI.

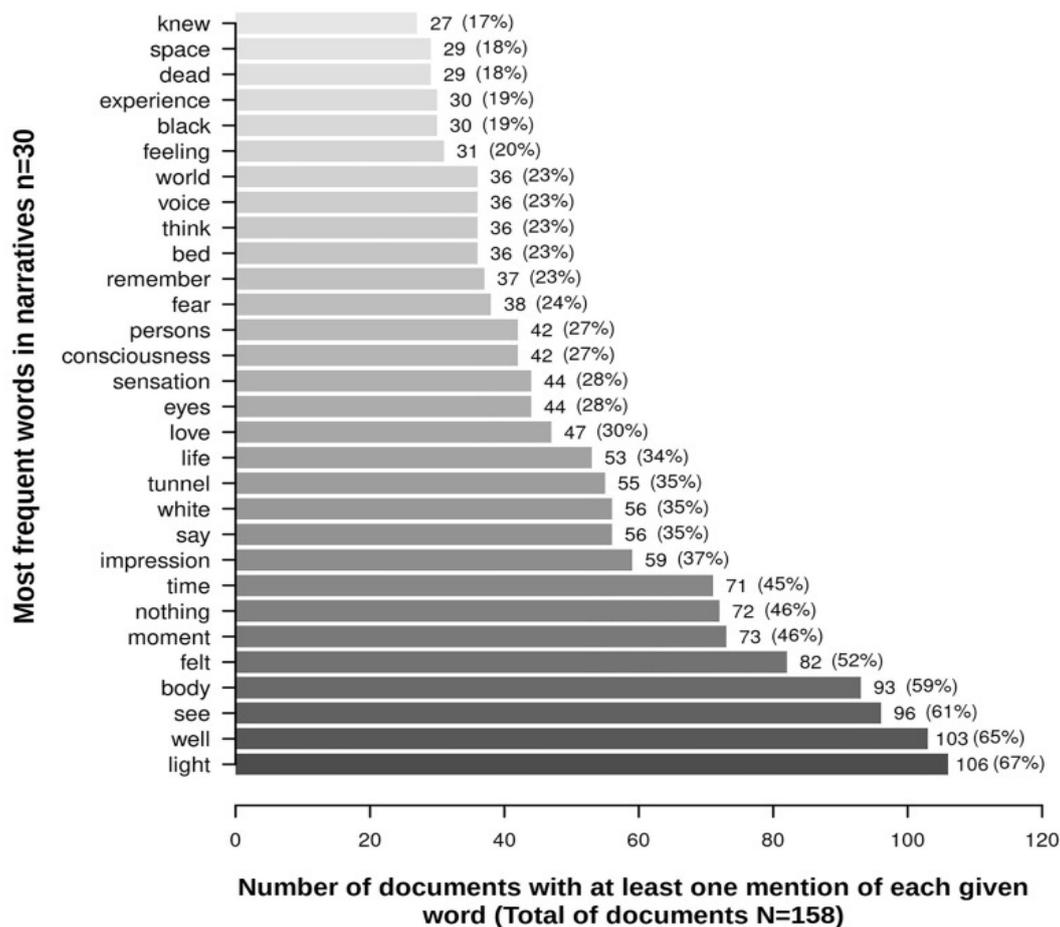


Figure 3 : Les 30 mots/caractéristiques les plus fréquents dans les documents/récits d'expérimentateurs (N = 158). (25)

Ainsi nous pouvons remarquer dans la figure 3 que les mots les plus cités sont similaires à ceux étudiés dans la littérature. Nous retrouvons les mêmes termes comme “lumière, voire, corps, bien” tels que décrits dans les études qualitatives et de nombreux témoignages. Aussi, d'autres expressions ont été fournies grâce au text mining qui ne sont pas présentes dans l'échelle de Greyson comme tunnel, amour et peur. Cette différence a été relevée par certains spécialistes comme un phénomène lié à la culture.

L'auteur Allan KELLEHEAR, discute de l'influence de la culture sur les EMI et reconnaît que les éléments culturels peuvent jouer un rôle dans la manière dont les individus interprètent et décrivent leurs expériences. Cependant, l'auteur souligne également que certaines caractéristiques communes des EMI transcendent les frontières culturelles, ce qui suggère qu'il pourrait y avoir une base universelle pour ces expériences (26). En effet, il existe des différences entre les récits occidentaux et

les autres cultures. Notamment dans les récits indiens dans lesquels il y a une absence de vision d'un tunnel (20).

L'étude préliminaire décrite utilise une approche d'analyse de texte pour examiner les récits d'EMI et trouve une bonne concordance entre les résultats de l'analyse et la littérature existante. L'analyse de texte permet également de mettre en évidence un plus grand nombre de caractéristiques importantes dans les récits d'EMI.

#### **D. Les différentes hypothèses scientifiques de la survenue des EMI**

Ces expériences de mort imminente sont source de débat et discussion dans la communauté scientifique. Les recherches ont fortement augmenté ces dernières années dû à l'amélioration de la réanimation. En effet 10 à 23 % des personnes ayant vécu un arrêt cardiaque rapportent une EMI (27) ;aussi, plusieurs personnes arrivent à reproduire ces expériences exceptionnelles sans qu'elles soient en danger de mort. Les expériences exceptionnelles peuvent englober un large éventail de phénomènes, tels que les EMI, les expériences de sortie hors du corps (OBE : out of body expérience), les rêves prémonitoires, les coïncidences significatives (synchronicités) et les perceptions extrasensorielles (télépathie, clairvoyance, etc.) (28). Ces expériences sont souvent associées à des états modifiés de conscience, des contextes de crise ou de stress, ou des moments de transition dans la vie des individus(29). Certains scientifiques ont tout de même émis des hypothèses quant à la survenue de ces expériences de conscience.

##### **1. Hypoxie/anoxie cérébrale**

L'hypoxie (diminution de l'oxygène) ou l'anoxie (absence d'oxygène) cérébrale survient lorsqu'il y a un manque d'oxygène dans le cerveau. Cette situation peut provoquer des hallucinations et des altérations de la conscience, qui pourraient expliquer certaines caractéristiques des EMI(5). Cependant, cette hypothèse ne prend pas en compte les EMI survenues chez des personnes dont l'oxygénation cérébrale était normale (30)

##### **2. Réactions neurochimiques**

Certaines substances chimiques, comme l'endorphine, la sérotonine, et le glutamate, peuvent être libérées dans le cerveau en réponse au stress, à la douleur ou à un

traumatisme. Ces substances pourraient provoquer des sensations et des perceptions similaires à celles vécues lors d'une EMI. La perception d'un tunnel peut être attribuée à une vasoconstriction rétinienne périphérique. De même, la perception d'une lumière vive peut être attribuée à une excitation transitoire de bio photons bioluminescents, un mécanisme proche de celui observé chez les patients qui éprouvent des phosphènes (31). Il y a aussi une étude intitulée "DMT Models the Near-Death Experience" publiée en 2018. Les résultats ont montré que les expériences de prise de diméthyltryptamine (DMT) et d'EMI partageaient certaines caractéristiques communes (*Annexe I*), notamment des expériences de sortie du corps, des rencontres avec des entités et des sensations d'ineffabilité. (32).

### **3. Activation du cortex temporal**

Le cortex temporal est impliqué dans de nombreuses fonctions cognitives, dont la mémoire et la perception auditive et visuelle. L'activation anormale de cette région du cerveau pourrait entraîner des expériences similaires à celles d'une EMI, comme les visions de tunnel et les rencontres avec des figures familières (33).

Aussi la théorie du modèle réduit du cerveau en détresse suggère que, face à une menace imminente pour la vie, le cerveau pourrait générer un scénario de survie en utilisant des éléments de mémoire et d'imagination. Ce scénario servirait à apaiser l'individu et à faciliter sa transition vers la mort (34)

### **4. L'étude la plus récente**

Dans une étude publiée en mai 2023 sur l'activité cérébrale lors du processus de la mort (35), les chercheurs ont analysé les signaux d'électroencéphalogramme (EEG) et d'électrocardiogramme (ECG) de quatre patients comateux en phase terminale avant et après l'arrêt de l'aide à la ventilation. Deux de ces patients ont montré une augmentation rapide et notable de la puissance gamma et de la connectivité fonctionnelle dans leur cerveau, en particulier dans la "zone chaude" corticale postérieure, une région supposée cruciale pour la conscience (36). Cette activité gamma a été stimulée par une hypoxie globale (manque d'oxygène) et a continué d'augmenter à mesure que l'état cardiaque des patients se détériorait. Les résultats suggèrent que l'augmentation de l'activité cérébrale observée chez les animaux

pendant un arrêt cardiaque (37) pourrait également se produire chez certains patients humains lors du processus de la mort.

La recherche dans ce domaine en est encore à ses balbutiements, et de nombreuses questions subsistent quant aux causes et aux implications des EMI. Les chercheurs continuent donc d'étudier ce phénomène complexe et mystérieux, en explorant les différents aspects des EMI et en cherchant à mieux comprendre les mécanismes neurobiologiques, psychologiques et environnementaux qui pourraient être impliqués.

### **Conclusion intermédiaire**

Comprendre ces expériences dans leur totalité, de leur définition à leur historique, en passant par leur description est une étape cruciale pour une prise en charge optimale des patients. Ces expériences, profondément personnelles et marquantes, ont traversé l'histoire et les cultures, contribuant à l'histoire personnelle de ceux qui ont frôlé la mort. Leur compréhension permet aux professionnels de la santé d'appréhender pleinement l'impact des EMI sur la vie des patients, favorisant ainsi une empathie et une assistance accrues.

L'analyse des différentes hypothèses scientifiques concernant les EMI met en lumière la complexité du sujet. Les explications varient entre des approches psychologiques, physiologiques et spirituelles, chaque perspective apportant des éclairages précieux sur la manière dont les patients peuvent vivre et interpréter ces expériences. Cette exploration souligne le besoin de plus de recherches et de dialogues dans le domaine médical, pour une meilleure prise en charge des patients.

Ces connaissances constituent un socle fondamental pour naviguer dans le paysage complexe des EMI, soutenir les patients et légitimer leurs expériences. Dans ce contexte, la question de la légitimité des EMI dans le milieu médical français se pose.

## **II. La légitimation du phénomène dans le milieu médical français**

Plusieurs études scientifiques comme décrit précédemment, tentent d'expliquer le phénomène d'EMI d'un point de vue biologique et des fonctions cérébrales déficientes. Cependant les nombreux témoignages sont incompatibles avec les

hypothèses émises avec ces études (38). En effet, les expériences de mort imminentes ont une place particulière dans le paysage scientifique. Néanmoins, leur reconnaissance et leur légitimation dans le milieu médical et scientifique moderne ont été controversées et inégales.

## **A. Obstacles à la légitimation des EMI**

### **1. L'influence de l'habitus médical sur la perception des EMI**

Selon Pierre Bourdieu, l'habitus est un ensemble de dispositions durables, structurées et structurantes, qui orientent les actions et les perceptions des individus (39). Dans le contexte médical, l'habitus des professionnels de santé est largement façonné par leur formation médicale, qui privilégie une approche biomédicale de la santé et de la maladie. Cette approche met l'accent sur le corps physique et les processus biologiques, et tend à minimiser l'importance des expériences subjectives et des aspects psychologiques ou spirituels de la santé (19). Ainsi, l'habitus médical pourrait engendrer une certaine réticence à accepter les EMI comme des phénomènes légitimes dignes d'attention et d'étude. Les professionnels de santé peuvent être enclins à interpréter les EMI en termes de processus biologiques, comme des hallucinations causées par le stress ou l'hypoxie, plutôt que de les considérer comme des expériences significatives qui peuvent avoir un impact profond sur les patients. De profonds changements surviennent chez les médecins qui ont vécu une EMI, que ce soit dans la vie personnelle mais aussi dans leur pratiques médicales (40).

### **2. Manque de preuves scientifiques : un défi pour la légitimation des EMI**

Un autre obstacle à la légitimation des EMI est le manque de preuves scientifiques solides pour expliquer ces expériences. La science médicale repose sur l'évidence empirique, généralement obtenue par des expériences contrôlées et reproductibles. Cependant, par leur nature même, les EMI sont difficiles à étudier de cette façon. Elles sont généralement des événements uniques, qui se produisent dans des circonstances de crise et ne peuvent pas être reproduites à volonté. De plus, elles sont des expériences subjectives, qui ne peuvent pas être mesurées objectivement. En conséquence, bien que de nombreux cas d'EMI aient été rapportés, il n'existe pas

de preuves scientifiques définitives pour expliquer pourquoi et comment elles se produisent (41).

### **3. L'influence culturelle et religieuse sur l'acceptation des EMI**

Le troisième obstacle à la légitimation des EMI pourrait être lié à la culture et à la religion (42). La France est un pays largement séculaire, où la religion et la spiritualité sont souvent considérées comme des domaines privés, séparés de la sphère publique (43). Cela peut rendre difficile pour les professionnels de santé d'accepter l'idée que les EMI puissent avoir une dimension spirituelle ou transcendante. En Inde, où les concepts de réincarnation et de vie après la mort sont profondément ancrés dans la culture et la spiritualité, les EMI sont souvent perçues de manière beaucoup plus positive et acceptées comparées à de nombreuses sociétés occidentales (44). Cette acceptation culturelle a permis une exploration plus ouverte et plus large des EMI par la communauté de recherche indienne. Cela se traduit par une production scientifique plus riche sur le sujet, avec des études qui explorent non seulement les aspects physiologiques des EMI, mais aussi leurs implications psychologiques et spirituelles.

### **4. La théorie matérialiste**

La théorie matérialiste est un principe fondamental de la science moderne qui postule que tout phénomène, y compris les processus mentaux et conscients, peut être expliqué par des processus physiques. Dans le contexte des soins de santé, cette approche se concentre sur la biologie et la physiologie du corps humain pour expliquer les maladies et leurs traitements(45).

Lorsqu'on aborde la question des expériences de mort imminente (EMI) à travers le prisme du matérialisme, celles-ci posent un défi. Les EMI, avec leurs expériences subjectives de sortie du corps, de traversée d'un tunnel, de rencontre avec des êtres lumineux, etc., semblent défier une explication purement physique. Des chercheurs matérialistes ont tenté d'attribuer ces expériences à des processus biologiques, comme une activité électrique anormale dans le cerveau en état de stress, une réaction à la privation d'oxygène ou à des médicaments, par exemple. Cependant, ces explications ne sont pas entièrement satisfaisantes et ont du mal à rendre compte de la richesse et de la cohérence des témoignages des personnes ayant vécu des EMI(19).

Ce décalage entre l'expérience rapportée des EMI et les explications matérialistes peut créer un obstacle à la légitimation des EMI dans le milieu médical. Si les professionnels de la santé adhèrent strictement à une vision matérialiste, ils peuvent avoir du mal à accepter la réalité des EMI, ou à tout le moins leur importance pour les patients qui les vivent(46).

### **5. Théorie dualiste et EMI**

Le dualisme, en revanche, est une théorie qui distingue l'esprit du corps. Selon le dualisme, la conscience n'est pas simplement le produit de processus physiques dans le cerveau, mais a une existence indépendante(47). Dans cette perspective, les EMI pourraient être considérées comme une manifestation de cet "esprit" ou de cette "conscience" qui persiste même lorsque le corps est proche de la mort(48).

Le dualisme peut offrir un cadre plus accommodant pour comprendre les EMI. Cependant, il soulève également des défis pour la légitimation des EMI dans le milieu médical. D'une part, le dualisme est controversé dans la science moderne, et beaucoup de chercheurs et de professionnels de la santé le considèrent comme non scientifique ou obsolète. D'autre part, si les EMI sont interprétées comme une preuve de l'existence de l'esprit indépendant du corps, cela peut conduire à des conflits avec les croyances religieuses ou spirituelles des individus, ou à des débats éthiques difficiles(49).

### **6. Effets de la dissonance cognitive sur la perception des EMI**

La légitimation des expériences de mort imminente (EMI) se heurte à un défi majeur : la dissonance cognitive. Cette théorie, proposée par Leon Festinger, stipule que les individus cherchent à maintenir une cohérence interne dans leurs croyances et perceptions (50). Ainsi, quand une personne est confrontée à une information qui contredit ses croyances préexistantes comme le concept d'une expérience consciente pendant un arrêt cardiaque, qui défie notre compréhension médicale et scientifique de la conscience et de la mort, cela crée une tension inconfortable, ou dissonance. Pour réduire cette dissonance, l'individu peut minimiser, rejeter ou rationaliser l'information contradictoire. Dans le cas des EMI, cela peut conduire à une réticence à les accepter comme des phénomènes légitimes, malgré les nombreux témoignages et recherches qui les soutiennent (19).

En résumé, la reconnaissance des EMI dans le paysage médical et scientifique est un processus complexe, entravé par divers obstacles. L'habitus médical, le manque de preuves empiriques rigoureuses, les influences culturelles et religieuses, l'adhésion à la théorie matérialiste, la résistance à la théorie dualiste (et ses limites) et les effets de la dissonance cognitive sont tous des facteurs qui contribuent à la contestation de la légitimation des EMI. Malgré ces défis, il est incontestable que les EMI ont un impact significatif sur ceux qui les vivent. La prochaine partie de cette revue se concentrera sur la manière dont les patients ayant vécu une EMI sont actuellement pris en charge dans le système médical, une étape cruciale pour comprendre comment le milieu médical français peut progresser pour mieux répondre aux besoins de ces patients

### **III. Prise en charge de l'EMI**

Après avoir exploré les aspects définitionnels, historiques, descriptifs et hypothétiques des EMI ainsi que leur légitimité dans le milieu médical français, il convient désormais d'approfondir une autre facette tout aussi essentielle de cette question : la prise en charge des patients ayant vécu une telle expérience. En effet depuis l'amélioration des techniques de réanimation, notamment grâce à la ventilation mécanique découverte par Bjørn Ibsen en 1952(51,52), le nombre de témoignages a augmenté. Comme précédemment décrit, les EMI sont des phénomènes intrigants qui posent un ensemble complexe de défis dans le contexte médical. Les patients qui traversent ces expériences ont besoin d'une assistance appropriée qui tient compte à la fois de leurs besoins physiques et psychologiques. La partie suivante se consacrera à l'examen de l'état actuel de la prise en charge des EMI, en mettant en lumière les pratiques, les obstacles rencontrés et les possibilités d'amélioration.

#### **A. L'identification d'une EMI**

Le Dr. Bruce Greyson, psychiatre et chercheur américain spécialisé dans l'étude des EMI, a développé en 1980 une échelle pour mieux comprendre les EMI et d'adapter les soins et le soutien en conséquence. L'échelle de Greyson (*Annexe II*) est largement reconnue et utilisée dans le domaine tant par les professionnels de la santé, que les chercheurs et thérapeutes (53).

Seize items regroupés en quatre catégories principales sont proposés par Greyson pour évaluer les EMI, chacun étant noté de 0 à 2. Un score plus élevé indique une EMI plus intense (*Tableau 2*)

*Tableau 2 : Les 16 éléments par catégories de l'échelle de Greyson*

<b>Affectives</b>	<b>Cognitives</b>	<b>Paranormales</b>	<b>Transcendantes</b>
Paix / Bien-être	Pensée accélérée	Vision extrasensorielle	Entrée dans un autre monde / dimension
Sentiment d'unité / fusion	Pensée claire	Vision de scènes / événements futurs	Rencontre avec un être de lumière ou entité supérieure
Joie	Vision globale / panoramique	Sortie hors du corps	Vision d'une frontière / limite
Rencontre avec des êtres décédés ou des entités	Compréhension / révélation	Vision de scènes / événements passés	Retour volontaire dans le corps

Chaque item est évalué en fonction des réponses du sujet à des questions spécifiques. Les scores sont additionnés pour donner un score total compris entre 0 et 32. Une expérience est généralement considérée comme une EMI si le score total est supérieur ou égal à 7.

## **B. La prise en charge en service de réanimation des personnes ayant vécu une EMI**

### **1. La perception des EMI par les professionnels de la santé en France**

Bien que certaines études internationales et des témoignages de patients aient mis en lumière l'existence des EMI, la reconnaissance de ces expériences dans le milieu médical français reste limitée. Les médecins et les autres professionnels de la santé

peuvent avoir des opinions variées sur les EMI, allant de l'ouverture d'esprit à un certain scepticisme, en passant par le rejet pur et simple de l'existence de telles expériences. Cette divergence d'opinions peut être attribuée en partie à la méconnaissance du phénomène, à l'absence de formation spécifique sur les EMI et aux divergences entre les approches scientifiques et spirituelles (20).

## **2. Les protocoles actuels et limites de prise en charge des patients ayant vécu une EMI**

En France, la prise en charge des patients ayant vécu une EMI est généralement basée sur le soutien psychologique et l'accompagnement médical. Toutefois, il n'existe pas de protocole standardisé pour l'évaluation et le suivi des patients concernés. Cette absence de protocole peut entraîner une prise en charge inégale et insuffisante des patients, qui peuvent se sentir incompris ou délaissés par les professionnels de la santé. Lors d'une interview en 2019 le médecin François Lallier explique que la médecine n'a pas réellement étudié le sujet et il n'y a pas de groupe dédié à l'étude de ces phénomènes (54).

Les soignants en service de réanimation jouent un rôle crucial dans la prise en charge des patients en état critique, souvent suite à des arrêts cardiaques, des accidents ou des maladies graves. Dans ce contexte, il est possible que certains patients vivent des EMI. La prise en charge de ces patients peut s'avérer complexe pour diverses raisons :

- **Priorités médicales :** La priorité principale des soignants en réanimation est de stabiliser l'état physique des patients et de traiter les problèmes médicaux urgents. Les EMI, en revanche, concernent principalement l'aspect psychologique et émotionnel de l'expérience. Les soignants peuvent donc accorder moins d'attention aux EMI, se concentrant davantage sur les besoins médicaux immédiats des patients (55).
- **Charge de travail et contraintes de temps :** Les services de réanimation sont souvent confrontés à une charge de travail élevée et à des contraintes de temps, ce qui peut limiter la capacité des soignants à aborder des questions non urgentes ou à passer du temps à écouter les expériences des patients. Les

patients ayant vécu des EMI peuvent ainsi se sentir négligés ou incompris et ils ont besoin de temps avant de divulguer par étape leur expérience (56).

L'une des principales limites de la prise en charge des EMI en France réside dans le manque de formation et de sensibilisation des professionnels de la santé au sujet de ces expériences. Les médecins et les autres professionnels de la santé peuvent ne pas être suffisamment informés sur les EMI, leurs causes, leurs conséquences et les meilleures pratiques en matière de prise en charge des patients concernés. Cela peut entraîner une méconnaissance du phénomène et une approche inadéquate dans la gestion des EMI (20).

Le fait d'être confronté à la mort en permanence lors de réanimation, le personnel soignant perd en empathie et ne laisse pas place aux émotions car cela pourrait induire à une erreur médicale. Ainsi les récits des patients sont souvent secondaires dans une situation de stress pour l'équipe soignante et une atmosphère dans le bloc opératoire étouffante(55).

### **3. L'importance des psychologues en réanimation**

De ce fait la prise en charge de telles expériences est attribuée aux psychologues cliniciens. Cependant le trauma du patient de son opération ou de son coma lui font oublier les moments les plus importants de son EMI. Ce n'est que bien après qu'il se remémore précisément de son expérience, sauf qu'à ce moment-là, il n'y a plus de prise en charge.

Une étude a été menée en 2010 par Cheryl Fracasso qui vise à explorer les connaissances et attitudes des psychologues sur les EMI et comment elles ont évolué au fil du temps (57). En dépit d'une amélioration générale observée par rapport aux études antérieures, la majorité des 239 participants démontrait encore une connaissance limitée des EMI. Moins de la moitié étaient au courant de la définition d'une EMI, et seulement 30% étaient familiers avec ses caractéristiques typiques. L'étude a aussi révélé un lien entre le degré d'orientation spirituelle ou holistique d'un individu (concept de soi transpersonnel) et une meilleure connaissance et attitude envers les EMI. Les résultats soulignent l'importance d'une sensibilisation et d'une formation continue sur les EMI pour les professionnels de la santé mentale.

## C. La prise en charge de l'EMI post hospitalisation

### 1. Reconnaissance et Validation de l'EMI

L'une des premières étapes dans la prise en charge des patients ayant vécu une EMI est la reconnaissance et la validation de leur expérience. Cette reconnaissance est essentielle pour établir une relation de confiance entre le patient et le professionnel de santé et pour aider le patient à se sentir entendu et compris (58). C'est un aspect crucial de la prise en charge, car les patients qui ont vécu une EMI peuvent souvent se sentir isolés ou incompris par ceux qui n'ont pas vécu une telle expérience(59).

La validation de l'EMI implique également une reconnaissance de la valeur et de la signification que l'expérience peut avoir pour le patient. Même si la nature exacte des EMI et leur signification reste sujet de débat parmi les chercheurs, il est important de reconnaître que pour les patients eux-mêmes, ces expériences peuvent être profondément significatives et transformatrices (20).

### 2. Différents types de soutien

Certains types de soutien existent, notamment des groupes de parole, des thérapies individuelles, et des ressources en ligne. Il existe un Centre d'Information, de Recherche et de Consultation sur les Expériences Exceptionnelles (CIRCEE) qui propose des services de consultations. Ce service propose un espace d'écoute pour les personnes qui souhaitent partager leurs vécus(55). Cependant, ces options restent largement méconnues et sont souvent utilisées de manière marginale, fonctionnant comme des niches. De plus, la transition de la prise en charge hospitalière à la vie quotidienne après une EMI n'est généralement pas accompagnée par des services de soutien médical spécifiques. Il est donc crucial d'identifier et de mettre en œuvre des stratégies de prise en charge plus efficaces et accessibles pour ces patients.

La psychothérapie, également connue sous le nom de thérapie par la parole, peut offrir un espace sûr pour les patients pour discuter de leur EMI et de ses effets sur leur vie(60). Il peut s'agir de thérapie individuelle, de thérapie de groupe ou de thérapie familiale. Le thérapeute peut aider le patient à donner un sens à son expérience, à gérer les émotions complexes ou difficiles, à gérer tout changement dans ses valeurs ou ses croyances, et à développer des stratégies d'adaptation pour la vie quotidienne.

La thérapie assistée par l'art utilise le processus créatif de l'art pour aider les patients à exprimer et à comprendre leurs émotions(61). Pour certains patients ayant vécu une EMI, l'art peut offrir un moyen d'exprimer des aspects de leur expérience qui peuvent être difficiles à mettre en mots(62).

Pour certains patients, l'EMI peut avoir des implications spirituelles profondes. Dans ces cas, une thérapie qui comprend un soutien spirituel, que ce soit par le biais de discussions avec un conseiller spirituel ou d'une participation à une communauté spirituelle, peut être bénéfique(63).

Aussi, la TransCommunication Hypnotique (TCH) est une technique développée par le Dr Jean-Jacques Charbonier, anesthésiste-réanimateur français.

La TCH est basée sur l'idée que les traumatismes psychologiques peuvent être guéris en accédant à des états de conscience modifiés, similaires à ceux vécus lors d'une EMI(64). Le but de cette thérapie est d'induire chez le patient un état de relaxation profonde qui permet d'accéder à ces états de conscience modifiés.

La TCH utilise une combinaison de techniques, dont la relaxation, la visualisation, la méditation et la respiration contrôlée. L'objectif est de permettre au patient de se détacher de ses pensées et sentiments négatifs, et de les remplacer par des pensées et sentiments positifs. En fin de compte, l'idée est d'aider le patient à se libérer des traumatismes passés et à retrouver un état de bien-être et de sérénité.

### **3. Suivi Médical**

Les patients ayant vécu une EMI peuvent également avoir des préoccupations médicales spécifiques qui nécessitent un suivi (65). Ils peuvent avoir des questions sur les causes de leur EMI, sur les effets potentiels sur leur santé physique, ou sur les implications de leur expérience pour leur santé future. Par conséquent, un suivi médical approprié est un élément important de la prise en charge.

Cela peut impliquer des consultations régulières avec un médecin comme le Dr François Lallier qui comprend les EMI et qui peut aider le patient à interpréter et à gérer tout effet physique qui peut résulter de leur expérience(66). Dans certains cas, cela peut également impliquer une référence à d'autres spécialistes, tels que des neurologues ou des cardiologues, pour un suivi plus spécifique.

#### **4. Utilisation de nouvelles technologies**

L'avancement de la technologie a ouvert de nouvelles possibilités pour la prise en charge des patients ayant vécu une EMI. Par exemple, la réalité virtuelle a été proposée comme un moyen potentiel d'aider les patients à intégrer leur expérience d'EMI. Les patients pourraient revivre leur EMI dans un environnement contrôlé, ce qui pourrait les aider à comprendre et à traiter leur expérience(67).

De plus, la technologie a permis de nouvelles formes de soutien, telles que la téléconsultation. Les patients qui vivent dans des zones éloignées, ou qui sont autrement incapables de se rendre en personne à des consultations, peuvent toujours recevoir un soutien grâce à des consultations en ligne. Cela peut aider à garantir que tous les patients qui ont vécu une EMI ont accès au soutien dont ils ont besoin.

#### **5. Création de communautés de soutien**

Enfin, la création de communautés de soutien pour les patients ayant vécu une EMI peut être une stratégie importante pour améliorer leur prise en charge(55). Ces communautés peuvent fournir un espace sûr où les patients peuvent partager leurs expériences, apprendre les uns des autres, et recevoir du soutien de personnes qui comprennent ce qu'ils ont vécu.

Ces communautés peuvent exister sous de nombreuses formes, y compris les groupes de soutien en ligne, les réunions en personne, et même les conférences et les événements(68). Ces communautés peuvent aider à réduire l'isolement que certains patients peuvent ressentir après une EMI, et peuvent fournir des ressources précieuses pour aider les patients à comprendre et à intégrer leur expérience(69).

#### **6. Soutien Familial**

L'EMI d'un patient peut également avoir un impact sur sa famille et ses proches. Ils peuvent être déconcertés par les changements qu'ils observent chez leur proche, ou ils peuvent être incertains quant à la manière de fournir un soutien. Par conséquent, il est important que le soutien familial soit inclus dans le plan de soins post-hospitalisation. Cela peut comprendre une éducation pour aider la famille à comprendre ce qu'est une EMI et quels sont ses effets potentiels, ainsi qu'un soutien

pour aider la famille à naviguer dans les changements émotionnels et relationnels qui peuvent survenir. Dans certains cas, une thérapie familiale peut être bénéfique(70).

En résumé, la prise en charge des patients ayant vécu une expérience de mort imminente nécessite une approche globale et personnalisée, qui tienne compte de la complexité de ces expériences et de leurs effets potentiels sur le patient. Alors que la recherche continue d'explorer ces phénomènes, il est crucial que les professionnels de santé continuent de se former et de se sensibiliser à ces expériences, afin de pouvoir offrir le meilleur soutien possible à ces patients.

### **Conclusion de la revue de littérature**

Après une lecture approfondie et une analyse méticuleuse de diverses sources scientifiques, nous avons compilé une revue de littérature détaillée sur le sujet des Expériences de Mort Imminente (EMI). Souvent rapportées par des patients ayant survécu à une situation de mort imminente, sont généralement caractérisées par une suite d'événements comprenant des sensations de paix, la vision d'un tunnel, une lumière brillante, la rencontre avec des êtres décédés, et une revue panoramique de sa vie.

Ces phénomènes, bien que déconcertants, semblent avoir un impact considérable sur les patients. Ils peuvent provoquer des transformations majeures dans la vie des individus, influençant leurs croyances, valeurs, attitudes envers la vie et la mort, et leur bien-être émotionnel.

Il est également crucial de souligner l'importance de la légitimation des EMI. Leur nature intangible et subjective, ainsi que l'absence de preuves concrètes accessibles à la perception commune, rendent leur acceptation par la société et par la communauté médicale et scientifique particulièrement difficile. Cette légitimation est essentielle, non seulement pour les personnes ayant vécu une telle expérience, mais aussi pour permettre une avancée significative dans la recherche scientifique et médicale.

Dans le contexte hospitalier, la prise en charge de ces expériences est complexe, en particulier en raison de la charge de travail élevée et des contraintes de temps dans les services de réanimation. Les psychologues jouent un rôle essentiel dans ce processus, même si la formation et la sensibilisation des professionnels de la santé à ces expériences restent insuffisantes. Une fois sortis de l'hôpital, les patients ayant

vécu une EMI nécessitent un suivi spécifique, qui comprend la reconnaissance de leur expérience, un soutien psychologique, un suivi médical, l'utilisation de nouvelles technologies, la création de communautés de soutien et un soutien familial.

L'étude profonde de la littérature sur le phénomène des EMI a révélé tout de même certaines limites. En effet les chercheurs et scientifiques qui s'intéressent aux EMI, ne les approche que sous le prisme d'un phénomène intrigant et passionnant à étudier, en oubliant parfois que ce sont des personnes qui rapportent ces témoignages bouleversant et parfois traumatisant pour elles. Ainsi la prise en charge de ces patients n'est évoquée que dans de rares études sur la question, ce qui a compliqué le travail de cette revue de littérature.

## Partie 2 : Cadre empirique

### I. Contexte et méthodologie

#### A. Objectifs de l'étude ou questions de recherche

Notre ambition est de contribuer aux réflexions en cours sur le sujet des EMI en répondant aux questions spécifiques suivantes :

1. Comment les professionnels de santé perçoivent-ils et légitiment-ils le phénomène des EMI dans leur pratique médicale quotidienne, et quels sont leurs besoins spécifiques en matière de formation et de soutien pour mieux appréhender et gérer ces expériences ?
2. Comment les individus qui ont vécu une EMI décrivent-ils leur expérience, quel a été leur parcours de prise en charge médicale, et quelles sont leurs attentes concernant leur suivi médical ?
3. Quel est le niveau de connaissance et la perception du phénomène des EMI parmi le grand public ? Comment ce phénomène est-il légitimé dans la conscience collective, et quelles pourraient être les stratégies potentielles pour améliorer à la fois la prise en charge de ces expériences et leur compréhension par la société en général ?

Ainsi, l'objectif de cette étude empirique est d'apporter un nouvel éclairage sur les EMI dans le milieu médical français, en allant au-delà de la littérature existante pour explorer des perspectives et des enjeux encore peu documentés. Les résultats attendus devraient permettre de formuler des recommandations concrètes pour améliorer la prise en charge des patients ayant vécu une EMI, et ainsi contribuer à une meilleure qualité des soins dans le système de santé français.

#### B. Méthodologie choisie

La méthodologie utilisée est celle de l'entretien semi-directif, ce qui signifie que bien que les questions soient préétablies, il existe une certaine souplesse pour suivre des pistes intéressantes qui peuvent surgir lors de la conversation. Les entretiens sont ensuite analysés pour identifier des thèmes communs et des tendances, tout en mettant en évidence les expériences individuelles et les perspectives uniques. Le but

est d'obtenir une vue d'ensemble de la façon dont les EMI sont comprises et gérées dans le contexte médical français, afin d'identifier les forces et les faiblesses de l'approche actuelle et d'explorer les possibilités d'amélioration. Aussi nous utiliserons une étude quantitative à travers un questionnaire en ligne, car selon Giordano et Jolibert, « La recherche quantitative est appropriée lorsqu'il existe un cadre théorique déjà bien reconnu. L'étude quantitative ne converge que très rarement sur un seul cadre, elle en propose souvent plusieurs »(71). Cela nous permettra d'approcher l'EMI sous plusieurs angles.

Cette méthodologie permet d'aborder le phénomène des EMI à partir de trois angles complémentaires : celui des professionnels de santé, celui des personnes ayant vécu une EMI, et celui du grand public. Les données qualitatives recueillies grâce aux entretiens permettront d'approfondir la compréhension des EMI et de leur prise en charge, tandis que les données quantitatives du questionnaire permettront de situer ces enjeux dans un contexte sociétal plus large. La question de la prise en charge des personnes ayant vécu une EMI sera analysée via l'entretien des professionnels de santé. Quant à l'amélioration de la prise en charge, elle sera analysée via l'entretien destiné aux patients. Finalement la perception et la légitimité d'une telle expérience sera analysée via le questionnaire destiné au grand public. Cependant il serait plus judicieux de faire une analyse transversale et croisée les données des différents questionnaires afin d'avoir une réponse complète à notre problématique.

## **II. Populations ciblées et collecte des données**

Dans le cadre de cette étude sur la prise en charge des EMI, nous nous intéressons à trois groupes distincts mais interconnectés : les patients ayant vécu une EMI, les professionnels de santé, et le grand public. Ces groupes cibles ont été sélectionnés dans le but d'obtenir une vue d'ensemble et approfondie sur la perception, l'appréhension et la compréhension des EMI, permettant ainsi d'explorer à la fois les expériences personnelles, l'intégration dans la pratique médicale, et l'impact sur la conscience collective

## A. Entretiens avec des professionnels de santé

L'objectif de ces entretiens est de comprendre comment les professionnels de santé appréhendent les EMI, comment ils les intègrent dans leurs pratiques et comment ils prennent en charge les patients ayant vécu ce type d'expérience.

### 1. Sélection des participants

La sélection des participants s'est opérée en deux temps. Premièrement, une recherche documentaire a été effectuée afin de recenser les professionnels de santé ayant manifesté un intérêt pour les EMI, (publications, interventions dans des conférences ou témoignages dans les médias). Deuxièmement, un échantillon de praticiens variés susceptibles d'être en contact avec des patients ayant vécu une EMI (médecins, infirmiers, psychologues, etc.) a été sélectionné. Ces professionnels ont été contactés des personnes via les réseaux sociaux et/ou par mail.

*Tableau 3 : Echantillon professionnels de santé*

Professionnels de santé	Métier	Susceptibilité d'être confronté à la problématique
<b>Anas ATTANOUTI</b>	Anesthésiste-réanimateur	++
<b>Pauline FRITZ</b>	Médecin clinicienne	++
<b>Franck DIBOUES</b>	Psychologue	+++
<b>Madame L.S</b>	Infirmière HAD	+

### 2. Protocole de recueil des données

Les entretiens ont été menés via des outils de communication en ligne type zoom en cas de contraintes géographiques. Le guide d'entretien était structuré en trois parties : la perception des EMI par le professionnel, la place des EMI dans sa pratique, et enfin sa vision de la prise en charge idéale d'un patient ayant vécu une EMI (*Annexe III*). Tous les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des participants, puis retranscrits intégralement.

## B. Entretiens avec des personnes ayant vécu une EMI

L'objectif de ces entretiens est de recueillir le témoignage de personnes ayant vécu une EMI, afin de comprendre comment elles ont vécu cette expérience, comment elles l'ont interprétée, et comment elles ont été prises en charge par les professionnels de santé.

### 1. Sélection des participants

Des personnes ayant témoigné d'une EMI ont été identifiées grâce à des associations dédiées et des forums en ligne. La sélection a visé une diversité de profils en termes de sexe, d'âge, de contexte de survenue de l'EMI, et de parcours de santé. Nous avons partagé un post dans un groupe Facebook de personnes ayant vécu une EMI, dans lequel nous décrivions nos études, notre sujet de mémoire, la manière dont l'entretien pourrait se dérouler. Nous avons eu des retours positifs dans les semaines qui ont suivies : 5 personnes qui ont vécu une EMI ont pu être interrogée.

Tableau 4 : Echantillon patient

Patient A	<b>Madame D.P</b>
Patient B	<b>Monsieur F.M</b>
Patient C	<b>Madame L.L</b>
Patient D	<b>Monsieur JL.P</b>
Patient E	<b>Madame V.R</b>

### 2. Protocole de recueil des données

La plupart des entretiens ont été effectués via zoom. Les participants ont accepté au préalable d'être enregistré. Les entretiens ont suivi un guide flexible, permettant de s'adapter au vécu de chaque participant. Ils ont commencé par une question ouverte sur le récit de l'EMI, puis ont été explorées les conséquences de cette expérience sur la vie de la personne, sa compréhension de l'expérience, et sa perception de la prise en charge médicale (*Annexe IV*).

## **C. Questionnaire à destination du grand public**

L'objectif de ce questionnaire est de mesurer la connaissance et la perception des EMI par le grand public, afin de cerner le contexte sociétal dans lequel s'inscrit la prise en charge des personnes ayant vécu une EMI.

### **1. Construction du questionnaire**

Le questionnaire a été construit en s'inspirant des travaux de recherche existants sur la perception des EMI par le grand public. Il comprend des questions fermées sur la connaissance des EMI, la croyance en leur réalité, l'interprétation de ces expériences, et la perception de la manière dont elles sont traitées par le milieu médical (*Annexe V*).

### **2. Diffusion du questionnaire et analyse des réponses**

Le questionnaire a été diffusé en ligne, via des réseaux sociaux et des forums consacrés aux sujets de santé. Un effort particulier a été fait pour atteindre des publics diversifiés, afin de garantir une représentativité suffisante des réponses.

Les réponses au questionnaire ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives pour les questions fermées, et d'une analyse de contenu pour les questions ouvertes. Les liens entre différentes variables (par exemple, le niveau de connaissance des EMI et la perception de leur prise en charge) ont été explorés à l'aide de tests de corrélation.

## Partie 3 : Résultats de l'enquête

### I. L'analyse des témoignages des EMI

#### A. Circonstances et contexte de l'EMI

D'après les réponses recueillies, il apparaît que les Expériences de Mort Imminente (EMI) se manifestent fréquemment dans des contextes de crise médicale grave, notamment lors d'opérations chirurgicales, d'arrêts cardiaques, ou encore de comas. Ces situations critiques semblent constituer des circonstances propices à la survenue de telles expériences, soulignant l'importance de comprendre comment les patients traversent ces événements et comment ils sont soutenus dans leur parcours de soins à la suite de ces expériences profondément personnelles et souvent bouleversantes. Voici les différents commentaires retranscrits quant aux circonstances de la survenue de l'EMI :

*« C'était l'année de mes 20 ans, je devais me faire opérer des amygdales, je me retrouve en salle de réveil et commence à m'étouffer, le cœur s'arrête et en fait on me fait une réanimation, massage cardiaque, électro choque et pendant ce temps mon âme part ailleurs mais que je vois tout ce qui se passe » (Patient A).*

*« Je sombre dans le coma le 1 septembre 1999, suite à une malformation artérioveineuse (MAV), c'est ce que disent les médecins... il y avait du sang dans tout le cerveau, les médecins n'avaient jamais vu ça. J'étais dans un coma profond d'échelle 3 » (Patient B).*

*« J'ai subi une grosse opération qui était prévu depuis longtemps, j'ai passé 10 ans à l'hôpital. On a travaillé sur cette opération jusqu'à ce que mes os soit stabilisé. Une opération qui dure plus de 9heures, manque de peaux, j'ai fait une allergie à un médicament qui s'appelait le Nubain. J'ai fait une hémorragie, j'étais en soin intensif. J'étais intubé, j'avais les pieds, les mains attachés, la mâchoire ficelé ... » (Patient C).*

« En 1996 j'ai eu un grave accident à 16 ans. J'ai donc eu un trauma crânien, cote fracturé, divers choques, J'ai fait un grand voyage, d'après les médecins j'ai fait un coma de 24 à 48h et quand je me suis réveillé j'ai eu de gros trouble de la mémoire pendant 3-4 mois » **(Patient D)**.

« J'ai fait un coma j'avais environ 14 ans (c'était il y a 30 ans) donc pas d'hier...j'ai vécu une expérience de mort imminente » **(Patient E)**.

D'après les témoignages recueillis, il ressort clairement que les EMI surviennent souvent dans des contextes de crise médicale grave. Les cas présentés sont variés, allant d'une opération d'amygdales à une malformation artérioveineuse (MAV), une chirurgie complexe de longue durée, et un traumatisme crânien suite à un accident. Malgré la diversité de ces situations, un point commun se dégage : tous ces incidents ont conduit à une altération sévère de l'état de conscience du patient, qui s'est manifestée par une EMI.

Madame D.P a vécu son EMI suite à une complication d'une opération des amygdales, une intervention généralement considérée comme bénigne. Dans son cas, l'incident qui a provoqué l'EMI était une asphyxie, entraînant un arrêt cardiaque. Monsieur F.M, quant à lui, a fait une EMI lors d'un coma induit par une MAV, une condition neurologique grave et potentiellement mortelle. Madame L.L a vécu une EMI après une opération complexe qui a duré plus de neuf heures, marquée par une hémorragie et une réaction allergique à un médicament. Enfin, Monsieur J.L.P a subi un traumatisme crânien lors d'un accident, suivi d'un coma de courte durée pendant lequel il a vécu une EMI.

Ces témoignages confirment que les EMI peuvent survenir dans une variété de contextes médicaux, et soulignent le rôle potentiel du stress physique et mental intense dans leur déclenchement. Ces expériences semblent être provoquées par des situations où le cerveau est privé d'oxygène ou confronté à une perturbation soudaine et majeure de son fonctionnement, comme cela peut être le cas lors d'un arrêt cardiaque, d'un coma, ou d'une réaction allergique sévère.

Comparativement à d'autres témoignages trouvés dans la littérature, il n'y a pas de différence significative en termes de contextes de survenue des EMI. Les EMI ont souvent été rapportées à la suite d'accidents de la circulation, de crises cardiaques, de complications pendant la chirurgie, d'asphyxie, et même de situations de grande peur ou de stress intense. Il semble que le facteur déterminant soit une sorte de menace imminente pour la vie ou une perturbation importante de l'état de conscience, plutôt qu'un type particulier de crise médicale. Cependant on retrouve tout de même dans la littérature des personnes ayant vécu une EMI lors de situation sans danger de mort, comme par exemple lors de méditation, d'hypnose ou d'orgasme. Ainsi, certains chercheurs en neurosciences ne trouvent pas judicieux d'utiliser le terme de « mort imminente ».

Ces témoignages soulignent la nécessité pour les professionnels de la santé d'être attentifs aux récits des patients ayant vécu des EMI. Comprendre les contextes dans lesquels ces expériences se produisent peut aider à identifier les patients susceptibles de vivre des EMI et à leur fournir le soutien nécessaire.

### **B. Expérience et perceptions durant l'EMI**

Les récits d'EMI sont toujours profondément personnels et marqués par des éléments différents, bien qu'il existe des thèmes communs qui traversent ces expériences. La perception de l'environnement, le sentiment de paix et de plénitude, la vision d'un passage ou d'une lumière, l'existence de communications non verbales, et parfois la rencontre avec des êtres familiers ou inconnus, sont des éléments fréquemment retrouvés dans ces récits.

*« Mon cœur s'arrête et je quitte mon corps, je vois la pièce, je vois les médecins qui interviennent, je vois qu'on me fait un massage cardiaque qui ne fonctionne pas et des électrochoque et en même temps j'ai une vision d'un passage, pas un tunnel, quelque chose de très lumineux qui m'attirait parce qu'il y avait un sentiment de bien-être et amour inconditionnel. C'est comme si on me disait que ce n'était pas le moment, par télépathie, que je le ressentais, une intuition » (Madame D.P).*

« Revenu du coma, mon père est entré et m'a demandé si je me souvenais de quelque chose. J'ai vu une dame brune avec un chien blanc, c'était notre voisine, mes parents la connaissent très bien c'est une amie à eux, cancéreuse dans le temps, décédée deux semaines avant le coma, par contre le chien blanc je ne le connaissais pas. Je savais qu'elle avait un chien mais il était noir, mais mes parents savaient que son premier chien était blanc et il est mort avant ma naissance » **(Monsieur F.M)**.

« J'ai eu quelque chose qui m'a emmené assez violemment et je pense que c'est cette violence, un truc assez noir, une force noire qui m'a emmené vers le haut. Moi je n'ai pas trop aimé. Un tunnel noir et il m'a entraîné avec beaucoup de force et moi je n'ai pas voulu. J'ai vu tout ce qui se passait du haut, j'ai pu voir le personnel qui a paniqué, ma mère qui a pris les choses en main, du sang partout dans le mur, même ce qu'il y avait derrière moi, j'ai vu mon père qui a failli tomber dans les pommes et une infirmière qui est venue le prendre, je l'ai suivi jusque dans le couloir, l'infirmière lui a donné un sucre. J'étais tellement obnubilé par voir mes parents, le temps s'arrête complètement, j'ai eu aucune souffrance, l'impression que la lutte avec l'ombre noire a duré hyper longtemps. Je suis revenue dans mon corps pour mon père » **(Madame L.L)**.

« Dans le concret j'ai le passage ou on voit cette fameuse lumière. C'est comme si votre esprit est dans une pièce immense car on n'a pas la sensation de chaleur, de froid, pas de bruits, vous êtes bien, vous avancez vers ce point lumineux. Vous vous souvenez de votre corps, vous pouvez vous imaginer le truc que vous désirez le plus, ce qui vous attire et vous pouvez l'avoir puisque c'est votre pensé. Vous êtes tellement posé, relax que vous vous laissez. Vous êtes emmené par votre lumière. J'ai eu un deuxième souvenir quand j'ai eu 6 ans, en 1986, la mort de mon demi-frère de la leucémie. Je me vois avec lui sur un divan, il me conseil, me rassure, je l'écoute longuement. Cela duré hyper longtemps, je ne peux pas vous l'expliquer, mais je sais que c'est lui, c'était son âme qui me parle. Ensuite un souvenir qui m'a traumatisé ça va être des EMI négative. Dans ce souvenir-là, traumatisé un peu, j'étais dans un couloir, voir même dans un tunnel, comme si on était dans une catacombe, avec peu de lumière, on ne sait pas où on va, d'où on vient, sensation de stress, ce qu'on a au fond de nous que l'on ressent. Ça a été traumatisant, oppressant. Quand on ressort de la, on sort grandi. On ouvre notre esprit. On se dit il y a quelque chose derrière. Il y a quelque chose avec notre âme » **(Monsieur JL.P)**.

*« Je me rappelle que je flottais dans une sorte de tunnel très sombre, j'étais comme en apesanteur et surtout dans un état de plénitude incroyable. Puis j'ai vu cette lumière flash au fond du tunnel très intense...ma mère décédée m'y attendait elle me tendait la main et je suis revenue je me rappelle que je voulais absolument entrer dans la lumière pour rejoindre ma mère mais c'est comme si elle ne voulait pas. Je me suis réveillée branchée de partout » (Madame V.R).*

Madame D.P décrit une vision dualiste durant son EMI. Elle se perçoit en dehors de son corps, observant les efforts des médecins pour la réanimer, tandis qu'elle est simultanément attirée par un passage lumineux empli d'amour inconditionnel. C'est une manifestation de l'expérience de décorporation souvent décrite, où le sujet se perçoit à une position extérieure à son corps physique.

Monsieur F.M, pendant son coma, a rencontré une connaissance décédée précédemment, un phénomène souvent rapporté dans les EMI. Sa perception d'un chien, inconnu de lui mais connu de ses parents, soulève d'intéressantes questions sur la nature de la conscience et des informations qu'elle peut contenir.

L'EMI de Madame L.L se distingue par une force noire et une lutte, une expérience plus terrifiante que celle souvent décrite. Cependant, son expérience de décorporation et son observation de scènes précises confirment des éléments communs aux EMI.

Monsieur J.L.P décrit une expérience à multiples facettes, incluant une vision lumineuse, une rencontre avec un proche décédé, ainsi qu'une EMI négative avec une sensation d'oppression. Cela souligne la complexité et la diversité des EMI.

Enfin, Madame V.R évoque une rencontre avec un être cher décédé, soulignant une fois de plus le thème récurrent de la rencontre avec des proches décédés pendant l'EMI. De plus, le sentiment de plénitude et le tunnel sombre sont des éléments caractéristiques des récits d'EMI.

En comparant ces récits à ceux de la littérature, il est évident que malgré les variations individuelles, il existe des éléments communs marqués dans la plupart des EMI : le sentiment de paix et de plénitude, l'expérience de décorporation, la traversée d'un

tunnel ou d'un passage, la présence d'une lumière ou d'une entité lumineuse, la rencontre avec des êtres (connus ou inconnus), et parfois une communication ou un message reçu. Ces éléments communs suggèrent une expérience universelle qui transcende les différences culturelles et personnelles.

Toutefois, il est essentiel de noter que toutes les EMI ne sont pas nécessairement paisibles ou agréables. Certaines, comme celle décrite par Madame L.L et partiellement par Monsieur J.L.P, peuvent être effrayantes ou traumatisantes. Cette réalité met en évidence l'importance d'une prise en charge appropriée et empathique de ceux qui ont vécu une EMI. Nous remarquons aussi que les EMI négatives ne sont pas tellement étudiées par les chercheurs, elles ne sont pas non plus représentées dans les documentaires, les témoignages et les films sur le sujet. Alors que dans nos témoignages recueillies 2/5 disent avoir vécu une expérience désagréable, n'ayant pas voulu la qualifier d'EMI négative.

### **C. Après l'EMI : éveil et réactions initiales**

Les réactions des patients post-réveil sont des aspects importants à relevés des EMI. Ces moments peuvent être profondément déstabilisants, voire traumatisants, pour l'individu qui revient à la conscience "normale". Le retour à la réalité physique, la réintégration dans leur corps et le contraste frappant entre l'expérience de l'EMI et la réalité quotidienne peuvent susciter des sentiments de confusion, de douleur et même de perte.

Madame D.P décrit le retour à son corps comme une expérience douloureuse, ressentant les limites physiques du corps après avoir vécu une liberté sans restriction lors de l'EMI.

*« Quand je suis rentré dans mon corp c'était douloureux, vous sentez qu'il y a des limites. Quand on est hors du corps on peut aller là où on veut, si on veut aller à l'autre bout du monde par l'intention on peut y arriver. Mais quand on retourne dans le corps, on se sent à l'étroit, l'âme est restreinte »*

C'est une expérience couramment rapportée par ceux qui ont vécu une décorporation, décrivant souvent le retour dans leur corps comme le passage d'un état d'existence illimité et libre à un état restreint et limité.

Monsieur F.M rapporte se sentir très mal à son réveil, comparant son expérience agréable d'EMI, remplie de paix, d'harmonie et d'amour, à sa vie précédente.

*« Très mal, très mal je me croyais mort, horrible, par rapport à ma vie d'avant.*

*J'ai vécu une EMI agréable, sentiment de paix, d'harmonie et d'amour »*

Ce contraste entre l'expérience d'EMI et la vie quotidienne peut être source de détresse et de confusion, et peut nécessiter un soutien et une orientation appropriés pour aider l'individu à intégrer cette expérience.

Aussi la plupart des personnes n'ont pas de souvenirs de leur EMI lors du réveil à l'hôpital. Mais ce n'est que bien plus tard que les souvenirs reviennent par bribes.

*« Là je n'ai pas des souvenirs, trois perfusions de médicaments avec d'énormes seringues » (Madame L.L)*

*« Je n'ai aucun souvenir de l'hôpital » (Monsieur J.L.P)*

Cela souligne que l'expérience de chaque individu de l'après-réveil peut varier considérablement, en fonction des circonstances spécifiques et de la manière dont l'EMI a été vécue. Aussi nous pouvons remarquer que le peu de témoignages recueillis à l'hôpital est certainement dû aux souvenirs altérés des patients et ce n'est que bien plus tard qu'ils recouvrent la mémoire.

Dans l'ensemble, ces récits illustrent l'importance d'aborder l'après-réveil et la réaction initiale à l'EMI avec empathie et soutien. Les professionnels de la santé doivent être conscients de la gamme des réactions possibles à l'EMI, et être prêts à offrir une assistance appropriée pour aider l'individu à naviguer dans cette transition souvent déconcertante. Il est essentiel d'accorder une attention particulière à ces moments, car ils peuvent avoir un impact significatif sur la manière dont l'individu intègre et interprète son EMI. Il est important de faire un suivi post hospitalisation sachant le trauma que les personnes ont pu vivre et n'ont pas pu raconter lors de l'hospitalisation.

#### **D. Communication et partage de l'expérience**

Le partage et la communication de l'EMI sont des étapes délicates et souvent complexes pour ceux qui ont vécu une telle expérience. C'est une période où l'individu

cherche souvent à comprendre ce qui lui est arrivé et où il peut se heurter à la réticence, à l'incompréhension ou même au rejet de la part de son entourage.

*« Est-ce que j'ai rêvé, ou non ? Je ne me reconnaissais pas, j'avais toujours ce sentiment plus ou moins de mal être, ce côté restrictif, d'être limité ... Ma maman m'a cru, je lui ai dit et elle a posé la question aux médecins ... J'en en ai plus parlé pendant une quinzaine d'années » (Madame D.P).*

*« J'ai pensé que mon cerveau avait déliré un peu avec les opiacés... J'ai gardé l'expérience en moi pendant 1 an car j'étais bizarre. J'avais l'impression d'avoir ramené des trucs de l'extérieur qui n'était pas très bon. J'avais des réactions bizarres, des bras qui bougeaient tout seul, très fatigué mais pas de l'opération mais de cette expérience-là. J'en ai parlé à mon père pour la première fois » (Madame L.L).*

*« J'en ai parlé, ce qui n'était pas facile c'est que des gens ne me comprenaient pas, vous prenez pour un fanfaron. J'avais une première petite amie et j'en ai parlé à son père et a dit qu'il avait eu un accident et qu'il avait vécu une expérience similaire » (Monsieur JL.P)*

Pour Madame D.P., l'expérience a été bouleversante à un point tel qu'elle a mis une quinzaine d'années à en reparler. Son témoignage illustre la profonde confusion qui peut survenir après une EMI, en particulier lorsqu'elle est partagée avec des personnes qui peuvent ne pas comprendre ou accepter ce qui s'est passé. Sa mère, cependant, semble avoir été un soutien pour elle, la croyant et posant des questions aux médecins en sa faveur.

Madame L.L. a aussi gardé son expérience pour elle pendant une année, avant de partager son expérience avec son père. Elle parle de la sensation d'avoir rapporté "des choses de l'extérieur" qui n'étaient pas bonnes, et décrit des réactions étranges, comme des mouvements involontaires des bras, ainsi qu'une fatigue extrême. Ces détails soulignent la variété des réponses physiques et émotionnelles qui peuvent accompagner une EMI, et la complexité de naviguer à travers ces réactions tout en essayant de comprendre l'expérience elle-même.

Monsieur J.L.P. décrit également la difficulté de partager son expérience avec d'autres, notant que certains l'ont considéré comme un "fanfaron". Cela souligne un défi courant auquel sont confrontés de nombreux témoins d'EMI lorsqu'ils essaient de partager leur expérience : la stigmatisation et le rejet. Cependant, sa révélation a été rencontrée avec empathie et compréhension par le père de son amie, qui avait également vécu une EMI.

Ces témoignages soulignent l'importance d'un soutien empathique lorsqu'une personne tente de partager son expérience d'EMI. Ils soulignent également les difficultés potentielles associées à la communication de ces expériences, y compris le rejet, l'incompréhension et la stigmatisation. Aussi ce qu'on remarque c'est le temps qui s'est écoulé entre l'expérience et le premier partage du vécu qui est extrêmement long. Cela est dû à l'intégration que doit d'abord se faire la personne avant de pouvoir la diffuser autour de lui et c'est là le premier enjeu de la prise en charge des patients par les psychologues : c'est l'acceptation de l'expérience. Cela suggère la nécessité d'une sensibilisation accrue à la nature et à l'impact des EMI, afin de faciliter une meilleure compréhension et un meilleur soutien pour ceux qui ont vécu de telles expériences.

### **E. Interactions avec le personnel médical et soignant**

Les interactions avec le personnel médical dans le contexte d'une EMI soulèvent des questions importantes sur la manière dont les professionnels de la santé sont équipés pour gérer de telles situations. Comme en témoignent les récits ci-dessous, de nombreuses personnes qui ont vécu une EMI se sentent mal comprises, négligées, ou insatisfaites de la prise en charge médicale qu'elles reçoivent par la suite. Comme dit auparavant parfois les patients ne se souviennent pas de leur expérience dans l'immédiat, il est donc délicat pour eux de s'exprimer. Aussi la confusion après une telle expérience est immense, il faut donc du temps et de la patience pour partager l'expérience avec le personnel médicale.

*« Dans mon cas, pas d'accompagnement du tout, aucune question. Le médecin aurait pu venir me voir. Le médecin ne m'a posé aucune question, il m'a dit que tout s'était bien passé. Je n'ai jamais entendu parler de prise en charge » (Madame D.P).*

*« Pas parlé aux médecins. Je pense et je crois qu'ils n'ont pas la formation adéquate pour ce type d'expérience, c'est un peu nouveau, l'intime. Ce n'est pas de leur faute. Très bonne formation pour sauver la vie des gens. Le patient aurait aimé une écoute active... Donc je me suis réorienté vers la médecine alternative » (Monsieur F.M).*

*« Je n'ai pas parlé de l'expérience aux médecins. Suivi par une psy, j'étais irrité je n'avais pas envie de l'écouter, je lui ai balancé des bouquins à la tranche l'écoute pas active. J'ai rencontré des gens autour de l'énergie, ils étaient plus ouverts » (Madame L.L).*

*« Les médecins avaient dit qu'il pouvait se passer des choses durant le coma mais rien de plus. Pas de suivi psychologique rien à l'hôpital » (Monsieur J.L.P).*

Madame D.P. exprime sa déception face à l'absence totale d'accompagnement de la part du personnel médical après son EMI. Elle mentionne que le médecin n'a posé aucune question et n'a offert aucune forme de suivi, ce qui suggère un manque de sensibilité ou de compréhension de la part du médecin à propos de la gravité et de la signification potentielle de l'EMI pour elle.

Monsieur F.M. a également évité de parler de son expérience aux médecins, estimant qu'ils manquaient de formation pour gérer ce type de situations. Cela révèle une lacune dans la préparation des professionnels de santé pour aborder ces expériences intimes et potentiellement transformatrices. Il a donc préféré se tourner vers la médecine alternative, suggérant une recherche de soutien et de compréhension en dehors du cadre traditionnel de la médecine occidentale.

Madame L.L. rapporte également n'avoir pas partagé son expérience avec les médecins, mais plutôt avec une psychologue qui est intervenue après son opération. Cependant, elle a exprimé son irritation face à un manque d'écoute active de la part de la professionnelle.

Enfin, Monsieur J.L.P. exprime son insatisfaction face à l'absence de suivi psychologique après son EMI. Cela met en évidence une autre lacune potentielle dans

la prise en charge des patients qui ont vécu une EMI, à savoir l'absence d'un soutien psychologique approprié.

Dans l'ensemble, ces témoignages illustrent le besoin d'une meilleure formation et d'une meilleure sensibilisation des professionnels de santé aux EMI, ainsi qu'à leur potentiel impact sur la vie du patient. Il suggère également que les approches holistiques et spirituelles peuvent jouer un rôle complémentaire dans le soutien aux personnes qui ont vécu une EMI, reflétant le caractère profondément personnel et potentiellement transformateur de ces expériences.

### **F. Ressentis et meilleurs accompagnements liés à l'expérience et son partage**

La plupart de ces personnes interrogées disent s'être orienté vers des médecines alternatives. En effet elles ont trouvé le soutien et l'écoute qu'elles n'avaient pas au près du corps médical. Cependant elles ne sont pas fermées ou contre la médecine traditionnelle, au contraire elles souhaiteraient que les hôpitaux aient des structures adaptées à la prise en charge post-réanimation des telles expériences et avant tout de les valider en vue du nombre impressionnant de témoignages.

*« Au départ, 8 ans après l'EMI j'ai fait une formation en sophrologie car j'avais besoin de me connaître mieux moi-même et je pense que c'est là que j'ai eu le meilleur accompagnement, il n'y avait pas cette notion de jugement. Les gens avaient une ouverture d'esprit et s'intéressait au chose qui ne s'intégrait pas dans les cases. J'ai mieux trouvé mon accompagnement dans la médecine alternative. La formation (de sophrologie) a durée 2 ans et j'ai rencontré des gens qui m'ont orienté vers certaines lectures. Et la grande différence c'est que quand j'en ai parlé ils m'ont cru » (Madame D.P).*

Madame D.P. a trouvé un tel accompagnement lors d'une formation en sophrologie, huit ans après son EMI. Elle souligne le fait qu'il n'y avait pas de jugement et une grande ouverture d'esprit, ce qui a permis une meilleure acceptation de son expérience. Le fait qu'elle ait été orientée vers certaines lectures montre également le rôle de l'éducation et de l'information dans l'accompagnement de ces expériences.

*« Je me suis orienté vers la médecine alternative, il y a un meilleur accompagnement. J'ai fait 4ans de naturopathie... par contre il faut savoir déléguer aux médecins. Il faut un équilibre du triangle médical ; allopathie, homéopathie et naturopathie » (Monsieur F.M).*

Monsieur F.M. mentionne aussi le rôle positif de la médecine alternative, dans son cas la naturopathie, dans son accompagnement après l'EMI. Il insiste toutefois sur la nécessité de maintenir un équilibre entre les différentes approches de la santé, allopathie, homéopathie et naturopathie suggérant l'importance de la complémentarité des soins.

*« Je suis thérapeute je ne crois pas en des forces extérieures ou je ne sais quoi... Je suis très pragmatique. Depuis mes 17 ans on me disait que j'avais des dons avec les mains. Je n'ai jamais voulu me mettre dans l'énergétique par peur. C'est lorsque j'ai rencontré des gens dans l'énergétique que j'en parlais ouvertement » » (Madame L.L).*

Madame L.L. partage une perspective un peu différente. En tant que thérapeute, elle est très pragmatique et ne croyait pas aux "forces extérieures". Cependant, son expérience d'EMI l'a amenée à s'ouvrir à l'énergétique, bien qu'elle ait eu peur de s'y engager.

Plusieurs des témoignages recueillis soulignent l'importance de l'écoute, du non-jugement et de l'ouverture d'esprit dans l'accompagnement post-EMI. Ces valeurs sont intrinsèquement ancrées dans la philosophie de la médecine alternative, où l'accent est mis sur la prise en charge personnalisée et le respect de l'individualité de chaque patient. Contrairement à l'approche traditionnelle de la médecine, souvent critiquée pour sa tendance à la standardisation et à la dépersonnalisation des soins, la médecine alternative offre un espace où les patients peuvent exprimer pleinement leur vécu, sans crainte d'être mal compris ou jugés.

Cependant, il est important de souligner que malgré ses avantages, la médecine alternative ne peut pas remplacer la médecine traditionnelle, en particulier dans le

cadre des soins d'urgence et de la gestion des problèmes médicaux aigus. Comme l'a mentionné Monsieur F.M., il est essentiel de maintenir un équilibre entre les différentes approches de la santé. En effet, l'objectif devrait être une intégration harmonieuse de ces approches dans un modèle de soins de santé véritablement intégratif.

La médecine traditionnelle a encore du chemin à parcourir en matière de reconnaissance et de prise en charge des EMI. Les professionnels de la santé traditionnelle sont souvent peu informés ou mal préparés à gérer ces expériences, ce qui peut entraîner une négligence, voire un rejet de ces expériences. Une formation adéquate des professionnels de la santé sur les EMI et une plus grande sensibilisation à l'importance de l'accompagnement post-EMI sont nécessaires.

La médecine alternative joue un rôle crucial dans l'accompagnement des individus ayant vécu une EMI, en offrant un espace de compréhension, d'acceptation et de guérison holistique. Toutefois, la clé du meilleur soutien réside probablement dans une approche intégrative, alliant le meilleur de la médecine traditionnelle et alternative, tout en plaçant l'individu et son expérience unique au cœur des soins. Le corps médical doit absolument replacer le patient au centre du processus de soin en particulier pour éviter des dérives thérapeutiques alternatives. Néanmoins, on ne peut que constater que les patients trouvent leur réconfort et une écoute appropriée chez des thérapeutes non conventionnels.

### **Conclusion intermédiaire**

En conclusion, les EMI représentent un phénomène multidimensionnel qui nécessite une attention particulière et une approche holistique pour comprendre et accompagner les personnes qui les vivent. Ces expériences transcendantales, qu'elles soient positives ou négatives, ont un impact profond sur la vie des individus, affectant leur perception de soi, de la réalité et de la mortalité. Les témoignages recueillis révèlent une diversité d'expériences, chacune ayant des implications spécifiques pour l'individu. Certains évoquent des sensations de paix, d'amour inconditionnel et de bien-être, tandis que d'autres racontent des visions plus effrayantes et troublantes.

Cependant, il existe une constante commune : une transformation profonde de la conscience et de la perception de la vie après l'EMI.

L'un des aspects les plus délicats est le processus de réintégration post-EMI. Le retour à la conscience corporelle est souvent marqué par un sentiment de restriction, d'isolement et de malaise, exacerbé par les difficultés de communication de ces expériences. Les individus se retrouvent souvent confrontés à l'incompréhension, à la négation et à l'isolement.

Dans ce contexte, les réponses du système médical traditionnel apparaissent souvent insuffisantes. Les médecins, malgré leur expertise clinique, manquent souvent de formation et de sensibilité pour gérer ces expériences complexes. Par conséquent, de nombreux individus se tournent vers la médecine alternative, cherchant une approche plus individualisée et holistique de la santé. Ces thérapies alternatives offrent un espace d'écoute active, de non-jugement, et d'ouverture d'esprit, ce qui semble crucial pour la guérison et l'adaptation à la vie après une EMI.

Enfin, ces témoignages soulignent l'importance de l'accompagnement psychologique et du soutien dans le processus de guérison. Ils mettent en évidence la nécessité d'un changement d'approche dans la prise en charge médicale, où l'expérience subjective de l'individu est reconnue et intégrée dans le processus de soins. Malheureusement le système de soin français est très peu préparé à la prise en charge de ces patients, qui préfèrent s'orienter vers un environnement qui leur est plus bienveillant.

## **II. L'analyse des entretiens avec les professionnels de santé**

Dans la partie suivante de notre étude, nous nous tournons vers les professionnels de la santé pour approfondir notre compréhension de la manière dont les expériences de mort imminente (EMI) sont gérées dans le cadre médical. Les témoignages des patients ont révélé un éventail d'expériences et de réactions, allant de la confusion à la révélation. En conséquence, nous nous intéressons maintenant à la perspective des soignants qui jouent un rôle crucial dans le traitement et l'accompagnement de ces patients.

L'analyse de ces entretiens nous permettra d'obtenir une image plus complète du phénomène des EMI, en éclairant non seulement l'expérience subjective du patient, mais aussi la manière dont cette expérience est interprétée et traitée dans le domaine médical. Cette perspective est essentielle pour comprendre les besoins des patients ayant vécu une EMI et pour envisager des améliorations potentielles dans leur prise en charge.

### **A. Connaissance et compréhension de l'EMI**

Il est intéressant de constater que les professionnels de la santé ont généralement entendu parler des EMI à travers les médias, tels que les émissions de télévision ou les livres, comme le récit influent de Moody, "Life After Life". Cela souligne le rôle significatif que les médias jouent dans la sensibilisation aux EMI.

*« Oui j'en ai déjà entendu parler, sûrement à l'adolescence lors d'une émission télévisée... Non je n'ai jamais eu quelqu'un de mon entourage ou un de mes patients qui ont rapporté une EMI. Après ce sont des situations rares, la plupart des patients réanimés ont des séquelles ou des black-out » (Anesthésiste réanimateur).*

*« J'ai l'impression d'avoir grandi avec l'EMI depuis mes 15ans avec le livre de Moody en 1975 (life after life). Le premier patient qui m'en a parlé, je ne savais pas ce que c'était. Je travaillais dans une consultation trauma à l'époque, je recevais des gens à la chaîne, ils avaient principalement des troubles du stress post-traumatique (TSPT). La femme était très perturbée mais à l'époque je ne savais pas comment l'aider » (Franck Diboues, psychologue).*

*« J'ai entendu parler d'EMI il y a quelques temps, lors d'une émission. Je n'ai jamais eu de patient qui rapporté de telles évènements. Cependant j'ai déjà été confronté à des patients en fin de vie ayant eu des visions sur des membres de leur famille décédé il y a plusieurs années. Et après avoir eu ce genre de visions, les patients parlaient peu de temps, voire peu d'heures juste après » (Infirmière en HAD)*

*« J'en ai entendu parler avant que je commence à travailler dessus dans un reportage certainement. J'ai déjà eu des patients qui ont vécu une EMI en consultation mais c'était des volontaires qui venaient au laboratoire (Coma Science Group). J'abordé les*

*patients comme toute clinicienne c'est-à-dire avec une grande ouverture d'esprit »*  
**(Pauline fritz, clinicienne)**

L'anesthésiste réanimateur reconnaît l'existence des EMI, mais il n'a pas personnellement traité de patients qui ont rapporté une telle expérience. Il mentionne que les cas d'EMI sont rares et que la plupart des patients réanimés ont soit des séquelles, soit des trous de mémoire. Cette déclaration met en évidence la difficulté d'étudier les EMI en raison de leur nature sporadique et parfois subtile.

Le psychologue, M. Diboues, démontre une familiarité plus étroite avec les EMI. Il décrit une expérience avec une patiente perturbée par son EMI, mais admet qu'à l'époque, il ne savait pas comment l'aider. Cette expérience démontre le besoin d'une meilleure éducation et d'une meilleure formation des professionnels de santé sur la prise en charge des patients ayant vécu une EMI.

L'infirmière en HAD n'a jamais eu de patients rapportant une EMI, mais a rencontré des patients en fin de vie ayant eu des visions, qui peuvent être assimilées à des EMI. Cela pourrait indiquer un éventail plus large d'expériences liées à la mort que celles habituellement classées comme des EMI.

Finalement, Pauline Fritz, clinicienne, approche les EMI avec une grande ouverture d'esprit, soulignant l'importance de l'acceptation et de l'écoute dans la prise en charge des patients ayant vécu une EMI.

Ces témoignages révèlent une variété de niveaux de familiarité et de compréhension des EMI parmi les professionnels de la santé, ainsi qu'un besoin apparent de formation et de sensibilisation accrues pour améliorer la prise en charge des patients ayant vécu une EMI.

## **B. Gestion des patients ayant vécu une EMI**

L'analyse des réponses des professionnels de la santé révèle une approche globalement respectueuse et ouverte lorsqu'il s'agit de gérer les patients ayant vécu une EMI. En effet L'approche et l'évaluation des professionnels de santé face aux patients ayant vécu une EMI sont cruciales pour la prise en charge et le soutien de ces individus. La manière dont ces expériences sont reçues et discutées peut

grandement influencer le processus de rétablissement du patient, en particulier en ce qui concerne leur santé mentale. Il est essentiel que ces interactions soient menées avec empathie, ouverture d'esprit et respect pour l'expérience individuelle du patient.

De plus, l'évaluation de l'état de santé mentale avant et après une EMI est un aspect clé de la gestion de ces situations. Les EMI peuvent avoir un impact psychologique significatif, allant du stress post-traumatique à l'anxiété, en passant par des changements d'attitude plus positifs envers la vie. Il est important que les professionnels de santé aient une compréhension solide de ces potentiels effets pour être en mesure de fournir un soutien adéquat.

Dans l'ensemble, ces aspects soulignent l'importance d'une communication efficace et d'une évaluation soignée dans la gestion des patients ayant vécu une EMI. L'objectif est d'assurer une prise en charge globale et respectueuse de ces individus, en prenant en compte à la fois leurs expériences uniques et leurs besoins en matière de santé mentale. Voici les différents témoignages des professionnels de santé rapportés :

*« Je lui dit que ce que vous avez vécu, beaucoup le vive, par contre on ne sait pas ce que c'est et dû à quoi, mais elles sont bien réelles et on valide l'expérience. L'état de santé mentale du patient est évalué selon le DSM (diagnostique et statistique des troubles mentaux). L'EMI n'est pas une pathologie mais elle peut avoir des conséquences, notamment du stress et de l'anxiété » (Franck Diboues, psychologue).*

*« Ecoute attentive auprès de la famille m'annonçant ce genre d'épisode, explications données à l'entourage sur le fait que cela arrive énormément lorsque les patients se sentent partir. Je ne peux pas juger leur état de santé mentale car comme dis précédemment, ceci n'étant pas vraiment une EMI, nos patients sont en fin de vie, et lorsqu'ils vivent ce genre d'épisode, leur décès arrive peu de temps après » (Infirmière en HAD)*

*« Clairement je me pose la question est-ce un patient psychotique. Si oui, on ne prend pas au sérieux ce qu'il dit (triste mais vrai). Et si de base il a un discours cohérent, lui dire qu'on n'a pas toutes les clés en mains, je dirais qu'on en a déjà entendu parler*

*que je suis ignorant sur la question. De manière générale, on a un psy du service et il est tout à fait éligible de le rencontrer » (Anesthésiste réanimateur).*

*« La plupart des patients viennent d'eux-mêmes partager leur expérience, j'échange avec eux en posant des questions pour voir jusqu'à quelle point de l'expérience ça été. Remplir éventuellement des échelles, celle de Greyson mais aussi celle développé dans notre laboratoire. L'échelle de Greyson n'était pas tellement complète car elle ne prend pas en compte l'aspect négatif de l'expérience » (Pauline fritz, clinicienne)*

Franck Diboues, psychologue, confirme la réalité de l'expérience vécue par le patient tout en reconnaissant que la nature exacte de l'EMI n'est pas bien comprise. Il évalue la santé mentale du patient selon les critères du DSM et souligne que bien que l'EMI elle-même ne soit pas une pathologie, elle peut entraîner des problèmes de stress et d'anxiété.

L'infirmière en HAD fait preuve d'une écoute attentive lorsqu'elle est confrontée à des expériences proches de la mort. Elle explique à la famille que de telles expériences sont courantes lorsqu'un patient se sent partir. Cependant, en raison de sa position de soin pour des patients en fin de vie, elle reconnaît que ces expériences ne sont pas nécessairement classées comme des EMI typiques.

L'anesthésiste réanimateur, quant à lui, exprime une certaine réserve initiale, se demandant si le patient peut être psychotique. Il admet cependant qu'en cas de discours cohérent, il reconnaît son ignorance sur le sujet et ouvre la voie à une consultation psychologique. Cela montre une certaine prudence, mais aussi une volonté de ne pas rejeter complètement l'expérience du patient.

Pauline Fritz, clinicienne, mentionne qu'elle utilise des échelles pour évaluer l'EMI, comme celle de Greyson, tout en notant que ces échelles n'appréhendent pas pleinement l'aspect négatif de l'expérience. Ceci illustre l'importance d'avoir des outils d'évaluation adaptés pour comprendre pleinement la complexité des EMI.

Ces témoignages montrent un certain degré de flexibilité et d'ouverture d'esprit dans la prise en charge des patients ayant vécu une EMI, bien qu'il soit clair que des défis subsistent en raison d'un manque de compréhension et de ressources adéquates. Bien que les témoignages des psychologues et médecins spécialisés dans le domaine des EMI soient précieux pour l'étude, il est crucial de souligner que leur perspective peut différer de celle de la majorité des professionnels de santé en France. En effet, la majorité des soignants n'ont pas une connaissance approfondie de ces phénomènes, ce qui rend l'apport de l'anesthésiste réanimateur particulièrement pertinent. Il incarne la réalité du terrain médical français, un milieu où les EMI, bien que reconnues, ne font pas encore l'objet d'une attention suffisante. Sa perspective nous permet d'évaluer comment les EMI sont actuellement perçues et gérées dans le contexte médical conventionnel, ce qui est essentiel pour envisager des améliorations possibles dans la prise en charge de ces expériences. En conséquence, il convient de considérer les témoignages des psychologues spécialisés avec un certain recul, leur expertise étant une exception plutôt qu'une norme dans le paysage médical français.

Les questions suivantes qui ont été posés étaient relatifs aux préoccupations des patients ayant vécu une EMI et l'aide qu'on peut leur apporter. Les réponses obtenues en interrogeant spécifiquement des professionnels ayant une expertise avancée dans le domaine des EMI, tels que le psychologue et la médecin clinicienne ayant une expérience de recherche approfondie sur le sujet ou ayant contribué à des publications sur les EMI, mettent en évidence un contraste flagrant. Ces experts sont en mesure de comprendre les préoccupations profondes des patients ayant vécu une EMI et de leur donner des conseils adaptés pour gérer leur expérience.

*« La principale préoccupation est la validation de l'expérience, il se demandent si ce n'était pas des hallucinations et surtout comment ils peuvent vivre à présent en remettant en question toute leur existence jusqu'à se demander qu'elle est ma mission sur terre... Je lui dis que ce qu'il a vécu est vrai et ça personne ne peut le nier, l'objectif c'est de pas faire de la philosophie, eux ils en ont la conscience, il y a une authenticité, c'est à eux. Ce qu'ils ont vécu n'est pas en ligne avec notre société occidentale ils sont donc en état de dissonance cognitive. J'essaie de leur permettre d'intégrer l'expérience dans leur vie » (Franck Diboues, psychologue).*

*« On est dans une attitude d'écoute et non jugements, on veut savoir ce que la personne a à nous raconter et écouter son histoire en leur offrant une « safe place ». On peut réorienter vers un psychologue qui a une connaissance du sujet. On va rationaliser tout cela et qu'ils ne sont pas seules on a de grandes bases de données avec plusieurs témoignages. Mettre en perspectives leurs expériences avec les autres » (Pauline fritz, clinicienne).*

Cependant, cette expertise n'est pas largement répandue dans le système de santé français. De nombreux soignants, y compris ceux en première ligne de l'interaction avec ces patients, peuvent se retrouver démunis face à ces situations, faute de connaissances adéquates. Ils peuvent avoir du mal à comprendre l'expérience du patient et à apporter des réponses appropriées à leurs préoccupations. Cela suggère qu'un besoin non comblé existe pour une formation plus approfondie et spécialisée sur les EMI à l'intention du personnel soignant général.

*« Au CHU de Lille il n'y a aucun suivi. J'ai travaillé dans plusieurs sites de réanimation (Lille, Roubaix, Dunkerque, Arras, Lens) dans aucun j'ai entendu parler de suivi pour ces patients même de manière générale d'EMI »*

Le témoignage de l'anesthésiste réanimateur met en lumière un déficit notoire dans le suivi des patients ayant vécu EMI dans plusieurs centres de soins importants en France. En effet, son expérience dans divers hôpitaux, incluant le CHU de Lille, Roubaix, Dunkerque, Arras, et Lens, suggère un manque d'initiatives institutionnalisées visant à prendre en charge de manière spécifique ces patients. L'absence de dialogue sur les EMI, voire même une ignorance générale du sujet, semble être une constante à travers ces différents sites de réanimation. Cette situation met en évidence un manque crucial de formation sur les EMI parmi le personnel médical, et souligne l'importance d'incorporer ce sujet dans le cadre de l'éducation médicale pour assurer un soutien adéquat aux patients ayant vécu ce type d'expérience.

### C. Thérapies et gestion des réactions

Les commentaires suivants : de Franck Diboues, psychologue, et de Pauline Fritz, clinicienne, offrent des aperçus précieux sur les défis actuels et les approches potentielles en matière de traitement et de soutien aux patients ayant vécu une EMI.

« Il y a un type de traitement spécifique en psychothérapie. Il faut que la personne intègre l'expérience, c'est-à-dire l'assimiler, la posture des soignants est fondamentale. C'est comment aider à intégrer et permettre de se réconcilier avec son corps car lorsque vous avez vécu une expérience de décorporation, mystique et spirituelle, votre corps est affreusement embarrassant. Se réconcilier c'est un processus d'acceptation de ces limites corporelles. Ce qu'ils ont observé les chercheurs comme Greyson ou Moody c'est que lorsque le corps médical n'est pas formé, et dis que ce sont des hallucinations, ils vont aller dire cela aux familles, et cela mets la famille dans de mauvaises dispositions pour accueillir les propos de l'expérienceur. L'accueil fait par le corps médical détermine celui de la famille et les proches. Vous en tant que proche vous devez les accompagner car la personne va fondamentalement changer. La personne changera et mets entre 10 et 15 ans pour intégrer son expérience. Peut-être l'expérience la plus importante de sa vie donc il faut l'aider » **(Franck Diboues, psychologue)**.

« Il n'y a pas de traitements pour l'instant. C'est très peu étudié malheureusement, le professionnel qui est formé pourrait faire office de prise en charge. On réoriente souvent vers le psychologue. Je n'ai pas connaissance de quelque chose de spécifique pour les EMI, on est plutôt sur une approche globale de la prise en charge. Les cliniciens ne sont pas trop aux courants comme les urgentistes ou réanimateurs, ils sont plus concentrés sur le médical et ces expériences passent à la trappe. On a déjà eu des témoignages négatives de personnes qui ont dit que c'est la première et dernière fois qu'il parlerait de ça car c'était traumatisant pour la personne » **(Pauline fritz, clinicienne)**.

Les réponses de Franck Diboues et Pauline Fritz mettent en évidence un décalage entre la nécessité d'une prise en charge adaptée des personnes ayant vécu une EMI et les ressources actuellement disponibles. Diboues souligne l'importance de

l'assimilation de l'expérience par le patient et suggère une approche psychothérapeutique spécifique. Il insiste sur le rôle essentiel des soignants dans le processus de réconciliation du patient avec son corps et sur l'impact de leur attitude sur la réception de l'expérience par l'entourage du patient.

Pauline Fritz, quant à elle, confirme l'absence de traitements spécifiques et le manque de connaissances sur les EMI parmi les cliniciens, souvent concentrés sur l'aspect purement médical. Elle souligne la nécessité d'une approche globale de la prise en charge et le rôle des psychologues dans ce contexte. Aussi les personnes qui vivent une expérience traumatisante ne veulent plus en reparler et c'est problématique d'un point de vue suivi du patient.

Ces témoignages mettent en lumière l'importance de la formation des professionnels de santé sur les EMI, non seulement pour comprendre et accompagner les patients, mais aussi pour éviter les traumatismes supplémentaires causés par une réception négative de leur expérience. Ils soulignent également l'importance de la recherche pour élaborer des traitements et des stratégies de prise en charge spécifiques aux EMI.

#### **D. Recherches actuelles et futur de la prise en charge des EMI**

L'état actuel de la recherche et de la prise en charge des patients ayant vécu une expérience de mort imminente (EMI) est un sujet essentiel pour comprendre les défis et les opportunités dans ce domaine. Les deux experts, partagent leurs points de vue sur la question, révélant une intersection d'approches théoriques, de pratiques de soins et de pistes de recherche. Leurs perspectives, bien que différentes, mettent en lumière la nécessité d'une approche multidisciplinaire pour aborder ce phénomène complexe.

*« Je n'ai pas entendu parler de nouvelles recherches mais il y en a eu énormément ces dernières années. Quant à la prise en charge je dirai de suivre toutes les recommandations que fait Bruce Greyson, Moody, Rings, Pim Van Lommel, c'est-à-dire étiqueter un ensemble de pratique que tout soignant devrait faire. Il ne faut pas psychiatriser, faire des groupes de paroles et laisser et parler entre eux. Il n'y a pas*

*énormément de groupes identifiés en France, deux trois antennes régionales c'est dérisoire »*

La réponse du psychologue Franck Diboues met en évidence l'importance de l'échange d'informations et de l'apprentissage continu dans le domaine des EMI. Il souligne le rôle central des travaux de chercheurs de renom tels que Bruce Greyson, Raymond Moody, Kenneth Ring et Pim Van Lommel. Diboues suggère que leurs recommandations, axées sur l'écoute et l'échange, devraient être intégrées dans les pratiques courantes de soins aux patients ayant vécu une EMI. Il note également le manque de groupes de soutien et de ressources en France, ce qui souligne le besoin de davantage de structures de soutien pour ces patients.

*« Globalement c'est qui au centre c'est de pouvoir expliquer comment ça se passe au niveau biochimique et neurophysiologique, quelles zones du cerveau et quels neurotransmetteurs vont arriver. Aussi définir la temporalité des EMI car on ne sait pas quand ça eu lieu. Le médecin a le rôle sur ce qui est physique et c'est son premier rôle car ils ont une grande charge de travail par contre ils devraient y avoir un dispositif sur place mais c'est l'idéale afin de permettre post hospitalisation un suivi optimal. A l'heure actuelle on ne peut pas parler de prise en charge »*

D'un autre côté, Pauline Fritz, clinicienne, s'attarde davantage sur les détails techniques des EMI, soulignant le désir de comprendre les aspects neurophysiologiques et biochimiques de ces expériences. Elle mentionne que déterminer la temporalité des EMI est également un défi actuel dans la recherche. En ce qui concerne la prise en charge des patients, elle souligne que les médecins ont un rôle crucial à jouer dans le traitement des aspects physiques des patients, mais insiste sur l'importance d'un dispositif de suivi post-hospitalisation. Cette idée renforce le sentiment qu'une approche multidisciplinaire est nécessaire pour une prise en charge optimale des patients ayant vécu une EMI.

Les témoignages de ces deux experts illustrent bien la dualité de la prise en charge des EMI. D'une part, l'importance d'un accompagnement psychologique basé sur l'écoute et le partage, et d'autre part, la nécessité de continuer à explorer les mécanismes physiologiques sous-jacents pour améliorer notre compréhension scientifique de ces expériences. Ils suggèrent tous deux qu'il est crucial d'approfondir la recherche dans ce domaine et de développer des structures de soutien pour les

patients ayant vécu une EMI, afin d'améliorer leur suivi et leur prise en charge. Il est clair que la complexité des EMI nécessite une approche multidisciplinaire qui respecte à la fois l'expérience personnelle du patient et le besoin de rigueur scientifique.

### **Conclusion intermédiaire**

En conclusion, l'analyse des entretiens avec les professionnels de santé nous a permis d'explorer en profondeur les diverses perspectives, attitudes et connaissances sur les EMI dans le milieu médical. Ces échanges ont révélé une pluralité de perceptions et d'approches face aux EMI, indiquant clairement qu'il n'y a pas de consensus bien établi dans ce domaine.

Tout d'abord, les témoignages des professionnels de santé ont mis en évidence un niveau de familiarité variable avec le concept des EMI. Il est notable que les connaissances sur le sujet sont très influencées par le contexte professionnel de chaque répondant. Par exemple, l'anesthésiste-réanimateur, opérant dans un milieu fortement orienté vers les interventions d'urgence, n'avait que peu d'exposition aux EMI. De même, l'infirmière en HAD s'est trouvée dans une situation similaire, n'ayant pas rencontré directement de patients ayant rapporté une EMI. Inversement, les psychologues cliniciens qui ont été interrogés avaient une connaissance approfondie du phénomène, en partie due à leur recherche et leur intérêt particulier pour le sujet. Ensuite, en ce qui concerne la gestion des patients ayant vécu une EMI, les réponses variaient considérablement selon le professionnel de santé interrogé. Les psychologues ont montré une compréhension détaillée de l'impact psychologique des EMI sur les patients, soulignant l'importance d'une approche ouverte et d'une évaluation minutieuse de l'état de santé mentale du patient. Cependant, l'approche du personnel médical non spécialisé en psychologie semblait plus pragmatique et axée sur le présent, avec une attention primordiale accordée à la stabilisation physique du patient.

Il a été particulièrement frappant de noter que les questions concernant les préoccupations spécifiques des patients ayant vécu une EMI et les conseils à donner à ces patients n'ont pu être pleinement abordées que par les spécialistes de la question. Cela souligne la nécessité d'une formation plus poussée du personnel

médical sur la prise en charge des patients après une EMI, afin de leur fournir un soutien approprié et une compréhension plus approfondie de leur expérience.

Les entretiens ont également souligné un manque de ressources et de structures de soutien pour les patients ayant vécu une EMI, comme l'a indiqué l'anesthésiste-réanimateur. Cela suggère que les établissements de santé ont encore du chemin à parcourir pour fournir un suivi adéquat à ces patients.

En termes de traitement et de thérapie, les professionnels de santé semblent s'accorder sur le fait qu'il n'existe pas de protocole spécifique pour les patients ayant vécu une EMI. Cependant, les entretiens ont mis en évidence l'importance d'une approche psychologique empathique et respectueuse pour aider les patients à intégrer leur expérience et à se réconcilier avec leur corps.

En ce qui concerne les perspectives de recherche sur les EMI, les professionnels de santé interrogés ont souligné la nécessité de continuer à explorer les mécanismes sous-jacents des EMI, tant du point de vue biochimique et neurophysiologique que du point de vue de l'expérience subjective du patient. Le besoin de progrès dans ce domaine était clairement exprimé, avec un appel à une approche multidisciplinaire associant une recherche rigoureuse à une prise en charge holistique et empathique du patient.

Nous pouvons ainsi dire que la prise en charge des patients ayant vécu une EMI n'est pas optimale voire inexistante au sein du système de santé français. Notre échantillon de professionnels de santé n'est pas représentatif de la réalité du terrain en France, en effet nous avons eu des spécialistes et des chercheurs sur le sujet des EMI, qui sont malheureusement minoritaires dans le corps médical. Cela se confirme avec la revue de littérature où nous avons trouvé que la prise en charge des patients n'est quasiment pas abordé en France. L'intérêt des professionnels de santé pour ces expériences consoliderait sa légitimation dans le milieu médical français.

### **III. L'analyse du questionnaire destiné au grand public**

En continuant notre exploration sur le phénomène des EMI, nous nous tournons maintenant vers une perspective différente : celle du grand public. Après avoir discuté des points de vue professionnels et des défis posés par les EMI dans le domaine de la santé, nous cherchons à comprendre la connaissance, la perception et les attitudes du public vis-à-vis de ces expériences. Cette démarche est essentielle car elle nous

aide à cerner le contexte sociétal dans lequel s'inscrit la prise en charge des personnes ayant vécu une EMI et à appréhender la légitimation du phénomène à travers la population.

Un questionnaire a été diffusé, visant à recueillir des informations sur la conscience et la compréhension des EMI parmi les individus. Il a pour but de mesurer le degré de familiarité des répondants avec le phénomène, leurs croyances et attitudes à son égard, et leurs idées sur la façon dont il devrait être abordé dans les domaines de la recherche, de la pratique médicale et du soutien psychosocial. Les questions sont conçues pour explorer un large éventail de sujets, allant des perceptions individuelles des EMI à leurs opinions sur l'implication des EMI dans le système de santé.

En plongeant dans l'analyse de ces questions, nous espérons acquérir une image plus claire et plus nuancée de la place des EMI dans notre société et du rôle qu'elles peuvent jouer dans nos conceptions de la vie, de la mort, de la santé et de la prise en charge. Nous avons également utilisé le logiciel R afin de faire tests de corrélation entre certaines variables que nous jugeons intéressantes. Pour analyser les données collectées, nous avons utilisé le test du chi carré, une méthode statistique qui permet d'évaluer l'existence d'une association entre deux variables catégorielles. Le test de chi carré a été choisi pour son aptitude à déterminer si des corrélations significatives existent entre les différentes variables de notre étude.

## A. Connaissance et expérience personnelle des EMI :

Dans le contexte de notre étude qui vise à améliorer la prise en charge des personnes ayant vécu une EMI, la connaissance du grand public sur le sujet et l'expérience personnelle des individus sont des éléments cruciaux. Les EMI, malgré leur complexité et leur mystère inhérent, ont trouvé une certaine résonance dans la société, en grande partie grâce à la couverture médiatique, aux témoignages personnels et à la littérature scientifique. Cependant, la légitimation de ces expériences reste un défi majeur dans le milieu médical et le grand public. Comprendre la perception et la connaissance des EMI par le grand public permet non seulement de cerner les idées reçues et les préjugés, mais aussi de mettre en évidence l'importance d'accompagner correctement les personnes ayant vécu une telle expérience. De plus, l'analyse des expériences personnelles offre un aperçu précieux de la diversité des EMI et de leurs effets sur la vie des individus. Cette double perspective est essentielle pour faire évoluer les perceptions et les pratiques, dans le but ultime de mieux intégrer les EMI dans notre approche de la fin de vie et du soin aux patients.

Quel âge avez-vous?

273 réponses

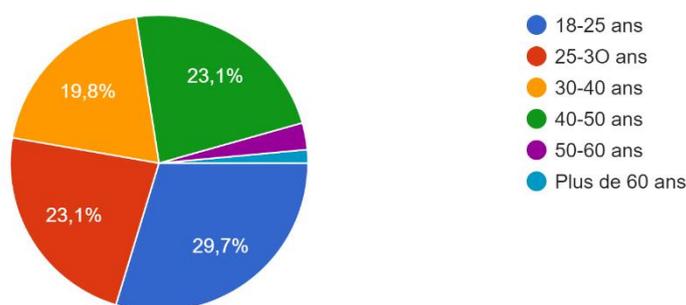


Figure 4 : Question : quel âge avez-vous ?

L'analyse des premières réponses à notre questionnaire fournit une idée de la perception et de la compréhension actuelles des EMI par le grand public. Ces résultats préliminaires offrent un point de vue révélateur sur la manière dont l'EMI est intégrée dans le discours social et comment elle affecte les individus sur un plan personnel.

Nous pouvons constater sur ce premier graphe une répartition de l'âge (*figure 4*) qui est assez homogène, avec 273 participants.

Avez-vous déjà entendu parler de l'expérience de mort imminente (EMI) ?

273 réponses

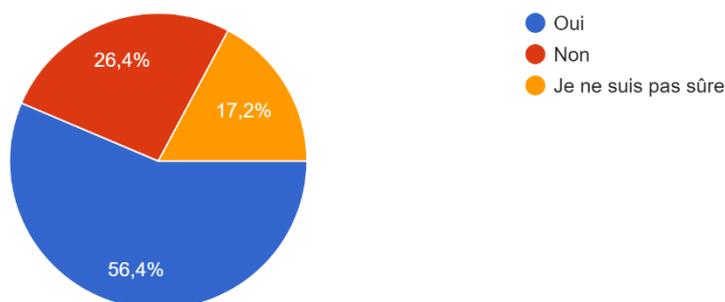


Figure 5 : Question : avez-vous déjà entendu parler de l'EMI ?

En ce qui concerne la question de savoir si les participants ont déjà entendu parler de l'EMI, on constate qu'une majorité significative, plus de la moitié des répondants a une certaine familiarité avec ce concept (*figure 5*). Cela témoigne de la prévalence du sujet dans les médias, la littérature et les discussions générales. Les EMI, en dépit de leur nature complexe et souvent insaisissable, semblent avoir suffisamment pénétré le discours public pour être connues d'un public plus large. Il est intéressant de noter que cette familiarité est présente même parmi ceux qui n'ont pas personnellement vécu une telle expérience.

Connaissez-vous quelqu'un qui a vécu une EMI ?

273 réponses

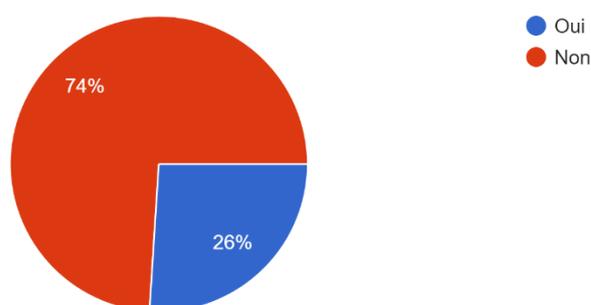


Figure 6 : Question : connaissez-vous quelqu'un qui a vécu une EMI ?

Cela dit, une proportion considérable de participants connaissent quelqu'un qui a vécu une EMI (*figure6*). Plus d'un quart des répondants rapportent une telle connaissance, ce qui est un chiffre plutôt surprenant. Cela pourrait indiquer que les EMI sont plus

courantes que ce que l'on pense généralement, ou bien que la communication autour de ces expériences se soit améliorée au fil du temps. Les individus ayant vécu une EMI peuvent désormais être plus enclins à partager leur expérience, que ce soit pour chercher une validation, un soutien ou simplement pour informer les autres.

Avez-vous déjà vécu une EMI ?  
273 réponses

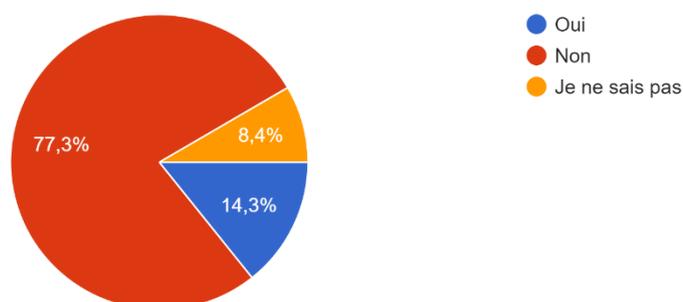


Figure 7 : Question : avez-vous déjà vécu une EMI ?

La proportion de personnes ayant personnellement vécu une EMI est également notable (figure 7). Avec 14,3% des répondants indiquant avoir vécu une EMI et 8,4% supplémentaires incertains, on peut en déduire que l'expérience d'une EMI n'est pas limitée à un groupe restreint d'individus, mais qu'elle pourrait potentiellement toucher une part significative de la population. Ces chiffres soulignent la nécessité d'une meilleure prise en compte des EMI dans la recherche médicale et psychologique, ainsi que dans les discussions sociales et politiques sur les soins en fin de vie. Ces deux dernières questions pourraient ne pas être représentatives de la population générale. En effet il est possible que le questionnaire ait été partagé par une personne qui a vécu une EMI dans un forum ou autre groupe qui concentre des personnes qui ont vécu ce genre d'expérience, car dans la littérature il n'y aurait que 1% de la population qui vivrait une EMI.

Si vous avez répondu "oui" à la question précédente, comment décririez-vous votre EMI ?

48 réponses

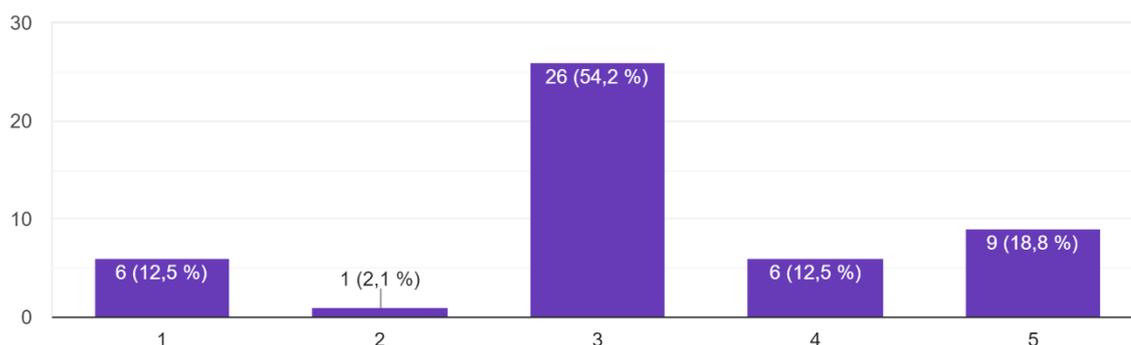


Figure 8 : Question : comment décririez-vous votre expérience ?

Concernant la nature des EMI vécues par les participants, il semble que la majorité des expériences soient perçues comme agréables ou très agréables (figure 8). Cela peut sembler paradoxal, étant donné que les EMI sont souvent associées à des situations de danger de mort, mais cela s'aligne avec la littérature existante qui suggère que les EMI sont souvent caractérisées par des sentiments de paix, d'amour et de transcendance. Cependant, il est important de noter que pour un certain nombre de participants, l'EMI a été décrite comme effrayante. Ce contraste met en évidence la diversité des EMI et souligne la nécessité d'une approche personnalisée pour aider les individus à intégrer et à comprendre leurs expériences.

## B. L'analyse grâce au logiciel R

La méthode chi carré a été utilisée pour analyser les relations entre plusieurs variables de notre étude sur la perception des EMI. Ce test est un outil statistique qui permet de déterminer si les différences entre les données attendues et observées sont significatives ou non. Autrement dit, il aide à vérifier si la distribution des observations dans différentes catégories correspond à ce qui serait attendu par hasard. Nous avons réalisé cela en langage R sur la plateforme JupyterLab à partir d'un fichier csv exporté de Google Forms.

Nous avons effectué un premier test pour savoir si l'âge des répondants influait sur la variable « Avez-vous déjà entendu parler d'expérience de mort imminente (EMI) ». Nous avons eu grâce au test chi carré une valeur  $X^2$  de 8,951, un degré de liberté de

10 et une p-value de 0,5362. Typiquement si la valeur p est inférieure à 0,05, on rejette l'hypothèse nulle. Cela signifierait qu'il y a suffisamment de preuves pour dire que les deux variables sont associées. Toutefois, avec une valeur p de 0,5362, qui est bien supérieure à 0,05, nous ne pouvons pas rejeter l'hypothèse nulle. Cela signifie que selon nos données et ce test il n'y a pas de preuve suffisante pour dire que l'âge influence la connaissance des EMI.

Le deuxième test avait pour but de savoir si la variable « âge » et « avez-vous déjà vécu une EMI » sont associées. Cela permettra d'infirmer ou de confirmer l'hypothèse selon laquelle ce sont des personnes proches de la quarantaine qui racontent avoir vécu une EMI. En effet le test chi carré a révélé une p-value  $< 2.2e-16$ . Cette valeur est extrêmement faible, bien inférieur au seuil de 0,05. Ainsi nous pouvons rejeter l'hypothèse nulle. Cela signifie qu'il existe une preuve suffisante pour dire que l'âge influence le fait d'avoir vécu une EMI.

Tableau 5 : Le vécu de l'EMI selon l'âge

	Je ne sais pas	Non	Oui
18-25 ans	0	77	4
25-30 ans	2	58	3
30-40 ans	5	42	7
40-50 ans	9	29	25
50-60 ans	6	2	0
Plus de 60 ans	1	3	0

Dans le tableau 5, nous constatons clairement que la catégorie des 40-50 ans est celle qui rapporte le plus avoir vécu une EMI (25 personnes). C'est en adéquation avec les personnes interrogées lors de notre étude dans laquelle tous les patients étaient dans cette tranche d'âge. La littérature ainsi que notre étude nous ont démontré que les patients ne racontent leurs expériences que bien après l'avoir vécu, à cause de différents paramètres. Que ce soit l'intégration de l'expérience même dans leur vie ou bien les souvenirs qui resurgissent des dizaines d'années post-EMI, le partage de l'expérience n'est pas immédiat mais survient lors d'un âge plus mature.

Le troisième test concernait les variable « âge » et « pensez-vous que les EMI sont appropriées à la recherche scientifique », nous souhaiterions savoir s'il y a des tranches d'âges plus sensibles à la question de la recherche pour ce genre de

phénomène. Nous avons eu une p-value de 0,064, cette valeur est légèrement supérieure au seuil de 0,05. Par conséquent nous ne pourrions pas rejeter l'hypothèse nulle à ce niveau. Il n'y aurait pas de preuves significatives pour dire que l'âge influence sur la sensibilité à la recherche scientifique. Cependant il convient de noter que la valeur est proche du seuil, selon notre contexte d'étude et nos données, nous prendrons en compte l'importance relative des erreurs de type 1 (rejet à tort de l'hypothèse nulle). Ainsi nous avons décidé de considérer la p-value comme significative car en analysant de plus près nos données il y a une catégorie d'âge qui pense que les EMI sont appropriées à la recherche scientifique.

Un quatrième test entre les variables « souhaiteriez-vous avoir une EMI » et « Pensez-vous que les EMI ont une signification spirituelle ou religieuse ». Ce test permettrait de connaître s'il y a une corrélation entre les croyances religieuses et la représentation que se fait la population générale de l'expérience. Grâce au test de chi carré nous avons une p-value de 0,0199 qui est inférieur au seuil de 0,05. Nous pouvons ainsi rejeter l'hypothèse nulle. De ce fait les personnes qui veulent vivre une EMI pensent qu'elles peuvent avoir une signification spirituelle ou religieuse. C'est une analyse précieuse pour notre problématique, car la légitimation du phénomène dans le milieu médical français est entravée en partie à cause d'une représentation trop religieuse et spirituelle dans le paysage médiatique français.

Tableau 6 : Souhait de vivre une EMI et pensez qu'elle a une signification religieuse ou spirituelle

	Signification religieuse ou spirituelle		
Vivre une EMI	Je ne sais pas	Non	Oui
Je ne suis pas sûre	15	14	18
Non	26	25	50
Oui	25	19	81

Les personnes voulant vivre une EMI et qui pensent que celle-ci a une signification religieuse ou spirituelle sont de 81, ce qui est un nombre conséquent (*tableau 6*).

Cependant nous pensons que les réponses à la question « souhaiteriez-vous avoir une EMI » ne soient pas représentatifs de la population générale. En effet comme dit précédemment le questionnaire a surement été partagé dans un groupe de personnes ayant vécu ces phénomènes ce qui a induit les personnes à répondre « oui ».

Souhaitez-vous avoir une EMI ?

273 réponses

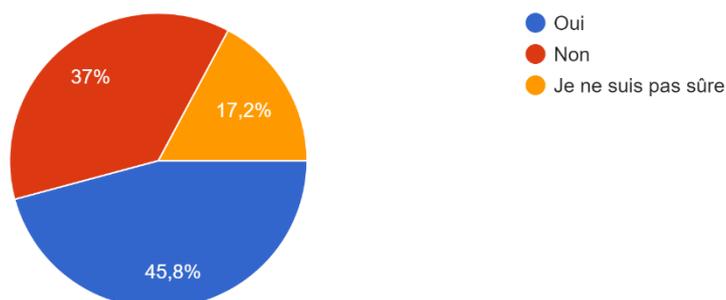


Figure 9 : Question : souhaitez-vous avoir une EMI?

La proportion de personnes déclarant vouloir vivre une EMI est considérable (figure 9). En effet 45,8% des répondants sont tentés à l'idée de vivre ces expériences (ou les revivre), ce qui nous laisse suggérer que la représentation positive des EMI dans la conscience collective est idéalisée.

Le dernier test effectué est entre les variables « Pensez-vous que les EMI sont réelles » et « Avez-vous déjà entendu parler de l'expérience de mort imminente ». Le but étant de vérifier si les personnes qui ont déjà entendu parler de l'EMI pensent qu'elles sont réelles ou non. Le test de chi carré a révélé une p-value de 0,02729, ce qui inférieure au seuil de 0,05. On rejette ainsi l'hypothèse nulle. On peut donc dire que ces deux variables sont dépendantes. Nous pouvons déduire que la connaissance de ces expériences par la population est d'une importance cruciale quant à leur réalité et le sérieux de la question.

Tableau 7 : Relation entre les questions "Pensez-vous que les Emi sont réelles ?" et "Avez-vous déjà entendu parler d'EMI ?"

EMI réelles	Connaissance des EMI		
	Je ne suis pas sûre	Non	Oui
Je ne suis pas sûre	15	13	31
Non	3	15	14
Oui	29	44	109

Le tableau 7 montre que les personnes qui connaissent les EMI sont plus aptes à penser qu'elles sont réelles. Nous pouvons dire que le fait d'avoir une connaissance du sujet apporte une plus grande sensibilité et une approbation quant à la véracité des expériences.

Ces tests ont montré un intérêt particulier de la population générale sur la question des EMI. Il est important de noter que ceux qui connaissent le sujet sont plus apte à les considérer comme phénomène digne de recherche plus approfondi. La légitimation dans le corps médical passe aussi par la société, cependant tant que ces phénomènes sont représentés dans les médias comme des expériences mystiques et qui sortent de l'ordinaire en les associant à des croyances religieuses, il sera difficile de les intégrer dans le système français actuel.

### **C. Autre remarque concernant les EMI**

La question ouverte a permis aux participants de partager une variété d'opinions et de sentiments qui s'étendent sur un large éventail de perspectives. Cela reflète la complexité de l'EMI comme sujet de discussion et de recherche.

Certains participants ont exprimé un vif intérêt pour le sujet, le qualifiant de "très intéressant" et plaidant pour une sensibilisation accrue au phénomène. Ces commentaires soulignent le besoin d'une exploration continue et d'une recherche rigoureuse pour comprendre la nature et la cause des EMI. Une personne a même fait une référence culturelle à la série "The OA" sur Netflix, ce qui suggère que les représentations médiatiques peuvent jouer un rôle dans la façon dont les EMI sont perçues et interprétées.

D'autre part, une attitude sceptique est également présente, avec une déclaration qualifiant les EMI de "fabulations" et remettant en question leur pertinence pour la recherche scientifique. Cela met en évidence le défi persistant de légitimer les EMI en tant que sujet d'étude en raison de leur nature subjective et souvent mystérieuse.

Il y a également des indications de convictions religieuses et spirituelles, suggérant une interprétation des EMI à travers un prisme théologique. La déclaration "Dieu est grand, il est le seul à comprendre réellement ce phénomène d'EMI" exprime une perspective qui voit les EMI comme faisant partie d'un mystère divin. Une autre personne, en s'identifiant comme catholique, questionne si les EMI ne sont pas une preuve suffisante pour l'existence de l'âme.

Fait significatif, une personne a partagé son expérience personnelle d'EMI, exprimant le désir de revivre l'expérience et évoquant un sentiment d'être "emprisonné dans son corps". Cela souligne la profondeur de l'impact que peuvent avoir les EMI sur les individus et suggère la nécessité d'un soutien approprié pour ceux qui ont vécu de telles expériences.

Dans l'ensemble, ces commentaires montrent la diversité des attitudes, des croyances et des expériences concernant les EMI. Ils soulignent la nécessité d'une approche multidimensionnelle pour comprendre ce phénomène complexe, incorporant des perspectives à la fois scientifiques et humaines.

Notre étude de terrain nous a permis de confirmer que la prise en charge des patients qui vivent une EMI n'est pas abordé dans le système médical français. Il y a seulement quelques spécialistes de la question qui tentent de légitimer en écrivant des ouvrages ou en faisant de la recherche scientifique. Cependant cela n'est pas suffisant vu le nombre de témoignage des patients qui ne cesse de fleurir. L'idée la plus importante de cette étude est que les patients ne sont pas au cœur du processus de soin. En effet ils ne se sentent pas écoutés, marginalisés car eux-mêmes ne comprennent pas ces expériences et ce n'est que bien plus tard qu'ils découvrent lors d'une émission ou d'une lecture que des personnes vivent la même chose. Cela a tendance à les éloigner du système traditionnel et les orienter plutôt vers de la médecine alternative dans laquelle ils y trouvent soutien et empathie. Il est dangereux de délaisser ces patients-là, car ils sont plus susceptibles d'accepter des pratiques médicales non conventionnelles (nous n'avons pas eu de patients de ce type dans notre étude) et des dérives sectaires. Les EMI restent tout de même des expériences transformatrices pour ces personnes et il faut plus de considérations humanistes lors du traitement. La représentation enjolivée dans la société des EMI pourrait être une entrave à leur légitimation comme sujet de recherche sérieux.

Bien que cette étude offre des perspectives précieuses sur les expériences de mort imminente, elle présente certaines limites inhérentes à sa conception et à sa méthodologie. Premièrement, la nature subjective des EMI implique que les récits des participants reposent sur leurs souvenirs personnels, qui peuvent être influencés par de nombreux facteurs, y compris le temps qui s'est écoulé depuis l'expérience, leurs croyances personnelles et leur interprétation de l'événement. Deuxièmement, le questionnaire se base uniquement sur l'auto-déclaration des participants, qui peut être

biaisée. De plus, les questions ouvertes, bien qu'elles offrent une grande profondeur d'information, peuvent aussi entraîner des réponses variées en termes de contenu et de longueur, rendant l'analyse des données plus complexe. Enfin, l'étude ne prend pas en compte d'autres facteurs qui pourraient influencer l'expérience des participants, comme leurs antécédents médicaux ou psychologiques. Cela pourrait limiter notre capacité à comprendre pleinement les mécanismes sous-jacents des EMI. Aussi le questionnaire destiné au grand public a pu être partagé dans un groupe ou un forum de personnes qui ont vécu ces expériences, ce qui induit un biais dans les résultats obtenus.

## **Partie 4 : Recommandations et perspectives de recherche**

Suite à l'analyse minutieuse des données issues de notre enquête, incluant des entretiens avec des personnes ayant vécu une Expérience de Mort Imminente (EMI), des professionnels de la santé, ainsi que des réponses à un questionnaire soumis à un public plus large, nous formulons les recommandations suivantes. Ces recommandations sont basées sur notre problématique initiale : Comment légitimer le phénomène des EMI pour améliorer la prise en charge des patients concernés en France ?

### **I. Reconnaissance et sensibilisation au phénomène des EMI**

La reconnaissance des EMI par la communauté médicale est la première étape cruciale vers une meilleure prise en charge des patients ayant vécu de telles expériences. Actuellement, beaucoup de ces individus se sentent mal compris, voire ignorés ou invalidés par leurs prestataires de soins. En effet, les EMI étant un phénomène complexe et mystérieux, elles sont souvent sous-estimées ou écartées par manque de connaissances et de compréhension.

Il est donc essentiel de mettre en œuvre un processus d'évaluation et de reconnaissance officielle des EMI au sein des institutions médicales. Cela pourrait se faire en intégrant des outils d'évaluation standardisés dans le protocole de soins courants, comme l'échelle de Greyson, qui est actuellement l'un des outils les plus largement acceptés pour mesurer et évaluer les EMI. Cette échelle pourrait aider

les professionnels de la santé à établir un dialogue avec les patients sur leurs expériences et à les orienter vers le soutien approprié.

Cependant, pour une analyse plus approfondie de l'expérience, l'utilisation de l'échelle développée par le Coma Science Group (*Annexe VI*) (72) pourrait être envisagée. Cette échelle fournit une évaluation plus détaillée des différentes composantes des EMI, permettant ainsi une meilleure compréhension de la nature de l'expérience vécue par l'individu.

## **II. Formation approfondie des professionnels de santé**

L'analyse des réponses au questionnaire montre une demande forte d'informations précises et de validation des EMI par les professionnels de santé. Aussi les entretiens avec les professionnels de santé montrent une méconnaissance du phénomène. Cela signifie une nécessité de formation plus approfondie pour ces professionnels, qui devraient disposer de connaissances suffisantes pour discuter de manière éclairée des EMI avec leurs patients.

Nous recommandons la mise en place de programmes de formation spécifiques pour les professionnels de santé, couvrant non seulement les aspects théoriques des EMI, mais aussi les techniques de communication empathique pour échanger avec les patients à ce sujet. Cette formation pourrait être dispensée dans le cadre de la formation continue des professionnels de santé.

Une approche innovante pour cette formation pourrait être l'utilisation de la réalité virtuelle (RV). Des simulations d'EMI pourraient être créées pour aider les professionnels de la santé à mieux comprendre ce que vivent les patients. Ces simulations pourraient imiter les aspects les plus communs des EMI, donnant aux soignants une perspective plus intime et personnelle sur ces expériences. De la même façon que certaines formations utilisent la réalité virtuelle pour sensibiliser les soignants à la douleur des patients, cette technologie pourrait être utilisée pour améliorer l'empathie et la compréhension des professionnels de santé envers ceux qui ont vécu une EMI.

## **III. Développement de la recherche scientifique**

La recherche scientifique sur les EMI est une étape essentielle pour mieux comprendre et valider ces phénomènes. Cependant, le domaine est encore peu

développé, notamment en raison d'un manque de financement et de reconnaissance institutionnelle. Par conséquent, la mobilisation de divers acteurs est nécessaire pour encourager la poursuite des études sur les EMI.

L'industrie pharmaceutique pourrait jouer un rôle déterminant dans ce contexte. En effet, les EMI peuvent avoir des répercussions psychologiques significatives qui nécessitent une prise en charge adaptée. Dans mon étude, certaines personnes ayant vécu une EMI ont pu des symptômes d'anxiété, de stress post-traumatique ou de dépression. L'industrie pharmaceutique a donc l'opportunité de contribuer au développement de nouveaux traitements spécifiques pour ces patients.

De plus, le soutien de l'industrie pharmaceutique à la recherche sur les EMI peut contribuer à légitimer ces expériences et à les intégrer dans le cadre médical officiel. Le financement de recherches rigoureuses et la publication de résultats dans des revues scientifiques reconnues sont des moyens efficaces de donner de la crédibilité à ce domaine d'étude. Par ailleurs, la collaboration entre chercheurs, cliniciens et acteurs de l'industrie pharmaceutique pourrait favoriser l'échange de connaissances et stimuler l'innovation dans la prise en charge des EMI.

Il est également recommandé d'encourager les collaborations interdisciplinaires dans la recherche sur les EMI, impliquant non seulement des médecins et des psychologues, mais aussi des spécialistes d'autres domaines tels que la neurologie, la philosophie, la théologie et les sciences sociales comme le fait déjà le Coma Science Group. De tels échanges interdisciplinaires peuvent enrichir notre compréhension des EMI et favoriser le développement de nouvelles approches pour aider les personnes ayant vécu de telles expériences.

#### **IV. Mise en place d'un soutien psychologique systématique**

Nos entretiens avec les patients montrent qu'ils estiment qu'un soutien psychologique pourrait être bénéfique pour eux. Cette expérience peut avoir un impact profond sur la vie des individus, parfois source de détresse psychologique, d'anxiété, voire de symptômes post-traumatiques.

Nous recommandons que les personnes ayant vécu une EMI soient systématiquement proposées un suivi psychologique, et que des psychologues formés à la question des EMI soient disponibles dans les établissements de santé.

Il pourrait être pertinent de développer des protocoles d'accompagnement spécifiques, basés sur l'écoute et la validation de l'expérience vécue, et de les intégrer dans les pratiques standard de prise en charge.

## **V. Sensibilisation du public**

Notre étude a montré également qu'une part importante des participants pense que toute la population devrait être sensibilisée aux EMI. Une meilleure connaissance de ce phénomène par le grand public pourrait contribuer à sa légitimation, et aider les personnes ayant vécu une EMI à se sentir comprises et soutenues.

Nous recommandons donc la mise en place de campagnes de sensibilisation à l'égard des EMI, visant à informer le public sur ce phénomène et à promouvoir une attitude ouverte et respectueuse envers les personnes qui ont vécu de telles expériences. Ces campagnes pourraient prendre plusieurs formes : des programmes télévisés, des articles de presse, des conférences, des supports pédagogiques en ligne, etc. Il serait important que ces campagnes soient conçues et réalisées de manière responsable, en évitant toute forme de sensationnalisme et en respectant la complexité et la diversité des expériences vécues.

## **VI. Responsabilité des médias**

Nos résultats suggèrent également un rôle potentiel des médias dans la façon dont les EMI sont perçues par le public. Les représentations médiatiques peuvent influencer l'attitude des gens à l'égard de ces expériences, parfois en les idéalisant ou en les dramatisant.

Nous recommandons que les médias adoptent une approche responsable lorsqu'ils traitent des EMI, en évitant toute forme de sensationnalisme et en veillant à représenter la diversité et la complexité de ces expériences. Les médias pourraient également jouer un rôle important dans la diffusion d'informations précises et basées sur la recherche concernant les EMI. Aussi à prendre en compte les récits de personnes ayant vécu une EMI négative et les décrire tout autant que les EMI classiques.

## Partie 5 : Discussions et ouvertures

À travers l'application de la théorie néo-institutionnelle, nous pouvons éclairer notre compréhension de la situation actuelle des EMI dans le milieu médical français. La théorie néo-institutionnelle, qui se concentre sur la façon dont les structures, les normes et les routines institutionnelles influencent le comportement des acteurs au sein des organisations, pourrait offrir un cadre utile pour comprendre les défis et les opportunités associés à la légitimation des EMI. En particulier, les concepts de légitimité et d'isomorphisme, les processus par lesquels les organisations deviennent similaires les unes aux autres, peuvent éclairer les forces qui façonnent la manière dont les EMI sont perçues et traitées dans le milieu médical et scientifique(73).

### I. Les EMI et la légitimité institutionnelle

La légitimité est un concept central dans la théorie néo-institutionnelle, défini comme une reconnaissance générale que les actions d'une entité sont désirables, appropriées et conformes aux normes et valeurs d'une communauté(74). Dans le contexte des EMI, la légitimité institutionnelle pourrait se référer à l'acceptation des EMI comme phénomène réel, digne d'attention et de recherche scientifique.

Historiquement, les EMI ont eu du mal à obtenir une légitimité institutionnelle complète en raison de la prédominance des modèles biomédicaux de la mort et de la conscience dans le domaine médical. Ces modèles insistent sur le fait que la conscience est intrinsèquement liée à l'activité cérébrale et suggèrent qu'aucune expérience subjective ne peut se produire lorsque le cerveau est en arrêt. Ainsi, les EMI ont souvent été rejetées comme des hallucinations, des rêves, ou des effets secondaires de l'hypoxie ou des médicaments (75).

Cependant, cette perspective est contestée par des témoignages de patients qui rapportent des perceptions précises et vérifiables pendant leur EMI, ainsi que par des études qui montrent des changements psychologiques durables et positifs après une EMI. De plus, certaines recherches suggèrent que les EMI peuvent être mieux expliquées par des modèles de conscience non localisée ou transcendantale. Ces éléments de preuve suggèrent que les EMI méritent une légitimité institutionnelle en tant que phénomène digne d'attention et de recherche (76).

## **II. Les EMI et la pression coercitive**

La théorie néo-institutionnelle propose que les organisations se conforment souvent aux attentes institutionnelles en réponse à la pression coercitive, qui peut inclure des lois, des règlements, ou d'autres formes de pression sociale (77). Dans notre étude certains professionnels de santé interrogés avaient clairement envie de considérer la prise en charge de ces expériences, cependant ils font face à une pression invisible de l'institut hospitalière. En effet, il est difficile pour ces professionnels d'imposer et de proposer une idée de la prise en charge qui sort du paradigme matérialiste actuel. Ainsi la plupart des professionnels à l'hôpital ont peur de la pression qu'ils peuvent subir par leur hiérarchie. Nous pensons que cette peur n'est pas tout à fait justifiée, car il y a assez d'éléments scientifiques pour apporter de la crédibilité à propos des EMI. C'est pour cela qu'il faut aussi une formation accrue pour le corps médical et des connaissances sur le sujet qui leur permettrait d'appuyer leur propos. Dans le cas des EMI, la pression coercitive pourrait être aussi exercée par des patients et des groupes de défense des droits des patients, qui demandent une reconnaissance et une prise en charge appropriées des EMI.

Dans notre étude, les patients qui ont vécu une EMI peuvent se sentir incompris ou marginalisés s'ils ne sont pas pris au sérieux par leurs prestataires de soins de santé. Ils peuvent également éprouver de la détresse si leurs expériences sont rejetées comme des hallucinations ou des rêves. En réponse à ces préoccupations, des organisations de patients pourraient faire pression pour une reconnaissance institutionnelle des EMI et une formation appropriée des prestataires de soins de santé. Pour l'instant de nombreux groupes de soutien sont mis en place par des psychologues pour une écoute active (78).

## **III. Les EMI et l'isomorphisme mimétique**

L'isomorphisme mimétique se produit lorsque les organisations adoptent des pratiques ou des comportements similaires en réponse à l'incertitude(79). Notre étude a aussi montré que les institutions de santé publiques ont tendance à reproduire le même système de prise en charge que leur compère. Ainsi dans le contexte des EMI, l'isomorphisme mimétique pourrait se produire si les institutions médicales adoptent

des approches similaires pour traiter les EMI en réponse à l'incertitude quant à la meilleure façon de les gérer.

Par exemple l'hôpital de Sarlat en Dordogne a mis en place un nouveau protocole qui permet la détection des EMI(80). Ce qui a permis à d'autres centres de recherches de reproduire les mêmes expériences.

#### **IV. Les EMI et l'isomorphisme normatif**

L'isomorphisme normatif se réfère à la tendance des organisations à se conformer aux normes et aux attentes de leur profession(73). Dans le contexte des EMI, l'isomorphisme normatif pourrait se produire si les praticiens de la santé adoptent des attitudes et des pratiques plus acceptantes envers les EMI en réponse à l'évolution des normes professionnelles.

Les normes médicales actuelles sont basées sur des preuves empiriques. Les EMI, étant des expériences subjectives et difficilement mesurables, ne s'inscrivent pas aisément dans ce cadre. Pour que les EMI soient légitimées, des recherches supplémentaires sont nécessaires afin de produire des données empiriques qui pourraient être intégrées dans le corpus des connaissances médicales(81).

En conclusion, la théorie néo-institutionnelle offre un cadre utile pour comprendre comment les EMI pourraient gagner en légitimité institutionnelle dans le milieu médical. Cependant, pour que cela se produise, il est essentiel que les professionnels de la santé restent ouverts à l'évolution des preuves et des perspectives sur les EMI, et qu'ils soient prêts à remettre en question les hypothèses traditionnelles sur la mort et la conscience.

## **CONCLUSION**

Dans cette étude intitulée "Un sujet tabou lors de la prise en charge des patients : l'expérience de mort imminente", nous avons cherché à mieux comprendre et à légitimer le phénomène des expériences de mort imminente (EMI) dans le contexte médical français. Notre objectif a été d'améliorer la prise en charge des patients qui ont vécu ces expériences profondément transformatrices.

Au travers de notre revue de littérature, nous avons exploré la richesse des recherches scientifiques existantes sur les EMI. Le constat est que ces expériences ont existé de tout temps depuis l'antiquité et dans différentes cultures. La recherche actuelle se focalise sur l'étude de la conscience et du phénomène physiologique. Cependant, nous avons noté un manque significatif d'études se concentrant sur la prise en charge des patients ayant vécu une EMI, mettant en évidence une lacune dans les connaissances actuelles qui nécessite une attention urgente. Dans un domaine qui s'articule autour de la santé et du bien-être des individus, il est primordial de se recentrer sur l'humain et de répondre à ses besoins spécifiques.

Notre recherche sur le terrain a permis de recueillir des données précieuses auprès de personnes ayant vécu des EMI, de professionnels de santé et du grand public. Ces données ont donné un aperçu des perceptions, des attitudes et des expériences des EMI en France, fournissant des indices importants sur les défis et les opportunités pour la prise en charge des patients.

Il est clair que l'approche actuelle concernant les EMI dans le milieu médical français nécessite une évolution. Les patients de notre étude ne se sentent pas considérés par la médecine conventionnelle. Cependant, atteindre ce but nécessitera des efforts concertés pour légitimer les EMI dans le champ médical, promouvoir la recherche sur ce phénomène et éduquer les professionnels de santé et le public à ce sujet.

Pour finir, cette recherche n'est que le commencement d'un voyage vers une meilleure prise en charge des patients ayant vécu une EMI. Les perspectives pour la recherche future sont nombreuses et excitantes. Nous espérons que ce travail servira de catalyseur pour une plus grande exploration et compréhension de ce sujet fascinant, délicat et profondément humain qu'est l'expérience de mort imminente.

## BIBLIOGRAPHIE

1. The School of Health - What is Medical Science? [Internet]. [cité 21 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.schoolofhealth.com/medical-sciences/what-is-medical-science/>
2. Pasche F. Peur de la mort, angoisse de mort, défense du Moi. *Rev Fr Psychanal.* 1 janv 1996;(60):49 à 54.
3. Moody R, Tr par Paul MISRAKI. *La vie après la vie. J'ai lu.* 2017. 672 p. (Aventure secrète).
4. Greyson B. Near-death experiences. In: *Varieties of anomalous experience: Examining the scientific evidence.* Washington, DC, US: American Psychological Association; 2000. p. 283-313.
5. van Lommel P. Endless Consciousness: A Concept Based on Scientific Studies of Near-Death Experiences. In: Walach H, Schmidt S, Jonas WB, éditeurs. *Neuroscience, Consciousness and Spirituality* [Internet]. Dordrecht: Springer Netherlands; 2011 [cité 30 avr 2023]. p. 207-27. (Studies in Neuroscience, Consciousness and Spirituality). Disponible sur: [https://doi.org/10.1007/978-94-007-2079-4\\_13](https://doi.org/10.1007/978-94-007-2079-4_13)
6. National Geographic [Internet]. 2022 [cité 3 mai 2023]. Égypte antique : la quête complexe de la vie éternelle. Disponible sur: <https://www.nationalgeographic.fr/histoire/2022/10/egypte-antique-la-quete-complexe-de-la-vie-eternelle>
7. Schmidt J. *Les 100 histoires de la mythologie grecque et romaine.* In Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2018 [cité 3 mai 2023]. p. 5-118. (Que sais-je ?; vol. 2e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-cent-histoires-de-la-mythologie-grecque-et-rom--9782130801610-p-5.htm>
8. Gachet D. L'Enfer d'Eurydice : de quelques subversions du mythe d'Orphée et d'Eurydice dans la littérature italienne contemporaine (XXe-XXIe siècles). *Rev Litt Comparée.* 2014;350(2):209-21.
9. Platon Trad. du grec ancien par Joseph Moreau et Léon Robin. *La république.* Léon Robin. Gallimard; 1943. 1680 p. (Bibliothèque de la Pléiade).
10. Festugière André-Jean. *Proclus, Commentaire sur la république Dissertations XV-XVII (République X).* VRIN. Vol. 3. 1970. 384 p.
11. Schmitt JC. *La mort au Moyen Âge.* In: *Fin(s) de vie* [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2012 [cité 3 mai 2023]. p. 99-119. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/fins-de-vie--9782130579137-p-99.htm>
12. Grégoire de Tour : *Histoire des Francs : livre VII* [Internet]. [cité 27 avr 2023]. Disponible sur: <https://remacle.org/bloodwolf/historiens/gregoire/francs7.htm>

13. L'ascension des élus (Visions de l'au-delà) - Jérôme Bosch | Utpictura18 [Internet]. [cité 29 mai 2023]. Disponible sur: <https://utpictura18.univ-amu.fr/notice/11657-lascension-elus-visions-lau-dela-jerome-bosch>
14. Heim A. Notizen über den Tod durch Absturz. Vom Zentralkomitee Schweiz Alpenclub. 1892;327-37.
15. Binet A. V. Egger Le moi des mourants ; Sollier, Moulin, A. Keller Observations sur l'état mental des mourants ; V. Egger Le moi des mourants : nouveaux faits. Année Psychol. 1896;3(1):629-35.
16. William Blake. Death of the Strong Wicked Man [Internet]. 1805 [cité 29 mars 2023]. Disponible sur: [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:William\\_Blake\\_-\\_Death\\_of\\_the\\_Strong\\_Wicked\\_Man.jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:William_Blake_-_Death_of_the_Strong_Wicked_Man.jpg)
17. Kübler-Ross E. les derniers instants de la vie. Labor et fides. 2011. 279 p. (Entree libre).
18. Kübler-Ross E. La mort est un nouveau soleil. Pocket. 2002. 160 p.
19. Dibouès F. Aux frontières du vivant mode d'emploi: Comment aider vos proches et vos patients après une Expérience de Mort Imminente. Indépendant. 265 p.
20. Corman M, Monier F, Sicard A, Da Fonseca A, Didelot T, Hallez Q, et al. L'Expérience de mort imminente (EMI) : une synthèse de la littérature. L'Année Psychol. 2017;117(1):85-109.
21. Romand R, Ehret G. Neuro-functional modeling of near-death experiences in contexts of altered states of consciousness. Front Psychol. 18 janv 2023;13:846159.
22. Martial C, Simon J, Puttaert N, Gosseries O, Charland-Verville V, Nyssen AS, et al. The Near-Death Experience Content (NDE-C) scale: Development and psychometric validation. Conscious Cogn. 1 nov 2020;86:103049.
23. Hamby WC. Review of Life at Death: A Scientific Investigation of the Near-Death Experience. J Sci Study Relig. 1982;21(3):289-90.
24. Coma Science Group [Internet]. [cité 7 mai 2023]. Home. Disponible sur: <https://www.coma.uliege.be/>
25. Charland-Verville V, Ribeiro de Paula D, Martial C, Cassol H, Antonopoulos G, Chronik BA, et al. Characterization of near death experiences using text mining analyses: A preliminary study. PLoS ONE. 30 janv 2020;15(1):e0227402.
26. Kellehear A. Culture and the Near-Death Experience: Comments on Keith Augustine's « Psychophysiological and Cultural Correlates Undermining a Survivalist Interpretation of Near-Death Experiences ». DEATH Stud.
27. Greyson B. Incidence and correlates of near-death experiences in a cardiac care unit. Gen Hosp Psychiatry. 1 juill 2003;25(4):269-76.

28. Rabeyron T, Chouvier B, Le Maléfan P. Clinique des expériences exceptionnelles : du trauma à la solution paranormale. *L'Évolution Psychiatr.* 1 oct 2010;75(4):633-53.
29. Inserm [Internet]. [cité 8 mai 2023]. À méditer - C'est quoi un état de conscience modifié ? · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/c-est-quoi/a-mediter-cest-quoi-un-etat-de-conscience-modifie/>
30. Parnia S, Post SG, Lee MT, Lyubomirsky S, Aufderheide TP, Deakin CD, et al. Guidelines and standards for the study of death and recalled experiences of death— a multidisciplinary consensus statement and proposed future directions. *Ann N Y Acad Sci.* 2022;1511(1):5-21.
31. Robert R. L'expérience de mort imminente : une présentation clinique spectaculaire d'un phénomène bien expliqué.
32. Timmermann C, Roseman L, Williams L, Erritzoe D, Martial C, Cassol H, et al. DMT Models the Near-Death Experience. *Front Psychol* [Internet]. 2018 [cité 8 mai 2023];9. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.01424>
33. Britton WB, Bootzin RR. Near-Death Experiences and the Temporal Lobe. *Psychol Sci.* 1 avr 2004;15(4):254-8.
34. Greyson B. SOME NEUROPSYCHOLOGICAL CORRELATES OF THE PHYSIO-KUNDALINI SYNDROME. 2000;32.
35. Xu G, Mihaylova T, Li D, Tian F, Farrehi PM, Parent JM, et al. Surge of neurophysiological coupling and connectivity of gamma oscillations in the dying human brain. *Proc Natl Acad Sci.* 9 mai 2023;120(19):e2216268120.
36. Koch C, Massimini M, Boly M, Tononi G. Neural correlates of consciousness: progress and problems. *Nat Rev Neurosci.* mai 2016;17(5):307-21.
37. Borjigin J, Lee U, Liu T, Pal D, Huff S, Klarr D, et al. Surge of neurophysiological coherence and connectivity in the dying brain. *Proc Natl Acad Sci.* 27 août 2013;110(35):14432-7.
38. van Lommel P, van Wees R, Meyers V, Elfferich I. Near-death experience in survivors of cardiac arrest: a prospective study in the Netherlands. *The Lancet.* 15 déc 2001;358(9298):2039-45.
39. Bourdieu P. Esquisse d'une théorie de la pratique précédé de Trois études d'ethnologie kabyle (Réédition). Points. 2015. p175 p.
40. Pastel JP. La mort a-t-elle un sens ? Itinéraire d'un anesthésiste. S17 Eds. 2013. 178 p.
41. LEFIGARO [Internet]. 2009 [cité 14 mai 2023]. Les EMI : un véritable défi pour les scientifiques. Disponible sur: <https://www.lefigaro.fr/sciences->

technologies/2009/11/14/01030-20091114ARTFIG00083--les-emi-un-veritable-defi-pour-les-scie-n-tifiques-.php

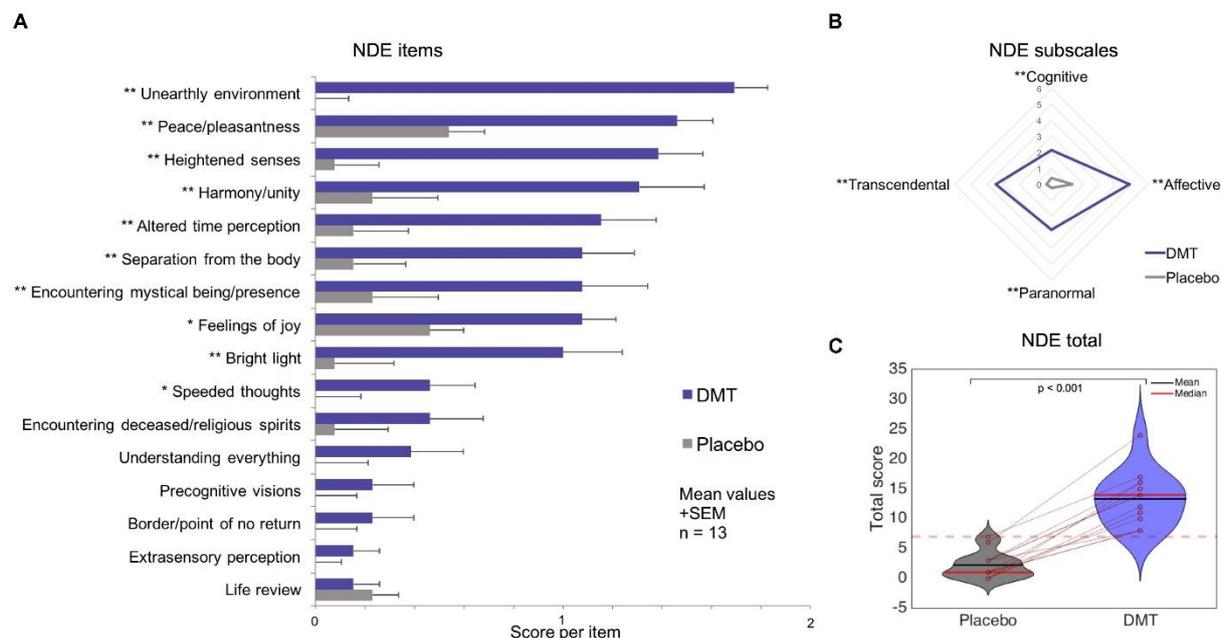
42. Cant R, Cooper S, Chung C, O'Connor M. The divided self: Near death experiences of resuscitated patients – A review of literature. *Int Emerg Nurs.* 1 avr 2012;20(2):88-93.
43. Thiers É. La République et l'Église. Guerre impossible, paix improbable. *Mil Neuf Cent Rev Hist Intellect.* 2016;34(1):17-35.
44. Pasricha S, Stevenson I. Near-death experiences in India A Preliminary Report. *J Nerv Ment Dis.* 1986;174(3):6.
45. T.Wolfe C. Chapitre 24. Un matérialisme désincarné : la théorie de l'identité cerveau-esprit. In: *Matériaux philosophiques et scientifiques pour un matérialisme contemporain. Matériologiques.* 2013. p. 809 à 837. (Sciences & philosophie; vol. 2).
46. Morin J. L'expérience de mort imminente : enjeu de validation paradigmatique entre les matérialistes et les dualistes des neurosciences.
47. Ripoll T. IX. La conscience : bastion imprenable du dualisme. In: *De l'esprit au cerveau [Internet]. Auxerre: Éditions Sciences Humaines; 2018 [cité 15 juin 2023]. p. 177-203. (Essais). Disponible sur: <https://www.cairn.info/de-l-esprit-au-cerveau--9782361065058-p-177.htm>*
48. Rousseau D. Near-Death Experiences and the Mind-Body Relationship: A Systems-Theoretical Perspective. *J -Death Stud.* 2011;29(3):399-435.
49. Evrard R. L'exaltation de la mémoire: une approche bergsonienne des expériences de mort imminente. *Intellectica.* 2017;68(2):257-89.
50. Festinger L, Carlsmith JM. Cognitive consequences of forced compliance. *J Abnorm Soc Psychol.* mars 1959;58(2):203-10.
51. Laureys S. Death, unconsciousness and the brain. *Nat Rev Neurosci.* nov 2005;6(11):899-909.
52. Ibsen B. The Anæsthetist's Viewpoint on the Treatment of Respiratory Complications in Poliomyelitis During the Epidemic in Copenhagen, 1952. *Proc R Soc Med.* janv 1954;47(1):72-4.
53. Greyson B. The near-death experience scale. Construction, reliability, and validity. *J Nerv Ment Dis.* 1 juill 1983;171:369-75.
54. Morisson J. Inexploré. [cité 8 mai 2023]. EMI : Trop de médecins ignorent sa réalité scientifique - Inexploré digital. Disponible sur: <https://inexplore.inrees.com/articles/bonus-305-francois-lallier-jocelin-morisson>
55. Rabeyron T, Minjard R. Les expériences de mort imminente en service de réanimation et au-delà entre logiques de l'opérateur et processus de subjectivation. *Études Sur Mort.* 2020;153(1):47-62.

56. Hoffman RM. Disclosure Decisions and Patterns After a Near-Death Experience.
57. Fracasso C, Friedman H, Young M. Psychologists' knowledge of and attitudes about near-death experiences: Changes over time and relationship to transpersonal self-concept. *J -Death Stud.* 1 janv 2010;29:273-81.
58. Formarier M. La relation de soin, concepts et finalités. *Rech Soins Infirm.* 2007;89(2):33-42.
59. Sutherland C. Changes in religious beliefs, attitudes, and practices following near-death experiences: An Australian study. *J -Death Stud.* 1 sept 1990;9(1):21-31.
60. Experiencer's Guide to Psychotherapy [Internet]. [cité 10 mai 2023]. Disponible sur: [https://www.iands.org/images/stories/pdf\\_downloads/therapist.pdf](https://www.iands.org/images/stories/pdf_downloads/therapist.pdf)
61. Lloyd C, Wong S, Petchkovsky L. Art and Recovery in Mental Health: A Qualitative Investigation. *Br J Occup Ther.* 1 mai 2007;70.
62. Goodman E, Harvey C, Sadeghi N. Ces photos s'inspirent d'une expérience de mort imminente [Internet]. *Vice.* 2018 [cité 10 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.vice.com/fr/article/kzxpqz/ces-photos-sinspirent-dune-experience-de-mort-imminente>
63. Brandt PY, Dessart G, Dandarova-Robert GZ. Chapitre 4. Soins et santé : la spiritualité comme ressource pour le patient et le psychologue. In: *Psychologie et spiritualité* [Internet]. Paris: Dunod; 2021 [cité 10 mai 2023]. p. 67-84. (Univers Psy). Disponible sur: <https://www.cairn.info/psychologie-et-spiritualite--9782100822157-p-67.htm>
64. #62 Dr Jean-Jacques Charbonier: la TCH (Trans Communication Hypnotique) et les EMI [Internet]. 2022 [cité 10 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=Y1opV08otI4>
65. Rabeyron T, Bergs A. Clinique des expériences de mort imminente : du vécu agonistique aux formes extrêmes de symbolisation. *L'Évolution Psychiatr.* août 2020;85(3):407-26.
66. Lallier F. Le mystère des expériences de mort imminente. *LEDUC.* 2018. 200 p. (Ressources et sens).
67. Barberia I, Oliva R, Bourdin P, Slater M. Virtual mortality and near-death experience after a prolonged exposure in a shared virtual reality may lead to positive life-attitude changes. *PLoS ONE.* 5 nov 2018;13(11):e0203358.
68. 2e Congrès international francophone de soins palliatifs 2013. Ateliers. *Rev Int Soins Palliatifs.* 2013;28(1):9-106.
69. NDE UK [Internet]. [cité 10 mai 2023]. NDE UK. Disponible sur: <https://www.neardeathexperienceuk.com/>

70. Insinger M. The Impact of a Near-Death Experience on Family Relationships. DEATH Stud.
71. Giordano Y, Jolibert A. Pourquoi je préfère la recherche quantitative/Pourquoi je préfère la recherche qualitative. Rev Int PME. 2016;29(2):7-17.
72. c-emi-final.pdf [Internet]. [cité 25 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.coma.uliege.be/wp-content/uploads/2021/02/c-emi-final.pdf>
73. Huault I. XI. Paul DiMaggio et Walter W. Powell – Des organisations en quête de légitimité. In: Les Grands Auteurs en Management [Internet]. Caen: EMS Editions; 2017 [cité 13 mai 2023]. p. 166-81. (Grands auteurs). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-grands-auteurs-en-management--9782376870432-p-166.htm>
74. Suchman MC. Managing Legitimacy: Strategic and Institutional Approaches. Acad Manage Rev. 1995;20(3):571-610.
75. Greyson B. Implications of near-death experiences for a postmaterialist psychology. Psychol Relig Spiritual. févr 2010;2(1):37-45.
76. Dethiollaz S, Fourrier CC. Voyage aux confins de la conscience Dix années d'exploration scientifique des sorties hors du corps : le cas Nicolas Fraisse. Guy Trédaniel. Paris: Les éditions Trédaniel; 2016. 235 p.
77. Ben Slimane K. 5. Théorie néo-institutionnelle : une perspective micro. In: Les grands courants en management stratégique [Internet]. Caen: EMS Editions; 2019 [cité 13 mai 2023]. p. 131-60. (Les grands courants). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-grands-courants-en-management-strategique--9782376873174-p-131.htm>
78. Les rencontres EMI/NDE | Groupe de parole | Perception Psy [Internet]. <https://perceptionpsy.fr/>. [cité 13 mai 2023]. Disponible sur: <https://perceptionpsy.fr/les-rencontres-emi-nde-groupe-de-parole-angers/>
79. Ben Slimane K, Leca B. Le travail institutionnel : origines théoriques, défis et perspectives. Manag Avenir. 2010;37(7):53-69.
80. France Culture [Internet]. 2016 [cité 13 mai 2023]. Expériences de mort imminente : où en est la recherche ? Disponible sur: <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/l-heure-du-documentaire/experiences-de-mort-imminente-ou-en-est-la-recherche-9971614>
81. Facco E, Agrillo C. Near-death experiences between science and prejudice. Front Hum Neurosci [Internet]. 2012 [cité 13 mai 2023];6. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnhum.2012.00209>

## ANNEXES

Annexe I : Résultats de l'échelle de l'expérience de mort imminente (EMI) pour le DMT par rapport au placebo.(32)



Annexe II : Échelle d'évaluation clinique de GREYSON

Questions	Réponses	Nbre de points
1. Le temps vous semblait-il s'écouler plus rapidement ?	- Non	0
	- Temps plus rapide qu'habituellement	1
	- Tout semblait instantané, le temps était stoppé	2
2. Pensiez-vous plus rapidement ?	- Non	0
	- Plus rapidement que d'habitude	1
	- Incroyablement plus vite	2
3. Avez-vous revu des scènes de votre passé ?	- Non	0
	- Je me suis rappelé plusieurs scènes	1
	- J'ai revu des scènes de mon passé sans les contrôler	2

4. Vous a-t-il semblé tout comprendre ?	- Non	0
	- A propos de moi et tous les autres	1
	- A propos surtout de l'univers	2
5. Avez-vous ressenti un sentiment de paix ou de bien-être ?	- Non	0
	- De calme	1
	- Une paix, un bonheur incroyable	2
6. Avez-vous ressenti un sentiment de joie ?	- Non	0
	- Heureux	1
	- Une joie incroyable	2
7. Avez-vous ressenti un sentiment d'harmonie ou d'harmonie avec l'univers ?	- Non	0
	- Plus de conflit avec la nature	1
	- unité, faire " un " avec le monde	2
8. Vous êtes-vous senti entouré ou avez-vous vu une lumière brillante ?	- Non	0
	- Inhabituellement brillante	1
	- Lumière surnaturelle ou mystique	2
9. Vos sens étaient-ils plus intenses qu'habituellement ?	- Non	0
	- Plus que d'habitude	1
	- Incroyablement plus	2
10. Vous a-t-il semblé être conscient d'événements se produisant ailleurs comme par une perception extrasensorielle ?	- Non	0
	- Oui, mais les faits n'ont pas été actuellement vérifiés	1
	- Oui, et les faits ont plus tard été vérifiés	2
11. Avez-vous vu des scènes du futur ?	- Non	0
	- De mon futur	1
	- De l'avenir du monde	2
12. Vous êtes-vous senti séparé de votre corps physique ?	- Non	0
	- J'ai perdu conscience de mon corps physique	1
	- J'ai clairement quitté mon corps et existé à l'extérieur de lui	2

13. Avez-vous eu l'impression de pénétrer dans d'autres mondes non-terrestre ?	- Non	0
	- Des endroits non familiers ou étrangers	1
	- Clairement mystique ou surnaturel	2
14. Avez-vous eu l'impression de rencontrer une présence mystique ou un être mystique ?	- Non	0
	- Une voix inidentifiable	1
	- Une voix ou un être défini comme clairement mystique ou surnaturel	2
15. Avez-vous vu des esprits de personnes décédées ou de personnages religieux ?	- Non	0
	- J'ai senti leur présence	1
	- Je les ai vu	2
16. Avez-vous eu l'impression d'arriver à une frontière ou à un point de non-retour ?	- Non	0
	- J'ai pris la décision consciente de retourner à la vie	1
	- Il y avait une barrière que je n'étais pas autorisé à franchir, ou, je me suis senti retourner à la vie involontairement.	2

*Annexe III : Guide entretien professionnels de santé*

1. Pouvez-vous vous présenter en quelques mots et décrire votre poste ?
2. Quand est-ce que vous avez entendu parler de l'EMI pour la première fois ?
3. Avez-vous déjà eu un patient qui a rapporté avoir vécu une expérience de mort imminente (EMI) ?
4. Comment avez-vous abordé cette expérience avec le patient ?
5. Comment avez-vous évalué l'état de santé mentale du patient avant et après avoir vécu une EMI ?
6. Quelles sont les principales préoccupations des patients qui ont vécu une EMI, et comment les abordez-vous ?

7. Quels conseils donneriez-vous à un patient qui a vécu une EMI pour l'aider à gérer cette expérience ?
8. Y a-t-il des traitements ou des thérapies spécifiques que vous recommandez pour les patients ayant vécu une EMI ?
9. Comment expliquez-vous les expériences de mort imminente à vos patients et comment leur faites-vous comprendre que cela peut être une expérience normale ?
10. Comment gérez-vous les éventuelles réactions négatives de la famille ou des amis du patient face à une EMI ?
11. Quelles sont les principales recherches ou études en cours sur les expériences de mort imminente et comment pensez-vous que cela pourrait influencer la prise en charge des patients à l'avenir ?
12. Existe-t-il des ressources ou des groupes de soutien pour les patients ayant vécu une EMI et que recommanderiez-vous ?

*Annexe IV : Guide d'entretien patients EMI*

1. Dites-moi dans quelles circonstances (accident, coma, opération, accouchement...) avez-vous vécu une EMI et quand était-ce ?
2. Est-ce que vous aviez entendu parler de ces expériences avant d'en vivre ?
3. Lors de cette expérience dans quel état étiez-vous ?
4. Avez-vous un souvenir d'une situation concrète du monde qui vous entourait ?
5. Comment vous sentiez vous quand vous avez repris conscience ?
6. Est-ce que vous en avez parler tout de suite autour de vous ?
7. Qu'est-ce que vous avez pensé vivre à ce moment-là ? un rêve ? Une hallucination ?
8. A qui en avez-vous parler en premier ? (Famille, proche, médecin...)
9. Était-ce facile pour vous d'en parler ? Et pourquoi ?
10. Est-ce que vous avez été écouté par votre interlocuteur ?

11. Quelle était la réaction de ces derniers ?
12. Est-ce que vous en avez parlé à votre médecin ?
13. Si oui qu'est-ce qu'il vous a proposé ?
14. Avez-vous parlé de l'expérience aux personnels soignants ? (Si le patient était hospitalisé)
15. Avez-vous consulté un psychologue pour en parler ?
16. Est-ce que l'écoute qu'on vous a accordé est pertinente/suffisante ?
17. Qu'est-ce que vous avez ressenti en parlant de ce que vous avez vécu ?
18. Est-ce qu'il y a des réactions qui vous ont surpris ?
19. Finalement comment auriez-vous souhaité être approché par le « corps médical » ?

*Annexe V : Questionnaire EMI destiné au grand public*

**1. Quel âge avez-vous ?**

18-25 ans

25-30 ans

30-40 ans

40-50 ans

50-60 ans

Plus de 60 ans

**2. Avez-vous déjà entendu parler de l'expérience de mort imminente (EMI) ?**

a. Oui

b. Non

*Une expérience de mort imminente (EMI) est une expérience subjective vécue par certaines personnes qui ont été proches de la mort ou qui ont été déclarées cliniquement mortes, mais qui ont finalement survécu. Les personnes qui vivent*

*une EMI rapportent souvent des sensations telles que la sortie hors du corps, la vision d'une lumière brillante, la rencontre de personnes décédées et un sentiment de paix et d'amour inconditionnel. Certaines personnes décrivent également des aspects moins agréables de l'expérience, tels que des sensations de chute, d'obscurité ou de peur.*

**3. Connaissez-vous quelqu'un qui a vécu une EMI ?**

- a. Oui
- b. Non

**4. Avez-vous déjà vécu une EMI ?**

- a. Oui
- b. Non

**5. Si vous avez répondu "oui" à la question précédente, comment décririez-vous votre EMI ?**

Effrayante 1 2 3 4 5 Agréable

**6. Selon vous, que se passe-t-il lors d'une EMI ?**

- a. Le cerveau crée des illusions
- b. L'âme quitte le corps
- c. La personne entre en contact avec une autre dimension
- d. Je ne sais pas

**7. Pensez-vous que les EMI sont réelles ?**

- a. Oui
- b. Non
- c. Je ne suis pas sûr(e)

**8. Pensez-vous que les EMI sont un sujet approprié de recherche scientifique ?**

- a. Oui
- b. Non
- c. Je ne sais pas

**9. Souhaiteriez-vous avoir une EMI ?**

- a. Oui
- b. Non
- c. Je ne suis pas sûr(e)

**10. Les témoignages de personnes ayant vécu une EMI sont-ils fiables ?**

Pas fiable 1 2 3 4 5 Fiable

**11. Pensez-vous que les EMI peuvent être expliquées par des phénomènes neurologiques ?**

- a. Oui
- b. Non
- c. Je ne suis pas sûr(e)

**12. Pensez-vous que les EMI peuvent être expliquées par des phénomènes psychologiques ?**

- a. Oui
- b. Non
- c. Je ne suis pas sûr(e)

**13. Pensez-vous que les EMI ont une signification spirituelle ou religieuse ?**

- a. Oui
- b. Non
- c. Je ne sais pas

**14. Quel type de soutien peut être utile pour les personnes ayant vécu une EMI ?**

- a) Le soutien psychologique
- b) Le soutien spirituel ou religieux
- c) Les deux

**15. Comment les professionnels de la santé peuvent-ils soutenir les personnes ayant vécu une EMI ?**

- a) En leur fournissant des informations précises sur leur expérience
- b) En écoutant et en validant leur expérience
- c) En niant ou en minimisant leur expérience

**16. Pourquoi est-il important de soutenir les personnes ayant vécu une EMI ?**

- a) Parce que cela peut aider à réduire leur anxiété et leur stress post-traumatique
- b) Parce que cela peut leur permettre de mieux comprendre leur expérience
- c) Les deux

**17. Autre remarque concernant les EMI**

Annexe VI : L'échelle de contenu des Expériences de Mort Imminente (C-EMI)(72)

Nous vous invitons à répondre à chacune des 20 propositions ci-dessous selon vos émotions et vos pensées au moment de l'expérience (ni avant, ni après), en choisissant la réponse qui vous semble la plus appropriée (UNE SEULE réponse par proposition est admise).

Toute expérience ou sensation étant vécue plus ou moins intensément, nous vous invitons à préciser l'intensité ressentie à l'aide de 4 choix de réponses (allant de 1 à 4) à chacune des propositions. Si, au contraire, vous n'avez pas fait l'expérience du phénomène présenté dans la proposition, veuillez cocher « 0 – Pas du tout ; absence ». Si vous avez vécu un même phénomène à plusieurs reprises durant l'expérience, nous vous invitons à répondre selon le phénomène le plus marquant.

Choix de réponse :

0 - Pas du tout ; absence

1 - Légèrement

2 - Moyennement

3 - Intensément ; équivalent à toute autre expérience intense vécue jusqu'à présent

4 - Extrêmement ; plus qu'à tout autre moment de ma vie et plus intense que 3

	0	1	2	3	4
1. Votre perception du temps était modifiée	<input type="checkbox"/>				
2. Vos pensées étaient accélérées	<input type="checkbox"/>				
3. Vous avez entendu une ou des voix ne possédant pas d'incarnation matérielle	<input type="checkbox"/>				
4. Vous avez eu l'impression de soudainement tout comprendre sur vous-même, les autres et/ou l'univers	<input type="checkbox"/>				
5. Vous avez eu un sentiment de paix et/ou de bien-être	<input type="checkbox"/>				
6. Vous avez eu une sensation d'harmonie ou d'unité, comme si vous faisiez partie d'un tout	<input type="checkbox"/>				
7. Vous avez vu ou avez été entouré par une lumière brillante sans origine matérielle déterminée	<input type="checkbox"/>				
8. Vous avez eu des capacités sensorielles inhabituelles (vue, ouïe, odorat, toucher et/ou goût)	<input type="checkbox"/>				
9. Vous étiez conscient(e) de choses au-delà de ce que vos sens peuvent habituellement percevoir	<input type="checkbox"/>				
10. Vous avez acquis des connaissances sur l'avenir	<input type="checkbox"/>				
11. Vous avez eu la sensation d'être 'en-dehors' ou séparé de votre corps	<input type="checkbox"/>				
12. Vous avez eu la sensation de quitter le monde terrestre ou d'intégrer une nouvelle dimension et/ou environnement	<input type="checkbox"/>				
13. Vous avez revu ou revécu un ou des événement(s) de votre passé	<input type="checkbox"/>				
14. Vous avez fait la rencontre d'une présence et/ou d'une entité (il peut s'agir d'une personne décédée)	<input type="checkbox"/>				
15. Vous avez eu un sentiment de non-existence, de vide absolu et/ou de peur	<input type="checkbox"/>				
16. Vous avez fait l'expérience d'une frontière et/ou d'un point de non-retour	<input type="checkbox"/>				
17. Vous avez pris la décision ou avez été contraint(e) de revenir de l'expérience que vous viviez	<input type="checkbox"/>				
18. Vous avez eu l'impression de mourir et/ou d'être mort	<input type="checkbox"/>				
19. Vous avez vu ou êtes entré(e) dans une zone de passage (par exemple, un tunnel ou une porte)	<input type="checkbox"/>				
20. Vous avez l'impression de ne pas disposer des mots adéquats pour décrire votre expérience	<input type="checkbox"/>				

## **Un sujet tabou lors de la prise en charge des patients : l'expérience de mort imminente**

Ce travail de recherche, nous plonge au cœur d'un sujet méconnu et souvent mal compris : les expériences de mort imminente (EMI). Abordant le sujet sous un angle scientifique, cette recherche se concentre sur la légitimation des EMI dans le milieu médical français et vise à stimuler une réflexion sur l'amélioration de la prise en charge des patients concernés. Dressant un panorama complet des EMI, de leur légitimation ainsi que la prise en charge adaptée, ce travail vous invite à découvrir ce phénomène fascinant et complexe. À travers une étude de terrain, des perspectives seront offertes par des patients, des professionnels de santé, et le grand public. Il soulève des questions essentielles : Comment percevons-nous et comprenons-nous les EMI ? Comment pouvons-nous améliorer leur reconnaissance et leur légitimation dans le milieu médical français ? Il invite à explorer comment ces expériences peuvent influencer la manière dont nous prenons soin de nos patients. Avec une démarche scientifique rigoureuse, ce travail de recherche offre un éclairage nouveau sur le phénomène des EMI, ouvrant la porte à une meilleure compréhension et à une prise en charge plus adéquate de ces expériences au sein du système de santé français.

## **A taboo subject in patient care: the near-death experience**

This research work immerses us in the heart of an often misunderstood and overlooked topic: near-death experiences (NDEs). Approaching the subject from a scientific perspective, this study focuses on legitimizing NDEs in the French medical field, aiming to stimulate a discussion on improving the care of affected patients. Providing a comprehensive overview of NDEs, their legitimization, and suitable patient management, this work invites you to explore this fascinating and complex phenomenon. Through field research, perspectives will be offered by patients, healthcare professionals, and the public. It raises essential questions: How do we perceive and understand NDEs? How can we improve their recognition and legitimization in the French medical field? It prompts us to explore how these experiences might influence the way we care for our patients. With a rigorous scientific approach, this research work provides a fresh perspective on the NDE phenomenon, opening the door to a better understanding and more appropriate management of these experiences within the French healthcare system.