

L'EXPÉRIENCE DE MORT IMMINENTE (EMI) : UNE SYNTHÈSE DE LA LITTÉRATURE

[Maya Corman](#), [Florie Monier](#), [Alyson Sicard](#), [Anthony Da Fonseca](#), [Thibault Didelot](#), [Quentin Hallez](#), [Amélie Kchani](#), [Mick Salomone](#), [Guillaume Vichy](#), [Michaël Dambrun](#)

NecPlus | « L'Année psychologique »

2017/1 Vol. 117 | pages 85 à 109

ISSN 0003-5033

DOI 10.3917/anpsy.171.0085

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-l-annee-psychologique1-2017-1-page-85.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour NecPlus.

© NecPlus. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

L'Expérience de mort imminente (EMI) : une synthèse de la littérature

Maya Corman, Florie Monier, Alyson Sicard, Anthony Da Fonseca,
Thibault Didelot, Quentin Hallez, Amélie Kchani, Mick Salomone,
Guillaume Vichy et Michaël Dambrun*

Université Clermont Auvergne, CNRS, LAPSCO, F-63000 Clermont-Ferrand, France

RÉSUMÉ

Cet article propose une synthèse de la littérature sur l'Expérience de mort imminente (EMI). Plusieurs caractéristiques récurrentes de l'EMI, ainsi que leur fréquence, sont présentées. La question des variations culturelles de l'EMI faisant l'objet d'un débat, nous avons choisi d'exposer les données qui supportent l'hypothèse d'invariance culturelle, mais également celles qui révèlent un impact de la culture. À la lumière des recherches récentes en neurophysiologie et en psychologie, plusieurs mécanismes potentiellement impliqués dans l'EMI sont décrits et discutés au regard des deux principaux courants théoriques qui dominent actuellement cette thématique (c'est-à-dire approche de l'*in-brain* et perspective de l'*out-of-brain*). Dans une perspective plus appliquée, il apparaît que l'EMI génère à la fois des changements positifs, mais également des perturbations majeures qui soulèvent la question de la prise en charge des patients ayant vécu une EMI.

Near Death Experience (NDE): A synthesis of the literature

ABSTRACT

This paper provides a review of the literature on Near Death Experience (NDE). Several recurring features of the NDE, and their frequency, are presented. The issue of cultural variations of NDE being the subject of a debate, we chose to expose the data that support the cultural invariance hypothesis, but also those that reveal an impact of culture. In light of recent research in neurophysiology and psychology, several mechanisms potentially involved in NDE are described and discussed in relation to the two main current theoretical approaches that dominate this topic (i.e. "in-brain" and "out-of-brain" approaches). In a more applied perspective, it appears that NDE leads to positive life changes, but also to major disruptions that raise the question of therapeutic care of patients who experienced an NDE.

*Correspondance : Michaël Dambrun, Université Clermont Auvergne, LAPSCO, 34 avenue Carnot, 63037 Clermont-Ferrand, France. E-mail : michael.dambrun@uca.fr. Cet article a été rédigé sous la direction du dernier auteur dans le cadre de l'atelier d'investigation collaborative du Master 2 Recherche Psychologie Sociale et Cognitive à l'UCA.

Selon Greyson et Stevenson (1980), l'Expérience de mort imminente (EMI) est un état de conscience modifié qui survient lors de la perte de conscience consécutive à une menace pour la vie de l'individu (par ex. accident, arrêt cardiaque, etc.). L'EMI concernerait les premiers stades de la mort. Ce phénomène a été popularisé en occident dans la deuxième moitié du XX^e siècle par Raymond Moody (1975). Plusieurs caractéristiques associées à l'EMI semblent récurrentes (voir par exemple Agrillo, 2011; van Lommel, van Wees, Meyers, & Elfferich, 2001). Un résumé des éléments généralement associés aux EMI ainsi que leur fréquence d'occurrence est présenté dans le Tableau 1. Ces fréquences sont tirées de l'étude de van Lommel *et al.* (2001) portant sur 62 patients victimes d'un arrêt cardiaque et publiées dans *The Lancet*. Les caractéristiques les plus fréquentes sont la présence d'émotions positives (56%) et la conscience d'être mort (50%). Les moins fréquentes sont la revue de vie (13%) et la perception d'une lumière intense (23%), ainsi que l'expérience de sortie du corps (24%). D'autres caractéristiques comme la rencontre de personnes décédées ou le déplacement dans un tunnel ont une fréquence d'apparition intermédiaire. Cette simple description permet d'attester que l'EMI n'est pas un simple phénomène qui se reproduit à l'identique pour chaque individu. Au contraire, les caractéristiques typiquement associées à l'EMI varient grandement dans leur fréquence d'occurrence. De manière cohérente, les témoignages révèlent une variété interindividuelle importante concernant la phénoménologie de l'EMI (voir par exemple Moody, 1975¹). Dans cette perspective, van Lommel (2011) a proposé une

Tableau 1. Principales caractéristiques associées à l'EMI (de la plus fréquente à la moins fréquente*).

	Caractéristiques récurrentes	Fréquence d'occurrence*
1.	Émotions positives	56%
2.	Conscience d'être mort	50%
3.	Rencontre de personnes décédées	32%
4.	Déplacement dans un tunnel	31%
5.	Observation d'un paysage magnifique du type « paradis »	29%
6.	Expérience de sortie du corps	24%
7.	Perception d'une lumière intense	23%
8.	Revue de vie	13%

Note : * Fréquences rapportées par van Lommel *et al.* (2001). *N* = 62.

¹Il est également possible de consulter le site web de la Near Death Experience Research Foundation (www.nderf.org), qui a répertorié à ce jour plus de 4 000 témoignages d'EMI.

définition de l'expérience de mort imminente qui semble reprendre les caractéristiques de cette dernière puisque selon lui, l'EMI peut être définie comme étant « la mémoire rapportée d'une variété d'impressions durant un état particulier de conscience, incluant un nombre particulier d'éléments, tels qu'une expérience de sortie de corps, des émotions agréables, la vue d'un tunnel et/ou d'une lumière, la vue de proches décédés, une revue de vie, ou un retour conscient à l'intérieur du corps » (notre traduction; p. 1). Contrairement à ce que laissent entendre les premiers travaux, un contexte menaçant pour la vie n'est pas une condition nécessaire à l'apparition de l'EMI. Par exemple, les EMI consécutives à un coma sont similaires en termes d'expérience aux EMI qui surviennent dans des contextes non menaçants pour la survie (Charland-Verville, Jourdan, Thonnard, Ledoux, Donneau, Quertemont, & Laureys, 2014).

Dans une première partie, nous proposons d'examiner plus en détail certaines des principales caractéristiques associées à l'EMI. Ensuite, nous nous intéresserons à l'impact de la culture sur l'EMI. Est-ce que l'EMI est similaire à travers les cultures ou, au contraire, est-ce que des variations notables sont observables ? Nous tenterons de répondre à cette question dans la seconde partie. Dans une troisième partie nous ferons état des connaissances scientifiques actuelles concernant les processus neurophysiologiques potentiellement impliqués dans l'EMI. Nous présenterons également les deux principales perspectives théoriques qui dominent aujourd'hui le débat concernant l'interprétation de l'EMI. Enfin, au-delà de la compréhension de ce phénomène, l'EMI est associée à des perturbations et des changements de vie importants qui posent la question de la prise en charge. Cette problématique sera abordée dans une quatrième et dernière partie.

1. LES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES ASSOCIÉES À L'EMI

1.1. La conscience d'être mort, la vision de personnes décédées et la revue de vie

La conscience d'être mort constitue, avec les émotions positives, un élément fortement prévalent (voir tableau 1) dans l'EMI, plaçant la conscience au centre même de la définition du phénomène. Cependant, le terme « conscience d'être mort » souffre d'un problème de définition qui

n'est pas résolu dans la littérature et n'est expliqué par aucun modèle (Greyson, 2007). Néanmoins, de nombreuses personnes rapportent avoir expérimenté différents événements au cours de leur EMI. Dans un article anthropologique, Greyson (2010) présente certains de ces événements tels que la vision de personnes décédées, la revue de la vie ou encore l'amélioration de certaines capacités cognitives (clarté, vitesse, logique d'esprit) comme des preuves que les individus sont conscients de vivre cette expérience. Toutefois, la conscience d'être mort est une caractéristique absente de l'échelle d'Expérience de Mort Imminente (*Near-Death Experience Scale*) créée par Greyson (1983) et constituant aujourd'hui la principale échelle utilisée afin de mesurer et évaluer l'intensité de l'EMI. On notera qu'il semble difficile de mesurer de manière objective ce phénomène dans la mesure où il s'agit d'une expérience subjective qui prouverait son existence par l'intermédiaire d'autres phénomènes (par ex. visions de personnes décédées, souvenirs). Selon Mobbs et Watt (2011), le fait pour les patients de témoigner d'une conscience de la mort serait un moyen de donner un sens à l'expérience « étrange » qu'ils ont vécue. Toutefois, les données actuelles suggèrent que l'EMI ne peut pas être considérée comme un événement imaginaire. Par exemple, les souvenirs liés à l'EMI contiennent davantage de caractéristiques et de détails que les souvenirs liés aux événements réels ou tirés d'une période de coma (Thonnard, Charland-Verville, Brédart, Dehon, Ledoux, Laureys, & Vanhaudenhuyse, 2013).

La rencontre avec les personnes décédées représente également un phénomène de prévalence non négligeable (voir tableau 1). Kelly (2001) décrit les principales caractéristiques de ces rencontres. Le plus souvent, il apparaît que les individus retrouvent une ou deux personnes avec lesquelles ils ont été relativement proches. Ces rencontres semblent fréquemment associées à la vision de lumière et de tunnel. Après étude des dossiers médicaux d'individus ayant vécu une EMI, Kelly (2001) met en avant des variations dans la fréquence des rencontres selon deux facteurs : les conditions médicales associées à l'apparition du phénomène (par exemple : un accouchement ou un arrêt cardiaque) et la proximité de la mort, évaluée par des juges indépendants puis classée sur une échelle de 1 (non gravement malade) à 4 (suffisamment proche de la mort pour avoir subi un arrêt cardiaque ou la perte d'autres signes vitaux). Les individus ayant frôlé la mort (évalués à 3 ou 4 sur l'échelle) rencontrent plus fréquemment des personnes décédées (22%) lors de leur EMI que les personnes n'ayant pas réellement frôlé la mort (évalués à 1 ou 2 sur l'échelle) (8%). Par ailleurs, 23% des individus ayant vécu une EMI suite à un arrêt cardiaque rapportent avoir rencontré des personnes décédées, alors qu'ils ne sont que 8% à faire de telles rencontres lorsque l'EMI fait suite à un accouchement ou

une opération chirurgicale (Kelly, 2001). Lors d'une EMI, les individus peuvent donc rencontrer des proches décédés (par ex. grands-parents) dont le décès remonte à quelque temps et est bien connu de la personne. Greyson (2010) évoque d'autres types de rencontres qu'il nomme les expériences *Peak in Darien*. D'après cette recherche anthropologique, les individus pourraient rencontrer des personnes dont le décès, survenu quelque temps avant la vision, ne leur aurait pas été communiqué. Ils pourraient également rencontrer des personnes décédées au moment où s'est déroulé leur EMI ou encore des personnes décédées qu'ils n'ont jamais rencontrées (Greyson, 2010). Ces faits sont toutefois difficiles à vérifier. Différentes explications de ces rencontres ont été avancées. Selon certains chercheurs, ce phénomène serait dû à des lésions cérébrales, présentes notamment dans le lobe temporal, pouvant provoquer des hallucinations (Blackmore, 1993; Mobbs & Watt, 2011). La rencontre avec des proches décédés pourrait également être liée aux attentes concernant la vie après la mort. Dans la culture occidentale, la croyance veut que les proches décédés viennent nous accueillir dans l'autre monde et c'est pour cela que nous nous attendons à les voir lorsque nous frôlons la mort. Pour d'autres auteurs (Betty, 2006; Greyson, 2010; Kelly, 2001), ce phénomène est lié à la survie de la conscience après la mort du corps.

Enfin, la revue de vie est un phénomène assez peu rapporté (13%) mais également peu évoqué et développé dans la littérature. La revue de vie correspond à des souvenirs de la vie passée mais également à des visions de la vie future pouvant apparaître lors de l'EMI. Ce phénomène est difficilement objectivable. Il est également absent des récits issus de certaines cultures comme la culture indienne par exemple (Pasricha, 2008). Selon Blackmore (1996), l'anoxie au niveau du lobe temporal mais également au niveau du système limbique pourrait être responsable de l'apparition de *flashbacks*. Pour Mobbs et Watt (2011), cela pourrait être lié au fait que les individus faisant l'expérience d'une mort imminente se trouvent dans une phase proche du rêve, propice à la consolidation des souvenirs.

1.2. L'expérience de sortie hors du corps

L'« expérience de sortie hors du corps » (*Out Body Experience* – OBE) désigne l'expérience qui consiste à percevoir le siège de sa conscience en un point extérieur au corps physique. Cet état est généralement défini par les sujets d'OBE comme la sensation kinesthésique de ne plus être dans un corps physique. Environ 10% de la population générale en bonne santé se dit concernée par des épisodes d'OBE qui surviendraient en

moyenne une à deux fois dans la vie de ces individus (Alvarado, 1992; Blanke, Landis, Spinelli, & Seeck, 2004). Trois « types » de contextes semblent avoir été identifiés comme relatifs à l'apparition d'expériences de sorties hors du corps. Tout d'abord, l'OBE est associée à l'EMI et de nombreux cas d'OBE sont décrits par des individus après avoir vécu un arrêt cardiaque par exemple. Selon Van Lommel *et al.* (2001), l'OBE serait présente dans environ 24% des EMI. Toutefois, l'OBE peut survenir dans d'autres contextes, en particulier lors de phases de détente mentale et corporelle; par exemple lorsque l'individu est en position allongée et/ou se trouve en phase d'endormissement ou de réveil. Les personnes décrivent alors la sensation de se voir (c'est-à-dire leur conscience) s'évader et flotter au-dessus de leur corps physique endormi et/ou allongé. Enfin, des épisodes d'OBE ont été rapportés et décrits par des individus ayant été soumis à un stress intense ou un traumatisme.

En ce qui concerne l'aspect phénoménologique, voici le témoignage d'une jeune femme décrit dans l'article de Blanke *et al.* (2004) : « Elle avait la sensation de s'élever verticalement et sans effort depuis sa position actuelle et cette sensation était associée à une sensation de vertige et de peur. Elle se vit elle-même (son corps entier se tenant sur le sol, lui faisant face [...]). Initialement, elle avait la sensation d'être au-dessus de son corps réel, mais elle s'est rapidement élevée plus haut. Elle se sentait comme si son « corps élevé » était en position horizontale mais elle ne vit aucune partie de ce corps. La sensation d'élévation se poursuit et rapidement, elle vit tout de si loin qu'elle ne pouvait plus discerner les détails. » (notre traduction; p. 245). Les recherches menées depuis plusieurs années ont permis de dresser un inventaire des principales sensations relatives aux OBE (Alvarado, 1992; Blanke *et al.*, 2004; Blanke & Arzy, 2005; Rabeyron & Caussié, 2016). Tout d'abord, les sujets ayant vécu une OBE rapportent souvent une modification de leur état de conscience durant le phénomène. Le commencement de l'épisode d'OBE semble marqué par une rupture de l'état de conscience avec l'impression de se réveiller dans son rêve, d'avoir une « sensation de blanc » ou une courte coupure de la conscience avant de se retrouver comme en dehors du corps au retour de la conscience. Les sujets décrivent aussi une sensation de réalité et d'un état vécu comme différent du rêve perçu et très proche de l'état de veille. Ensuite, l'OBE est associée à des sensations kinesthésiques comme se sentir en dehors de son enveloppe corporelle physique, ce qui peut être décrit par le fait de ne pas sentir de corps matériel, d'avoir la sensation de flotter et, certaines fois, de se déplacer très rapidement. Parfois, les sujets décrivent une sensation de « réintégration du corps » pour clore le phénomène. L'OBE est également associée à des sensations vestibulaires. Lors de la rupture de conscience,

les sujets rapportent parfois la sensation de ressentir des tremblements qui peuvent être importants et qui sont également décrits au « retour » dans le corps. On note également des sensations visuelles. La plupart du temps, les sujets disent ne pas voir de corps autour de cette « conscience qui flotte » et se percevoir comme une boule informe en même temps qu'ils voient leur propre corps depuis un point de vue extérieur à ce dernier. Enfin, certains sujets rapportent des sensations auditives comme des bourdonnements auditifs lors du début de l'OBE.

Au final, il apparaît que la phénoménologie et les différentes sensations ressenties lors des phénomènes d'OBE sont soumises à de fortes variations interindividuelles. Seule la sensation de sentir sa conscience comme étant étrangère au corps physique semble commune à l'ensemble des OBE.

1.3. Les émotions associées à l'EMI, la vision d'un tunnel et d'une lumière

L'EMI implique généralement des émotions positives. Greyson (2003) fait mention de plusieurs témoignages de patients ayant vécu une EMI après un accident cardiaque. Ces derniers indiquent avoir ressenti un sentiment de paix dans 85% des cas (67% des cas pour la joie). Ces ressentis étaient plus fréquents chez les patients ayant frôlé la mort. En Australie, Perera, Padmasekara et Belanti (2005) ont mené une analyse similaire auprès d'un large échantillon de personnes ayant vécu une EMI ($n = 673$). Dans cet échantillon, 25,3% des individus déclarent avoir ressenti un sentiment de paix lors de l'EMI. Par ailleurs, la vision d'un tunnel avec en son bout une lumière, décrite comme apaisante et très lumineuse, est souvent rapportée (voir tableau 1). Dans certains témoignages, les individus racontent rentrer dans la lumière et y trouver le paradis ou un nouveau monde. D'autres rapportent communiquer avec la lumière, que certains assimilent à Dieu.

Si l'EMI est souvent associée à des émotions positives (pour une revue, voir Cant, Cooper, Chung & O'Connor, 2012), il apparaît qu'elle pourrait également être reliée à des émotions diamétralement opposées comme l'angoisse et/ou la peur. Le caractère spécifique de ce phénomène porte le nom de *negative near death experience* (par ex., Irwin & Bramwell, 2016). Ce phénomène n'est pas rare. Dans le cadre d'une étude réalisée sur un échantillon allemand, 50% des individus indiquent avoir vécu des émotions positives pendant l'EMI. Ils sont toutefois 44% à avoir vécu des sentiments très négatifs (Knoblauch, Schmied, & Schnettler, 2001). Dans certains cas, l'EMI négative comporte des phénomènes semblables à ceux d'une EMI positive (par ex. sortie hors du corps); la seule différence étant

que ces phénomènes sont teintés de sentiments négatifs. Dans d'autres cas, ce sont les phénomènes eux-mêmes qui sont négatifs. Par exemple, le tunnel lumineux peut être un tunnel sombre (par ex., Irwin & Bramwell, 2016), et une personne malveillante peut remplacer un être bienveillant (par ex. Greyson, 1992). Selon ce dernier auteur, trois phénomènes seraient à l'œuvre dans les EMI négatives. Tout d'abord, certaines expériences comme la sortie hors du corps peuvent parfois générer de la peur. De même, l'expérience du tunnel peut être vécue comme menaçante plutôt que bienveillante. Greyson (1992) décrit également la sensation paradoxale qui peut émerger entre d'un côté la peur de ne plus exister physiquement et, d'un autre côté, la « peur de l'éternité ». Enfin, le troisième phénomène fait référence à l'apparition de symboles démoniaques culturellement ancrés.

2. CULTURE ET EMI

L'expérience de mort imminente a été rapportée à travers tous les continents mais également à travers les différentes périodes de l'histoire humaine. Certains récits évoquant des phénomènes aux caractéristiques similaires à celles de l'EMI remontent jusqu'à l'Antiquité (Brain, 1999). De nos jours, la littérature dans le domaine est en proie à un débat concernant l'influence de la culture sur l'expérience de mort imminente. L'EMI est-elle un phénomène universel se manifestant à l'identique à travers les différentes cultures ou, au contraire, varie-t-elle selon le contexte culturel ? Deux approches s'opposent. En lien avec une approche universaliste, voire relativiste, de l'expérience de mort imminente, certains chercheurs soutiennent l'hypothèse d'un conditionnement culturel estimant que cette expérience serait influencée par les croyances véhiculées par la culture (Augustine, 2007). D'autres chercheurs, dans une approche absolutiste, défendent l'hypothèse d'invariance soutenant que l'EMI est un phénomène similaire à travers toutes les cultures (Greyson, 2007). Sur la base d'études menées au sein de différentes cultures, nous avons tenté de comparer le contenu des expériences vécues à travers le monde afin de dresser un bilan sur l'influence de la culture dans l'expérience de mort imminente.

2.1. L'EMI varie selon les cultures

Plusieurs études ont mis en évidence des différences plus ou moins importantes entre les récits d'EMI issus des pays occidentaux et ceux issus

d'autres cultures. L'exemple le plus repris dans la littérature est celui de l'Inde (Groth-Marnat, 1994; Pasricha, 2008; Pasricha & Stevenson, 1986). Il apparaît que certains éléments présents dans les récits occidentaux tels que la vision de tunnels (31% des expériences de mort imminente selon van Lommel *et al.* (2001) ou la revue de la vie (13%)) sont très peu présents, voire absents, des récits indiens. L'étude de Blackmore (1993) est, par exemple, la seule à rapporter des témoignages indiens comprenant la vision de tunnels lors d'expériences de mort imminente. Par ailleurs, certains éléments absents des récits occidentaux se révèlent être des caractéristiques centrales dans d'autres cultures, comme la culture indienne. On peut citer le phénomène d'erreur d'identité au cours duquel la personne est renvoyée à la vie car elle n'est pas celle attendue par Yama, le dieu de la mort dans les religions hindoue et bouddhiste. Ce phénomène, très fréquent en Inde, se retrouve également dans des récits recueillis en Thaïlande par Murphy (2001) qui conclut à l'existence de différences entre les récits thaïlandais et occidentaux. Il apparaît, au-delà des figures religieuses, que les Thaïlandais rapportent plus d'affects négatifs que les Occidentaux, souvent en lien avec une peur de l'enfer (Murphy, 2001). De même, une étude menée en Allemagne met en évidence des différences entre l'Est et l'Ouest du pays quant aux émotions ressenties durant l'EMI (Knoblauch, Schmied, & Schnettler, 2001). Les individus ont tendance à rapporter significativement plus d'émotions négatives en Allemagne de l'Est (60%) qu'en Allemagne de l'Ouest (29%)².

L'influence de la culture se retrouve également dans la perception de la lumière. En effet, tandis qu'en occident la lumière est souvent liée à une personnalité (par ex. Dieu) ou associée à un sentiment d'amour, dans certains pays comme au Japon, la lumière n'est ni personnifiée, ni associée à des émotions (Ohkado & Greyson, 2014). En Allemagne, la présence d'une lumière apparaît comme tendanciellement plus fréquente dans les récits de personnes vivant à l'Ouest (50%) plutôt qu'à l'Est (30%) du pays³ (Knoblauch *et al.*, 2001). Des récits recueillis en Chine (Zhi-ying & Jian-xun, 1992), à Hawaï (Kellehear, 2001), au Chili (Gomez-Jeria, 1993) et au Tibet (Carr, 1993) présentent également des différences avec les récits occidentaux et appuient ainsi l'hypothèse selon laquelle les croyances issues de la culture locale influencent l'EMI. Selon Augustine (2007), les expériences de mort imminente seraient influencées par les attentes des individus concernant la mort et la vie après la mort, celles-ci étant le plus souvent fortement liées à la culture et notamment à la religion.

² $\chi^2 (1, N = 82) = 7,88, p < 0,01$.

³ $\chi^2 (1, N = 82) = 3,37, p < 0,07$.

2.2. L'EMI est similaire à travers les cultures

Certains auteurs considèrent que les différences observées entre les cultures sont superficielles et reflètent des différences dans l'interprétation d'un même phénomène. Des recherches menées notamment en Iran (Fracasso, Aleyasin, Friedman & Young 2010) et en Israël (Abramovitch, 1988) concluent ainsi à la similarité des récits à travers les cultures. Dans le cadre d'une étude, Athappilly, Greyson, et Stevenson (2006) ont comparé les EMI ayant eu lieu avant et après la sortie du livre de Moody (1975), un ouvrage ayant largement popularisé ce phénomène auprès du grand public. L'objectif était de déterminer si ce livre avait pu exercer une influence sur le contenu des expériences vécues par la suite. Il apparaît que la sortie de ce livre n'a pas eu de conséquences importantes sur la fréquence d'apparition des différents éléments de l'EMI, à l'exception toutefois de la vision d'un tunnel. Par ailleurs, selon Greyson (2000), des enfants trop jeunes pour avoir subi un conditionnement culturel et religieux concernant la mort rapportent des expériences de mort imminente similaires à celles des adultes. On retrouve en effet dans les récits d'enfants des éléments centraux de l'expérience de mort imminente comme la rencontre de personnes décédées, la vision d'un tunnel et d'une lumière, ou encore les expériences extracorporelles (Morse, Castillo, Venecia, Milstein, & Tyler, 1986; Serdahely, 1990). Néanmoins, la grande majorité des récits d'enfants proviennent de pays occidentaux et des études ont mis en évidence une influence précoce de la culture chez de jeunes enfants, qui sont par exemple capables de percevoir l'aspect normatif d'une situation dès l'âge de 3 ans (Schmidt, Rakoczy, & Tomasello, 2011). Enfin, certains auteurs évoquent des cas de dissonance culturelle, c'est-à-dire des situations où l'expérience de mort imminente vécue par un individu n'est pas consistante avec les attentes générées par sa culture (Abramovitch, 1988). Ces cas, cités pour appuyer l'hypothèse d'invariance culturelle, semblent néanmoins rares (Augustine, 2000).

2.3. Bilan sur l'effet de la culture

Les différents éléments présents dans la littérature nous amènent à formuler une conclusion similaire à celle de Belanti, Perera et Jagashessan (2008) qui concluent à l'existence de différences mais également de similarités dans les récits d'EMI recueillis à travers les différentes cultures. Il semble que la culture exerce, dans une certaine mesure, une influence sur l'expérience vécue par les individus, probablement par le biais des attentes qu'elle génère concernant la mort et la vie après la mort (Augustine, 2000). On

notera cependant le manque de données interculturelles fiables concernant l'expérience de mort imminente. La majorité des publications se révèle être des études de cas basées sur des récits dont les méthodes de recueil et d'analyse varient grandement. De plus, bien que certaines études se soient intéressées à d'autres cultures, une grande partie d'entre elles ont été menées dans les pays occidentaux (Sleutjes, Moreira-Almeida, & Greyson, 2014). De nouvelles études basées sur la méthodologie de la psychologie interculturelle comparative sont donc nécessaires.

3. LES PRINCIPALES EXPLICATIONS ACTUELLES

3.1. Les corrélats physiologiques, neurophysiologiques et psychiatriques de l'EMI

Il existe un certain nombre d'hypothèses concernant les mécanismes neurophysiologiques et neuropsychologiques potentiellement impliqués dans l'EMI.

Pour Blanke *et al.* (2004), les EMI seraient des « hallucinations synesthésiques ». Plusieurs expériences sur les membres fantômes et les anomalies de la perception des mouvements, qui se rapprochent des anomalies synesthésiques vécues lors d'EMI (c'est-à-dire sensation de flottement, non-perception du corps...), révèlent que ce type de vécu est fortement relié à l'activité cérébrale de la jonction temporo-pariétale. Des données expérimentales indiquent que cette zone est anormalement active chez les patients cérébrolésés ou épileptiques décrivant des OBE. Elle est impliquée dans la conscience des mouvements et la localisation des membres. Elle est responsable de l'intégration des sensations vestibulaires issues de structures plus profondes. Ainsi, une anomalie de l'activité de cette zone d'intégration multi-sensorielle (proprioceptive, tactile et visuelle en rapport avec son propre corps) pourrait induire une désintégration entre l'espace personnel (vestibulaire) et extra-personnel (visuel) et générer une illusion de décoration.

D'autres zones cérébrales telles que le cortex orbito-frontal, le colliculus et le cervelet pourraient également jouer un rôle. Blanke *et al.* (2004) supposent notamment une anomalie de la connectivité entre ces différentes zones et la jonction temporo-pariétale chez les sujets bien portants qui décrivent des OBE. Un sujet déclarant vivre des OBE en situation de laboratoire, examiné au moyen d'une IRM, présentait une hyper

activation de ces zones lorsqu'il rapportait avoir vécu une OBE pendant la séance d'imagerie (Smith & Messié, 2014). D'autres travaux, basés sur la stimulation électromagnétique, indiquent que la stimulation de la jonction temporo-pariétale permet d'induire chez les sujets des distorsions de la perception du corps, qui ne sont toutefois pas totalement identiques à celles décrites par les sujets ayant vécu une OBE (Ehrsson, 2007). Selon cette approche synesthésique, l'OBE serait donc le résultat d'une anomalie de l'intégration multi-sensorielle normalement assurée au niveau de la jonction temporo-pariétale dans le cortex cérébral. Cette hypothèse permet en partie de rendre compte du fait que l'expérience rapportée par les sujets ayant vécu une OBE implique plusieurs modalités sensorielles.

Outre le rôle des structures cérébrales, plusieurs hypothèses physiologiques ont été avancées pour tenter d'expliquer le phénomène d'EMI. En effet, lors d'un arrêt cardiaque, la physiologie cérébrale est modifiée. La circulation sanguine cérébrale est réduite à son minimum et le cerveau est en état d'anoxie. Lors d'une anoxie, la réduction de l'oxygène entraîne un excès de dioxyde de carbone (CO₂). Klemenc-Ketis, Kersnik et Grmec (2010) ont observé un taux de CO₂ dans le sang plus élevé chez les personnes ayant vécu une EMI. L'excès de CO₂ pourrait altérer l'équilibre acide-base du cerveau et provoquer des hallucinations comme la vision d'un tunnel et d'une lumière ou encore provoquer des sensations de flottement (Whinnery, 1997). De son côté, Jansen (1997) propose que les EMI puissent être expliquées par la libération dans le cerveau de peptides endogènes (c'est-à-dire alpha et bêta endopsychosines), dont les effets seraient similaires à ceux de la kétamine. Cette substance, très proche de la phéncyclidine (PCP), est utilisée pour ses propriétés stupéfiantes. Les récits de personnes ayant consommé cette substance s'apparentent à ceux de personnes ayant vécu une EMI (Stafford, 1992). La kétamine agit en se fixant sur les récepteurs de type NMDA (N Methyl D Aspartate), particulièrement sur ceux situés au niveau du néocortex, du thalamus et de l'hippocampe. Cette substance est normalement sécrétée pour protéger le cerveau en état d'anoxie. Elle empêche le glutamate, alors produit en trop grande quantité de se fixer sur les récepteurs NMDA et produit une sensation de bien-être. Jansen (1997) propose que ces peptides endogènes, naturellement sécrétés pour protéger le cerveau, sont impliqués dans les perceptions liées à l'EMI, du fait de leurs propriétés psychoactives. Il faut noter que d'autres substances psychoactives telles que les opiacés sont également susceptibles de produire des sensations de flottement. Comme la kétamine, ces drogues produisent une réduction des sensations corporelles qui pourrait favoriser cette impression de détachement du corps physique et de flottement.

D'autres chercheurs avancent l'hypothèse que les EMI seraient la conséquence d'états neurophysiologiques proches du sommeil comme les hallucinations de type hypnagogique, notamment en lien avec les phénomènes de *Rapid Eye Movement* (REM; Nelson, Mattingly, & Schmitt, 2006). Un phénomène de REM peut survenir dans un état d'éveil comme dans un état de conscience modifiée ou de sommeil. Ces mouvements oculaires rapides surviennent généralement durant le sommeil paradoxal et seraient impliqués dans la génération des images de certains rêves (Jouvet, 1992). Ainsi, on rencontre de manière assez fréquente ce phénomène chez les patients souffrant de narcolepsie. Nelson *et al.* (2006) ont testé l'hypothèse selon laquelle le phénomène de REM jouerait un rôle dans l'apparition des EMI. Les chercheurs ont évalué la prédisposition de l'apparition des REM au cours de la vie afin d'en mesurer la prévalence. Un échantillon de 55 personnes ayant vécu une EMI a été comparé à un groupe contrôle. Leurs résultats montrent davantage de REM chez les patients ayant vécu une EMI. Selon ces mêmes auteurs, la suppression de l'activation du locus coeruleus, région sous corticale du tronc cérébral impliquée notamment dans le processus d'alternance veille-sommeil, pourrait favoriser l'apparition des REM et des EMI.

En ce qui concerne les éléments neuropsychologiques, il faut prendre en considération le fait que les récits d'EMI sont faits *a posteriori*, et qu'il s'agit donc de souvenirs et non d'expériences sensorielles en cours. Par ailleurs, le contexte de survenue de ces expériences est souvent anxiogène, voire traumatisant. Plusieurs études sur la mémoire des événements traumatiques ont montré que, dans un tel contexte, ce sont seulement les aspects perceptifs et sensoriels des souvenirs qui sont rappelés. Les sujets sont le plus souvent incapables de produire un récit cohérent des faits (pour une revue voir Crespo & Fernandez-Lanzac, 2016). Selon Ehlers et Clark (2000), une incapacité à encoder les souvenirs pourrait faciliter l'émergence involontaire de contenus mnésiques sensoriels et émotionnels. Ainsi l'incapacité du cortex hypoactif à encoder des informations durant un arrêt cardiaque, associé à un stress intense avant l'événement, pourrait favoriser l'apparition de contenus mnésiques sensoriels au moment du réveil semblables à ceux observés lors d'un syndrome de stress post-traumatique. Toutefois, notons que dans le cas des EMI, les contenus mnésiques et émotionnels rapportés sont la plupart du temps fortement positifs et que les patients ne sont pas en état de stress post-traumatique.

Enfin, d'un point de vue psychiatrique, le pattern de symptômes dissociatifs rapporté par les participants ayant vécu une EMI est consistant avec une réponse dissociative non pathologique au stress, et non avec une pathologie psychiatrique (Greyson, 2000). Le processus de dissociation

(ou désagrégation psychologique) se définit par le fait que l'identité d'une personne se détache de ses sensations physiques. Ce processus se caractérise par une séparation des pensées, des sentiments ou des expériences avec le cours normal de la conscience et de la mémoire. En effet, les personnes ayant frôlé la mort sans EMI ont un score à la DES (*Dissociative Experiences Scale* ; Bernstein & Putnam, 1986) plus faible que les personnes ayant vécu une EMI, les personnes dissociatives ayant le score le plus élevé à cette même échelle. De plus, il est important de noter qu'il n'existe pas de critères déterminés et validés permettant de définir l'EMI, comme il n'existe pas non plus de critères diagnostiques permettant de l'évaluer (Bonta, 2004). Le profil obtenu à la DES par des personnes ayant vécu une EMI suggère une réponse au stress non spécifique.

En somme, il existe aujourd'hui des arguments en faveur de l'existence de modifications neurophysiologiques lors d'une EMI ou d'une expérience extracorporelle. Toutefois, à l'heure actuelle, ces hypothèses ne permettent pas de rendre compte de la totalité du phénomène.

3.2. *In-brain* ou *Out-of-brain* ? Les deux perspectives qui dominent le débat concernant l'interprétation de l'EMI

Malgré les avancées de la recherche dans ce domaine, le débat théorique concernant l'EMI demeure ouvert et il semble difficile de dresser des conclusions fermes concernant les origines de ce phénomène. Pour certains chercheurs, les causes de l'EMI sont à chercher aux niveaux biologique et psychologique. Cette approche est qualifiée d'*in-brain* en référence au cerveau qui serait à l'origine de ce phénomène. Nous avons vu certaines explications dérivées de cette approche dans la partie précédente. Toutefois, une autre approche théorique, qualifiée d'*out-of-brain*, propose que l'esprit est distinct du cerveau et qu'il survit après la mort du corps physique. Cette perspective postule que le cerveau serait une sorte de récepteur où des manifestations neurophysiologiques seraient observables, sans pour autant jouer un rôle causal dans l'émergence des phénomènes associés. Ces deux approches dominent actuellement le débat concernant l'interprétation de l'EMI (pour une revue exhaustive, voir Agrillo, 2011). Plusieurs éléments de l'EMI demeurent mal compris ou inexpliqués et chacune des approches théoriques avance ses arguments. Par exemple, selon l'approche *in-brain*, les visions durant l'EMI sont des hallucinations qui reflètent les souhaits des individus avant leur mort (par ex. Mobbs & Watt, 2011). La perspective alternative objecte généralement que ces perceptions ne sont pas nécessairement reliées aux souhaits des individus

et que les personnes rencontrées durant l'EMI ne sont pas toujours des personnes connues ou des personnes dont le décès était connu (par ex. Greyson, Holden, & van Lommel, 2012). De plus, certaines données indiquent que des personnes aveugles de naissance, et ayant eu une EMI, rapportent des perceptions visuelles détaillées (voir par exemple Ring & Cooper, 1997). Une autre illustration concerne l'interprétation de l'absence de signal de l'EEG (c'est-à-dire électro-encéphalogramme) durant l'EMI. Bien que cette donnée soit couramment mentionnée, nous n'avons pas trouvé à ce jour d'étude démontrant clairement que l'EMI était reliée à un EEG plat. Il semble donc raisonnable de penser qu'elle puisse avoir lieu avant ou après l'absence de signal électro-encéphalographique. Selon la perspective de l'« out-of-brain », il est difficile de rendre compte de la richesse de l'EMI, comme la clarté mentale et mémorielle, avec un cerveau mourant dont le signal EEG est plat ou quasi. Par exemple, une étude publiée par l'équipe de Sam Parnia (2014), issue du projet AWARE et reposant sur une méthodologie rigoureuse, révèle un fait troublant. Parmi les survivants d'un arrêt cardiaque ayant vécu une EMI, il a été mis en évidence chez un individu une période de conscience vérifiable (c'est-à-dire vérification et confirmation des faits rapportés par le patient) durant un laps de temps où cette personne était en état d'arrêt cardiaque avec réanimation cardio-pulmonaire. Les défenseurs de l'approche *in-brain* objectent généralement que dans ce type de situation, les structures profondes du cerveau ne sont probablement pas endommagées et qu'elles continuent de fonctionner (Agrillo, 2011). Ces confrontations théoriques ont l'avantage de stimuler la recherche dans ce domaine. Néanmoins, malgré les progrès réalisés ces dernières décennies, l'EMI demeure un phénomène difficile à expliquer. Son impact sur les personnes qui en font l'expérience apparaît toutefois non négligeable. Comme nous allons le voir maintenant, l'EMI s'accompagne de changements et de perturbations qui soulèvent la question de la prise en charge.

4. LES CHANGEMENTS DE VIE ET LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AYANT VÉCU UNE EMI

Les phénomènes appelés « expériences exceptionnelles », dans lesquelles l'EMI est incluse avec 9 autres catégories (voir Rabeyron, Chouvier & Le Maléfan, 2010), font l'objet d'investigations depuis environ un siècle (Rabeyron & Loose, 2015). Différentes perspectives sont adoptées pour

expliquer ces phénomènes. Pour Metzinger (2003, cité par Rabeyron & Loose, 2015), les expériences exceptionnelles sont « à l'écart par rapport à ce que l'on pourrait appeler des expériences ordinaires, c'est-à-dire des expériences conformes aux modèles de réalité typiques que les individus développent pour faire face à leur environnement socioculturel » (p. 16). Cependant, ces expériences peuvent être assimilées à des manifestations qui relèvent de la psychopathologie (Evrard, 2013). À ce propos, Turner, Lukoff et Barnhouse (1995) proposent que l'EMI est une expérience qui n'est pas imputable à des problèmes psychiatriques mais qui, en revanche, précipite les difficultés sociales et psychologiques préexistantes telles que de la colère et/ou l'isolement. Donc, malgré l'absence d'un consensus sur l'explication et la manifestation de ces phénomènes, la symptomatologie clinique post-EMI soulève l'importance de réfléchir à des prises en charge qui aideraient la personne à traverser ce type d'expérience dite « exceptionnelle » pouvant impliquer de la souffrance psychologique et de profonds changements. La psychologie anomalistique (French & Stone, 2013; Cardena, Lynn, & Krippner, 2014) est une approche qui permet de proposer des explications à l'EMI, mais aussi de comprendre le vécu et les changements de vie des personnes ayant expérimenté ce type d'expérience. Elle inclut la possibilité de la mise en place d'une prise en charge. Le fait de permettre à la personne d'avoir conscience qu'elle a vécu quelque chose d'exceptionnel sans qu'il n'y ait rien de paranormal dans cette expérience serait une amorce de prise en charge clinique pertinente (Le Malefan, 2000, cité par Rabeyron & Loose, 2015; Evrard, 2014). Le vécu d'une EMI n'est pas sans conséquence sur les attitudes, les croyances, et les valeurs de la personne; elle provoque aussi bien des changements positifs (par ex. Van Lommel *et al.*, 2001) que négatifs (par ex. Greyson, 1997). Bien que chaque individu ayant connu une EMI l'ait vécu de manière unique en termes de ressentis et de vécu, les changements rapportés par ces personnes sont globalement répertoriés en trois grands axes : les changements de vie spirituelle, les changements sociaux, où les rapports avec autrui sont modifiés, ainsi que de profonds changements d'attitudes. Concernant les changements de vie positifs, Van Lommel *et al.* (2001) constatent que les patients victimes d'un arrêt cardiaque montrent en grande majorité des changements « positifs » dans leur vie, changements qui persistent sur le long terme, jusqu'à huit années après l'EMI. Ces transformations ont été évaluées à l'aide d'une échelle qui fait l'inventaire des changements de vie (Greyson, 1983). Cette échelle est constituée de 34 items, dont 13 révèlent des différences significatives entre les personnes qui ont vécu une EMI et celles qui n'ont pas vécu ce type d'expérience. À un niveau plus spécifique, plusieurs auteurs recensent une augmentation de l'intérêt spirituel, de la

croissance en Dieu, de la fréquence des prières, et de la croyance en la vie après la mort (Sutherland, 1990; Schwaninger, Einsenberg, Schechtman, & Weiss, 2002; Greyson, 2006; Greyson & Khanna, 2014). Les personnes rapportent également une conscience plus élevée, une appréciation de la solitude avec plus de pratiques méditatives, la compréhension d'un sens et d'un but à leur vie, et ils apprécient davantage les choses qu'ils qualifient d'« ordinaires » dans leur quotidien. Les personnes ayant vécu une EMI ont aussi moins peur de la mort, se sentent moins vulnérables et croient fortement en une vie post-mortem (Bauer, 1985; Grey, 1985; Noyes, 1980).

En ce qui concerne les changements sociaux, van Lommel *et al.* (2001) constatent une augmentation de l'empathie envers son prochain, davantage d'intérêt pour autrui, une expression d'amour qui s'avère être facilitée, ainsi que plus de comportements d'écoute (voir aussi Schwaninger *et al.*, 2002). Les individus indiquent également avoir plus d'intuition dans la compréhension des autres, ce qui faciliterait leur compréhension d'autrui et ultimement les rendrait plus philanthropes. Enfin, les individus mentionnent s'impliquer davantage dans leur vie de famille. En lien avec cela, les personnes ayant fait une EMI apprécient de façon plus marquée l'investissement au sein de la société. Les études révèlent une attitude plus favorable envers la politique et plus d'intérêt pour la justice sociale. Cela démontrerait chez la personne une intention de vouloir s'intégrer au sein des événements sociaux importants (Schwaninger *et al.*, 2002). En contrepartie, il est à noter le développement d'un attrait moins important pour ce qui est matériel et une baisse d'intérêt pour les rapports sociaux pouvant susciter des tensions interpersonnelles, comme la compétition par exemple (Sabom, 1982, cité par Sutherland, 1990).

De façon générale, il semblerait que l'EMI engendre un changement positif dans les croyances, les attitudes et les valeurs de l'individu de façon profonde et durable (Greyson, 1997, 2007). Dans cette perspective, Khanna & Greyson (2015) ont mené une étude qui a montré que l'EMI était associée de façon positive à la croissance post-traumatique, concept qui se définit par des changements positifs de croyance, d'attitude, etc. après une expérience stressante voire traumatisante (Tedeschi & Calhoun, 2004). Toutefois, ces changements s'accompagnent également de perturbations qui peuvent déstabiliser l'individu et ses proches et qui met en exergue la pertinence d'une prise en charge clinique. En effet, les personnes ayant vécu une EMI passeraient par différentes phases ou stades qui ont été identifiés par Morris et Knafl (2003). Selon le modèle développé par ces auteurs, le caractère « incroyable » de l'EMI pousserait les personnes à rechercher un sens, une signification à ce qu'ils ont vécu. Ce stade serait caractérisé par de la frustration, de la confusion, de la dépression et un questionnement

sur la santé mentale (c'est-à-dire « suis-je fou ? »). Ce vécu désagréable amènerait la personne à trouver une solution réalisée en conscience. Cette quête de solution passerait par le désir de trouver un but dans la vie via deux voies : la première est plutôt spirituelle (relation proche avec des êtres supérieurs, intuition, perception extrasensorielle, croyance en la vie après la mort, absence de peur de la mort) et la seconde plutôt centrée sur les buts de vie (« la seconde chance », but de vie, changement de priorités, amélioration des relations).

Greyson et Harris (1987; voir aussi Greyson, 1997) mettent également en exergue le fait que l'expérience de mort imminente peut être mal vécue. Si pour certains, il s'agit d'une expérience positive amenant à un changement de vie qui s'avère bénéfique, pour d'autres cette expérience peut être négative et avoir des conséquences délétères psychologiquement et socialement. Les raisons de ce vécu négatif peuvent être multiples. Par exemple, le patient peut ne pas trouver lui-même de solution pour expliquer et donner de la signification à ce qu'il a vécu, ce qui maintient la frustration, l'anxiété, la peur d'être fou/folle et la peur du rejet ou du ridicule. Ensuite, lorsque des changements de vie sont engagés, la famille et les proches peuvent avoir du mal à les comprendre et à s'y adapter (Insing, 1981). Cette incompréhension peut être alimentée par les connaissances, ou *a contrario* l'absence de connaissances, qu'ont les proches vis-à-vis de l'EMI. Ce décalage social et psychologique engendre parfois chez les individus de nouveaux doutes sur leur santé mentale, de la dépression, un sentiment de rejet, de l'incompréhension et de l'isolement. Bush (1991) a mis en évidence que l'EMI pouvait entraîner une dépression à long terme et une rupture familiale comme par exemple un divorce (Flynn, 1986, cité par Greyson 1997), un sentiment d'aliénation, une rupture avec le monde professionnel et même avec la réalité. Ce constat fait écho aux études établissant un lien entre la dissociation mentale et l'EMI (Greyson, 2000; Irwin, 1993). Les personnes qui ont fait une EMI présentent des niveaux de dissociation mentale plus importants que ceux qui n'en ont pas fait. La dépersonnalisation, le trouble du stress post-traumatique ont également été relevés dans la littérature (Greyson, 1997, 2001). Des études ont également mis en avant que l'expérience d'avoir été proche de la mort, entraînant pour certains une absence de peur de mourir, pouvait amener à une attitude d'idéalisation du suicide sans pour autant favoriser le passage à l'acte (Van Del, 1977; Greyson, 1981).

Les symptômes de ces patients peuvent être considérés comme suffisamment alarmants, et apparentés à des troubles psychologiques reconnus par les classifications, pour être pris en considération par l'équipe soignante et la famille. Il est d'autant plus important de prendre en compte

ces symptômes que la personne présente au préalable une fragilité au niveau psychologique ou une pathologie psychiatrique (Clark, 1984). Morris et Knalf (2003) insistent sur le fait que les patients ressentent un bénéfice psychologique à parler de cette expérience à quelqu'un qui ne les juge pas, qui les croit et qui ne minimise pas leur expérience. La première étape de soin qui paraît essentielle d'après les témoignages des patients est donc l'écoute empathique, dénuée de jugement par les soignants et la famille.

La faible fréquence des personnes ayant vécu une EMI ne semble pas avoir donné lieu à des recommandations officielles. Toutefois, plusieurs auteurs, comme Greyson (1997), ont un avis consensuel concernant la prise en charge de ces personnes. Si des traitements médicamenteux ne sont pas considérés comme nécessaires (Wilber, 1984), on peut recenser plusieurs propositions d'accompagnement qui visent à : (a) permettre à la personne de verbaliser son vécu (émotions, pensées) via par exemple des moyens non verbaux ou encore l'hypnose, (b) informer le patient, mais également les soignants et les familles sur l'EMI et ses caractéristiques (Morris & Knalf, 2003), (c) proposer une thérapie de couple/familiale pour rétablir un lien entre le patient et sa famille ou le conjoint, (d) proposer une thérapie de groupe afin de partager son expérience et de la « normaliser » (Clark, 1984; Greyson & Harris, 1987), et (e) favoriser la pratique de la méditation pour gérer les conséquences spirituelles de l'EMI (Wilber, 1984). Comme le souligne Griffith (2009), les psychiatres sont amenés à faire face à ce type de vécu particulier. Les réactions psychologiques de ces personnes étant réelles, les psychiatres peuvent être d'une grande aide pour amorcer l'idée d'une psychothérapie qui permettrait au patient d'améliorer son bien-être et de mieux fonctionner au quotidien pour une réhabilitation psychosociale optimale (Duffy & Olson, 2007). Selon Greyson (1997), les nouvelles classifications des troubles mentaux à l'instar du DSM-IV (voir également Evrard & Le Maléfan, 2010), qui contient une classification réservée aux problèmes spirituels et religieux, peuvent permettre d'établir un diagnostic différentiel et ainsi éviter la confusion entre les symptômes qui font suite à une EMI et des symptômes relatifs à des troubles mentaux. Même si une co-occurrence est possible et la distinction parfois difficile, pour Greyson (1997), les deux diffèrent dans leur phénoménologie. Ainsi, un focus clinique pourrait être réalisé sur les séquences psychologiques de l'EMI et des stratégies psychothérapeutiques pourraient être mises en place.

Les progrès scientifiques concernant la réanimation ont vu parallèlement le nombre d'EMI augmenter. Le public est de plus en plus exposé par les médias à la connaissance de ce type d'expérience. Fracasso, Friedman et Young (2010) ont fait un état des lieux de la problématique de la

prise en charge de l'EMI par les psychologues. Les résultats montrent qu'au cours des vingt dernières années, les croyances, les attitudes et les connaissances des professionnels n'ont pas évolué de manière significative alors même qu'une prise en charge à la lumière des progrès en matière de soin psychologique pourrait permettre au patient de mieux traverser cette épreuve.

Concernant les soins palliatifs, le phénomène de « divulgation sur le lit de mort » ou en anglais *disclosure of deathbed phenomena* peut-être mis en parallèle avec l'expérience de mort imminente. Elles partagent des caractéristiques communes et mettent en avant l'intérêt de rapprocher les deux phénomènes pour un meilleur accompagnement psychologique des personnes en fin de vie (voir par exemple, Devery, Rawlings, Tieman, & Damarell, 2015).

4. CONCLUSION

La recherche scientifique sur l'EMI est finalement assez récente et il ne fait nul doute que ce phénomène n'a pas encore livré tous ses mystères. Plusieurs caractéristiques de l'EMI semblent récurrentes. Toutefois une variabilité importante dans la fréquence avec laquelle les caractéristiques opèrent est à noter et invite à la prudence. En effet, si l'EMI est souvent considérée comme un phénomène relativement unitaire, il est possible qu'elle cache plusieurs phénomènes liés. Par exemple, nous nous sommes posés la question de la factorisation des différentes caractéristiques de l'EMI. Il est possible que certaines caractéristiques co-varient et sous-tendent des phénomènes liés, mais spécifiques. Une étude préliminaire de Greyson (1985) est compatible avec cette hypothèse. Toutefois, l'effectif restreint de cette étude rend difficile sa généralisation. La recherche future dans ce domaine devrait permettre d'apporter une réponse claire et éventuellement de dresser une typologie générale des EMI. Si les investigations scientifiques permettent d'entrevoir des débuts d'explications, il est encore trop tôt pour statuer sur ce phénomène. Les implications philosophiques de l'EMI sont loin d'être négligeables et c'est peut-être l'une des raisons pour lesquelles son étude est délicate et sujette à controverse. Comme le faisait remarquer Blackmore (1996), le débat a parfois tendance à se cristalliser autour de croyances personnelles. Les conséquences psychologiques de l'EMI pour les personnes qui en ont fait l'expérience sont importantes. Il apparaît clairement qu'elle favorise des changements et des perturbations auxquelles les équipes soignantes doivent

savoir répondre. Des études dans ce domaine, portant par exemple sur l'évaluation des prises en charge, seraient sans doute profitables.

Reçu le 5 juillet 2016.

Révision acceptée le 24 mars 2017.

BIBLIOGRAPHIE

- Abramovitch, H. (1988). An Israeli account of a near-death experience : A case study of cultural dissonance. *Journal of Near-Death Studies*, 6, 175-184.
- Agrillo, C. (2011). Near-death experience : Out-of body or out-of brain ? *Review of General Psychology*, 1, 1-10.
- Alvarado, C. S. (1992). The psychological approach to out-of-body experiences : A review of early and modern developments. *The Journal of Psychology*, 126, 237-250.
- Athappilly, G., Greyson, B., & Stevenson, I. (2006). Do prevailing societal models influence reports of near-death experiences ? A comparison of accounts reported before and after 1975. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 218-222.
- Augustine, K. (2007). Psychophysiological and cultural correlates undermining a survivalist interpretation of near-death experiences defended. *Journal of Near-Death Studies*, 26, 163-175.
- Bain, B. A. (1999). Near Death Experiences and Gnostic Christianity : Parallels in Antiquity. *Journal of Near-Death Studies*, 17, 205-209.
- Belanti, J., Perera, M., & Jagadheesan, K. (2008). Phenomenology of near-death experiences : A cross-cultural perspective. *Transcultural Psychiatry*, 45, 121-133.
- Bauer, M. (1985). Near-death experiences and attitude change. *Journal of Near-death Studies*, 5, 39-45.
- Bernstein, E. M. & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-35.
- Betty, L. S. (2006). Are they hallucinations or are they real ? The spirituality of deathbed and near-death visions. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 53, 37-49.
- Blackmore, S. (1993). Near-death experiences in India : They have tunnels too. *Journal of Near-Death Studies*, 11, 205-217.
- Blackmore, S. J. (1996). Near-death experiences. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 89, 73-76.
- Blanke, O., & Arzy, S. (2005). The out-of-body experience : disturbed self-processing at the temporo-parietal junction. *The Neuroscientist*, 11, 16-24.
- Blanke, O., Landis, T., Spinelli, L., & Seeck, M. (2004). Out-of-body experience and autoscopia of neurological origin. *Brain*, 127, 243-258.
- Blanke, O., & Mohr, C. (2005). Out-of-body experience, heautoscopy, and autoscopic hallucination of neurological origin : Implications for neurocognitive mechanisms of corporeal awareness and self-consciousness. *Brain Research Reviews*, 50, 184-199.
- Bonta, I. L. (2004). Schizophrenia, dissociative anaesthesia and near-death experience : Three events meeting at the NMDA receptor. *Medical hypotheses*, 62, 23-28.

- Bush, N. E. (1991). Is ten years a life review? *Journal of Near-Death Studies*, 10, 5-9.
- Cant, R., Cooper, S., Chung, C., & O'Connor, M., (2012). The divided self : Near death experiences of resuscitated patients—A review of literature. *International Emergency Nursing*, 20, 88-91.
- Cardena, E. E., Lynn, S. J. E., & Krippner, S. E. (2014). *Varieties of Anomalous Experience : Examining the Scientific Evidence*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Carr, C. (1993). Death and near-death : A comparison of Tibetan and Euro- American experiences. *Journal of Transpersonal Psychology*, 25, 59-110.
- Charland-Verville, V., Jourdan, J. P., Thonnard, M., Ledoux, D., Donneau, A. E., Quertermont, E., & Laureys, S. (2014). Near-death experiences in non-life-threatening events and coma of different etiologies. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8. DOI: 10.3389/fnhum.2014.00203
- Clark, K. (1984). *Clinical interventions with near-death experiencers*. In: Greyson, B.; Flynn, C.P. (eds.). *The near-death experience: problems, prospects, perspectives*. Charles C Thomas, Springfield, pp. 242-255.
- Crespo, M., & Fernández-Lansac, V. (2016). Memory and narrative of traumatic events: A literature review. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8, 149-156.
- Devery, K., Rawlings, D., Tieman, J., & Damarell, R. (2015). Deathbed phenomena reported by patients in palliative care: clinical opportunities and responses. *International Journal of Palliative Nursing*, 21, 117-125.
- Duffy, N., & Olson, M. (2007). Supporting a patient after a near-death experience. *Nursing*, 37, 46-48.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Ehrsson, H. H. (2007). The experimental induction of out-of-body experiences. *Science*, 317, 1048-1048.
- Evrard, R., & Le Maléfan, P. (2010). Presion des nouvelles mentalités sur le DSM—le cas des problèmes religieux ou spirituels. *L'Evolution psychiatrique*, 75, 549-563.
- Evrard, R. (2013). Psychopathologie et expériences exceptionnelles : une revue de la littérature. *L'Evolution psychiatrique*, 78, 155-176.
- Evrard, R. (2014). *Folie et Paranormal ? Vers une Clinique des Expériences Exceptionnelles*. Rennes: PUR.
- Fracasso, C., Friedman, H., & Young, M. S. (2010). Brief Report: Psychologists' Knowledge of and Attitudes about Near-Death Experiences: Changes over Time and Relationship to Transpersonal Self-Concept. *Journal of Near-Death Studies*, 29, 273-281.
- French, C. C., Stone, A. (2013). *Anomalistic Psychology: Exploring Paranormal Belief and Experience*. London: Palgrave Macmillan.
- Flynn, C. P. (1986). *After the beyond: human transformation and the near-death experience*. Prentice-Hall.
- Gomez-Jeria, J. S. (1993). A near-death experience among the Mapuche people. *Journal of Near-Death Studies*, 11, 219-222.
- Greyson, B. (1981). Near-death experiences and attempted suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 11, 10-16.
- Greyson, B. (1983). The Near-Death Experience Scale: Construction, reliability, and validity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 369-375.
- Greyson, B. (1985). A typology of near-death experiences. *American Journal of Psychiatry*, 142, 967-969.
- Greyson, B., (1992). Distressing Near-Death Experiences. *Psychiatry*, 55, 95-110.
- Greyson, B. (1997). The near-death experience as a focus of clinical attention. *The*

- Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 327-334.
- Greyson, B. (2000). Dissociation in people who have near-death experiences: Out of their bodies or out of their minds? *The Lancet*, 355, 460-463.
- Greyson, B. (2001). Posttraumatic stress symptoms following near-death experiences. *American Journal Orthopsychiatry*, 71, 368-373.
- Greyson, B. (2003). Incidence and correlates of near death experiences in a cardiac care unit. *General Hospital Psychiatry*, 25, 269-276.
- Greyson, B. (2006). Near-death experiences and spirituality. *Zygon*, 41, 393-414.
- Greyson, B. (2007). Consistency of near-death experience accounts over two decades: Are reports embellished over time? *Resuscitation*, 73, 407-411.
- Greyson, B. (2010). Seeing dead people not known to have died: "Peak in Darien" experiences. *Anthropology and Humanism*, 35, 159-171.
- Greyson, B., Harris, B. (1987). Clinical approaches to the near-death experimenter. *Journal of Near-Death Studies*, 6, 41-52.
- Greyson, B., Holden, J. M., & van Lommel, P. (2012). 'There is nothing paranormal about near-death experiences' revisited: Comment on Mobbs and Watt. *Trends in Cognitive Sciences*, 16, 445.
- Greyson, B., & Khanna, S. (2014). Spiritual transformation after near-death experiences. *Spirituality in Clinical Practice*, 1, 43-55.
- Greyson, B., & Stevenson, I. (1980). The phenomenology of near-death experiences. *The American Journal of Psychiatry*, 137, 1193-1196.
- Griffith, L. J. (2009). Near-Death Experiences and Psychotherapy. *Psychiatry*, 6, 35-42.
- Groth-Marnat, G. (1994). Cross-cultural perspectives on the near-death experience. *Australian Parapsychological Review*, 19, 7-11.
- Insinger, R. M. (1981). The impact of a near-death experience on family relationships. *Journal of Near-Death Studies*, 9, 141-181.
- Irwin, H. J. (1993). The near-death experience as a dissociative phenomenon: An empirical assessment. *Journal of Near-Death Studies*, 12, 95-103.
- Irwin, H. J. & Bramwell, B., (2016). The devil in heaven: A near-death experience with both positive and negative facets. *Journal of Near-Death Studies*, 7, 38-43.
- Jansen, K. L. (1997). The ketamine model of the near-death experience: A central role for the N-methyl-D-aspartate receptor. *Journal of Near-Death Studies*, 16, 5-26.
- Jouvet, M. (1992). *Le Sommeil et le Rêve*. Paris: Odile Jacob.
- Kellehear, A. (2001). An Hawaiian near-death experience. *Journal of Near-Death Studies*, 20, 31-35.
- Kelly, E. W. (2001). Near-death experiences with reports of meeting deceased people. *Death Studies*, 25, 229-249.
- Khanna, S. & Greyson, B. (2015). Near-death experiences and posttraumatic growth. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 203, 749-755.
- Klemenc-Ketis, Z. & Kersnik, J., Grmec, S. (2010). The effect of carbon dioxide on near-death experiences in out-of-hospital cardiac arrest survivors: a prospective observational study. *Critical Care*, 14, R56. DOI: 10.1186/cc8952
- Knoblauch, H., Schmied, I., & Schnettler, B. (2001). Different kinds of near-death experience: A report on a survey of near-death experiences in Germany. *Journal of Near-Death Studies*, 20, 15-29.
- Metzinger, T. (2003). *Being No One*. Cambridge: MIT Press.
- Mobbs, D. & Watt, C. (2011). There is nothing paranormal about near-death

- experiences: how neuroscience can explain seeing bright lights, meeting the dead, or being convinced you are one of them. *Trends in Cognitive Sciences*, 15, 447-449.
- Moody, R. A. (1975). *Life After Life*. Covington (GA): Mockingbird Books.
- Morris, L. L. & Knafl, K. (2003). The nature and meaning of the near-death experience for patients and critical care nurses. *Journal of Near-Death Studies*, 21, 139-167.
- Morse, M., Castillo, P., Venecia, D., Milstein, J., & Tyler, D. C. (1986). Childhood near-death experiences. *American Journal of Diseases of Children*, 140, 1110-1114.
- Murphy, T. (2001). Near-death experiences in Thailand. *Journal of Near-Death Studies*, 19, 161-178.
- Nelson, K. R., Mattingly, M., Lee, S. A. & Schmitt, F. A. (2006). Does the arousal system contribute to Near-Death-Experience? *Neurology*, 66, 1003-1009.
- Noyes, Jr, R. (1980). Attitude change following near-death experiences. *Psychiatry*, 43, 234-242.
- Ohkado, M. & Greyson, B. (2014). A Comparative Analysis of Japanese and Western NDEs. *Journal of Near-Death Studies*, 32, 187-198.
- Parnia, S., Spearpoint, K., de Vos, G., Fenwick, P., Goldberg, D., Yang, J., ... & Wood, M. (2014). AWARE-Awareness during Resuscitation-A prospective study. *Resuscitation*, 85, 1799-1805.
- Pasricha, S. (2008). Near-Death Experiences in India: Prevalence and New Features. *Journal of Near-Death Studies*, 26, 267-282.
- Pasricha, S. & Stevenson, I. (1986). Near-death experiences in India: A preliminary report. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 165-174.
- Perera, M., Padmasekara, G., & Belanti, J. (2005). Prevalence of near-death experiences in Australia. *Journal of Near-Death Studies*, 24, 109-115.
- Rabeyron, T. & Caussié, S. (2016). Clinique des sorties hors du corps : trauma, réflexivité et symbolisation. *L'Évolution Psychiatrique*, 81, 755-775.
- Rabeyron, T. & Loose, T. (2015). Anomalous experiences, trauma, and symbolization processes at the frontiers between psychoanalysis and cognitive neurosciences. *Frontiers in Psychology*, 6, 1926. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01926>
- Rabeyron, T., Chouvier, B., & Le Maléfan, P. (2010). Clinique des expériences exceptionnelles : du trauma à la solution paranormale. *L'Évolution Psychiatrique*, 75, 633-653. [10.1016/j.evopsy.2010.09.004](https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2010.09.004)
- Ring, K. & Cooper, S. (1997). Near-death and out-of-body experiences in the blind: A study of apparent eyeless vision. *Journal of Near-Death Studies*, 16, 101-147.
- Sabom, M. B. (1982). *Recollections of death: A medical investigation*. HarperCollins Publishers.
- Schmidt, M. H., Rakoczy, H., & Tomasello, M. (2011). Young children attribute normativity to novel actions without pedagogy or normative language. *Developmental Science*, 14, 530-539.
- Schwanager, J., Eisenberg, P. R., Schechtman, K. B., & Weiss, A. N. (2002). A prospective analysis of near-death experiences in cardiac arrest patients. *Journal of Near-Death Studies*, 20, 215-232.
- Serdahely, W. J. (1990). Pediatric near-death experiences. *Journal of Near-Death Studies*, 9, 33-39.
- Sloutjes, A., Moreira-Almeida, A., & Greyson, B. (2014). Almost 40 years investigating near-death experiences: An overview of mainstream scientific journals. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 202, 833-836.
- Smith, A. M. & Messier, C. (2014). Voluntary Out-of-Body Experience: An fMRI Study. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 70. <http://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00070>

- Stafford, P. (1992). *Psychedelics encyclopedia* (third expanded ed.). Berkeley, CA: Ronin Publishing.
- Sutherland, C. (1990). Changes in religious beliefs, attitudes, and practices following near-death experiences: An Australian study. *Journal of Near-Death Studies*, 9, 21-31.
- Tassell-Matamua, N., Lindsay, N., Bennett, S., Valentine, H., & Pahina, J. (2016). Does Learning About Near-Death Experiences Promote Psycho-Spiritual Benefits in Those Who Have Not Had a Near-Death Experience ? *Journal of Spirituality in Mental Health*, 1-21. DOI : 10.1080/19349637.2016.1206844
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.
- Thonnard, M., Charland-Verville, V., Brédart, S., Dehon, H., Ledoux, D., Laureys, S., & Vanhauzenhuysse, A. (2013). Characteristics of near-death experiences memories as compared to real and imagined events memories. *PLoSOne*, 8, e57620.
- Turner, R. P., Lukoff, D., Barnhouse, R. T., & Lu, F. G. (1995). Religious or spiritual problem: A culturally sensitive diagnostic category in the DSM-IV. *Journal of Nervous and Mental Disorder*, 183, 435-444.
- Van Del, R. A. (1977). The role of death romanticization in the dynamics of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 7, 45-56.
- Van Lommel, P. (2011). Near-death experiences: the experience of the self as real and not as an illusion. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1234, 19-28.
- Van Lommel, P., van Wees, R., Meyers, V., & Elfferich, I. (2001). Near-death experience in survivors of cardiac arrest: a prospective study in the Netherlands. *The Lancet*, 358, 2039-2045.
- Van der Sluijs, M. A. (2009). Three Ancient Reports of Near-Death Experiences: Bremmer Revisited. *Journal of Near-Death Studies*, 27, 223-253.
- Wilber, K. (1984). The developmental spectrum and psychopathology: Part II, treatment modalities. *Journal of Transpersonal Psychology*, 16, 137-166.
- Zhi-ying, F. & Jian-xun, L. (1992). Near-death experiences among survivors of the 1976 Tangshan earthquake. *Journal of Near-Death Studies*, 11, 39-48.