

**UNIVERSITE SCIENTIFIQUE ET MEDICALE
DE GRENOBLE
MEDECINE ET PHARMACIE**

**Domaine de la MERCI
LA TRONCHE**

Année 1983

N° D'ordre :

~~~~~

# **Expériences de l'Imminence de la Mort**

~~~~~

THESE

*présentée à l'Université Scientifique et Médicale de Grenoble
pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT
par*

* Elisabeth SCHNETZLER épouse EYSSERIC FRANCOIS
née le 30 01 1955 à Bordeaux
&

* Frédéric SCHMITT
né le 31 03 1958 à Briançon

Cette thèse sera soutenue publiquement le 29 Novembre 1983
devant

M. le Professeur	J. BOUCHARLAT, Président du jury
MM. les Professeurs	P. MARTIN NÖEL
	R. SCHAERER
M. le Docteur	M. HOMMEL,
Mme	V. JULLIEN. PALLETIER

Au Très Vénérable KHEMPO KALOU RIMPOCHE

Notre Maître spirituel

Au Lama TEUNDROUP GYALTSEN

Au Lama TEUNSANG

En remerciement de leurs précieux enseignements

A notre président de thèse

Monsieur le Professeur J. BOUCHARLAT
Professeur de psychiatrie

Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence
de notre thèse.

Qu'il nous permette de lui exprimer nos sentiments de
gratitude pour sa compréhension et son soutien.

A Monsieur le Professeur P. MARTIN-NOEL
Professeur honoraire de cardiologie

Qui a bien voulu s'intéresser tout spécialement à notre
travail.

Nous lui exprimons nos plus sincères remerciements.

A nos parents

A nos familles

A nos amis

Au Docteur J. P. SCHNETZLER

Psychiatre des hôpitaux

qui nous a inspiré le sujet de ce travail
et nous a aidé dans sa réalisation

A Monsieur le Professeur R. SCHAEERER
Maître de conférence agrégé de cancérologie

Qui nous a transmis par son enseignement et son exemple
l'intérêt pour l'aide à apporter aux mourants.

A Monsieur le Docteur HOMMEL
Assistant chef de clinique de neurologie

en témoignage de notre reconnaissance et de notre amitié.

A Madame V. JULLIEN-PALLETIER
Psychologue et psychanalyste

dont l'aide nous a été précieuse et qui par intérêt
pour les problèmes de la mort a bien voulu accepter
de juger notre travail.

P L A N

I - INTRODUCTION	p. 11
II - DEFINITION	p. 15
III - ETUDE CLINIQUE GENERALE	p. 15
1- Historique	
2- Les hallucinations des patients en phase terminale	p. 23
2-1- Introduction	
2-1-1- Historique : enquête de W. BARRET	
2-1-2- Méthode d'enquête de K. OSIS et E. HARALDSON	
2-2- Phénoménologie	
2-2-1- Hallucinations de personnes	
a) durée de l'apparition	
b) intervalle de temps entre l'hallucination et la mort	
c) identité de l'apparition	
d) intention de l'apparition	
e) effet de l'apparition sur le patient	
2-2-2- Modifications de l'humeur	
2-2-3- Hallucinations de lieux	
a) durée	
b) sujet de l'hallucination	
c) sentiments provoqués par la vision	
2-3- Corrélatifs	
a) rôle des facteurs médicaux	
b) état de conscience	
c) facteurs socio-culturels	
d) facteurs psychologiques	
- stress	
- désirs et espoirs	
- peur de mourir	

- e) facteurs culturels-religion
- f) croyance en l'après-vie
- g) intention de l'apparition
- h) identité de l'apparition
- i) différents types d'hallucinations
- j) réactions émotionnelles aux apparitions
- k) influence des observateurs

2-4- Discussion nosologique

3- Les expériences de la mort imminente ou E. M. I.

p. 50

3-1- Portrait type de l'expérience selon MOODY

3-2- Méthodes d'enquêtes

3-2-1- Enquête de K. RING

3-2-2- Enquête de NOYES et KLETTI

3-2-3- Enquête de Greyson B. et STEVENSON I.

3-2-4- Enquête de SCHOONMAKER

3-2-5- Enquête de SABOM M.

3-3- La Phénoménologie

3-3-1- Contenu

3-3-1-1- Reconnaissance ou impression subjective d'être mort

3-3-1-2- Paix

3-3-1-3- Sensation de séparation de la conscience d'avec le corps physique

a) expérience "hors du corps"

b) processus sensoriels - clarté de la vision audition

c) perception du corps, du temps et de l'espace

3-3-1-4- Expérience de l'espace sombre

3-3-1-5- Expérience de type transcendant

a) contenu

b) caractéristiques

- ineffabilité

- transcendance du temps et de l'espace

- sentiment d'unité

- compréhension - certitude

- perte de contrôle - abandon

- répercussions positives

3-3-1-6- Mémoire panoramique

a) Historique. S. F. BEAUFORT, HEIM

b) Travaux de NOYES et KLETTI

3-3-1-7- Retour

3-3-2- Caractéristiques

3-3-2-1- Sentiment de réalité

3-3-2-2- Processus cognitifs

3-3-2-3- Tonalité affective

3-3-2-4- Contrôle

3-4- Corrélatifs

3-4-1- Influence de la cause

3-4-2- Influence des antécédents

3-5- Répercussions

3-5-1- Transformation de la personnalité

3-5-1-1- Meilleure appréciation de la vie

3-5-1-2- Impression d'avoir un nouveau destin

3-5-1-3- Impression de renaissance

3-5-1-4- Energie

3-5-1-5- Pensée de la mort plus fréquente

3-5-1-6- Acceptation des difficultés

3-5-1-7- Modifications dans les rapports humains

3-5-2- Etat d'esprit face à la religion et face à la mort

3-5-2-1- Religiosité ou dévotion religieuse

3-5-2-2- Croyance en l'après-vie

3-5-2-3- Etat d'esprit face à la mort

3-5-2-4- Conception de la mort

4- Expériences de la mort imminente désagréables ou de type "infernales" p. 11

4-1- RAWLINGS

4-2- SCHNAPER

5- Expériences de la mort imminente vécues en situation chirurgicale p. 118

6- E. M. I. lors d'une tentative de suicide p. 119

6-1- Etude de RING et FRANKLIN

6-1-1- Résultats

6-1-2- Répercussions ultérieures

6-2- Etude de ROSEN

7- Enquête personnelle	p. 124
7-1- Problèmes de méthodologie	
7-1-1- Double niveau de subjectivité	
7-1-2- Pré-sélection	
7-1-3- Non-homogénéité	
7-2- Méthode	
7-3- Résultats	
7-4- Autre volet de l'enquête	
8- Discussion nosologique	p. 135
8-1- Phénoménologie	
8-1-1- Contenu	
8-1-2- Caractéristiques	
8-2- Déterminants	
8-3- Répercussion	
8-4- Conclusion	
9- Rapprochement entre les hallucinations des mourants et les E. M. I.	p. 137
9-1- Contenu	
9-2- Caractéristiques	
9-3- Répercussions	
9-4- Conclusion	
IV- EXPERIENCES DE MEME TYPE SURVENANT EN DEHORS DU CONTEXTE DE L'IMMINENCE DE LA MORT	p. 138
1- Méthode d'enquête	p. 139
1-1- TWEMLOW et al.	
1-2- GREEN C.	
1-3- PALMER J.	
2- Circonstances de survenue de l'Expérience de décorporation (E. D.)	p. 142
2-1- Relaxation psychophysique	
2-2- Rêve	
2-3- Méditation	
2-4- Drogues	
2-5- Imminence de la mort	
2-6- Stress intense	

3- Phénoménologie de l'E. D.	p. 144
3-1- Contenu	
3-2- Caractéristiques	
3-3- Répercussions ultérieures	
3-4- Corrélatifs	
4- Etude psychophysiologique des E. D.	p. 149
5- Conclusion	
V - DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DES E. M. I.	p. 151
1- Notion de champ de la conscience	
2- Destructuration du champ de la conscience. Etats modifiés de conscience pathologiques	p. 152
2-1- L'épilepsie temporale	
2-1-1- Clinique	
2-1-1-1- Les crises hallucinatoires simples	
2-1-1-2- La crise uncinée - Les "auras psychiques"	
2-1-1-3- La mémoire panoramique	
2-1-2- Expérimentations de PENFIELD et PEROT	
2-1-3- Conclusion - Tableau	
2-2- La dépersonnalisation	
2-2-1- Justification du choix comme base de l'étude de TWEMLOW et al	
2-2-2- Dépersonnalisation et E. D. (et E. M. I.)	
2-2-2-1- Scission entre un moi qui observe et un moi qui agit	
2-2-2-2- Etat affectif du sujet	
2-2-2-3- Irréalité	
2-2-2-4- Caractère vague et diffus d'une expérience peu communicable	
2-2-2-5- Modifications du temps et de l'espace	
2-2-2-6- Sensation ou non de se trouver physiquement dans son corps	
2-2-2-7- Recherche d'un avis psychiatrique	
2-2-2-8- Distribution des âges	
2-2-2-9- Sexe	
2-2-2-10-Remarques	
2-3- L'héautoscopie	
2-3-1- Définition	
2-3-2- Comparaison entre héautoscopie et E. D.	

2-4- Les psychoses délirantes aiguës

2-4-1- Comparaison entre les E. D. et la perte des frontières corporelles dans la schizophrénie

2-4-2- Comparaison générale entre les E. M. I. et les psychoses délirantes aiguës

2-5- Les Ivresses psychédéliques

2-6- L'Isolement sensoriel

3- La Conscience onirique

p. 183

3-1- La conscience du rêve ordinaire

3-2- Les expériences archétypales de la mort

3-2-1- Dans les rêves

3-2-1-1- Prémonition et prise de conscience de la mort

3-2-1-2- Aide de décédés parents ou proches

3-2-1-3- Hiérogamos

3-2-1-4- Survie

3-2-2- Dans les thérapies psychédéliques

3-2-3- Conclusion

3-3- Le Rêve Lucide (R. L.)

3-3-1- Introduction

3-3-2- Les auteurs Occidentaux

3-3-2-1- Instauration de la lucidité

3-3-2-2- Réalisme et non-réalisme dans le R. L.

3-3-2-3- La mémoire

3-3-2-4- La pensée analytique et la qualité émotionnelle dans le R. L.

3-3-2-5- Le contrôle

3-3-2-6- Les perceptions extrasensorielles

3-3-3- Rapprochements et différences entre R. L. et E. M. I.

3-3-4- La Doctrine de l'"état de rêve"

3-3-4-1- Notion de la conscience dans le bouddhisme

3-3-4-2- La technique du yoga du rêve

4- La conscience mystique - Les états modifiés de conscience

p. 205

VI - ESSAIS D'INTERPRETATIONS DES DIFFERENTS AUTEURS

p. 206

1- Organicistes

1-1- Hypoxie - Hypercapnie

1-1-1- Hypoxie

1-1-2- Hypercapnie

1-2- Illusions ou hallucinations induites par les drogues ou anesthésiques

1-2-1- La structure des hallucinations est différente

1-2-2- Différence faite par les patients eux-mêmes

1-2-3- Inhibition de l'E. M. I. ou de sa remémoration

1-2-4- Cas où il n'a été utilisé aucune drogue

1-3- Encéphalines et endorphines

2- Psychologiques

p. 217

2-1- Elaboration consciente et expectatives psychologiques

2-1-1- Elaboration consciente

2-1-2- Expectatives psychologiques

2-2- Etat de semi-conscience

2-2-1- Dans les E. M. I.

- étude de Sabom

- arrêts cardiaques sans E. M. I.

2-2-2- Expériences hors du corps ou E. M. I. en situation chirurgicale

2-3- Elaboration inconsciente

2-3-1- Interprétations psychanalytiques

2-3-1-1- PFISTER O.

2-3-1-2- HUNTER

2-3-1-3- EHRENWALD S. E. D. et le déni de la mort

2-3-2- Etudes de NOYES et KLETTI. La dépersonnalisation en tant que réaction de défense contre le stress de l'approche de la mort.

2-3-2-1- L'expérience de la mort (étude de 1972)

- résistance

- mémoire panoramique

- transcendance

2-3-2-2- Théorie de la dépersonnalisation selon
NOYES et KLETTI

- a) exposé
- b) discussion

2-3-2-3- Comparaison du syndrome de dépersonnalisation
en psychiatrie et lors des E. M. I.

- a) méthode
- b) résultats

2-3-2-4- Discussion

- a) choix des items
- b) agonie psychologique
- c) perception de la mort
- d) perceptions extrasensorielles
- e) transcendance

2-4- Interprétations des transformations ultérieures

3- Parapsychologiques

p. 248

3-1- Introduction

3-2- Perceptions extrasensorielles

VII - IMPLICATIONS THERAPEUTIQUES

p. 250

1- Implications des E. M. I. pour le système de soins

1-1- Reconnaissance de l'E. M. I. par la communauté médicale

1-2- Implications professionnelles

1-2-1- Dans la relation face au malade

1-2-1-1- Attention au malade "inconscient"

1-2-1-2- Ecoute du malade

1-2-1-3- Attitude du médecin face à la mort

1-2-2- Dans l'interprétations du phénomène et son traitement

1-2-2-1- E. M. I. en tant que phénomène courant, non
pathologique

1-2-2-2- Diagnostic et traitement

1-3- Place accordée à la mort dans l'enseignement

2- Implications thérapeutiques autres

p. 254

2-1- Dans la prévention des suicides

2-1-1- Généralités

2-1-2- Etude de ROSEN

2-1-3- MAC DONAGH

2-2- La volonté de vivre

VIII - COMPARAISON DES E. M. I. AVEC LES ENSEIGNEMENTS TRADITIONNELS DU "BARDO" p. 257

IX - CONCLUSIONS p. 261

"il est incertain où la mort nous attende : attendons-là partout.
La préméditation de la mort est préméditation de la liberté : qui a appris
à mourir, il a désappris à servir ; le savoir mourir nous aggrandit de
toute sujétion et contrainte".

Montaigne. De l'exercitation, I, XX.

I - INTRODUCTION

Initialement le sujet de notre thèse concernait l'attitude du médecin face à la mort et au mourant, et les difficultés inhérentes à cette relation particulière. Nous regrettons fort le manque d'enseignements magistraux et pratiques sur ce sujet fondamental.

Nous avons été ainsi passionnés par les travaux de E. KÜBLER-ROSS (58, 59, 60), véritable pionnière de la thanatologie il y a dix ans aux Etats-Unis. Son attitude ouverte et franche envers les patients terminaux et ses excellents résultats contrastent avec l'attitude de déni que nous avons l'habitude d'observer, et qui est quasiment la règle en France.

Cependant au cours de nos lectures, un aspect des problèmes corrélés à la mort et en particulier l'imminence de celle-ci, piqua notre curiosité pour plusieurs raisons, dont l'essentielle était l'absence totale de publications Françaises sur le sujet.

Du fait des progrès thérapeutiques récents dans les techniques de réanimation, nous voyons de nombreux états pathologiques se développer que VIGOUROUX (123) nomme "états frontières entre la vie et la mort". Il en définit trois grands groupes : la survie artificielle, la vie végétative et la mort clinique.

- La mort apparente est, toujours selon VIGOUROUX, "la disparition momentanée des critères grossiers de la vie, respiration, pouls, battements cardiaques, tension artérielle, chez un sujet encore vivant, mais qui prend ainsi l'apparence de la mort".

- La survie artificielle est, "l'entretien artificiel de certaines fonctions vitales, permettant la préservation des autres et prolongeant, en apparence du moins, la vie au-delà d'elle-même. A ce niveau, la suppléance n'est souvent que transitoire et une récupération ultérieure de la fonction est espérée".

- La vie végétative est, "un cœur prolongé avec conservation des grandes fonctions végétatives, s'opposant à l'abolition de la vie de relation, rendant le sujet totalement tributaire des autres".

L'imprécision même des termes employés met en lumière les difficultés à trouver une définition satisfaisante de la mort. La "President's commission For the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research" a adopté la définition suivante de la mort :

"Un individu qui a subi ou (1) une cessation irréversible des fonctions circulatoires et respiratoires, ou (2) une cessation irréversible de toutes les fonctions du cerveau tout entier, incluant le tronc cérébral, est mort".

Dans chaque section (cardio-pulmonaire et neurologique) le diagnostic de la mort requiert à la fois la cessation des fonctions et leur irréversibilité.

A- Un individu avec une cessation irréversible des fonctions circulatoire et respiratoire est mort

1- La cessation est reconnue par un examen clinique approprié

2- L'irréversibilité est reconnue par la cessation définitive des fonctions pendant une période d'observation appropriée et/ou des essais thérapeutiques.

B- Un individu avec une cessation irréversible de toutes les fonctions du cerveau tout entier, incluant le tronc cérébral, est mort

1- La cessation est reconnue quand l'évaluation clinique révèle à la fois les critères a et b

a- Les fonctions cérébrales sont absentes

b- Les fonctions du tronc cérébral sont absentes

2- L'irréversibilité est reconnue quand l'évaluation révèle à la fois les critères a et b et c

a- La cause du coma est établie et est suffisante pour justifier la perte des fonctions cérébrales

b- La possibilité de rétablissement de n'importe quelle fonctions cérébrale est exclue (les conditions les plus importantes de réversibilité sont : la sédation, l'hypothermie, le blocage neuro-musculaire, les états de choc).

c- La cessation de toutes les fonctions cérébrales persiste pendant une période appropriée d'observation et/ou des essais thérapeutiques

Les principaux facteurs rendant difficile le diagnostic de mort sont :

- les intoxications exogènes et endogènes
- l'hypothermie
- les enfants
- les états de choc

Envisageons maintenant les trois groupes d'états frontières entre la vie et la mort de VIGOUROUX en fonction de la définition de la mort qui vient d'être donnée.

-Ce qu'il appelle "la mort apparente" se définira comme suit :

Un individu qui a présenté ou (1) une cessation réversible des fonctions circulatoires et/ou respiratoire ou (2) une cessation réversible de tout ou partie des fonctions cérébrales et/ou du tronc cérébral, s'est trouvé en état de mort apparente.

-Ce qu'il appelle "survie artificielle" se définira comme suit :

Un individu est en état de "survie artificielle" s'il présente ou (1) une altération grave des fonctions circulatoire et/ou respiratoire ou (2) une altération grave des fonctions cérébrales, et que l'on traite actuellement par des techniques de réanimation appropriée.

L'issue espérée est le rétablissement des fonctions, cependant elle reste incertaine.

-Et ce qu'il appelle "vie végétative", correspond au maintien de la circulation et de la respiration à l'aide d'une ventilation assistée et autres moyens de réanimation, malgré la perte de toute fonction cérébrale. Il s'agit en fait d'un état de mort cérébrale. Le sujet peut être déclaré mort si les critères exigés dans la section (2) de la définition que nous avons donnée, se trouvent remplis.

Ces trois états peuvent ne constituer que deux groupes : la mort apparente et la survie artificielle sont transitoires alors que la vie végétative est un état de mort.

Citons encore VIGOUROUX : "chez de tels sujets, la vie de relation est abolie, de même que l'apparence d'un état de conscience". Que

devient alors l'expression de SARTRE : "ma conscience fait exister le monde, c'est par ma conscience que le monde existe". Mais comment pouvons-nous affirmer que (lors de ces états frontières), rien ne se passe dans le domaine de la conscience ? Aucun contact certes n'existe avec le monde extérieur. Nous savons aussi, par l'étude des cas où une récupération a eu lieu, qu'il n'existe pas de fixation mnésique durant ces états frontières. Mais le défaut d'enregistrement signifie-t-il la paralysie des circuits cérébraux, vecteurs de pensées élémentaires ? Le manque de contact avec le monde extérieur peut-il être donné pour preuve formelle d'une absence totale d'une conscience du fait qu'elle ne peut s'extérioriser".

Certains auteurs américains se sont intéressés à ce domaine inexploré, le contenu psychique des états frontières entre la vie et la mort, chez des survivants d'accidents ou de maladies graves (HEIM, NOYES, MOODY, OSIS, RING, SABOM, etc...)

Ils ont donc entrepris des études statistiques à grande échelle depuis une dizaine d'années et les résultats sont probants.

Constatant l'inexistence d'études sur ce sujet et même l'ignorance quasi générale de ce domaine en France, nous avons voulu dans cette thèse, tout d'abord faire connaître ce problème, ensuite établir la réalité des phénomènes observés et tenter d'en établir une classification, enfin entrevoir les possibilités thérapeutiques qui en découlent et poser la question plutôt que la résoudre de leur interprétation.

Pour cela nous avons fait une revue générale de la littérature (américaine essentiellement) depuis une dizaine d'années et nous avons tenté d'effectuer une enquête par nous-mêmes.

II - DEFINITION

Les expériences de la mort imminente (E. M. I.) sont des expériences subjectives rapportées par des personnes qui se sont approchées de la mort.

Les étapes psychologiques par lesquelles passe un malade qui apprend le caractère fatal de sa maladie ne rentrent pas dans le cadre de notre sujet. Elles ont été analysées en détail par E. KUBLER-ROSS.

Nous allons distinguer chronologiquement trois degrés de proximité de la mort.

1- Les hallucinations des mourants qui surviennent de quelques heures à quelques minutes avant leur trépas.

2- Les expériences survenant lors d'un accident alors même que le fonctionnement biologique est encore intact, entre la prise de conscience de l'imminence de la mort et l'accident lui-même.

3- Les expériences survenant chez un sujet en état de mort apparente ou en état de survie artificielle, tels qu'ils ont été définis précédemment.

III - ETUDE CLINIQUE GENERALE

1- HISTORIQUE

De telles expériences sont connues depuis l'antiquité. Ainsi PLATON relate l'aventure survenue à ER LE PAMPHYLIEN [91] "Il était mort dans une bataille. Dix jours après, comme on enlevait les cadavres déjà putréfiés, le sien fut retrouvé intact. On le porta chez lui pour l'ensevelir, mais le douzième jour, alors qu'il était étendu sur le bûcher, il revint à la vie ; quand il eut repris ses sens, il raconta ce qu'il avait vu là-bas. Aussitôt, dit-il, que son âme était sortie de son corps, elle avait cheminé avec beaucoup d'autres et elles étaient arrivées en un lieu divin... Celles qui se connaissaient se souhaitaient mutuellement la bienvenue... Elles parlaient de plaisirs délicieux et de visions d'une extraordinaire beauté".

Nous retrouvons dans la littérature médiévale de source religieuse différents récits sur ce sujet. Saint Grégoire le Grand [540-604] dans

ses Dialogues [38] parle en détail de visions paradisiaques ou infernales qu'on eut certains religieux juste avant de trépasser. En voici un extrait : "Ce vénérable prêtre, ayant vécu fort longtemps, tomba malade la 40ème année de sa promotion aux Ordres, et fut travaillé d'une violente fièvre qui le réduisit à l'extrémité... (il était) tout épuisé de force et étendu sur son lit comme une personne morte. Il s'efforça de parler et dit d'un ton assez vigoureux : "Messieurs soyez les bienvenus; ... quelle est votre bonté de vivifier ainsi votre petit serviteur, je m'en vais, je m'en vais, je vous rends grâce, je vous rends grâce". Comme il répétait toujours ces mots, ses amis qui l'assistaient lui demandèrent à qui il parlait. Il leur répondit avec étonnement : "Ne voyez-vous pas que les Saints Apôtres sont venus ici" Puis s'étant de nouveau tourné vers ces ...Saints, il dit : "Me voici, je viens, me voici, je viens" et prononçant ces paroles, il rendit l'esprit" [p. 356-357]. Saint Grégoire relate également plusieurs cas de personnes ayant été tenues pour mortes, qui furent ramenées à la vie. Elles racontaient alors des visions qu'elles eurent, paradisiaques ou infernales. Mais laissons parler l'auteur des Dialogues : "Un soldat fut attaqué (de la peste) et réduit à l'extrémité, il sortit de son corps, qui resta mort, et sans âme, mais il y rentra bientôt, et il raconta ce qui lui était arrivé. Il disait donc qu'il y avait un pont sous lequel passait un fleuve dont l'eau était noire et d'où s'élevait un nuage obscur d'une puanteur insupportable. Mais après que l'on avait passé le pont, l'on entra dans des prairies bien vertes, riantes, et ornées d'herbes et de fleurs d'une odeur fort agréable, où il paraissait de petites compagnies d'hommes vêtus de blanc, l'air y était rempli d'une senteur si douce, que ceux qui s'y arrêtaient en étaient tout parfumés... Il y avait aussi diverses demeures pour chacun, qui étaient pleines d'une grande lumière, faites d'un assemblage de lames d'or" [p. 420-421].

Mais ce soldat vit aussi certaines "âmes" qui ne pouvaient franchir le fleuve immonde et qui devaient y séjourner en y souffrant de grands tourments, dûs à leur mauvaise vie. Il y vit même une âme, sous forme humaine, qui au passage du fleuve fut tirée par les jambes par deux êtres infernaux et au même moment deux êtres célestes, resplendissants, vinrent en le tirant par les bras pour l'aider".

Nous verrons la grande similitude de ces descriptions avec celles de nos "ressuscités" modernes.

La première étude entreprise sur le sujet (1892) est celle de Albert HEIM [47] professeur de géologie à l'université de Zurich et passionné d'alpinisme. Il rassembla les récits de près de trente survivants de chutes en montagne. Il notait déjà que 95% des victimes, indépendamment du degré de leur éducation, expérimentaient le même phénomène à quelques petites différences près.

Chez pratiquement tous les individus qui firent face à la mort dans des chutes accidentelles, on retrouvait un état mental similaire. Voici la manière dont le décrit A. HEIM [47 p. 46] : "Aucune peine n'était ressentie, il n'y avait jamais de peur paralysante telle qu'elle peut subvenir lors de circonstances de moindre danger. Aucune anxiété, aucune trace de désespoir, ni de douleur n'était notée, mais plutôt un calme sérieux, une acceptation profonde, une rapidité de l'idéation prédominante et une sensation de sûreté. L'activité mentale s'élevait à une vélocité et une intensité extrêmes. La succession des événements et leurs conséquences probables étaient envisagées avec une lucidité objective. Aucune confusion ne s'introduisait dans l'esprit. Le temps semblait passer beaucoup plus lentement, l'individu agissait avec une rapidité fulgurante en accord avec une évaluation exacte de la situation. Dans de nombreux cas il s'ensuivait une révision soudaine du passé de l'individu dans son entier, et finalement la personne tombant entendait souvent de belles musiques et se trouvait dans un paradis d'un bleu splendide parsemé de volutes rosées. Puis la conscience s'éteignait sans douleur, habituellement au moment de l'impact ; si celui-ci était la plupart du temps entendu, il ne fut jamais ressenti douloureusement".

A. HEIM retient de ces récits deux points qui lui paraissent essentiels :

- l'absence complète de douleur
- la lucidité remarquable dont font preuve ces personnes

soumises à un danger intense, avec une capacité à effectuer des gestes salvateurs tout à fait étonnants. Nous illustrerons ce phénomène en relatant une expérience qu'a vécue A. HEIM lui-même [47 p. 48]. Au cours de l'été 1881, il tomba entre les roues avant et arrière d'une charette. Il réussit un court instant à s'accrocher au rebord, la succession suivante de pensées traversa alors son esprit : "je ne parviendrai pas à me tenir jusqu'à ce que le cheval s'arrête, je dois me lâcher. Si je me lâche simplement, je tomberai sur le dos

et la roue passera sur mes jambes, je risque alors au moins une fracture de la rotule et du tibia. Je dois tomber sur le ventre pour que la roue passe sur le dos de mes jambes. En bandant alors mes muscles je constituerai un coussin protecteur pour mes os. La pression de la roue risquera moins de casser un os que la pression de la roue. Si je peux me tourner sur la gauche, peut-être pourrais-je tirer suffisamment ma jambe gauche en arrière, car par ailleurs me tourner vers la droite risquerait vu les dimensions de la charette, de me casser les deux jambes".

"Je sais tout à fait clairement que je me suis laissé tomber seulement après ces réflexions fulgurantes et d'une précision parfaite. Elles ont semblé s'imprimer elles-mêmes dans mon cerveau. Là-dessus, par une secousse de mon bras je me tournai sur la gauche, balançant ma jambe gauche vigoureusement vers l'extérieur et simultanément tendant les muscles de mes jambes à la limite de leur force. La roue passa sur mon mollet droit et je m'en sortis avec quelques égratignures".

Dans cet article de A. HEIM nous relevons bon nombre des caractéristiques qui semblent être spécifiques des expériences de l'approche de la mort au cours d'accidents soudains ; ainsi apparaissent successivement

- la sensation de paix, de bien-être et d'absence de douleur
- une lucidité mentale remarquable
- la mémoire panoramique
- la perception de sons, de musiques
- les visions paradisiaques

Depuis A. HEIM, nous constatons l'absence d'études scientifiques de ce genre de phénomène ; les seuls récits de personnes ayant frôlé la mort provenant presque entièrement de sources autobiographiques ou fictives.

Ainsi Caresse CROSBY (1953) [20] nous a laissé une émouvante description de l'expérience qu'elle vécut quand elle faillit se noyer "Quand ma tête fut immergée je bus une longue et effrayante tasse et je ne repris plus jamais mon souffle, mes poumons se remplissaient et se vidaient d'eau de mer. Le sang me monta au visage et ma tête sembla tout à coup se dilater et exploser, mais doucement comme remplie par une boule de coton se gonflant, se gonflant. Dans mes oreilles l'eau déversait une étrange berceuse marine

et peu à peu, là, en-dessous des flots, une effluve cristalline et éblouissante emplît mon champ de vision. Non seulement je voyais et entendais l'harmonie, mais je comprenais toute chose. Et lentement, comme une bulle remonte à la surface je remontai à la surface, m'élevai à travers la plate-forme de bois, m'élevai jusqu'au lieu d'où je pus dominer la scène entière se déroulant au-dessous de moi. Je vis mon père au travail sur son bateau, mes frères mortellement effrayés agrippant mes frêles chevilles, et moi, mes cheveux étirés contre le fond de la quille. Ainsi pendant que je me voyais, je vis mon père se tourner et agir, je vis mes frères effrayés courir à la maison, je vis les efforts pour me ramener à la vie et j'essayais de ne pas revenir.

Ce fut le plus parfait état de joie spontanée jamais expérimenté, alors ou depuis. Il n'y eut ni tristesse, ni malaise dont j'eusse souhaité m'échapper. J'avais seulement sept ans, enfant insouciante, mais ce moment de pur bonheur ne fut jamais égalé. Aurais-je entrevu pendant que je me noyais (car je me suis noyée), la liberté de la vie éternelle ? Une chose dont je suis sûre, c'est de l'existence réelle du Nirvana entre ici et l'après - un espace de délice, car j'y suis allée".

Dans ce récit de la célèbre femme poète nous relevons les caractères suivants :

- la perception de musique, l'expérience de décorporation, les visions colorées, l'état de paix et de bien-être, ainsi qu'une perception aiguë des phénomènes environnants.

JUNG raconte dans son autobiographie [53 p. 330] ce qu'il expérimenta dans les suites immédiates d'un infarctus du myocarde :

"Au début de l'année 1944 je me fracturai le pied et peu après j'eus un infarctus cardiaque. En état d'inconscience j'eus des délires et des visions, ils doivent avoir commencé alors qu'en danger de mort on m'administrait de l'oxygène et du camphre. Les images avaient une telle violence que j'en conclus moi-même que j'étais tout près de mourir. Mon infirmière me dit plus tard : " vous étiez comme entouré d'un halo lumineux !". (C'est un phénomène qu'elle avait parfois observé chez les mourants). Je croyais être très haut dans l'espace cosmique. Bien loin au-dessous de moi j'apercevais la sphère terrestre baignée d'une merveilleuse lumière bleue, je voyais la mer d'un bleu profond et les continents. Tout en bas, sous mes pieds, était Ceylan et devant moi s'étendait le subcontinent Indien. Mon champ visuel

n'embrassait pas la terre entière mais sa forme sphérique était nettement perceptible et ses contours brillaient comme de l'argent à travers la merveilleuse lumière bleue. A certains endroits la sphère terrestre semblait colorée ou tachée de vert foncé comme de l'argent oxydé. "A gauche" dans le lointain, une large étendue, le désert rouge-jaune de l'Arabie. C'était comme si là-bas l'argent de la terre avait pris une teinte rougeâtre. Puis ce fut la mer Rouge et bien loin derrière, comme à l'angle supérieur d'une carte, je pus encore apercevoir un coin de la Méditerranée. Mon regard était surtout tourné dans cette direction, tout le reste semblait imprécis. Je ne regardais pas "à droite". Je savais que j'étais en train de quitter la terre. Après un moment de contemplation, je me retournai. Quelque chose de nouveau entra dans mon champ visuel. A une faible distance j'aperçus dans l'espace un énorme bloc de pierre, sombre comme un météorite, à peu près de la grosseur d'une maison, peut-être même plus gros. La pierre planait dans l'univers et je planais moi-même dans l'espace. J'ai vu des pierres semblables sur la côte du golfe du Bengale. Ce sont des blocs de granite brun noirâtre dans lesquels, parfois, des temples ont été creusés. Ma pierre était aussi un de ces sombres et gigantesques blocs. Une entrée donnait accès à un petit vestibule ; à droite, sur un banc de pierre, un Indien à la peau basanée était assis dans la position du Lotus, complètement détendu, en repos parfait, il portait un vêtement blanc. Ainsi, sans mot dire il m'attendait. Deux marches conduisaient à ce vestibule ; à l'intérieur à gauche s'ouvrait le portail du temple. D'innombrables coupelles, creusées dans des niches et remplies d'huile de coco où brûlaient des mèches, entouraient la porte d'une couronne de petites flammes claires. Cela, je l'avais déjà vu réellement à Kandy, dans l'Ile de Ceylan, lorsque je visitai le temple de la Dent Sacrée, plusieurs rangées de lampes à huile de ce genre entouraient l'entrée.

Quand je m'approchai des marches par lesquelles on accédait au rocher, je ressentis une très étrange impression : tout ce qui avait été jusqu'alors s'éloignait de moi. Tout ce que je croyais, désirais ou pensais, toute la fantasmagorie de l'existence terrestre se détachait de moi ou m'était arrachée - processus douloureux à l'extrême. Cependant quelque chose en subsistait, car il me semblait avoir alors, près de moi, tout ce que j'avais vécu ou fait, tout ce qui s'était déroulé autour de moi. Je pourrais tout aussi bien dire : c'était près de moi et j'étais cela, tout cela, en quelque sorte, me composait. J'étais fait de mon histoire et j'avais la

certitude que c'était bien moi, j'étais "objectif", j'étais ce que j'avais vécu".

"J'eus encore une autre préoccupation : tandis que je m'approchais du temple, j'avais la certitude d'arriver dans un lieu éclairé et d'y rencontrer le groupe d'humains auxquels j'appartiens en réalité. Là je comprendrais enfin. Cela aussi était pour moi une certitude, dans quelle relation historique je me rangeais, moi ou ma vie". "A toutes mes questions, j'en étais sûr, je recevrais une réponse dès que j'aurais pénétré dans le temple de pierre".

Puis son médecin lui apparut sous la forme de Basileus de COS encadré d'une couronne dorée de lauriers. "Il m'apparaît maintenant dans sa forme originelle" pensa-t-il, (il venait) "m'annoncer que je n'avais pas le droit de quitter la terre et devais retourner. J'étais déçu à l'extrême : il ne m'était pas permis d'entrer dans le temple".

"Je ressentais de la résistance contre mon médecin parce qu'il m'avait ramené à la vie".

Cette vision de JUNG illustre parfaitement l'état que nous nommerons de "transcendance" et qui est couramment décrit par les rescapés. Voici les caractéristiques de cet état, nous les analyserons ultérieurement :

- l'ineffabilité, un sentiment d'unité, la transcendance des temps et de l'espace, une impression de connaissance, un certain abandon des sentiments de béatitude, le caractère transitoire et la répercussion positive sur la vie ultérieure.

En corrélation avec la définition que nous en avons donné, nous allons étudier au paragraphe 2 les E. M. I. survenant chez les patients en phase terminale et au paragraphe 3 nous étudierons conjointement les E. M. I. survenant lors d'accidents soudains et/ou au cours de survie artificielles ou de morts apparentes.

2- LES HALLUCINATIONS DES PATIENTS EN PHASE TERMINALE

2-1- Introduction

2-1-1- Historique

La première étude menée sur ces phénomènes est celle de SIR WILLIAM BARRET [9], professeur de physique au "Royal Collège Of Science" à Dublin qui présenta un petit livre intitulé "Death-bed Visions" en 1926. Alors que certains de ces cas étaient observés avec soin par des médecins ou des infirmières, d'autres étaient d'une qualité moins évidente. BARRET était particulièrement impressionné par des visions qui semblaient refléter une forme de contact entre des patients tout à fait rationnels et conscients de ce qui les environnait, avec des proches décédés, qui, vraisemblablement, étaient passés "de l'autre côté". Souvent dans ces cas le but ostensible de ces décédés était d'emmener le patient vers un plan d'existence post-mortem.

BARRET insista sur des cas dans lesquels les apparitions étaient contraires aux attentes du patient, par exemple, apparitions de gens dont le patient pensait qu'ils étaient toujours en vie, mais qui en fait venaient de mourir. Dans plusieurs cas rapportés par BARRET, les apparitions étaient vécues avec des sentiments exaltés ou des émotions de paix et sérénité.

"Ces visions sur un lit de mort", comme le mit en évidence BARRET, souvent ne se conformaient pas aux stéréotypes culturels, par exemple des enfants mourant furent surpris de voir des anges sans ailes, etc...

Et quelques trente années plus tard le travail de BARRET inspira l'étude de K. OSIS.

BARRET décida d'entreprendre cette étude à la suite de l'étrange aventure que lui avait relatée sa femme. Celle-ci était spécialiste en obstétrique et avait été appelée pour accoucher une femme. L'enfant avait pu être sauvé, mais la mère se mourait. Voici ce qu'a rapporté Lady BARRET :

"Soudain elle fixa l'un des coins de la pièce et un sourire radieux illumina tous ses traits, "oh comme c'est beau ! comme c'est beau !" dit-elle. "Qu'est-ce qui est beau ?" m'enquis-je, "ce que je vois" répondit-elle d'un ton grave et exalté. "Que voyez-vous ?". "Une lumière étincelante

et si belle, des êtres merveilleux". Il est difficile de décrire la ferveur avec laquelle elle s'abîmait dans sa vision et le sentiment de réalité qui s'en dégageait. Puis comme si son attention avait été focalisée, elle poussa une sorte de cri joyeux : "Mais c'est Papa ! Oh, il est si content que j'aie le rejoindre, il est si content. Comme ce serait formidable si W. (son mari) pouvait venir lui aussi".

On lui apporta alors son bébé. Elle le regarda attentivement puis dit : "Croyez-vous que je devrais rester pour le bien de l'enfant ?" Enfin se tournant de nouveau vers la vision, elle dit : "je ne peux pas, je ne peux pas rester ; si vous voyiez ce que je vois, vous sauriez que je ne peux pas rester".

Elle se tourna vers son mari qui venait d'entrer et lui dit : "tu ne confieras pas l'enfant à quelqu'un qui ne l'aimera pas, n'est-ce pas ?". Puis elle le repoussa gentiment en disant : "Laisse-moi regarder la jolie lumière".

Elle dit à son père : "je viens !" et, se tournant au même moment vers moi pour me regarder elle ajouta : "oh, il est si près de moi". Ramenant son regard au même endroit, elle dit d'un air plutôt perplexe : "Vida (sa soeur) est auprès de lui". Se tournant encore vers moi, elle répéta : "Vida est avec lui". Ensuite elle dit : "Tu me veux auprès de toi, Papa, je viens".

Il est intéressant de noter que parmi les hallucinations de personnages, soit apparue Vida, sa soeur qui était décédée depuis trois semaines et dont on lui avait caché le décès en raison de son mauvais état de santé.

2-1-2- Méthode d'enquête de OSIS et HARALDSON

En 1962 OSIS et HARALDSON entreprirent une enquête à grande échelle [85, 86]. Ils contactèrent des médecins et des infirmières Américains et Indiens, à l'aide d'un questionnaire concernant l'observation de mourants ou de rescapés ; ensuite ils effectuèrent des interviews personnelles avec les observateurs sur le détail des cas entrant dans le cadre de l'étude.

Cette vaste enquête s'effectua de 1962 à 1964 dans cinq états des U. S. A. et en Inde de 1972 à 1973. Le même questionnaire fut

utilisé à quelques petites différences près, nécessitées par l'adaptation à la culture indienne.

Le questionnaire :

On demandait au personnel médical de relever les :

- hallucinations de figures humaines
- hallucinations de lieux
- modifications de l'humeur, chez les patients terminaux

Ils obtinrent 1004 réponses aux U. S. A. et 704 en Inde.

L'interview :

OSIS et HARALDSON utilisèrent trois questionnaires de 69 items pour chacune des trois sortes d'hallucinations décrites ci-dessus.

Les questions portaient sur

(a) les données générales socioculturelles des patients comme l'âge, le sexe, l'éducation, la religion, les croyances, les pratiques, la croyance en l'après-vie.

Caractéristiques des patients en phase terminale qui ont eu des apparitions

Facteur	Caractéristiques	Nombre de patients			% du total
		É.-U.	Inde	Total	
a) Âge	1 à 30 ans	19	68	87	19
	31 à 50 ans	22	97	119	25
	Plus de 50 ans	174	90	264	56
	Aucune donnée disponible...	1	0	1	—
b) Sexe	Homme	99	175	274	58
	Femme	117	80	197	42
c) Scolarité	Aucune, préscolaire	13	77	90	21
	Primaire	57	59	116	27
	Secondaire	73	65	138	32
	Collégiale	45	38	83	20
	Aucune donnée disponible...	28	16	44	—
d) Métier, profession, activités	Professionnel, administrateur, membre du clergé	56	29	85	30
	Commis, vendeur, artisan ...	9	40	49	17
	Cultivateur, ouvrier, travailleur (secteur des services), femme au foyer	70	83	153	53
	Aucune donnée disponible...	—	—	—	—
e) Religion	hindou	—	214	214	48
	chrétien (Inde)	—	26	26	6
	musulman	—	12	12	3
	protestant (É.-U.)	97	—	97	22
	catholique (É.-U.)	68	—	68	15
	juif	12	—	12	3
	autre ou sans religion	14	—	14	3
f) Intensité de la foi	Aucune donnée disponible...	25	3	28	—
	Nulle	12	3	15	5
	Faible	27	12	39	14
	Moyenne	44	48	92	33
	Grande	64	65	129	47
g) Croyance dans la survie	Aucune donnée disponible...	69	127	196	—
	Oui	69	70	139	92
	Non	6	6	12	8
	Aucune donnée disponible...	141	179	320	—

T A B L E A U 1

(b) les facteurs médicaux comme le diagnostic, l'anamnèse, la thérapeutique, le degré de température, l'état de conscience.

Des questions supplémentaires concernaient l'observateur lui-même : la date d'obtention de son diplôme professionnel, la nature de ce diplôme, les croyances religieuses, la croyance en l'après-vie et son attitude vis à vis des hallucinations.

Ils ont ainsi obtenu 877 cas à la fois américains et indiens.

Evaluation des données

Les données tirées de ces 877 cas ont été soumises à une analyse par ordinateur. Outre les calculs de fréquence pour chacune des questions, ils analysèrent les interactions entre les facteurs en cause en utilisant différentes méthodes : classification croisée, khi deux.

2-2- Phénoménologie

Parmi les 877 cas, 442 provenaient des U. S. A. et 435 de l'Inde. La plupart des patients étaient des mourants au stade terminal (714), le reste était composé de 163 rescapés de situations mortelles. Les hallucinations de personnes furent rapportées par 591 patients, celles de lieux par 112 patients, et des modifications de l'humeur dans un sens positif, furent retrouvées chez 174 patients.

2-2-1- Hallucinations de figures humaines

La vision de figure humaine chez des mourants en phase terminale est le phénomène le plus fréquent dans cette étude ; parmi 591 patients l'ayant rapporté, 216 sont Américains et 255 Indiens.

a) Durée de l'apparition

Elle est dans l'ensemble de courte durée, 48% durent moins de cinq minutes, 17% de 6 à 15 minutes et 17% seulement plus d'une heure.

b) Intervalle de temps entre l'hallucination et la mort

27% des patients sont morts moins d'une heure après et 20% entre une à six heures après. Dans la majorité des cas (62%) le décès s'est produit moins d'une journée après l'hallucination.

c) Identité de l'apparition

Elle est de trois types : personnes vivantes, personnes mortes, figures religieuses (voir sur le tableau les différents pourcentages). Au total 47% des apparitions sont des défunts, 91% sont identifiées, et parmi les identifiées, 90% sont des défunts proches. Au total 30% sont des figures religieuses en accord avec la culture du patient. Aucun patient Chrétien n'a vu une déité Hindoue, ni aucun Hindou n'a vu le Christ.

d) Intention de l'apparition

Dans 65% des cas c'est pour "emporter" le patient. Dans seulement 6% elles sont ressenties comme menaçantes.

e) Effet de l'apparition sur le patient

Bien que dans 72% des cas les patients acceptent de "partir" avec l'apparition, dans 28% des cas il y a une réaction de non-consentement, de peur. Les réponses négatives viennent pour la plupart de patients Indiens.

41% des patients ont réagi à l'apparition par une amélioration de leur humeur, soit exaltation, soit sérénité et quiétude, 30% n'ont pas réagi et 29% ont présenté des réactions négatives : détresse ou angoisse.

T A B L E A U 2

Caractéristiques des expériences d'apparition
chez les patients en phase terminale

Facteur	Caractéristiques	Nombre de cas			% du Total*
		É.-U.	Inde	Total	
a) Durée de l'apparition	1 sec. à 5 min.	85	83	168	48
	6 min. à 15 min.	17	43	60	17
	16 min. à 60 min.	11	50	61	18
	61 min. à une journée	13	31	44	13
	Plus longtemps	4	10	14	4
	Aucune donnée disponible ..	86	38	124	—
b) Laps de temps écoulé entre l'apparition et la mort	0 min. à 10 min.	17	36	53	12
	11 min. à 60 min.	7	59	66	15
	61 min. à 6 heures	26	64	90	20
	7 heures à 24 heures	28	41	69	15
	Plus longtemps	117	52	169	38
	Aucune donnée disponible ...	21	3	24	—
c) Identité de l'apparition	Personne vivante	30	38	68	18
	Personne décédée	124	54	178	47
	Figure religieuse	22	93	115	30
	Combinaison des éléments précédents	11	7	18	5
	Aucune donnée disponible ...	29	63	92	—
d) Sexe de l'apparition	Homme	59	103	162	57
	Femme	91	30	121	43
	Aucune donnée disponible ...	66	122	188	—
e) Intentions de l'apparition	Prise pour un visiteur	14	28	42	14
	Réconforter le patient	13	4	17	6
	Emporter le patient (acceptation de celui-ci)	40	102	142	47
	Emporter le patient (refus de celui-ci)	1	53	54	18
	Renvoyer le patient	0	2	2	1
	Menaçante	4	13	17	6
	Rappel de souvenirs	26	1	27	9
	Aucune donnée disponible ...	118	52	170	—
f) Réactions émotionnelles (1 ^{er} groupe)	Aucune réaction ou simple détente	60	65	125	30
	Sérénité	46	40	86	20
	Exaltation	56	32	88	21
	Réactions négatives	33	91	124	29
	Aucune donnée disponible ...	21	27	48	—
g) Réactions émotionnelles (2 ^e groupe)	Aucune réaction ou simple détente	60	65	125	30
	Réactions négatives	33	91	124	29
	Réactions positives (non religieuses)	77	36	113	27
	Réactions positives (religieuses)	25	36	61	14
	Aucune donnée disponible ...	21	27	48	—

* Les pourcentages ne comprennent pas les cas sur lesquels nous ne disposons d'aucune donnée. Les pourcentages ayant été arrondis, le total n'égale pas toujours 100.

TABLEAU 3

Identité des apparitions *

Facteur	Identité	Nombre d'apparitions			% du total
		É.-U.	Inde	Total	
a) Non religieuses	Mère	60	16	76	23
	Père	15	16	31	9
	Conjoint	49	10	59	18
	Fratric	27	15	42	13
	Progéniture	27	17	44	13
	Autres parents (génération précédente)	5	7	12	4
	Autres parents (même génération)	2	10	12	4
	Autres parents (génération suivante)	0	4	4	1
	Parents non identifiés	9	14	23	7
	Amis, connaissances	21	8	29	9
	Personnes non identifiées	25	61	86	—
	Total:	240	178	418	
b) religieuses	Dieu ou Jésus	13	17	30	28
	Çiva, Rama, Krishna	0	13	13	12
	La Vierge Marie, Kali, Durga	5	4	9	8
	Le Dieu de la mort et ses messagers	0	18	18	17
	Saints et gurus	3	5	8	8
	Ange, Devi, etc.	9	17	26	24
	Diabes et démons	1	2	3	3
	Autres figures religieuses non identifiées	2	31	33	—
	Total:	33	107	140	

* Nous avons tenu compte dans nos calculs des cas de patients qui ont vu apparaître simultanément plusieurs personnes.

T A B L E A U 4

Fiche médicale des patients en phase terminale
qui ont eu des apparitions

Facteur	Fiche médicale	Nombre de patients			% du total
		É.-U.	Inde	Total	
a) Diagnostic principal	Cancer	79	28	107	23
	Troubles cardiaques et circulatoires	61	39	100	22
	Lésions et situation postopératoire	10	62	72	16
	Troubles respiratoires	9	26	35	8
	Lésions ou troubles du cerveau, urémie	28	26	54	12
	Divers	25	64	89	19
	Aucune donnée disponible...	4	10	14	—
b) Diagnostic secondaire (prédisposition aux hallucinations)	Prédisposition	68	40	108	25
	Pas de prédisposition	137	187	324	75
	Aucune donnée disponible...	11	28	39	—
c) Température du corps (buccale)	Moins de 100° F.....	128	129	257	58
	100° à 103° F	55	94	149	34
	Plus de 103° F	16	20	36	8
	Aucune donnée disponible...	17	12	29	—
d) Médication pouvant affecter les facultés mentales	Aucune médication de ce type	94	165	259	61
	Médication mais effet nul ...	39	40	79	19
	Effet léger	31	18	49	11
	Effet moyen	22	10	32	8
	Effet puissant	5	1	6	1
	Aucune donnée disponible...	25	21	46	—
e) Degré de lucidité	Tout à fait lucide	98	100	198	43
	Légèrement troublé	31	103	134	29
	Fortement troublé	36	39	75	17
	État changeant	38	12	50	11
	Aucune donnée disponible...	13	1	14	—

2-2-2- Modification de l'humeur soudaine chez le mourant

D'après l'analyse de E. KÜBLER-ROSS sur les étapes progressives que traverse le mourant [58] la dernière est l'Acceptation qui s'accompagne d'un sentiment de paix tout à fait reconnaissable par l'entourage. Cependant le patient a été "aidé" par le thérapeute pour atteindre cet ultime phase de sérénité. Qu'en est-il de ces patients qui, soudainement, quelques instants avant leur mort, se transfigurent ainsi, sans apparemment aucune aide extérieure. Les observations à ce moment ont toujours le même mot : "leurs traits s'illuminent".

Dans l'analyse de OSIS et HARALDSON ont été étudié 174 cas de modifications de l'humeur (106 Américains et 68 Indiens) sur, nous l'avons vu, 877 patients (soit environ 20%). Le phénomène touche apparemment sans distinction les patients de tous âges et sexes, et ce, tant aux U. S. A. qu'en Inde.

Il n'a pas été constaté la présence statistiquement significative, de troubles de conscience, d'hyperthermie, de drogues, de pathologie actuelle ou d'antécédents pouvant expliquer l'apparition de cette modification de l'humeur.

Nous insistons sur la lucidité parfaite dont faisait preuve 80% des patients au moment de l'apparition du phénomène. Nous connaissons en effet fort bien l'action "euphorisante" de l'anoxie cérébrale. Mais cette anoxie n'est pas compatible avec un tel degré de lucidité de la conscience.

De plus il a été constaté avec cette exaltation de l'humeur, une plus grande clarté mentale.

Voici le cas d'une femme dans la trentaine, atteinte d'une méningite, désorientée, somnolente, tenant des propos incohérents qui "soudain (elle) redevint lucide, posa des questions et se mit à sourire. Elle était un peu exaltée, elle était redevenue elle-même et ce, quelques minutes avant sa mort".

Cette modification de l'humeur s'est objectivée par

- des changements dans le discours du patient, manifestant de la sérénité (49%), de la joie (27%), de l'optimisme (20%).

- des changements dans le comportement, manifestant plus d'énergie (18%), une plus grande loquacité (31%), une moindre agitation (45%).

- des changements au niveau des contacts sociaux, étant plus coopératifs (36%), plus aimables (27%).

- des changements à type de manifestations religieuses (32%).

T A B L E A U 5

Caractéristiques des cas de modification
de l'humeur peu de temps avant la mort

Facteur	Caractéristiques	Nombre de cas			% du total
		É.-U.	Inde	Total	
a) Durée du changement	Moins de 10 min.	17	11	28	17
	11 min. à 60 min.	19	18	37	22
	61 min. à une journée	34	26	60	36
	Plus longtemps	30	11	41	25
	Aucune donnée disponible ...	6	2	8	—
b) Laps de temps écoulé entre le changement d'humeur et la mort	Moins de 10 min.	49	20	69	41
	11 min. à 60 min.	7	14	21	13
	61 min. à une journée	29	23	52	31
	Plus longtemps	17	9	26	15
	Aucune donnée disponible ...	4	2	6	—
c) Nature du changement d'humeur (1 ^{er} groupe)	Aucun changement ou simple détente	11	1	12	7
	Sérénité	65	29	94	57
	Exaltation	21	28	49	30
	Sentiments négatifs	8	2	10	6
	Aucune donnée disponible ...	1	8	9	—
d) Nature du changement d'humeur	Aucun changement ou simple détente	11	1	12	7
	Sentiments négatifs	8	2	10	6
	Sentiments positifs (non religieux)	57	40	97	59
	Sentiments positifs (religieux)	29	17	46	28
	Aucune donnée disponible ...	1	8	9	—
e) Changement s'étant manifesté dans le discours du patient	Sérénité, quiétude	62	18	80	49
	Exaltation, joie	17	28	45	27
	Optimisme (faisait des projets)	17	16	33	20
	Autres	5	1	6	4
	Aucune donnée disponible ...	5	5	10	—
f) Changement s'étant manifesté au niveau du comportement	Plus d'énergie	10	6	16	18
	Plus loquace	9	18	27	31
	Moins agité	31	8	39	45
	Autres	3	2	5	6
	Aucune réaction de cet ordre ou aucune donnée disponible	53	34	87	—
g) Changement s'étant manifesté au niveau des contacts sociaux	Plus coopératif	21	6	27	36
	Plus aimable	8	12	20	27
	Se plaît davantage dans la compagnie des gens	6	10	16	22
	Maîtrise de soi	5	5	10	14
	Autres	0	1	1	1
h) Changement s'étant manifesté par des gestes de nature religieuse	Aucune réaction de cet ordre ou aucune donnée disponible	66	34	100	—
	Chants, prières	13	8	21	100
	Aucune réaction de cet ordre ou aucune donnée disponible	93	60	153	—

T A B L E A U 6

Fiche médicale des patients en phase terminale dont l'humeur s'est subitement modifiée

Facteur	Fiche médicale	Nombre de cas			% du total
		É.-U.	Inde	Total	
a) Diagnostic principal	Cancer	47	15	62	36
	Troubles cardiaques et circulatoires	29	14	43	25
	Lésions et situation postopératoire	10	12	22	13
	Lésions ou troubles du cerveau, urémie	3	4	7	4
	Maladies infectieuses et respiratoires	6	4	10	6
	Divers	9	17	26	15
	Aucune donnée disponible...	2	2	4	—
b) Diagnostic secondaire (pré-disposition aux hallucinations)	Prédisposition	17	6	23	15
	Pas de prédisposition	81	52	133	85
	Aucune donnée disponible...	8	10	18	—
c) Température du corps (buccale)	Moins de 100° F	63	47	110	69
	100° à 103° F	27	17	44	28
	Plus de 103° F	4	1	5	3
	Aucune donnée disponible...	12	3	15	—
d) Médication pouvant affecter les facultés mentales	Aucune médication de ce type	43	43	86	54
	Médication mais effet nul ...	20	14	34	21
	Effet léger	18	3	21	13
	Effet moyen	12	3	15	9
	Effet puissant	1	2	3	2
	Aucune donnée disponible...	12	3	15	—
e) Degré de lucidité	Tout à fait lucide	87	51	138	80
	Légèrement troublé	11	16	27	16
	Fortement troublé	3	1	4	2
	État changeant	4	0	4	2
	Aucune donnée disponible...	1	0	1	—

T A B L E A U 7

Caractéristiques des patients dont
l'humeur s'est subitement modifiée

Facteur	Caractéristiques	Nombre de cas			% du total
		É.-U.	Inde	Total	
a) Âge	1 à 30 ans	8	8	16	9
	31 à 50 ans	19	33	52	30
	Plus de 50 ans	78	27	105	61
	Aucune donnée disponible...	1	0	1	—
b) Sexe	Homme	51	50	101	58
	Femme	55	18	73	42
c) Scolarité	Aucune, préscolaire	5	13	18	11
	Primaire	33	16	49	30
	Secondaire	35	23	58	36
	Collégiale	23	13	36	22
	Aucune donnée disponible...	10	3	13	—
d) Métier, profession, activités	Professionnel, administrateur, membre du clergé	38	10	48	33
	Commis, vendeur, artisan ...	9	12	21	14
	Cultivateur, ouvrier, travailleur (secteur des services)	21	20	41	28
	Femme au foyer	19	16	35	24
	Aucune donnée disponible...	19	10	29	—
e) Religion	Hindou	—	56	56	34
	Chrétien (Inde)	—	7	7	4
	Musulman	—	3	3	2
	Protestant (É.-U.)	39	—	39	24
	Catholique (É.-U.)	38	—	38	23
	Juif	11	—	11	7
	Autre ou sans religion	9	1	10	6
f) Intensité de la foi	Aucune donnée disponible...	9	1	10	—
	Nulle	4	0	4	4
	Faible	11	5	16	16
	Moyenne	25	9	34	34
	Grande	30	16	46	46
g) Croyance dans la survie	Aucune donnée disponible...	36	38	74	—
	Oui	35	17	52	93
	Non	3	1	4	7
	Aucune donnée disponible...	68	50	118	—

2-2-3- Hallucinations de lieux

Les hallucinations de lieux n'ont été présentes que dans 16% des cas.

Les deux tiers de ces cas proviennent de patients en phase terminale, l'autre tiers provient de patients "rescapés".

a) durée de l'hallucination

Les visions ont été en général de courte durée, 52% ont duré moins de cinq minutes, 75% moins de quinze minutes, 16% seulement plus d'une heure.

b) sujet de l'hallucination

Les deux tiers des expériences portaient sur la vision d'un "autre monde", tandis que l'autre tiers concernait des lieux "de ce monde". Le dénominateur commun de ces expériences est leur beauté extraordinaire. Ce sont des jardins et des paysages merveilleux, éblouissants de couleurs et de lumière.

c) sentiments provoqués par la vision

72% des sujets ont vécu une expérience d'une grande beauté. Dans 14% des cas la quiétude a été le sentiment principal. Des expériences menaçantes ont été vécues par 14% de sujets.

T A B L E A U 8

Caractéristiques des visions portant sur des lieux
chez les patients « rescapés » et les patients en
phase terminale

Facteur	Caractéristiques	Nombre de cas			% du total
		É.-U.	Inde	Total	
a) Durée de la vision	Moins de 5 min.	18	11	29	52
	6 min. à 15 min.	5	8	13	23
	16 min. à 60 min.	2	3	5	9
	Plus d'une heure	5	4	9	16
	Aucune donnée disponible...	34	22	56	—
b) Nature de la vision	Objets ou lieux d'ici-bas....	23	9	32	32
	Paradis, portails, etc.	12	29	41	41
	Jardins, paysages	16	—	16	16
	Constructions architecturales symboliques.....	5	—	5	5
	Musique, bruits	5	1	6	6
	Aucune donnée disponible...	3	9	12	—
c) Aspects des lieux	Menaçants	7	—	7	10
	Ordinaires	6	4	10	14
	Beaux mais naturels	4	11	15	21
	Extraordinairement beaux (surpassant la réalité)	11	16	27	37
	Images de l'autre monde	13	—	13	18
	Aucune donnée disponible...	23	17	40	—
d) Principal sentiment émanant de la vision	Beauté	24	12	36	72
	Quiétude	4	3	7	14
	Sentiments négatifs, menaçants, etc.	6	1	7	14
	Aucun sentiment ou aucune donnée disponible	30	32	62	—
e) Présence de symboles de mort dans la vision	Mort = passage à une existence agréable.....	17	19	36	84
	Mort = passage à une existence horrible	3	1	4	9
	Autres symboles	2	1	3	7
	Aucun symbole ou aucune donnée disponible	42	27	69	—
f) Réactions émotionnelles (1 ^{er} groupe)	Aucune réaction ou simple détente.....	14	12	26	25
	Sérénité	24	16	40	38
	Exaltation	9	15	24	23
	Réactions négatives	11	4	15	14
	Aucune donnée disponible...	6	1	7	—
g) Réactions émotionnelles (2 ^e groupe)	Aucune réaction ou simple détente.....	14	12	26	25
	Réactions négatives	11	4	15	14
	Réactions positives (non religieuses)	19	9	28	27
	Réactions positives (religieuses)	14	22	36	34
	Aucune donnée disponible...	6	1	7	—

T A B L E A U 9

Fiche médicale des patients - rescapés - et des patients
en phase terminale qui ont eu des visions portant
sur des lieux

Facteur	Fiche médicale	Nombre de cas			% du total
		É.-U.	Inde	Total	
a) Diagnostic principal	Cancer	12	5	17	17
	Troubles cardiaques et circulatoires	17	8	25	24
	Lésions et situation postopératoire	12	10	22	21
	Lésions ou troubles du cerveau, urémie	10	0	10	10
	Maladies infectieuses et respiratoires	10	13	23	22
	Divers	—	6	6	6
	Aucune donnée disponible...	3	6	9	—
b) Diagnostic secondaire (pré-disposition aux hallucinations)	Prédisposition	17	4	21	21
	Pas de prédisposition	42	35	77	79
	Aucune donnée disponible...	5	9	14	—
c) Température du corps (buccale)	Moins de 100° F.....	31	22	53	53
	100° F à 103° F.....	20	20	40	40
	Plus de 103° F	4	3	7	7
	Aucune donnée disponible...	9	3	12	—
d) Médication pouvant affecter les facultés mentales	Aucune médication de ce type	25	31	56	60
	Médication mais effet nul ...	16	5	21	22
	Effet léger	6	2	8	9
	Effet moyen	2	4	6	6
	Effet puissant	2	1	3	3
	Aucune donnée disponible...	13	5	18	—
e) Degré de lucidité	Tout à fait lucide	23	11	34	32
	Légèrement troublé	11	15	26	25
	Fortement troublé	14	22	36	34
	État changeant	9	—	9	9
	Aucune donnée disponible...	7	—	7	—

T A B L E A U 10

Caractéristiques des patients - rescapés - et des patients en phase terminale qui ont eu des visions portant sur des lieux

Facteur	Caractéristiques	Nombre de cas			% du total
		É.-U.	Inde	Total	
a) Âge	1 à 30 ans	7	11	18	16
	31 à 50 ans	10	22	32	29
	Plus de 50 ans	47	15	62	55
	Aucune donnée disponible ...				—
b) Sexe	Homme	31	28	59	55
	Femme	33	20	53	45
c) Scolarité	Aucune, préscolaire	1	13	14	15
	Primaire	14	11	25	26
	Secondaire	21	15	36	38
	Collégiale	13	7	20	21
	Aucune donnée disponible ...				—
d) Métier, profession, activités	Professionnel, administrateur, membre du clergé	18	8	26	30
	Commis, vendeur, artisan ...	14	4	18	21
	Cultivateur, ouvrier, travailleur (secteur des services)	4	16	20	23
	Femme au foyer	13	10	23	26
	Aucune donnée disponible ...	15	10	25	—
					—
e) Religion	Hindou	—	35	35	36
	Chrétien (Inde)	—	11	11	11
	Musulman	—	2	2	2
	Protestant (É.-U.)	31	—	31	32
	Catholique (É.-U.)	15	—	15	15
	Juif	1	—	1	1
	Autre ou sans religion	2	—	2	2
	Aucune donnée disponible ...	15	—	15	—
f) Intensité de la foi	Nulle	1	1	2	3
	Faible	6	1	7	11
	Moyenne	14	9	23	35
	Grande	17	17	34	52
	Aucune donnée disponible ...	26	20	46	—
g) Croyance dans la survie	Oui	21	22	43	96
	Non	—	2	2	4
	Aucune donnée disponible ...	43	24	67	—

2-3- Corrélatifs

a) rôle des facteurs médicaux

- Certaines thérapeutiques, comme la Morphine et le Démérol, peuvent induire des hallucinations. Cependant 61% des 425 patients qui en ont présentées ne recevaient aucune drogue hallucinogène. La moitié de ceux qui étaient calmés, recevaient de si petites doses qu'elles ne suffisaient pas à expliquer les hallucinations.

- Température : une hyperthermie peut quelquefois induire des hallucinations. Seulement 8% des patients avaient une température supérieure à 40° C.

- Diagnostic primaire : certaines pathologies peuvent causer des hallucinations, ainsi les atteintes cérébrales, rénales hépatiques, etc... Seulement 12% des patients présentaient une pathologie potentiellement inductrice d'hallucination.

- Diagnostic secondaire : des pathologies mentales pré-existantes et l'éthylisme ont été considérés comme des facteurs favorisant l'apparition d'hallucinations. 25% des patients possédaient un diagnostic secondaire pouvant être hallucinogène.

Pour finir un indice hallucinatoire a été établi en fonction des facteurs ci-dessus cités. 62% des patients étaient libres de tout facteur hallucinogène. 38% des patients en présentaient au moins un.

b) état de conscience

Le niveau de conscience lors de la vision a été évalué chez 457 patients.

- 43% avaient un niveau de conscience normal, ils étaient tout à fait lucide au moment de leur apparition.

- 29% pouvaient encore communiquer avec l'entourage, malgré une baisse du niveau de la vigilance.

- 17% seulement ne pouvaient plus communiquer.

c) facteurs socioculturels

Aucune influence de l'âge, du sexe, de l'éducation ni de la profession ne fut retrouvée.

d) facteurs psychologiques

-stress : il est connu que des hallucinations peuvent survenir en situation de stress intense ou de privation sensorielle. Or chez les mourants ces situations sont fréquentes. Une évaluation de l'état de stress des patients a été faite indirectement en analysant quel était l'humeur du patient avant son apparition. La supposition fut faite que des émotions négatives comme l'anxiété, la colère ou la dépression indiquaient un plus grand stress que des émotions positives. Aucune interaction significative ne fut retrouvée entre le stress du patient avant son apparition et ce que représentait l'apparition.

-désirs et espoirs : les désirs d'un patient ou ses souhaits peuvent être cause d'hallucinations, c'est le cas par exemple des mirages dans le désert. Dans l'échantillon, 13 personnes seulement sur 457 avaient exprimé le désir de revoir un parent avant l'apparition.

-peur de mourir : cette dernière peut causer si elle est suffisamment forte des hallucinations, par exemple de "messagers de la mort", ce qui ne serait sans doute pas le cas de ceux qui auraient espoir de guérir. Là encore aucune interaction significative ne fut retrouvée entre l'identité ou l'intention des apparitions et les désirs ou les craintes du patient.

e) facteurs culturels - religion

L'appartenance religieuse n'est pas un facteur déterminant l'existence des apparitions mais elle conditionne leur forme. Ainsi aucun Chrétien n'a vu de Divinités Hindoues et aucun Hindou n'a vu le Christ.

f) croissance en l'après-vie

La majorité des patients n'ayant pas abordé la question avec le personnel médical, nous n'avons malheureusement obtenu des renseignements que dans 32% des cas.

92% croyaient à une vie après la mort - 8% croyaient que non.

Notons qu'un sondage Gallup effectué aux U. S. A. en 1968

aurait révélé que 73% des Américains croient qu'il existe une quelconque forme de survie.

Malgré le petit nombre notons que 12 patients qui ne croyaient pas à "l'au-delà" ont eu des visions [85 p. 254].

Elle n'a pas d'influence sur la fréquence de la vision d'une sorte particulière d'apparition.

g) l'intention de l'apparition

-facteurs médicaux : la présence des facteurs hallucinogènes réduit la fréquence des visions de manière statistiquement significative.

-facteurs psychologiques : la nature même de l'apparition détermine la réaction émotionnelle du patient. En effet aux U. S. A. les sentiments de sérénité et de quiétude ont accompagné 51% des apparitions venues emporter le patient et 7% seulement des apparitions ayant un autre but ($p = 0,00001$). En Inde l'écart était de $p = 0,009$. De même pour les sentiments de nature religieuse.

Pour ce qui est de l'influence du stress, nous avons vu qu'elle réduit la fréquence des apparitions. De plus, les apparitions "paisibles" venues emporter le patient ont touché davantage les individus dont l'humeur était jugée normale (54%) que ceux dont l'humeur était jugée positive (31%) ou négative (27%).

-comparaison inter-culturelle : 69% des Américains et 79% des Indiens ont mentionné l'intention de l'apparition de les "emporter". La réaction à cette intention fut chez les patients Américains une acceptation et chez 34% des patients Indiens un refus.

h) l'identité de l'apparition

Quatre types d'apparition furent distingués : personnages vivants, morts, religieux, mythologiques.

Aucune personne vivante n'a manifesté l'intention d'emporter le patient. En regroupant les hallucinations de défunts et de personnages religieux, on retrouva 78% aux U. S. A. et 77% en Inde. Cependant les

Américains ont eu cinq fois plus d'apparitions de personnes décédées que de figures religieuses (66% contre 17%). Les Indiens, eux, ont eu deux fois plus d'apparitions de figures religieuses que de personnes décédées (48% contre 28%). Il existe donc une similitude au niveau du phénomène principal avec certaines différences attribuables aux facteurs d'ordres culturels.

i) différents types d'hallucinations

-expériences d'apparition, dans laquelle le sujet tout en percevant l'apparition, perçoit encore le monde réel et peut communiquer avec son entourage ; sa conscience est normale.

-hallucinations totales : le patient se situe dans un autre monde. Il est habituellement désorienté dans les trois sphères (personnalité, espace, temps) et présente un indice hallucinatoire positif. Dans ce cas, l'intention d'emporter le patient n'est que rarement mentionnée. Sur l'ensemble des données, deux tiers des patients ont eu des expériences d'apparition et un tiers des hallucinations totales.

L'indice hallucinatoire a été appliqué de manière concluante au groupe d'Indiens ayant eu moins d'expériences d'apparitions. Ainsi on peut conclure que les facteurs d'ordre médical peuvent expliquer certaines hallucinations totales, mais n'accroissent pas la fréquence des expériences d'apparition chez les sujets lucides.

Il existe un rapport très intéressant entre le degré de lucidité et la fréquence des expériences d'apparition. Plus la lucidité du patient est grande, plus la fréquence des expériences d'apparition est élevée. Un patient lucide aura aux U. S. A. 62% de chances d'expériences et en Inde 94%. Un patient moyennement troublé en aura aux U. S. A. 47% et 83% en Inde, alors qu'un patient fortement troublé n'en aura que 17% aux U. S. A. et 8% en Inde. En fait les patients troublés fortement ont presque tous des hallucinations totales.

j) réactions émotionnelles aux apparitions

-les réactions de sérénité et de quiétude ont marqué six fois plus souvent aux U. S. A. et quatre fois plus souvent en Inde

les expériences d'apparition que les hallucinations totales.

-les patients qui avaient un indice hallucinatoire nul ont éprouvé deux fois plus de sentiments de sérénité : 44% contre 22% aux U. S. A. et 24% contre 12% en Inde (U. S. A. : $p = 0,005$; Inde : $p = 0,07$).

-influence de la lucidité : aux U. S. A. les réactions de sérénité se sont manifestées deux fois plus souvent chez les patients lucides (46%) que chez ceux dont la conscience était troublée (22%) ($p = 0,02$), chez les Indiens l'écart a été encore plus marqué ($p = 0,0004$).

-influence de la croyance en la survie : sur le lot, 139 patients croyaient en la survie. Pour le reste de l'échantillon nous avons vu que le renseignement faisait défaut. En comparant ces deux groupes il apparaît que 37% des croyants en la survie ont eu des sentiments de nature religieuse contre seulement 12% de l'autre groupe. L'influence est donc nette. La croyance en l'après-vie n'affectait pas de manière significative la sérénité ou la joie des patients Américains, mais dans l'échantillon Indien elle a augmenté de manière significative les réactions négatives ($p = 0,005$).

k) influence des observateurs

En ce qui concerne l'équipe soignante les facteurs socio-culturels suivants ont été soumis à l'analyse fréquentielle : croyance en la survie, intensité de la foi, religion, profession (interne, médecin, infirmière), liens personnels avec le patient.

Chez les Indiens, les apparitions conflictuelles ont été relevées deux fois plus souvent par les infirmières que par les internes et les médecins.

Les observateurs Américains les plus jeunes ont rapporté moins de cas d'apparitions avec intention d'emporter le patient que les observateurs d'âge moyen et les observateurs plus âgés.

Pour ce qui a trait aux réactions émotionnelles de sérénité et de quiétude, aux U. S. A. les infirmières ont apporté 25% des cas, et les médecins 14%. En Inde par contre l'écart est négligeable entre les médecins et les infirmières (26% contre 25%) ; ce sont les internes Indiens qui ont apporté le moins de cas (9%). Il existe donc une similitude entre

les rapports des médecins Indiens et des infirmières des deux pays, tandis que la proportion est beaucoup moins élevée chez les médecins Américains et les internes Indiens.

OSIS a donc voulu savoir si les infirmières n'avaient pas exagéré leurs réponses en fonction de leurs croyances, leur religion, et l'intensité de leur foi. Cependant aucune interaction significative n'a été retrouvée.

Puis il compara les données des infirmières avec celles des échantillons les plus fiables (ceux rapportés par des observateurs amis ou parents avec le patient). Les résultats furent similaires : aux U. S. A. : infirmières (15%) et cas "connus" (17%), au Inde : infirmières (20%) et cas "connus" (22%).

Ce qui permet de dire que les chiffres des infirmières sont plus exacts que ceux fournis par les médecins qui ont probablement négligé certaines réactions.

Les biais induits par les observateurs semblent donc plutôt minimiser la fréquence des apparitions.

2-4 Discussion nosologique

Au terme de cette étude sur les hallucinations des mourants nous pouvons en individualiser deux types :

- les hallucinations délirantes (30%) déterminées par l'intrication pathologique complexe fréquente chez ces patients en phase terminale (médicaments sédatifs, pathologie des fonctions vitales, confusion mentale, douleur, stress, isolement...).

- des hallucinations d'une nature particulière que nous qualifions d' E. M. I. (70%). Elles possèdent des caractéristiques phénoménologiques propres qui les différencient des précédentes. Ces différences majeures sont mises en évidence au tableau 11. Les conditions lors de la survenue des apparitions, leur contenu et leurs caractéristiques sont radicalement différents. Les E. M. I. ne sont donc pas des hallucinations délirantes.

Deux études concernant la présence d'hallucinations dans une population générale, révèlent que 33% [Sidgwick, cité par Osis, 85] et 23% [West, cité par Osis, 85] ont des caractéristiques voisines des E. M. I., donc dans une proportion inversée par rapport aux patients en phase terminale.

Il existe un autre type d'hallucinations décrites par EY [30 p. 338], les "eidolies hallucinosiques". Ce sont des hallucinations non délirantes qui surviennent chez un sujet mentalement sain, mais en général symptomatique d'une pathologie cérébrale. Le tableau 12 compare les E. M. I. avec les eidolies hallucinosiques. Les E. M. I. s'en différencient car dans les eidolies le sujet critique son hallucination et en perçoit le caractère anormal, alors que dans les E. M. I., le sujet leur attribue un caractère de réalité.

T A B L E A U 11

COMPARAISON ENTRE LES E. M. I. ET LES HALLUCINATIONS		
Caractéristique	Hallucination	E. M. I.
<u>Corrélatifs</u>		
- humeur	perturbée	normale
- stress	oui	non
- orientation	désorientation dans les 3 sphères (a)	orientation normale
- conscience	altérée	normale, lucidité
- indice hallucinatoire (b)	positif	négatif
<u>Phénoménologie</u>		
- personnages hallucinés	vivants, connus ou non	décédés, proches ou religieux, connus un "autre monde"
- lieux hallucinés	terrestre	
- intention des apparitions	menaçantes	accueillantes
- durée de l'apparition	longue	brève
- émotion dégagée	peur-angoisse	quiétude, sérénité
- aspect des apparitions	menaçant	extraordinaire, beau
<u>Rapport du sujet aux hallucinations</u>		
- éléments délirants	présents	absents
- conviction	oui	oui

(a) Les 3 sphères sont le temps, l'espace et la personnalité

(b) L'indice hallucinatoire regroupe des facteurs prédisposant aux hallucinations : les drogues, l'hyperthermie, les pathologies graves, les antécédents comme l'éthylisme ou les maladies mentales.

T A B L E A U 12

COMPARAISON ENTRE E. M. I. et EIDOLIES HALLUCINOSIQUES		
Caractéristique	Eidolies	E. M. I.
personnalité	normale	normale
phénoménologie	non systématisée	relativement stable
éléments délirants	absents	absents
rapport du sujet à l'hallucinations	critique	croyance à la réalité

De plus, alors que le contenu des eidolies hallucinosiques n'est pas systématisé, il apparaît que celui des E. M. I. comporte des schèmes relativement constants. En effet d'après les statistiques d'OSIS et HARALDSON, deux tiers des sujets de leur échantillon ont eu des hallucinations similaires de type E. M. I. ; cependant bien que la trame de ces expériences ne varie pas, certains aspects sont modifiés par la culture et l'histoire individuelle.

On peut résumer ainsi les travaux d'OSIS et HARALDSON :

- 1- le mourant est souvent exalté avant sa mort, cet état n'est en rapport ni avec la nature de la maladie, ni avec le niveau d'éducation, ni avec l'âge et le sexe et n'a qu'un rapport formel avec ses croyances.
- 2- le taux des apparitions est alors considérablement supérieur à celui d'une population normale.
- 3- les visions surviennent dans un état de claire conscience, au cours d'une période qui précède la mort de une à vingt-quatre heure.
- 4- les plus fréquentes sont des visions de défunts ou de personnages religieux.
- 5- la moitié des sujets sont persuadés que ces apparitions viennent les emmener dans la mort.

Tout ceci témoignant d'un puissant intérêt affectif pour les images qui concernent la mort ou des défunts avant même la survenue d' E. M. I. proprement dites ou de la mort elle-même.

Les E. M. I. survenant chez le patient en phase terminale suivent un schéma hallucinatoire relativement stable, non délirant, et auquel le sujet adhère totalement.

3- EXPERIENCES DE LA MORT IMMINENTE

survenant chez des rescapés d'accidents, de maladies graves ou de suicide ayant présenté un état de survie artificielle ou de mort apparente.

3-1- Le Portrait type de l'expérience de la mort selon MOODY

En 1975 un chercheur Américain, Raymond MOODY, docteur en médecine et en philosophie fit paraître une étude qui devint aussitôt un best-seller dans plusieurs pays, "La Vie après la Vie" [70]. Il étudia les récits de près de 150 personnes ayant approché la mort et en dégagées les thèmes récurrents : ils s'organisent selon le modèle suivant.

"Voici donc un homme qui meurt, et, tandis qu'il atteint le paroxysme de la détresse physique, il entend le médecin constater son décès. Il commence alors à percevoir un bruit désagréable, comme un fort timbre de sonnerie ou un bourdonnement, et dans le même temps il se sent emporté avec une grande rapidité à travers un obscur et long tunnel. Après quoi il se retrouve soudain hors de son corps physique, sans toutefois quitter son environnement physique immédiat ; il aperçoit son propre corps à distance, comme en spectateur. Il observe de ce point de vue privilégié, les tentatives de réanimation dont son corps fait l'objet, il se retrouve dans un état de forte tension émotionnelle.

Au bout de quelques instants, il se reprend et s'accoutume peu à peu à l'étrangeté de sa nouvelle condition. Il s'aperçoit qu'il continue à posséder un "corps", mais ce corps est d'une nature très particulière et jouit de facultés très différentes de celles dont faisaient preuve la dépouille qu'il vient d'abandonner. Bientôt d'autres événements se produisent : d'autres êtres s'avancent à sa rencontre, paraissant vouloir lui venir en aide, il entrevoit les "esprits" de parents et d'amis décédés avant lui. Et soudain une entité spirituelle, d'une espèce inconnue, un esprit de chaude tendresse, tout vibrant d'amour - un "être de lumière" - se montre à lui, cet "être" fait surgir en lui une interrogation qui n'est pas verbalement prononcée et qui le porte à effectuer le bilan de sa vie passée. L'entité le seconde dans cette tâche en lui procurant une vision panoramique instantanée, de tous les événements qui ont marqué son destin. Le moment

vient ensuite où le défunt semble rencontrer devant lui une sorte de barrière, ou de frontière, symbolisant apparemment l'ultime limite entre la vie terrestre et la vie à venir. Mais il constate alors qu'il lui faut revenir en arrière, que le temps de mourir n'est pas encore venu pour lui. A cet instant, il résiste car il est désormais subjugué par le flux des événements de l'après-vie et ne souhaite pas ce retour. Il est envahi d'intenses sentiments de joie, d'amour et de paix.

Par la suite lorsqu'il tente d'expliquer à son entourage ce qu'il a éprouvé entre-temps, il se heurte à différents obstacles. En premier lieu, il ne parvient pas à trouver des paroles adéquates pour décrire ce qu'il vient de vivre. De plus, il voit bien que ceux qui l'écoutent ne le prennent pas au sérieux, si bien qu'il renonce à se confier à d'autres. Pourtant, cette expérience marque profondément sa vie et bouleverse notamment toutes les idées qu'il s'était faites jusque-là à propos de la mort et de ses rapports avec la vie.

MOODY insiste bien sur le fait qu'il ne s'agit que d'une composition établie à partir des différents témoignages et qu'en aucun cas il n'a retrouvé un récit mentionnant tous les éléments de ce modèle théorique.

De plus, l'ordre des séquences n'est pas toujours le même, ainsi l' "être de lumière" peut-il apparaître avant la décorporation, etc...

L'auteur dégage 12 éléments caractéristiques dont voici la liste :

- l'incommunicabilité
- l'impression de mourir
- les sentiments de calme et de paix
- les bruits
- le tunnel obscur
- la décorporation
- le contact avec d'autres
- l'être de lumière
- le panorama de la vie
- la frontière ou limite
- les sentiments au moment du retour à la connaissance
- les répercussions ultérieures

Mais cette étude de MOODY, comme il le dit lui-même, est uniquement anecdotique, sans données chiffrées et à elle seule ne permet pas une investigation scientifique.

Or, deux recherches ultérieures, entreprises dans une optique contradictoire au départ - celle de RING [97] en vue de vérifier, celle de SABOM [105] en vue de combattre les déclarations de l'auteur de "La Vie après la Vie" - ont toutes deux abouti à confirmer la thèse de MOODY, comme nous allons le voir maintenant.

3-2- Méthodes d'enquêtes

3-2-1- Enquête de K. RING

Afin de vérifier la validité des données avancées par MOODY, K. RING, Médecin qui fait partie du département de psychologie de l'Université du Connecticut, décida, cinq ans après, d'entreprendre une étude statistique systématique qui porta sur une enquête de deux ans. Les critères de sélection des sujets étaient les suivants :

- 1- s'être trouvé à l'agonie, en avoir été réanimé après une mort apparente, par suite de maladie grave, d'accident ou de tentative de suicide.
- 2- se trouver suffisamment rétabli.
- 3- parler Anglais couramment.
- 4- avoir au moins dix-huit ans.

Diverses méthodes de recrutement ont été utilisées. Le tableau 13 présente une répartition des interviewés selon les sources de référence.

T A B L E A U 13
NOMBRE D'ENQUÊTÉS PAR SOURCE

Source	Quantité
Hôpital	54
Médecin	5
Non médicale	16
Spontanée	6
Petite annonce	21
Total	102

Voici le plan de leur interview :

- 1- informations démographiques et socioculturelles
- 2- narration non dirigée de l'expérience
- 3- série de questions destinées à déterminer la présence ou l'absence des diverses composantes de l'expérience de l'imminence de la mort telles que les a décrites R. MOODY.
- 4- répercussions ultérieures
- 5- comparaison entre les croyances et les attitudes religieuses avant et après le phénomène.

Un total de 102 personnes furent interviewées. Parmi elles, 52 avaient frôlé la mort par suite de maladie grave, 26 par suite d'accident et 24 en raison d'une tentative de suicide.

On trouvera quelques informations fondamentales sur les enquêtés dans le tableau 14.

T A B L E A U 14

DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES SUR LES ENQUÊTÉS

Total des enquêtés	102
Sexe	
Masculin	45
Féminin	57
Race	
Blanche	97
Noire	5
Situation de famille	
Marié(e)	47
Célibataire	32
Divorcé(e)/séparé(e)	16
Veuf ou veuve	7
Confession religieuse	
Catholique	37
Protestante	34
Sans	21
Autre	3
Agnostique/athée	7
Etudes	
Diplôme de fin d'études supérieures	11
Etudes supérieures/étudiant(e)	34
Diplôme de fin d'études secondaires	39
Etudes secondaires	10
Etudes primaires uniquement	8
Eventail d'âge	18 à 84
Moyenne d'âge au moment de l'interview	43,01
Moyenne d'âge au moment de l'incident d'agonie ..	37,81

60% des sujets furent interrogés moins de deux ans après leur épisode d'agonie. Le tableau 15 en donne les détails.

T A B L E A U 15

DONNÉES SUR L'INTERVALLE ENTRE L'INTERVIEW ET L'INCIDENT

<i>Intervalle I-I</i>	<i>Nombre d'enquêtés</i>
1 an	37
1 à 2 ans	23
2 à 5 ans	17
5 à 10 ans	11
10 ans	16

Les trois catégories de survivants de l'agonie étudiées dans cette investigation ne sont pas directement comparables entre elles pour diverses raisons, comme l'analyse l'auteur (p. 310 à 312). Leurs principales différences sont mises en évidence dans cet appendice.

"Un total de 208 sujets potentiels nous a été fourni au cours de cette enquête, dont 156 étaient hospitalisés. Sur les 52 personnes dont le recrutement fut assuré soit par voie non médicale, soit par voie spontanée (y compris par réponse à nos petites annonces), 48 personnes, c'est à dire la quasi-totalité, furent interviewées. Notre succès dépassa à peine un cas sur trois pour ce qui concerne le recrutement par voie hospitalière. On trouvera une ventilation complète de ces données au tableau ci-contre (16).

On constatera, dans la partie supérieure de ce tableau, que notre plus grand succès (proportionnellement parlant) fut obtenu auprès des accidentés ; et le moindre, avec les cas de tentative de suicide, alors que les cas de maladies se situaient entre les deux. Le taux de pourcentage relativement élevé (24%) des refus opposés par les médecins peut s'attribuer principalement au fait qu'ils considéraient un patient donné comme n'étant pas assez bien rétabli de sa crise d'agonie pour être capable d'en parler de manière cohérente. Relativement peu de médecins nous ont carrément contre-carrés par un refus de coopération. Les refus des témoins potentiels étaient

au contraire motivés par diverses raisons et excuses. En nous limitant aux sujets véritablement disponibles pour une interview (en éliminant ceux qui étaient morts ou ne pouvaient être joints), nous arrivons aux chiffres exposés dans la partie inférieure du tableau (16). On pourra constater en les examinant que le pourcentage de refus diffère largement selon la catégorie de classification. Les accidentés, bien qu'ils aient été inférieurs en nombre, ont quasiment sans exception accepté de se prêter à une interview, alors que quatre sur cinq des personnes ayant tenté de se suicider ne purent être contactées ou refusèrent de nous répondre, comme c'était prévisible. Parmi les victimes de maladie, la catégorie la plus abondante, le pourcentage se divise par moitié.

Ces différences de disponibilité et de taux de refus entre les catégories nous ont conduits à chercher des témoignages d'autres sources à examiner en conjonction avec le résultat de la sélectivité des témoins. Le tableau B (voir p. précédente) expose les chiffres correspondants.

L'examen du tableau B démontre, comme la discussion précédente le laissait supposer, que la source de référence se confond avec la catégorie du témoin. Spécifiquement, la plupart (73%) des victimes de maladie furent recrutées par source médicale ; les accidentés furent recrutés par source médicale pour moins de la moitié (46%) ; alors que les cas de tentative de suicide furent recrutés davantage par des réponses à nos petites annonces (54%).

En prenant en compte toutes les données sur la disponibilité par catégorie, sur les sources de références et sur les taux de refus, il est évident qu'un schéma de sélectivité très différent est intervenu pour chacune des trois causes d'entrée en agonie représentées dans notre étude. Les victimes de maladie étaient (relativement parlant) très nombreuses, généralement recrutées par sources médicales, mais disponibles pour une interview sur la base de la moitié. Les accidentés furent difficiles à localiser, recrutés par des sources différentes, mais quasiment toujours consentants à une interview quand ils pouvaient être joints. Les gens ayant fait une tentative de suicide furent également difficiles à localiser, recrutés surtout par petites annonces, et fournirent un taux de refus très élevé. L'influence manifeste de ces différences de sélectivité, c'est que les trois

catégories principales d'entrée en agonie ne sont pas directement comparables entre elles dans le but d'estimer la fréquence du paramètre de l'expérience du substrat dans la population dont elles ont été tirées (par échantillonnage non "random"). A cet égard, la catégorie maladie semble la plus représentative, en raison de ses caractéristiques d'ampleur et des sources de références, bien que son taux de refus soit indubitablement perturbateur. Une manière de minimiser, mais sans l'éliminer, le problème de la sélectivité personnelle consiste à analyser certaines des données de fréquence en fonction de la source de référence, ce que je ferai. Je reviendrai sur cette question à la suite de la présentation de mes découvertes, mais il était indispensable de la soulever ici, d'une façon qui peut sembler prématurée, afin d'alerter le lecteur sur les origines de non-comparabilité et de non-représentativité parmi les catégories".

T A B L E A U 16

RÉCAPITULATION DES DONNÉES SUR LES SOURCES DE RÉFÉRENCES HOSPITALIÈRES

<i>Catégorie</i>	<i>Témoins potentiels</i>	<i>Morts</i>	<i>Refus du médecin</i>	<i>Refus du témoin potentiel</i>	<i>Contact non établi</i>	<i>Enquêtés</i>
Maladie	101	16	18	17	14	36
Accident.....	17	1	1	0	4	11
Tentative de suicide	38	0	18	9	4	7
Totaux	<u>156</u>	<u>17</u>	<u>37</u>	<u>26</u>	<u>22</u>	<u>54</u>

DONNÉES SUR LES TAUX DE REFUS

<i>Catégorie</i>	<i>Témoins potentiels</i>	<i>Refus du médecin</i>	<i>Refus du témoin potentiel</i>	<i>Total des refus</i>	<i>% des refus</i>
Maladie	71	18	17	35	48,7
Accident.....	12	1	0	1	8,3
Tentative de suicide	34	18	9	27	79,4
Totaux	<u>117</u>	<u>37</u>	<u>26</u>	<u>63</u>	<u>53,8</u>

Pour "mesurer" l'E. M. I., RING a établi un indice basé sur le schéma typique de MOODY qui, on s'en souvient, comportait douze traits caractéristiques. Il a divisé les résultats en trois catégories : en dessous de 6, l'individu était qualifié de Non-Connaisseur, entre 6 et 9 de Connaisseur Moyen et au-dessus de 10 de Connaisseur Profond. Chaque interview étant évaluée par trois personnes différentes.

Les résultats sont représentés dans le tableau suivant (17).

T A B L E A U 17

	Hommes	Femmes
Connaisseurs Profonds	27	26
Connaisseurs Moyens	20	23
Non-Connaisseurs	53	51

En tenant compte de la source de référence on constate que 39% des 59 sujets adressés par voie médicale ont connu l'E. M. I. alors que chez ceux qui ont été connus par une voie non médicale, la fréquence de l'E. M. I. est de 58% sur 43 sujets. De manière globale 48% furent connaisseurs et 53% non-connaisseurs.

Cependant le chiffre de 39% est sans doute plus proche d'une évaluation juste de l'incidence de l'E. M. I. dans une population prise au hasard, bien que les 59 cas (médicaux) n'aient pas été tirés au hasard.

3-2-2- Enquêtes de NOYES et KLETTI

R. NOYES est professeur de psychiatrie à l'Université d'Iowa et R. KLETTI psychologue clinicien à la même université.

Le matériel sur lequel se base leur étude de 1976 [78] provient d'interrogatoires personnels établis par les auteurs eux-mêmes. Les sujets ont été trouvés au moyen de petites annonces parues dans un journal d'étudiants. L'annonce mentionnait qu'on recherchait des personnes

ayant vécu une expérience subjective au cours d'un danger mortel. Chaque sujet était soumis à un questionnaire comportant des questions ouvertes et des questions auxquelles il fallait répondre par oui ou par non. Ce questionnaire comprenait 40 items. Le 1er demandait à chaque personne s'il croyait avoir été proche de la mort pendant son accident ou non, 3-4-5 concernaient le sens attaché à l'expérience, la suite étaient des interrogations concernant une variété de phénomènes subjectifs rapportés habituellement lors de la dépersonnalisation et les états mystiques de la conscience.

114 récits ont été obtenus à partir de 104 personnes.

L'origine des accidents se répartit comme suit :

- chutes : 47
- noyades : 16
- accidents de la route : 14
- maladies graves : 10
- explosions : 6
- arrêts cardiaques : 5
- réactions allergiques : 4
- et accidents divers : 12

Dans leur enquête en 1977 [81] 101 sujets furent recrutés par voie de presse comme la précédente, ou de relation, l'enquête ayant été effectuée soit par interview directe, soit par questionnaire. Avec une moyenne d'âge pour les hommes de 62 ans et 39 pour les femmes et un âge moyen au moment de l'expérience de 22 ans.

Il s'agissait alors d'accidents de la route : 40
noyades : 32
chutes : 10
maladies graves : 10
accidents divers : 11

Ces recherches en fait, non seulement ne permettent pas l'étude de fréquence des déterminants et de l'invariance des phénomènes, mais semblent montrer dans l'analyse phénoménologique quelques petites différences qui deviendront essentielles dans l'interprétation des phénomènes.

3-2-3- Méthode d'enquête de B. GREYSON et I. STEVENSON [40]

78 cas recueillis en demandant des volontaires ayant eu de telles expériences, par voie de presse ou de relation. Le matériel provenait des relations spontanées, de questionnaires, d'interviews personnelles avec examen des rapports médicaux lorsque c'était possible (dans 80% des cas un personnel médical était présent pendant ou juste après l'E. M. I.) et fut élaboré et traité statistiquement. Expériences survenues lors de

- maladies : 40%
- traumatismes : 37%
- interventions chirurgicales : 13%
- accouchements : 7%
- ingestion de drogue : 4%

3-2-4- Enquête de SCHOONMAKER

C'est un cardiologue de Deuver qui aurait étudié depuis 1961 ces phénomènes, sur 2300 cas. Il donne une fréquence d'E. M. I. de 60% mais ses résultats n'ont pas été publiés.

Un article de J. ANDETTE (106) a été publié sur la question mais il ne nous a pas été possible de l'obtenir.

3-2-5- Enquête de M. B. SABOM [105]

Cardiologue, Professeur à la Faculté de Médecine d'Emory et médecin titulaire à l'hôpital des Vétérans à Atlanta.

Son enquête s'étend de Mai 1976 à Mars 1981.

Critères de sélection : Fut interrogé

Tout malade "ayant perdu connaissance", l'inconscience se définissant comme un "laps de temps spécifique au cours duquel le patient perd toute conception consciente de son environnement et de lui-même" (p. 25) et s'étant trouvé physiquement "au seuil de la mort", le problème restant de définir "la mort clinique". Il a donc sélectionné des patients s'étant trouvés "dans un état physique résultant d'un effondrement physiologique total" d'origine accidentelle ou autre, état dont on pouvait raisonnablement penser qu'il aboutirait à la mort biologique irréversible dans la plupart

des cas et réclamerait une assistance médicale urgente, si c'était faisable.
Cette définition incluait

- les arrêts cardiaques
 - les lésions traumatiques
 - les états de coma profond dus à des troubles du métabolisme
- ou à des maladies organiques et autres états semblables.

Tout malade suffisamment rétabli, mais aussitôt que possible.

Exclusion systématique de tout patient atteint de troubles
psychiatriques connus ou d'altération significative de ses facultés mentales.

Source quasi uniquement hospitalière dans les unités de
soins intensifs des deux hôpitaux de l'Université de Floride et de
dialyse rénale.

Ces cas qui lui ont été adressés ont été strictement conservés
à part des entretiens prospectifs faits à l'hôpital.

TABLEAU 18

Circonstances du début d'agonie du sujet

<i>N° d'entretien</i> ¹	<i>Intervalle entre la crise et l'entretien</i>	<i>Type de crise</i>	<i>Localisation</i>	<i>Durée estimée de l'inconscience</i>	<i>Méthode de réanimation</i> ²
1	1 an	Arrêt ³	Hôpital	1-30 mn	Méds
2	4 ans	Arrêt	Hôpital	1-30 mn	Défib.-Méds
3	4 ans	Arrêt	Hôpital	1-30 mn	Défib.-Méds
4	7 ans	Arrêt	Hôpital	1-30 mn	Méds
5	4 ans	Arrêt	Hôpital	1-30 mn	Méds
6	13 ans	Accident	Auto	> 30 mn	Support
7	1 jour	Arrêt	Hôpital	1-30 mn	Défib.-Méds
8	7 ans	Arrêt	Hôpital	> 30 mn	Défib.-Méds
9	6 ans	Arrêt	Hôpital	> 30 mn	Support
10	5 ans	Arrêt	Hôpital	1-30 mn	Méds
11	1 an	Coma	Hôpital	> 30 mn	Support
12	58 ans	Coma	Hôpital	> 30 mn	Support
13	1 jour	Arrêt	Hôpital	> 30 mn	Défib.-Méds
14	2 ans	Arrêt	Hôpital	1-30 mn	Défib.-Méds
15	1 an	Arrêt	Hôpital	> 30 mn	Défib.-Méds
16	1 an	Arrêt	Hôpital	> 30 mn	Méds
17	1 an	Arrêt	Hôpital	1-30 mn	Méds
18	4 mois	Coma	Hôpital	> 30 mn	Support
19	4 ans	Arrêt	Hôpital	1-30 mn	Défib.-Méds
20	1 mois	Arrêt	Parking	1-30 mn	Rien
21	7 mois	Arrêt	Hôpital	1-30 mn	Méds
22	1 mois	Arrêt	Hôpital	1-30 mn	Défib.-Méds
23	1 mois	Coma	Hôpital	> 30 mn	Support
24	1 mois	Arrêt	Hôpital	1-30 mn	Défib.-Méds
25	3 ans	Arrêt	Hôpital	1-30 mn	Méds
26	4 ans	Arrêt	Hôpital	1-30 mn	Méds
27	2 ans	Arrêt	Hôpital	1-30 mn	Défib.-Méds
28	2 ans	Coma	Hôpital	> 30 mn	Support
29	1 an	Arrêt	Hôpital	> 30 mn	Méds
30	12 heures	Arrêt	Hôpital	< 1 mn	Rien
31	26 ans	Accident	Hôpital	> 30 mn	Support
32	5 ans	Arrêt	Hôpital	1-30 mn	Défib.-Méds
33	1 an	Arrêt	Hôpital	1-30 mn	Défib.-Méds
34	2 sem.	Arrêt	Hôpital	1-30 mn	Défib.-Méds
35	45 ans	Coma	Hôpital	> 30 mn	Support
36	40 ans	Coma	Hôpital	> 30 mn	Support
37	17 ans	Coma	Hôpital	> 30 mn	Support
38	23 ans	Coma	Hôpital	1-30 mn	Support
39c	1 an	Chirurgie	Hôpital	1-30 mn	Support
40c	1 an	Chirurgie	Hôpital	> 30 mn	Support
41	19 ans	Coma	Hôpital	1-30 mn	Support
42	2 ans	Arrêt	Hôpital	1-30 mn	Méds
43	1 an	Arrêt	Hôpital	> 30 mn	Défib.-Méds
44	1 an	Coma	Hôpital	> 30 mn	Support
45	15 ans	Coma	Hôpital	1-30 mn	Support

1. N° de l'entretien : « c » indique un cas chirurgical.

2. Méthode de réanimation : Rien = guérison spontanée ; Méds = médications ; Défib.-Méds = défibrillation + médications ; Support = mesures de maintien en vie chroniques.

3. Arrêt = arrêt cardiaque.

<i>N° d'entretien</i>	<i>Intervalle entre la crise et l'entretien</i>	<i>Type de crise</i>	<i>Localisation</i>	<i>Durée estimée de l'inconscience</i>	<i>Méthode de réanimation</i>
46	48 ans	Coma	Hôpital	> 30 mn	Support
47	8 ans	Arrêt	Hôpital	1-30 mn	Défib.-Méds
48c	22 ans	Chirurgie	Hôpital	> 30 mn	Support
49	1 an	Coma	Hôpital	1-30 mn	Support
50c	25 ans	Chirurgie	Hôpital	> 30 mn	Support
51c	4 ans	Chirurgie	Hôpital	> 30 mn	Support
52	2 ans	Accident	Auto	> 30 mn	Support
53	1 an	Coma	Ambulance	> 30 mn	Support
54	11 ans	Coma	Hôpital	> 30 mn	Support
55c	1 an	Chirurgie	Hôpital	> 30 mn	Support
56	2 mois	Arrêt	Hôpital	1-30 mn	Défib.-Méds
57	1 an	Arrêt	Hôpital	1-30 mn	Défib.-Méds
58c	2 ans	Chirurgie	Hôpital	> 30 mn	Support
59c	37 ans	Chirurgie	Hôpital	> 30 mn	Support
60	10 ans	Arrêt	Hôpital	1-30 mn	Défib.-Méds
61	8 ans	Arrêt	Hôpital	1-30 mn	Défib.-Méds
62	7 ans	Arrêt	Auto	1-30 mn	Méds
63	1 an	Arrêt	Hôpital	1-30 mn	Défib.-Méds
64	3 ans	Suicide	Hôpital	> 30 mn	Support
65	8 ans	Coma	Hôpital	1-30 mn	Méds
66	1 an	Arrêt	Hôpital	1-30 mn	Défib.-Méds
67	1 an	Arrêt	Hôpital	> 30 mn	Défib.-Méds
68	10 ans	Accident	Viêt Nam	> 30 mn	Support
69	14 ans	Accident	Viêt Nam	> 30 mn	Support
70c	7 ans	Chirurgie	Hôpital	> 30 mn	Support
71c	4 1/2 ans	Chirurgie	Hôpital	> 30 mn	Défib.-Méds
72	4 mois	Arrêt	Domicile	1-30 mn	Rien
73	1 mois	Arrêt	Domicile	1-30 mn	Rien
74	1 jour	Arrêt	Hôpital	1-30 mn	Défib.-Méds
75	1 jour	Arrêt	Hôpital	< 1 mn	Méds
76	2 sem.	Arrêt	Hôpital	< 1 mn	Défib.-Méds
77	1 mois	Arrêt	Domicile	< 1 mn	Rien
78	2 ans	Arrêt	Hôpital	1-30 mn	Défib.-Méds
79	5 ans	Arrêt	Domicile	1-30 mn	Méds
80	1 an	Arrêt	Hôpital	1-30 mn	Défib.-Méds
81	4 mois	Arrêt	Domicile	1-30 mn	Défib.-Méds
82	3 ans	Arrêt	Auto	< 1 mn	Rien
83	3 ans	Arrêt	Hôpital	< 1 mn	Méds
84	2 sem.	Arrêt	Hôpital	< 1 mn	Rien
85	1 jour	Arrêt	Hôpital	< 1 mn	Méds
86	1 mois	Arrêt	Hôpital	> 30 mn	Défib.-Méds
87	1 mois	Arrêt	Hôpital	1-30 mn	Défib.-Méds
88	2 sem.	Arrêt	Hôpital	< 1 mn	Méds
89	1 an	Coma	Hôpital	> 30 mn	Support
90	2 sem.	Arrêt	Hôpital	1-30 mn	Méds
91	2 mois	Arrêt	Hôpital	< 1 mn	Rien
92	9 ans	Accident	Viêt Nam	1-30 mn	Rien
93	1 mois	Arrêt	Bateau	< 1 mn	Rien
94	1 an	Arrêt	Hôpital	1-30 mn	Défib.-Méds
95	1 mois	Arrêt	Domicile	1-30 mn	Méds
96	1 mois	Arrêt	Hôpital	1-30 mn	Défib.-Méds

<i>N° d'entretien</i>	<i>Intervalle entre la crise et l'entretien</i>	<i>Type de crise</i>	<i>Localisation</i>	<i>Durée estimée de l'inconscience</i>	<i>Méthode de réanimation</i>
97	1 an	Arrêt	Domicile	< 1 mn	Rien
98	4 jours	Arrêt	Hôpital	> 30 mn	Défib.-Méds
99	5 mois	Arrêt	Hôpital	1-30 mn	Méds
100	1 an	Coma	Hôpital	> 30 mn	Méds
101	15 ans	Arrêt	Hôpital	1-30 mn	Méds
102	1 mois	Arrêt	Hôpital	> 30 mn	Défib.-Méds
103	11 jours	Arrêt	Hôpital	1-30 mn	Défib.-Méds
104	16 jours	Coma	Hôpital	1-30 mn	Support
105	1 mois	Arrêt	Hôpital	> 30 mn	Défib.-Méds
106	3 mois	Arrêt	Hôpital	1-30 mn	Défib.-Méds
107	2 sem.	Arrêt	Hôpital	1-30 mn	Défib.-Méds
108	5 sem.	Arrêt	Domicile	< 1 mn	Rien
109	6 ans	Arrêt	Domicile	1-30 mn	Méds
110	2 sem.	Arrêt	Hôpital	< 1 mn	Rien
111	2 ans	Arrêt	Hôpital	1-30 mn	Méds
112	4 mois	Arrêt	Hôpital	1-30 mn	Méds
113	1 mois	Arrêt	Hôpital	1-30 mn	Défib.-Méds
114	2 ans	Accident	Auto	> 30 mn	Support
115	1 an	Arrêt	Hôpital	1-30 mn	Défib.-Méds
116	3 mois	Arrêt	Hôpital	1-30 mn	Défib.-Méds

Méthodes d'entretien

- Prise de contact initiale, sans mentionner l'intérêt porté aux expériences aux frontières de la mort, qui concernait les détails médicaux habituels. Puis ils demandaient au patient de reconstituer les événements ayant précédé immédiatement la perte de connaissance, ceux ayant suivi le réveil, puis concernant la période d'inconscience elle-même.

- Puis narration non dirigée de l'expérience

- Série de questions destinées à montrer l'absence ou la présence de 10 éléments de l'E. M. I. décrits par MOODY.

- Informations démographiques

- Répercussions ultérieures sur la peur de la mort et la croyance en une autre vie

- Les interviews se faisaient aussitôt que possible après la crise dans la mesure où l'état de santé du malade s'était suffisamment stabilisé.

- 6 mois après la date de l'interview 2 échelles d'angoisses de la mort, celle de TEMPLER et celle de DICKSTEIN furent envoyées au patient pour explorer la différence de comportement face à la mort des patients avec ou sans expérience aux frontières de la mort.

Résultats

Un total de 116 personnes furent interviewées.

- 10 personnes avaient affronté la mort au cours d'une intervention chirurgicale, expériences qui ont été analysées à part.

- 106 autres cas ont été recueillis dont 78 par l'enquête prospective

- sur ces 78 on dénombre 66 arrêts cardiaques (tableau 19)

8 comas

4 accidents graves

- sur ces 78, 27, soit 35% avaient frôlé la mort plusieurs fois au cours de leur vie (tableau 20) et l'épisode qui a été retenu pour l'analyse est, soit le plus récent, soit celui qui a été associé à une E. M. I.

- sur ces 78, 34, soit 43% ont dit avoir eu une expérience de la mort imminente.

T A B L E A U 19

**Circonstances du début d'agonie
chez les patients en situation non chirurgicale
et dont l'entretien a été mené dans un cadre prospectif :
comparaisons entre les groupes avec et sans expérience**

	<i>33 patients avec expérience</i>	<i>45 patients sans expérience</i>	
Type			
Arrêt cardiaque	26 (79 %)	40 (89 %)	
Coma	5 (15 %)	3 (7 %)	
Accident	2 (6 %)	2 (4 %)	
Localisation			
Hôpital	31 (94 %)	32 (71 %)	p < 0,02
Durée estimée de l'inconscience			
Moins de 1 minute	1 (3 %)	13 (29 %)	p < 0,01
De 1 à 30 minutes	19 (58 %)	25 (56 %)	
Supérieure à 30 minutes	13 (39 %)	7 (15 %)	p < 0,02
Méthode de réanimation			
Rien	2 (6 %)	11 (24 %)	p < 0,05
Médications	10 (30 %)	13 (29 %)	
Défibrillation-médications	13 (39 %)	18 (40 %)	
Mesures de support	8 (25 %)	3 (7 %)	p < 0,05

T A B L E A U 20

Circonstances des autres débuts d'agonie

<i>N° de l'entretien</i>	<i>Autres débuts d'agonie</i>	<i>Expériences aux frontières de la mort associées</i>
2	8-10 arrêts cardiaques	Rien
4	1 arrêt cardiaque	Rien
5	1 coma	Même type d'expérience (voir tableau VIII)
11	1 arrêt cardiaque	Rien
12	1 arrêt cardiaque	Rien
14	1 arrêt cardiaque	Rien
16	1 coma	Même type d'expérience (voir tableau VIII)
18	3-5 comas	Même type d'expérience chaque fois (voir tableau VIII)
19	1 arrêt cardiaque	Rien
20	5-10 arrêts cardiaques	Rien
28	1 coma	Même type d'expérience (voir tableau VIII)
45	1 arrêt cardiaque	Même type d'expérience (voir tableau VIII)
54	3 comas	Expériences durant 2 comas 1. avec éléments : 1, 2, 3, 4, 10 (voir tableau IX) 2. avec éléments : 1, 2, 3, 4, 10 (voir tableau IX)
60	1 arrêt cardiaque	Rien
62	8-10 divers : accidents, arrêts cardiaques, comas	Même expérience à chaque fois (voir tableau VIII)
63	1 arrêt cardiaque	Expérience avec éléments : 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10 (voir tableau IX)
66	1 arrêt cardiaque	Rien
73	5-10 arrêts cardiaques	Rien
77	1 arrêt cardiaque	Rien
82	1 arrêt cardiaque	Rien
84	1 arrêt cardiaque	Rien
88	1 arrêt cardiaque	Rien
89	1 arrêt cardiaque	Rien
91	5-10 arrêts cardiaques	Rien
93	1 arrêt cardiaque	Rien
96	1 arrêt cardiaque	Rien
97	1 arrêt cardiaque	Rien
101	1 arrêt cardiaque	Rien
105	1 arrêt cardiaque	Rien
106	1 arrêt cardiaque	Rien
108	5-10 arrêts cardiaques	Rien
110	2 arrêts cardiaques	Rien
113	1 arrêt cardiaque	Rien

Le tableau II p. 296 (tableau 21) et le tableau I p. 293 (tableau 22) donne quelques informations démographiques sur les enquêtés avec ou sans E. M. I.

T A B L E A U 21

**Caractéristiques des patients
interrogés dans un cadre prospectif :
comparaisons entre groupes avec et groupes sans expérience
aux frontières de la mort**

	<i>33 patients avec expérience</i>	<i>45 patients sans expérience</i>
Moyenne d'âge (années)	49	53
Sexe	26 hommes (79 %) 7 femmes (21 %)	38 hommes (84 %) 7 femmes (16 %)
Race	33 blancs (100 %)	41 blancs (91 %) 4 noirs (9 %)
Lieu de résidence (Etats- Unis du Sud-Est)	32 (97 %)	45 (100 %)
Importance du lieu de rési- dence		
Rural	3 (9 %)	4 (9 %)
10 000	21 (64 %)	27 (60 %)
10 000 à 100 000	7 (21 %)	9 (20 %)
100 000	2 (6 %)	5 (11 %)
Nombre moyen d'années de scolarité	12,3	11,5
Profession		
Professions libérales,		
cadres et enseignants	5 (15 %)	5 (11 %)
Employés de bureau	10 (30 %)	13 (29 %)
Employés	18 (55 %)	27 (60 %)
Religion		
Protestants	23 (70 %)	38 (84 %)
Catholiques	4 (12 %)	2 (5 %)
Agnostiques	5 (15 %)	4 (9 %)
Autres	1 (3 %)	1 (2 %)
Fréquence de participation aux offices religieux ¹		
0	5 (15 %)	4 (9 %)
1 - 2	16 (49 %)	18 (40 %)
3 - 4	12 (36 %)	23 (51 %)
Connaissance préalable de l'expérience	4 (12 %)	27 (60 %) p < 0,01

1. Participation aux offices religieux : 0 = agnostique ; 1 = jamais ; 2 = moins d'une fois par mois ; 3 = 1 à 3 fois par mois ; 4 = une fois par semaine.

Caractéristiques des sujets

<i>N° de l'entretien</i> ¹	<i>Type d'entretien</i> ²	<i>Age</i>	<i>Sexe</i>	<i>Race</i>	<i>Résidence</i> ³	<i>Années de scolarité</i>	<i>Profession</i> ⁴	<i>Religion</i> ⁵	<i>Fréquentation religieuse</i> ⁶	<i>Connaissance préalable de l'expérience</i>
1	P	32	M	B	B/Fla.	17	EMPL. B.	Prot.	2	Oui
2	P	54	M	B	B/Fla.	9	EMPL.	Prot.	2	Non
3	P	51	M	B	C/Fla.	15	EMPL. B.	Prot.	3	Non
4	P	32	M	B	B/Fla.	12	EMPL.	Agnos.	0	Non
5	P	57	M	B	B/Ga.	15	EMPL.	Agnos.	0	Non
6	P	32	F	B	D/Fla.	12	EMPL. B.	Prot.	1	Non
7	P	65	M	B	B/Ga.	12	EMPL. B.	Prot.	2	Non
8	P	56	M	B	C/Fla.	16	Prof.	Cath.	2	Non
9	P	60	F	B	D/Fla.	19	Prof.	Juif	1	Non
10	P	51	M	B	C/Ind.	7	EMPL.	Prot.	2	Oui
11	P	60	M	B	B/Fla.	14	EMPL. B.	Prot.	1	Oui
12	P	75	M	B	C/Fla.	10	EMPL.	Prot.	4	Non
13	P	66	M	B	B/Fla.	12	EMPL. B.	Prot.	3	Non
14	P	50	M	B	B/Fla.	16	Prof.	Cath.	4	Non
15	P	35	M	B	B/Ga.	14	EMPL.	Prot.	4	Non
16	P	40	F	B	B/Fla.	12	EMPL.	Prot.	1	Non
17	P	39	F	B	B/Fla.	10	EMPL.	Prot.	1	Oui
18	P	32	F	B	B/Fla.	13	EMPL.	Prot.	4	Non
19	P	52	M	B	A/Fla.	16	EMPL. B.	Agnos.	0	Non
20	P	38	M	B	A/Fla.	12	EMPL.	Prot.	1	Non
21	P	58	M	B	B/Fla.	12	EMPL.	Prot.	2	Non
22	P	44	M	B	B/Fla.	10	EMPL.	Prot.	4	Non
23	P	60	M	B	C/Fla.	12	EMPL.	Cath.	2	Non
24	P	58	M	B	B/Fla.	12	EMPL. B.	Prot.	3	Non
25	P	60	M	B	C/Fla.	5	EMPL.	Prot.	1	Non
26	P	58	M	B	B/Fla.	12	EMPL.	Cath.	3	Non
27	P	69	M	B	A/Fla.	8	EMPL. B.	Prot.	4	Non
28	P	37	F	B	C/Fla.	12	EMPL.	Agnos.	0	Non
29	P	23	F	B	B/Fla.	14	Prof.	Prot.	2	Non
30	P	42	M	B	B/Fla.	9	EMPL.	Prot.	2	Non
31	P	56	M	B	B/Fla.	6	EMPL.	Prot.	4	Non
32	P	44	M	B	B/Fla.	16	Prof.	Agnos.	0	Non
33	P	47	M	B	B/Fla.	12	EMPL. B.	Prot.	3	Non
34	S	67	F	B	D/Fla.	12	EMPL.	Prot.	4	Non
35	S	75	F	B	D/Ala.	13	EMPL.	Cath.	4	Non
36	S	62	F	B	C/Wisc.	12	EMPL.	Prot.	2	Non
37	S	55	F	B	C/Fla.	16	Prof.	Cath.	3	Non
38	S	49	M	B	D/Fla.	16	EMPL. B.	Prot.	1	Non
39c	S	62	F	B	C/Pa.	12	EMPL.	Cath.	4	Non
40c	S	42	F	B	D/NY	12	EMPL. B.	Cath.	4	Non
41	R	55	F	B	C/Fla.	10	EMPL.	Prot.	4	Non
42	R	50	M	B	C/N.C.	18	Prof.	Prot.	3	Non
43	R	60	F	B	C/Fla.	12	EMPL.	Prot.	3	Non
44	R	43	M	B	C/N.J.	12	EMPL. B.	Cath.	2	Oui
45	R	60	F	B	C/Ohio	12	EMPL.	Prot.	1	Non
46	R	84	F	B	B/Ill.	16	Prof.	Prot.	4	Non
47	R	63	M	B	C/Fla.	12	Prof.	Prot.	1	Non
48c	R	52	F	B	B/Fla.	12	EMPL. B.	Prot.	4	Oui
49	R	62	M	B	D/Fla.	20	Prof.	Prot.	4	Non
50c	R	55	F	B	C/Mich.	12	Prof.	Cath.	3	Non
51c	R	62	F	B	C/Fla.	16	EMPL.	Prot.	4	Non
52	R	54	M	B	C/Ill.	14	EMPL. B.	Prot.	4	Non
53	R	48	M	B	D/Fla.	12	EMPL. B.	Prot.	4	Non
54	R	73	F	B	C/Fla.	19	Prof.	Prot.	1	Non
55c	R	60	M	B	C/Tex.	12	EMPL. B.	Prot.	3	Non
56	R	53	M	B	A/Fla.	11	EMPL. B.	Prot.	4	Non
57	R	60	M	B	C/Mich.	10	EMPL.	Cath.	1	Non

N° de l'entretien	Type d'entretien	Age	Sexe	Race	Résidence	Années de scolarité	Profession	Religion	Fréquentation religieuse	Connaissance préalable de l'expérience
58c	R	56	F	B	B/Md.	18	EMPL. B.	Prot.	2	Non
59c	R	58	F	B	C/Fla.	14	EMPL. B.	Prot.	2	Non
60	R	45	M	B	B/Ca.	16	Prof.	Prot.	2	Non
61	R	50	M	B	C/Pa.	12	EMPL.	Prot.	3	Non
62	R	58	F	B	D/Fla.	16	EMPL.	Prot.	3	Non
63	R	46	M	B	B/Ca.	12	EMPL.	Prot.	2	Non
64	R	24	F	B	C/Fla.	16	Prof.	Agnos.	0	Non
65	R	54	M	B	D/Ca.	12	EMPL.	Prot.	4	Non
66	R	55	M	B	D/Ca.	9	EMPL.	Prot.	1	Non
67	R	62	M	N	B/Fla.	8	EMPL.	Prot.	3	Non
68	R	33	M	B	D/Ca.	12	EMPL. B.	Prot.	2	Non
69	R	35	M	N	D/Ca.	19	Prof.	Prot.	1	Non
70c	R	41	F	B	C/Mo.	16	EMPL. B.	Cath.	1	Non
71c	P	48	M	B	D/Ca.	18	Prof.	Prot.	4	Non
72	P	57	M	B	B/Fla.	12	EMPL.	Agnos.	0	Non
73	P	46	M	B	C/Fla.	17	Prof.	Prot.	1	Oui
74	P	67	M	B	B/Fla.	12	EMPL.	Prot.	3	Oui
75	P	51	M	B	B/Fla.	12	EMPL.	Prot.	4	Oui
76	P	32	M	B	B/Fla.	9	EMPL.	Prot.	2	Non
77	P	72	M	B	A/Fla.	2	EMPL.	Prot.	1	Oui
78	P	59	M	B	C/Fla.	9	EMPL.	Prot.	1	Non
79	P	54	M	B	B/Fla.	19	Prof.	Agnos.	0	Oui
80	P	52	M	B	C/Fla.	12	EMPL. B.	Prot.	4	Oui
81	P	54	M	B	C/Fla.	8	EMPL.	Prot.	1	Non
82	P	46	M	N	D/Fla.	12	EMPL. B.	Prot.	3	Oui
83	P	49	M	B	B/Fla.	14	EMPL.	Cath.	3	Oui
84	P	70	M	B	C/Fla.	9	EMPL. B.	Cath.	4	Non
85	P	45	M	B	B/Ca.	12	EMPL.	Prot.	3	Non
86	P	56	M	B	C/Ca.	11	EMPL.	Prot.	1	Non
87	P	56	M	B	D/Ca.	16	EMPL. B.	Prot.	4	Oui
88	P	58	F	B	C/Fla.	11	EMPL. B.	Prot.	3	Oui
89	P	27	M	B	C/Fla.	14	EMPL.	Prot.	1	Oui
90	P	64	M	B	B/Fla.	6	EMPL.	Prot.	4	Non
91	P	44	M	B	A/Ca.	12	Prof.	Mormon	4	Oui
92	P	28	M	N	B/Fla.	14	Prof.	Prot.	2	Non
93	P	60	M	B	B/Fla.	9	EMPL.	Prot.	4	Non
94	P	23	M	B	C/Ca.	12	EMPL.	Prot.	2	Oui
95	P	60	M	B	B/Fla.	2	EMPL.	Prot.	3	Oui
96	P	55	M	B	D/Fla.	5	EMPL.	Agnos.	0	Oui
97	P	67	M	B	B/Fla.	19	EMPL. B.	Prot.	2	Oui
98	P	60	M	B	B/Fla.	8	EMPL.	Prot.	2	Oui
99	P	39	M	B	B/Ca.	14	EMPL. B.	Prot.	4	Oui
100	P	41	M	B	B/Ca.	12	EMPL.	Prot.	2	Non
101	P	54	M	B	B/Fla.	12	EMPL. B.	Agnos.	0	Non
102	P	17	F	B	B/Fla.	10	EMPL.	Prot.	2	Non
103	P	76	F	B	B/Fla.	10	EMPL.	Prot.	4	Non
104	P	17	F	N	A/Fla.	9	EMPL.	Prot.	3	Oui
105	P	61	M	B	B/Fla.	12	EMPL. B.	Prot.	2	Non
106	P	37	M	B	B/Fla.	16	Prof.	Prot.	1	Oui
107	P	75	F	B	D/Fla.	16	EMPL. B.	Prot.	4	Non
108	P	73	F	N	B/Fla.	8	EMPL.	Prot.	4	Oui
109	P	59	M	B	B/Ca.	12	EMPL.	Prot.	4	Oui
110	P	68	F	B	B/Ca.	16	EMPL. B.	Prot.	3	Oui
111	P	53	M	B	B/Ca.	12	EMPL.	Prot.	2	Oui
112	P	63	M	B	D/Fla.	16	EMPL. B.	Prot.	3	Non
113	P	52	M	B	B/Ca.	9	EMPL. B.	Prot.	1	Oui
114	P	62	M	B	A/Fla.	4	EMPL.	Prot.	4	Oui
115	P	57	M	B	B/Ca.	12	EMPL.	Prot.	4	Oui
116	P	51	M	B	B/Ca.	10	EMPL.	Prot.	1	Non

1. Numéro de l'entretien. « c » indique les cas chirurgicaux.
2. Type d'entretien : P = prospectif ; S = cas signalé.
3. Résidence : Numérateur — A = rural ; B = ville de < 10 000 habitants ; C = ville de 10 000 à 100 000 habitants ; D = centre urbain de plus de 100 000 habitants. Dénominateur : abréviation de l'état.
4. Profession : EMPL. = employés ; EMPL. B. = employés de bureau ; Prof. = professions libérales, enseignantes, cadres.
5. Religion : Prot. = protestant ; Cath. = catholique ; Agnos. = agnostique.
6. Fréquentation des offices religieux : 0 = agnostique ; 1 = jamais ; 2 = moins d'une fois par mois ; 3 = de 1 à 3 fois par mois ; 4 = 1 fois par semaine.

Intervalle entre la crise et l'entretien

- 63% des sujets furent interrogés moins de deux ans après leur épisode d'agonie.

- 27% de un mois au moins après leur épisode d'agonie

Les détails sont représentés au tableau IV p. 302 (tableau 18) ainsi que le type de crise, le lieu où elle a eu lieu, la durée estimée de l'inconscience et les méthodes de réanimation employées.

Durée estimée de l'inconscience (tableau 18 et 19)

Quand le dossier médical ne donnait pas une information exacte SABOM a estimé à

1- moins d'une minute, les troubles du rythme passagers provoquant une brève perte de connaissance, ne réclamant pas la mise en place d'une réanimation.

2- 1 à 30 minutes : la plupart des cas de réanimation cardiaque, sauf quand on savait qu'il y avait des circonstances d'aggravation ou de diminution du temps de la crise (défibrillations suivies ou non de la restauration d'un rythme cardiaque normal).

3- plus de trente minutes : étant inclus la plupart des cas de comas.

Méthodes de réanimation (tableau 18 et 19)

1- pas de réanimation

c'est à dire les gens qui reprenaient conscience sans intervention extérieure

2- médication

toutes les méthodes "non électriques" (M. C. E.) ainsi que les drogues communément employées.

3- médications plus défibrillation

4- mesures de support

(perfusions de glucosés, sérum salé, électrolytes, antibiotiques...)

3-3- LA PHENOMENOLOGIE

Nous allons diviser arbitrairement, pour faciliter la description, la séquence cinétique de l'E. M. I. en sept épisodes.

Pour cela nous avons basé notre travail sur les principales enquêtes effectuées aux U. S. A. (NOYES R., RING R., SABOM, R. GREYSON et STEVENSON) qui étudient les survivants d'accidents soudains, de maladies graves ou de tentatives de suicide.

L'E. M. I. commence donc en général par la prise de conscience de l'imminence de sa propre mort et se termine par le retour à la vie.

3-3-1- Contenu

3-3-1-1- Reconnaissance ou Impression subjective d'être mort

a) Au cours d'un accident soudain, la reconnaissance de l'imminence de la mort entraîne une violente lutte, accompagnée d'anxiété, entre un désir impulsif de maîtriser la situation et l'abandon passif.

L'impulsion de maîtrise se manifeste par ces exploits extraordinaire de force physique que peuvent déployer les personnes en danger extrême ou par leur présence d'esprit remarquable. L'auto-observation de A. HEIM que nous avons rapportée en est un bel exemple. Un besoin puissant de s'abandonner s'oppose, semble-t-il, à cet instinct de conservation.

b) Chez les personnes qui meurent de façon plus progressive, cette lutte pour la survie se traduit par un refus de la mort qui fait place parfois à un abandon passif qui correspond en fait à l'acceptation de leur mort (cf KUBLER-ROSS, 58). Arrivé au moment même de la mort, le sujet peut prendre conscience qu' "il ne va pas bien du tout" ou même "qu'il est foutu".

DLIN [23, 24] a observé de nombreux arrêts cardiaques ressuscités et, remarque-t-il, il est fréquent que le patient réalise qu'il est sur le point de mourir. Il peut ressentir son coeur "s'arrêter" et pense alors que "c'est la fin". Certains patients rapportent même qu'ils continuaient à entendre les paroles de l'équipe qui pratiquait la réanimation. Il faut signaler que les patients interviewés par DLIN, n'ont pas connu d'E. M. I.

La conscience de l'imminence de sa mort ou l'audition de son diagnostic ne sont donc pas spécifiques des E. M. I., et nous reviendrons

plus loin sur ce point. Cependant RING [97] a pu établir une comparaison que nous rapportons au tableau 22.

T A B L E A U 22

PERCEPTION DE SA PROPRE MORT PAR LES CONNAISSEURS DE L'E. M. I. ET LES NON-CONNAISSEURS				
	Ne se sont pas perçus à l'imminence de la mort	Se sont perçus à l'imminence de la mort	Se sont perçus morts	Total
Connaisseurs	11	19	10	40
Non-Connaisseurs	21	17	0	38
T o t a l	32	36	10	78

Donc au total 32 sujets n'ont pas été conscients de leur état contre 46 qui l'ont été. Parmi ces derniers se trouvent 29 connaisseurs et 17 non-connaisseurs. De plus seuls les connaisseurs ont déclaré s'être perçus morts.

Les connaisseurs de l'E. M. I. sont donc significativement ($p < 0, 01$) plus susceptibles de se percevoir à l'imminence de la mort ou morts que les non-connaisseurs.

Cette différence peut s'expliquer par l'expérience même que vivent les connaisseurs et en particulier, la perte des sensations corporelles (la douleur surtout), la sensation de paix et la décorporation.

Une femme qui avait eu un grave accident de voiture se trouvait dans un état critique aux urgences de l'hôpital. Elle présenta rapidement un état de choc. "A ce moment, dit-elle, je n'ai plus senti la douleur, je me sentais très détendue, très euphorique, comme si j'allais vraiment très bien, et tout était paisible et calme. Ils ont alors dit que j'étais morte... j'ignore pourquoi la douleur s'était arrêtée, c'était vraiment très étrange de ressentir un tel apaisement".

Cet exemple, emprunté à K. RING, illustre l'audition par la patiente du verdict de mort, la perte de la douleur et la sensation de paix.

L'exemple suivant que nous empruntons à NOYES (réf. 78 p. 21), illustre l'opposition entre lutte active et abandon passif, le rehaussement et la focalisation de l'attention qui accompagne la lutte active et les pensées spirituelles d'acceptation de la mort et d'orientation vers Dieu qui accompagne l'abandon passif. On relève également une rétrospective de la vie, une distorsion du temps vécu, une expérience transcendantale et les répercussions positives actuelles.

Un alpiniste de 24 ans qui fit une chute de 600 m nous raconte :

"Il me semblait avoir perdu tout espoir de survie mais quoi qu'il en soit je réagis avec instinct en m'accrochant à ce que je pus avec mes mains. Il est possible que mon inconscient commanda cette réaction car consciemment j'avais des pensées négatives. Puisque j'avais perdu mon piolet, la situation semblait être entre les mains de Dieu. J'eus une peur intense, mes pensées s'accéléchèrent, le temps se ralentit, et mon attention se tourna vers des souvenirs survivants et profondément imprimés. Mon esprit alternait entre le percevoir et le penser. Quand j'enregistrais des perceptions mes pensées semblaient s'arrêter, et pendant que je pensais, les processus sensoriels fonctionnaient mais les perceptions n'étaient pas enregistrées. Je vis et entendis les événements de ma chute dans les moindres détails. Quelques-unes de mes pensées concernaient le futur. J'imaginai ma compagne et moi-même tombant de 2000 pieds vers notre mort. Je pensais à ma mère, à ce qu'elle penserait si j'étais mort. D'autres pensées furent des perceptions d'ordre spirituel. Je me sentais très proche de Dieu. Je compris que la mort était quelque chose de beau, réalisation qui persiste encore aujourd'hui avec une profonde pertinence. A d'autres moments mes pensées furent si intenses que mes sens semblaient éteints".

3-3-1-2- Paix

L'acceptation de la mort que ce soit dans les cas d'accidents soudains ou de maladies progressives s'accompagne d'un état de paix et de bien-être qui remplace le refus et l'anxiété. Cette sensation de béatitude totale est telle que beaucoup de sujets la déclarent impossible à décrire en langage ordinaire. Elle constitue la trame émotionnelle de toute l'E. M. I. C'est le composant le plus fréquemment retrouvé, quelquefois il est le seul.

RING mentionne que 60% des connaisseurs de l'E. M. I. ont éprouvé cette sensation et 100% dans une étude ultérieure portant uniquement sur des suicidés [96].

NOYES mentionne 50% et SABOM mentionne la prédominance d'un contenu émotionnel de calme et de paix dans 100% des cas sur les 61 cas non chirurgicaux qui ont fait une E. M. I. HEIM et ROSEN la signale comme très fréquent. Elle s'accompagne habituellement d'une perte des sensations physiques avec une disparition des douleurs. Une dame de 52 ans avait failli mourir à l'âge de 14 ans d'une péritonite par rupture appendiculaire. Elle avait des douleurs terribles dans le ventre, comme des "coups de poignard". Puis cela se modifia : "je me sentais bien, je me sentais bien, je n'avais plus du tout mal. C'était la libération totale, la légèreté, je ne peux pas expliquer, la joie, je ne peux pas expliquer ça, tous les qualificatifs du bien-être, de la joie, de la légèreté, de la lumière, je ne peux pas vous expliquer". (cas personnel n° 1).

Un homme de 65 ans, hospitalisé en réanimation médicale au C. H. U. de Grenoble, fit plusieurs arrêts cardiaques au cours de son séjour. Il était atteint d'une grave péritonite. Voici ses sensations pendant l'arrêt cardiaque : "A ce moment, j'ai senti un soulagement, quelque chose de fantastique, d'inimaginable. Plus de soucis de respirer, ni d'entendre battre son corps, ni d'entendre du bruit, ni de penser, ni d'avoir rien... la tranquillité idéale... je ne trouve pas le mot exact. C'était le vide complet, un vide extra-terrestre, le vide, le vide, le vide, une sensation de vide merveilleux, le vide de béatitude, la béatitude du vide" (cas personnel n° 3).

Seulement 4,7% des cas de RING eurent des émotions négatives, à type de peur, d'ailleurs éphémère pour la majorité des cas.

Pour NOYES, 52% des sujets rapportèrent de la peur, 37% de la tristesse et 30% de la colère. Cependant il note que ces émotions furent rarement douloureuses et le plus souvent de faible intensité.

En fait on note l'absence complète d'expériences vraiment désagréables. Deux auteurs en ont décrit (RAWLINGS, 93, SCHNAPER, 108), nous discuterons ce problème dans un autre chapitre.

3-3-1-3- Sensation de séparation de la conscience du corps physique

Expérience appelée "Out of the body experience" par les Anglais, traduite par "décorporation, expérience hors du corps... et expérience autoscopique"... selon les auteurs.

C'est une expérience où le sujet perçoit sa conscience comme existante à l'extérieur de son corps. Cette conscience extra corporelle à la fois observe et ressent.

Les patients décrivent habituellement qu'ils flottent au-dessus de leur corps inconscient. Ils peuvent alors voir les efforts de l'équipe médicale pour les réanimer.

L'environnement dans lequel ils évoluent est leur monde physique habituel. Un sentiment de détachement les envahit. Ils observent dans les moindres détails chaque événement se dérouler.

SABOM [103, 104, 105], donc a étudié un grand nombre d'arrêts cardiaques réanimés avec succès et a pu établir la similitude frappante entre les descriptions des patients et l'exactitude des faits.

Voilà ce que dit SABOM sur l'Expérience auto-scopique

32 personnes ont fait part au cours de l'expérience de décorporation avoir observé "de visu" choses et événements au voisinage de leur corps inconscient, perceptions visuelles qui étaient décrites comme nettes et précises dans tous les cas sauf trois.

En plus de l'observation "visuelle" 16 personnes ont dit pouvoir entendre ce qui se disait à proximité de leur corps.

SABOM a cherché à obtenir une confirmation objective, soit par le témoignage direct de personnes présentes au moment des faits (médecins, infirmières) soit par la description du déroulement de la réanimation donnée par les dossiers médicaux.

Il s'est demandé également ce que serait une "conjoncture intellectuelle" quand aux techniques de réanimation utilisées.

La plupart de ces expériences étaient centrées sur la mémoire d'événements ayant eu lieu pendant une réanimation cardio-pulmonaire. Une personne à qui ce protocole serait familier, serait-elle capable de forger

une version crédible du déroulement de sa propre réanimation, dans la mesure où la majorité de ces personnes étaient des malades cardiaques chroniques qui avaient été plusieurs fois en contact avec le matériel et les procédures utilisées dans une unité de soins intensifs, en dehors de connaissances qui auraient pu être acquises par les médias.

SABOM a donc interrogé 25 patients "Témoins" présentant des caractéristiques semblables à celles des gens qui rapportaient une E. M. I. et qui avaient été admis en unité de soins coronariens (cf tableau 23 ci-contre).

Ces 25 patients témoins étaient des malades cardiaques chroniques avec une durée moyenne de troubles cardiaques connus excédant 5 ans, et comportant des hospitalisations pour crise cardiaque (20 patients), cathétérisme cardiaque (12), intervention à coeur ouvert (8), cardioversion à froid (2), arrêt cardiaque sans E. M. I. (4) et implantation d'un pace-maker (1).

Ce groupe témoin ayant donc été en contact important avec la routine hospitalière et ayant vu des émissions télévisées sur la réanimation cardio-pulmonaire, il fut demandé à chacun d'imaginer une équipe médicale en train de réanimer une personne en arrêt cardiaque, et de décrire les détails visuels minutieusement.

Sur les 25 interrogés, 23 ont décrit une réanimation, et 20 sur les 23 ont fait une erreur majeure - la plus répandue étant de voir une ventilation artificielle par bouche à bouche - d'autres sur les méthodes qui permettent d'assurer la liberté des voies aériennes supérieures ou sur le massage cardiaque externe...

3 d'entre eux ont fourni une description partielle mais correcte, et 2 ont prétendu n'avoir réellement aucune notion de la technique de réanimation.

T A B L E A U 23

**Caractéristiques des patients
de l'étude de contrôle sur « la connaissance préalable
des techniques de réanimation »**

<i>N° de l'entretien</i>	<i>Age</i>	<i>Sexe</i>	<i>Race</i>	<i>Résidence¹</i>	<i>Années de scolarité</i>	<i>Profession²</i>	<i>Religion³</i>	<i>Fréquentation des offices religieux⁴</i>
1	55	M	N	C/Ca.	11	EMPL.	Prot.	4
2	57	M	B	B/Ca.	9	EMPL.	Prot.	2
3	57	M	B	D/Ca.	7	EMPL.	Prot.	4
4	71	M	B	B/Ca.	10	EMPL. B.	Prot.	4
5	50	M	B	D/Ca.	10	EMPL. B.	Prot.	3
6	57	M	B	C/Ca.	3	EMPL.	Prot.	4
7	55	M	B	C/Ca.	10	EMPL.	Prot.	3
8	76	M	N	D/Ca.	5	EMPL.	Prot.	4
9	57	M	B	D/Ca.	14	Prof.	Prot.	4
10	56	M	B	D/Ca.	12	EMPL. B.	Agnos.	0
11	64	M	B	C/Ca.	8	EMPL. B.	Prot.	3
12	49	M	B	B/Ca.	8	EMPL.	Prot.	4
13	56	M	B	B/Ca.	10	EMPL. B.	Prot.	1
14	61	M	B	D/Ca.	11	EMPL. B.	Prot.	4
15	68	M	B	B/Ca.	15	EMPL. B.	Prot.	2
16	69	M	B	B/Ca.	9	EMPL. B.	Prot.	2
17	64	M	B	C/Ca.	12	EMPL.	Prot.	4
18	53	M	B	D/Ca.	9	EMPL.	Prot.	3
19	46	M	B	C/Ca.	15	EMPL.	Prot.	1
20	57	M	B	D/Ca.	9	EMPL. B.	Prot.	1
21	59	M	B	D/Ca.	19	Prof.	Cath.	3
22	64	M	B	C/Ca.	12	EMPL. B.	Prot.	3
23	46	M	B	B/Ca.	7	EMPL.	Prot.	4
24	56	M	B	B/Ca.	11	EMPL.	Prot.	1
25	56	M	B	D/Ca.	16	Prof.	Prot.	2

1. Résidence : Numérateur — A = rural ; B = ville de < 10 000 habitants ; C = ville de 10 000 à 100 000 habitants ; D = centre urbain de plus de 100 000 habitants. Dénominateur : abréviation de l'état.

2. Profession : EMPL. = employés ; EMPL. B. = employés de bureau ; Prof. = professions libérales, enseignants, cadres.

3. Religion : Prot. = protestant ; Cath. = catholique ; Agnos. = agnostique.

4. Fréquentation des offices religieux : 0 = agnostique ; 1 = jamais ; 2 = moins d'une fois par mois ; 3 = de 1 à 3 fois par mois ; 4 = 1 fois par semaine.

Sur les 32 descriptions auto-scopiques

- 26 comportaient uniquement des impressions "visuelles" générales de l'état critique, sans les erreurs grossières du groupe témoin.

- 6 ont pu se souvenir de détails spécifiques de leur état d'agonie de manière crédible, à savoir, s'il y avait eu défibrillation ou non, leur nombre, gaz du sang, intracardiaque, etc...

On peut lire les descriptions détaillées de ces cas dans son livre (cf p. 165-170, cas n° 5 par exemple).

Parmi son échantillon de connaisseurs de l'E. M. I., RING rapporte 37% d'expérience de décorporation et 41% dans une étude ultérieure, NOYES 49% et SABOM 100%. Sur ces 100%, 53% ont donc rapporté l'observation d'objets ou de faits matériels. 64% des sujets étudiés par NOYES expriment une sensation de détachement. Cet élément est caractéristique dans l'observation suivante.

Un monsieur de 43 ans, agent technique commercial, nous a raconté ce qui lui est arrivé à l'âge de 23 ans. Il s'était fait opérer d'un méga-uretère à NANCY par le Professeur GUILLEMIN. En post-opératoire immédiat, sa sonde vésicale s'est bouchée et il a gardé un globe pendant au moins 24 heures, du fait d'un manque de personnel. Il était torturé par d'atroces douleurs abdominales quand il perdit connaissance.

Comme nous n'avons pu avoir accès à son dossier médical, nous ne savons pas si un autre problème fut cause de sa perte de conscience, ni si réellement il a frôlé la mort. Toujours est-il qu'il était inconscient quand la soeur infirmière le trouva à 4 heures du matin. Voici sa narration : "...je pris alors seulement conscience de la situation, je vis la soeur s'affoler, j'étais conscient de mon corps comme si je le voyais de l'extérieur, mais ce n'était pas vraiment visuel, je me rendais compte de ce qui se passait mais je ne peux pas vous dire où j'étais, je ne voyais pas vraiment avec mes yeux, j'avais une conscience globale, comme si j'étais partout à la fois. Par contre j'avais une sensation auditive. J'avais donc connaissance des événements et je regardais cela d'une façon tout à fait détachée, complètement... je me disais, la pauvre fille elle se casse la tête, mais cela ne vaut pas le coup de fouetter un chat, quoi !. Je me sentais bien, très détendu, très relax, très bien, une espèce de sérénité... très, comment dire ? je ne sais

pas...très bien. Plus aucune douleur, plus de perception provenant de mon corps. Je percevais mon corps, là, couché, mais c'était moi sans être moi, je me disais "qu'est-ce qu'elle se casse la tête, je suis bien tranquille".

Cependant le patient avait conscience de l'imminence de sa propre mort, il se disait, "je savais que j'étais presque mort mais cela m'était indifférent. Je me sentais mort mais enfin aucun problème. Il n'y avait pas de coupure au niveau de la conscience..." (cas personnel n° 4).

Une femme de 37 ans nous raconta la tentative de suicide qu'elle avait fait à l'âge de 16 ans avec des médicaments (anti-épileptiques-somnifères). Elle sombra progressivement dans le coma mais dit être restée consciente tout le temps. Elle fut trouvée en coma aréactif par les médecins de l'équipe mobile de secours. Elle les a vu et entendu arriver et dire "merde, elle n'a plus de réflexes". Elle se rappelle que l'un d'eux "lui avait gratté le pied". "Je n'ai senti aucune panique, je voyais la scène. Je flottais au-dessus de mon corps qui était sur le brancard dans les couloirs de l'hôpital. J'étais vraiment bien, je n'avais pas de soucis, je flottais. C'était une sensation agréable. Puis en salle d'urgence j'ai vu qu'ils cherchaient des étiquettes mentionnant mon nom. Ensuite ils m'ont fait un lavage gastrique. Je me rappelle la couleur de mes vêtements, j'étais détachée de tout cela, physiquement et moralement. Puis ma mère est entrée et a fait une scène, je me rappelle qu'ils lui ont dit : "vous savez on ne sait pas comment elle va aller, car elle en a absorbé beaucoup". Je me suis retrouvée ensuite dans un lit d'hôpital" (cas personnel n° 6).

Processus Sensoriels

Au cours de cet état de décorporation les sujets perçoivent leur environnement d'une manière beaucoup plus aiguë et précise que normalement, ils observent chaque détail. La clarté des processus sensoriels semble essentiellement manifeste pour la vue et l'ouïe, le sens de l'odorat et du goût étant plus rarement mentionnés.

Cette conscience sensorielle est parfois difficile à exprimer ainsi que nous l'a dit notre cas n° 4 : "je ne voyais pas vraiment avec mes yeux, j'avais une conscience globale, comme si j'étais partout à la fois, je n'étais pas localisé à un endroit. Par contre j'avais une sensation auditive".

RING cite également des cas où la perception ne semble pas se faire par l'entremise des sens, mais comme si tout se passait mentalement.

46% des sujets de l'échantillon de NOYES ont eu une vision ou audition plus vive au cours de leur E. M. I.

Perception du corps, du temps, de l'espace

le corps

Dans l'étude de RING, 97,40% des connaisseurs de l'E. M. I. ressentaient leur corps comme léger ou n'en avaient aucune sensation. Ainsi que nous l'a dit ce patient (cas n° 5) au moment où il était en Insuffisance Respiratoire Aiguë (avec une pression partielle en oxygène à 35 mmHg) :

"...A ce moment je ne me voyais pas, mais je me sentais tomber et je savais que c'était moi, je me sentais plutôt bien, léger, j'avais l'impression d'un flottement..."

De même le patient qui avait été opéré d'un méga-uretère (cas n° 4) nous a dit : "...A ce moment je n'avais plus aucune douleur, plus aucune perception venant de mon corps".

La patiente qui faillit mourir d'une rupture appendiculaire nous a raconté : "je n'avais plus du tout mal, c'était la légèreté, j'étais bien, légère...je ne devais pas être tellement dans mon corps..." (cas n° 1).

le temps

Pour SABOM 93% des gens interrogés ont perçu leur "moi séparé" comme une entité invisible, immatérielle.

7% l'ont décrit comme ayant des "traits" communs avec leur corps d'origine.

3 personnes ont signalé avoir eu la possibilité de se déplacer volontairement dans cet état.

Pour 94,60% le temps paraissait plus long ou n'était pas perçu (RING), phénomène retrouvé par NOYES dans 75% des cas.

Notre cas n° 1 a dit : "...J'étais dans le moment, c'était un moment de présent intense, je n'avais plus aucune notion du temps..."

Le cas n° 5 : "...je ne me rendais pas compte du temps..."

JUNG parle de son expérience comme d'un état "intemporel".

l'espace

81,80% des patients de RING considéraient l'espace soit comme plus vaste, soit comme infini, alors que 35% des patients de NOYES percevaient les objets comme étant petits ou lointains.

Voilà ce que dit RING en résumé :

"Mais dans l'ensemble pour chacune de ces trois notions, la réaction modale donne une écrasante majorité à la "non-perception". La difficulté éprouvée par la plupart des gens à exposer les notions de corps, de temps et d'espace en relation avec leur expérience d'agonie renforce considérablement l'impression suggérée par d'autres données, que cette expérience représente un état de conscience particulier, dans lequel les limites habituelles de l'ego et des notions du temps et de l'espace sont transcendées".

T A B L E A U 24

PERCEPTION DU CORPS, DU TEMPS ET DE L'ESPACE (CONNAISSEURS DE L'EXPÉRIENCE DU SUBSTRAT UNIQUEMENT)

<i>Corps perçu comme :</i>	<i>Nombre d'enquêtés</i>	<i>%</i>
Lourd	1	2
Normal	0	0
Léger	13	27
Non perçu	25	51
(Question non posée ou réponse imprécise)	(10)	(20)
<i>Temps perçu comme :</i>	<i>Nombre d'enquêtés</i>	<i>%</i>
Accéléré	1	2
Normal	1	2
Allongé	3	6
Non perçu	32	65
(Question non posée ou réponse imprécise)	(12)	(24)
<i>Espace perçu comme :</i>	<i>Nombre d'enquêtés</i>	<i>%</i>
Déformé	1	2
Normal	3	6
Plus vaste	1	2
Infini	6	12
Non perçu	11	22
(Question non posée ou réponse imprécise)	(27)	(55)

Nous venons de voir que l'expérience de décorporation est un état dans lequel le sujet perçoit sa conscience en dehors de son corps physique et qu'il n'a plus aucune afférence provenant de celui-ci. Ses processus sensoriels sont aiguisés. Il se perçoit comme léger ou sans corps, avec un allongement du temps vécu, voire une disparition de l'écoulement temporel, l'espace pouvant être perçu comme beaucoup plus vaste ou infini.

La caractéristique émotionnelle habituelle de cet état est un sentiment de détachement.

3-3-1-4- L'Expérience de l'Espace Sombre

Cette expérience implique la sensation de flotter, de tomber, ou de se déplacer rapidement dans un espace noir ou gris. Les patients le décrivent habituellement comme une espèce de tunnel dans lequel ils dérivent. L'expérience a tendance à être plaisante mais manque d'éléments spécifiques. Il peut s'ajouter une autre caractéristique : la perception de petites lumières brillantes, étincelantes au loin.

Au cours de sa première étude, RING en donne une fréquence de 23%, et de 53% au cours de son étude ultérieure concernant les suicidés. SABOM en donne une fréquence de 23%. Cette expérience apparaît comme une étape transitionnelle entre ce qui précède dont le contenu est notre environnement ordinaire et ce qui suit dont le contenu est à proprement parler extra-ordinaire.

Certains sujets n'expérimentent que ce stade, comme ce jeune homme de 25 ans qui avait fait une tentative de suicide avec des médicaments : "...tout à coup je ne sentais plus mon corps, j'étais comme de l'énergie se déplaçant dans l'espace, c'était le noir complet, je me sentais ruer en direction d'un lieu très noir, cela me tirait, tirait, tirait...puis tout à coup, je vis à une distance devant moi des petites lumières vers lesquelles je me dirigeais, mais je fus ramené en arrière, en arrière, en arrière..." (RING).

Notre patient n° 5 (insuffisance respiratoire aiguë) nous a rapporté : "...j'ai eu l'impression d'un grand trou...je me sentais plutôt bien, léger, je m'enfonçais, j'avais l'impression d'un flottement, c'était

le noir, j'avais l'impression de tomber, je ne voyais absolument rien...".

3-3-1-5- L'Expérience de type transcendant

Tous les auteurs ayant étudié les expériences de l'imminence de la mort rapportent la fréquence des expériences de type transcendantal. Nous allons discuter du contenu de ces expériences puis de ses caractéristiques.

a) Contenu

La dernière variété d'E. M. I. amène l'individu au-delà de (l'hypothétique) stade transitionnel que nous venons de voir vers un "autre monde" - un royaume d'une beauté surnaturelle et d'une lumière éclatante, comportant des structures architecturales insolites. Il pourra entendre à ce moment des musiques célestes. En bref tout ce que l'on imagine dans notre archétype du paradis y est présent.

Dans ce contexte peuvent apparaître d'autres êtres. Certains sont des chers défunts, d'autres des figures religieuses.

D'une manière générale, 10% des connaisseurs de RING ont connu ce stade, mais 40% ont eu conscience d'une "présence".

Dans son étude sur 30 suicidés, 24% ont atteint ce stade, rencontré une présence, et 12% ont entendu des musiques célestes.

Dans l'enquête de NOYES, 60% des sujets ont eu nettement l'impression d'être sous l'emprise d'une "puissance" extérieure et de n'avoir plus de contrôle sur eux. 23% ont entendu des voix ou des musiques.

Il peut survenir entre le sujet et la (ou les) présence (s) une communication en général par pensées. L'issue de cette conversation est invariablement que le moment pour le sujet n'est pas venu de mourir et qu'il doit repartir.

Il est intéressant de constater que ces expériences de type transcendantal sont tout à fait comparable aux hallucinations décrites par OSIS, survenant chez les patients en phase terminale.

Quand à SABOM il cite des visions lumineuses dans 28% des cas, l'accès à un environnement transcendantal dans 54% des cas, avec la rencontre d'autres êtres dans 48% des cas (concernant les 61 cas non chirurgicaux).

T A B L E A U 25

Description
de l'environnement transcendantal

<i>Entretien</i>	<i>Description</i>
2	Une « route » qui aboutissait « au portail d'une vieille ferme ».
4	« Des nuages... des nuages gris-blanc ».
8	Un ciel d'un « bleu profond » avec un occasionnel « nuage ».
9	« De belles fleurs » dans une plate-bande.
15	« Des marches » menant aux « Portes d'Or du Paradis ».
16	Un beau « parc » avec « une colline, des arbres et des fleurs ».
17	« Un autre monde... un monde brillamment ensoleillé... vraiment beau. »
18	« Un cours d'eau tranquille » avec « les couleurs de l'arc-en-ciel dans le lointain. »
24	« Un beau ciel bleu... un champ de fleurs de différentes couleurs. »
25	« Le monde éclata » — tout était « argent... comme des diamants et des étoiles. »
27	« Marcher sur les nuages... [par] une belle et claire journée d'été avec un ciel dégagé. »
34	« De l'eau » avec « un beau soleil brillant... des arbres... des ombres d'or. »
35	« Un endroit plein d'une belle lumière qui vibrait avec une musique exquise. »
36	« Des nuages. »
37	« De la brume » avec un léger vent qui soufflait.
41	« Un long corridor qui devenait toute lumière. »
43	« Les portes du ciel » avec « des gens de chaque côté de la porte ». »
44	« Des nuages... des nuages sombres et brillants. »
47	« Une clôture » séparant « un endroit vraiment dégoûtant » de « la plus belle scène de pâturage ». »
52	Un paysage rempli de gens « de toutes les nationalités... tous occupés à une œuvre d'art ou d'artisanat ». »
53	« Des portes dorées » qui, à ce moment-là, étaient fermées.
54	« Le sommet d'une montagne... simplement beau là-haut... une beauté éthérée. »
57	« Des fleurs, des arbres de toutes les espèces, de beaux jardins de fleurs, il y avait un beau soleil... un bonheur formidable. »
60	« Des nuages... avec une lumière brillante. »
61	« Un nuage ondoyant... un nuage cotonneux... une grille ornementale en or, travaillée comme du fer forgé... avec une teinte d'un beau poli. »
62	Au bord de la « mer de Galilée » sous « un bel arbre ».
65	Un beau « panorama... vraiment au-delà des mots ». »
66	« Un beau pâturage verdoyant... des troupeaux en train de paître... une journée brillamment ensoleillée. »

T A B L E A U 26

**L'esprit ou la présence
rencontrés dans l'expérience transcendantale
aux frontières de la mort**

<i>Entretien</i>	<i>Identité de l'esprit ou de la présence</i>	<i>Contenu de la communication</i>
3	Présence de Dieu.	Demandé à Dieu de le laisser avec ses enfants un peu plus longtemps « d'une voix claire et forte ».
8	Les esprits d'enfants vivants à l'époque. Présence de Dieu.	Rien. Dieu a dit d'une voix profonde, comme le tonnerre : « Retourne-t'en », le travail n'était pas fini.
9	L'esprit d'un prêtre inconnu.	Conversation verbale avec le prêtre sur la vie et la mort.
15	Présence de Jésus.	« Des paroles m'ont été dites », mais le contenu ne peut être mémorisé.
16	L'esprit du père, décédé.	« Pressé » de « venir » par des gestes sans paroles de son père.
17	Le Seigneur et les esprits de parents et amis décédés.	Tous les esprits, « agitant leurs mains levées », disaient : « Repara... Tes enfants, et beaucoup de gens ont besoin de toi. »
18	Les esprits de parents décédés.	Les esprits « m'ont repoussé » et « m'ont dit que le temps n'est pas encore venu ».
19	Présence du frère aîné décédé.	Le frère a offert le choix de « rester » ou de « retourner dans le corps ».
21	Présence de quatre infirmières inconnues.	Interrogé verbalement par les infirmières à propos d'éventuelles « activités subversives ».
24	L'esprit d'une petite-fille non décédée.	Rien.
25	Esprits de la mère décédée et du Christ.	Les esprits ont appelé de la main en disant : « Viens à la maison, viens à la maison. »
29	L'esprit du père décédé.	Le père a dit : « Repara, et reste avec ta sœur. Tout ira bien. »
34	Les esprits de parents décédés.	Accueilli par son mari qui « étendait les bras ». Pas de conversation.

(suite)

<i>Entretien</i>	<i>Identité de l'esprit ou de la présence</i>	<i>Contenu de la communication</i>
35	Présence de Dieu.	« Dans mes prières, j'ai dit à Dieu que je voulais venir, mais qu'on avait besoin de moi ici. »
37	Esprit du père décédé.	Le père a dit : « Retourne pour un moment encore avec ta mère. »
38	Présence de « nombreux personnages ».	Rien.
41	Esprit du Seigneur.	Demandé au Seigneur : « Je t'en prie, ne me prends pas maintenant. Laisse-moi ici, élever mes enfants. »
43	Esprits de Jésus et de gens inconnus.	Jésus a dit : « Tu as encore une petite place sombre à nettoyer et alors je reviendrai te chercher. Retourne. »
44	Esprits de parents décédés.	« Il semble qu'ils m'accueillaient... Les bras ouverts pour que je vienne à eux. » La grand-mère a dit : « Nous te verrons plus tard, mais pas cette fois. »
52	Esprits de deux hommes inconnus.	Les esprits ont dit : « Nous sommes ici pour vous montrer le chemin... Si vous ne voulez pas venir, nous devons continuer. Nous reviendrons. »
54	Une présence inconnue.	« La voix » a dit : « Tu ne peux pas encore venir. Tu as du travail à finir. »
56	Esprits de deux hommes inconnus.	Rien.
57	Esprits de parents décédés.	Rien.
61	Esprit d'un « Romain » inconnu.	Rien.
62	Esprit de Dieu.	Dieu a dit : « C'est d'accord; mon cher, tu y arriveras. Je ne suis pas encore décidé pour toi. »
65	Présence d'un « ange ».	« En totale communication sans dire un mot. »
66	Présence d'un « berger ».	Rien.
68	Présence de frères d'armes décédés.	Tous s'exprimaient (sans mots) « ni sympathie ni chagrin »... ils ne voulaient pas revenir... heureux.

Pour mieux saisir ce genre d'expérience, quelques exemples en donneront l'ambiance particulière.

Un monsieur d'une cinquantaine d'années, obèse et hypertendu, avait une fibrillation ventriculaire avec état de mort apparente. Les chocs électriques et la réanimation l'avaient ramené à la vie. Voici ce qu'il expérimenta durant la période d'inconscience :

"...Je me déplaçai rapidement dans un tube obscur, sans toucher les parois, et bientôt, j'eus la joie de voir de nouveau la lumière... je volais dans l'espace à grande vitesse. Sous moi il y avait une rivière et le jour se levait. Tout s'éclairait, je constatai que je survolais une magnifique cité tout en suivant la rivière comme un oiseau qui s'élève. Les rues semblaient pavées d'or, elles étaient incroyablement belles. Je ne puis les décrire. Je descendis dans l'une d'elles, il y avait des gens tout autour de moi... des gens heureux qui parurent contents de me voir. Leurs vêtements semblaient briller d'une douce lueur. Personne ne se dépêchait. D'autres personnes vinrent dans ma direction, je crois que c'étaient mes parents. Mais à ce moment-là, je m'éveillai, de retour dans ma chambre d'hôpital.

Un autre patient, d'une soixantaine d'années, avait fait un arrêt cardiaque. Voici ce qu'il vécut pendant sa période d'inconscience :

"...Je suis passé par un couloir obscur, je ne touchai pas les parois, je débouchai dans un grand champ (...), et vis (...) une magnifique cité brillamment éclairée et réfléchissant ce qui paraissait être les rayons du soleil. Elle était faite d'or (...) et comportait les dômes et les clochers harmonieusement disposés. Les rues luisaient comme du marbre, mais il s'agissait d'un matériau que je n'avais jamais vu auparavant. Il y avait beaucoup de gens au visage radieux, tous vêtus de robes blanches luisantes. Ils étaient très beaux. L'air était pur (...). Il y avait aussi un fond de musique céleste, je vis deux silhouettes se diriger vers moi et les reconnues aussitôt. C'étaient ma mère et mon père, tous deux décédés des années plus tôt (...) Nous poursuivîmes notre chemin (...) et rencontrâmes beaucoup de gens heureux. Je n'avais jamais éprouvé une telle sensation de bien-être (...) un formidable choc électrique me secoua, on me défibrillait le coeur, j'étais revenu à la vie (...)"

Ces deux exemples sont extraits du livre de RAWLINGS [93].

b) Caractéristiques

La conscience mystique telle qu'on la décrit habituellement (JAMES, 1929 - STACE, 1960 - PAHNCKE, 1963 - EY) se retrouve quelquefois dans la phase transcendantale de l'E. M. I. Elle en constitue un mode cognitif et perceptif particulier dont voici les caractéristiques :

- l'ineffabilité de l'expérience existe chez 38% des sujets de NOYES et chez 61,5% des sujets de RING. Il s'agit d'une difficulté à exprimer dans notre langage des sentiments très puissants, de l'incapacité frustrante à traduire leur expérience dans un langage courant.

RING cite les mots d'une femme

"J'avais toujours l'impression que les mots pour le dire n'existaient pas. C'est tout simplement indescriptible".

SABOM souligne également les efforts que faisaient les personnes pour décrire "cet indescriptible" et/ou d'une répugnance à parler de telles choses par peur d'être considéré comme fou.

Notre patiente n° 1 a ressenti ceci d'une manière intense, même longtemps après son expérience : "(...) j'ai toujours ressenti ces images comme un moment de folie, j'ai toujours gardé ce sentiment parce que je ne pouvais rapporter mon expérience à aucun contexte (...) j'aurais aimé rencontrer quelqu'un qui connaissait ce genre d'expériences, cela m'aurait rassurée (...)

- Avez-vous lu le livre de MOODY ?

oui, mais j'aurais aimé le lire il y a 15 ans (après mon expérience)

- Avez-vous déjà raconté cette expérience à quelqu'un ?
personne, pas même à mon mari".

- transcendance du temps et de l'espace

♦ temps : 65% des sujets de RING n'avaient plus aucune notion du temps. JUNG parle de son expérience comme d'un état "intemporel". Les personnes interrogées par SABOM décrivent également leur expérience comme si elle s'était déroulée dans une dimension hors du temps.

♦ espace : 22% des sujets de RING ne percevaient plus l'espace habituel et 12% le percevaient comme infini.

Notre patiente n° 1 illustre cette caractéristique : " (...) j'étais là et très bien, tout était très, très lent, comme dans un éternel présent, le temps était fixé (...) j'étais totalement abstraite du monde extérieur, je n'avais plus conscience de ce qui m'entourait (...) je n'avais plus aucune notion du temps (...) ".

Il peut se développer aussi un sentiment d'Unité (chez 35% des patients de NOYES) avec les autres êtres humains et l'univers tout entier ("conscience océanique", "participation mystique").

Une impression de grande compréhension, de certitude sur des sujets comme la structure de l'Univers ou la vie après la mort, peut survenir. Les sujets ont un sentiment de connaissance totale. 37% des patients de NOYES ont éprouvé cela.

JAMES appelle ce sentiment d'avoir acquis la suprême connaissance sa "qualité poétique". A propos des états mystiques dans la religion il a dit : "ce sont des états de pénétration à l'intérieur des profondeurs de la vérité se situant au-delà de la pensée discursive intellectuelle".

Cette réalisation de la connaissance suprême, selon PAHNCKE, s'exprime par la compréhension "...d'avoir trouvé la réponse à l'ancienne quête "qui suis-je ?", d'avoir eu l'intuition de la structure harmonieuse de l'univers, d'avoir expérimenté la primauté de l'Amour et de la fraternité humaine, ou d'avoir compris la réalité d'une vie transcendant la mort temporelle".

Une perte de contrôle est expérimentée par 60% des sujets de NOYES. Elle peut être décrite, comme dans le récit de JUNG, comme un abandon de sa propre saisie de la réalité mondaine. JAMES appelle cet élément "passivité", et dit que "la volonté est suspendue et même quelquefois comme si elle était sous le joug d'une puissance supérieure". 32% des sujets de NOYES ont rapporté le contrôle par une force extérieure.

Cet abandon s'accompagne habituellement (comme décrit au paragraphe 3-3-2) de sentiments de calme extrême ou d'extase.

Parallèlement à cet abandon de sa volonté propre, le sujet garde une conscience claire et objective.

La dernière caractéristique concerne les répercussions fortement positives sur la vie du sujet, de ce genre d'expérience. Nous consacrons le paragraphe 5 à ce sujet.

Voici un extrait de l'expérience de JUNG, déjà rapportée précédemment, et qui s'accorde bien avec les caractéristiques de la conscience mystique.

"...J'étais comme dans une extase ou dans une très grande béatitude, je me sentais comme planant dans l'espace (...), dans un vide immense, (...) c'était la béatitude éternelle. On ne peut la décrire, "c'est bien trop merveilleux" me disais-je, (...) " (...) je ne peux décrire ce que j'ai vécu que comme la béatitude d'un état intemporel, dans lequel passé, présent et avenir ne font plus qu'un (...) un tout indescriptible dans lequel on est fondu et que cependant on perçoit avec une totale objectivité"

3-3-1-6- La mémoire panoramique

Il s'agit d'un phénomène pouvant survenir à n'importe quel moment de la séquence dont nous venons de décrire les éléments mais qui survient fréquemment seul dans les moments précédant un accident.

Le premier classique de la littérature sur ce sujet est l'auto-observation de l'Amiral Sir Francis BEAUFORT [10] qui échappe de peu à la noyade dans la rade de Portsmouth en 1795. Voici sa narration :

"Bien que les sens étaient émoussés, l'esprit ne l'était pas, son activité semblait intensifiée dans une proportion défiant toute description, car une pensée suivait l'autre en une rapide succession, non seulement indescriptible mais probablement aussi inconcevable pour celui qui n'a pas vécu cette situation. Je peux encore maintenant dans une grande mesure relater le cours de ces pensées. L'évènement qui venait de se produire, la maladresse qui en était à l'origine, le remue-ménage qu'il allait occasionner, l'effet qu'il aurait sur un père très affectionné, la manière dont il serait communiqué au reste de la famille, et mille autres détails en rapport étroit avec le foyer, furent les premières réflexions qui survinrent. Elles prirent ensuite une tournure plus générale, notre dernière croisière, un voyage antérieur et un naufrage, mon école, les progrès que j'y avais fait et le temps perdu, et même toutes mes occupations et aventures d'enfant. Ainsi, cheminant à reculons,

chaque incident passé de ma vie transparaissait de mes souvenirs, en ordre inverse. Non pas cependant en simple esquisse comme ici, mais en image complète avec les moindres détails. En bref, la totalité de mon existence semblait placée devant moi en une rétrospective panoramique, et chaque acte semblait accompagné d'un jugement moral ou de quelques réflexions sur ses causes et conséquences. En vérité de nombreux événements insignifiants, oubliés depuis longtemps, peuplaient mon imagination et avec un caractère de familiarité récente".

En 1892, Albert HEIM [47] reconnaît la présence de ce phénomène chez des rescapés de chutes en montagne. Ayant lui-même expérimenté la chose, il nous raconte : "...j'imaginai la façon dont mes chers prendraient la nouvelle de ma mort et je les consolais en pensée. Puis je vis toute ma vie passée se dérouler devant moi en une succession d'images comme sur une scène dont j'étais le principal personnage. Chaque chose était transfigurée comme par une lumière paradisiaque et chaque chose était belle, sans peine, sans anxiété et sans douleur".

En 1928, le neurologue S.A. KINNIER WILSON (cité par NOYES, 83 p. 182), décrit dans un chapitre traitant des aspects psychiques de l'épilepsie temporale, des cas de remémoration précise d'expériences passées.

Il utilisa le terme de mémoire panoramique en référence à l'aura de ce type d'épilepsie mais il nota aussi la fréquence de sa survenue lors de l'exposition à un danger mortel.

En 1977, NOYES et KLETTI [83] étudièrent ce phénomène de manière systématique chez 205 personnes dont voici la répartition :

- chutes : 57
- accidents automobiles : 54
- noyades : 48
- maladie grave : 27
- accidents divers : 29

60 personnes firent part de mémoire panoramique, avec une fréquence plus élevée de survenue chez ceux qui croyaient mourir (44%) contre 12% pour ceux qui ne le croyaient pas.

La fréquence en fonction de la cause est rapportée au tableau 27.

T A B L E A U 27

C a u s e s	% éprouvant la mémoire panoramique
Chutes	9
Accidents automobiles	33
Noyades	43
Maladies et accidents divers	30

Si l'on compara la fréquence de survenue entre accidents soudains (chute, automobile et noyade) et maladies, nous ne trouvons pas de différence significative.

T A B L E A U 28

C a u s e s	% de survenue de la mémoire panoramique
Accidents soudains	27
Maladie et divers	30

RING note un pourcentage globale de 24%.

2 patients seulement de SABOM ont signalé avoir eu une rapide reviviscence mentale des événements de leur vie passée, et dans les deux cas, ce bilan de leur vie a pris place au début de l'expérience globale et probablement dit-il, avant la perte de connaissance complète.

L'exemple suivant illustre ce phénomène de mémoire panoramique. Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans qui frôla la mort au cours d'un accident de moto à l'âge de 16 ans. Il roulait sur une route faiblement éclairée lorsqu'

il prit conscience soudainement de la présence d'un véhicule arrêté juste devant lui : "...je commençais à voir les choses bonnes ou mauvaises de ma vie, des scènes qui jaillissent rapidement devant mes yeux comme une succession rapide de diapositives. Elles commencèrent vers l'âge de deux ans. Drôle de chose, je me rappelai me renversant un bol de céréales sur la tête. Je me rappelai d'une fessée pour avoir ramené un mauvais bulletin scolaire. Je me rappelai des moments importants : la première fille que j'avais embrassée, la première cuite, et d'autres choses de ce genre. J'avais avec chacune des scènes le sentiment de la revivre. Je me retrouvais d'abord dans chacune d'entre elles, mais ensuite je me détachais comme si j'étais assis regardant mes propres photos dans l'album de famille. J'étais placé comme une tierce personne. Les images semblaient suivre un ordre.

Pour autant que je sache, c'était des choses qui m'étaient arrivé, bien que ne me rappelant pas des quelques premières. La plupart furent heureuses... je n'avais aucune idée de la raison pour laquelle ces scènes jaillissaient dans mon esprit à ce moment, mais quand j'essayai de me figurer où je me trouvais après l'accident, survint la pensée que je pourrais être mort et aller au paradis et que ceci était un jugement de ma vie ou quelque chose comme cela" (obs. de NOYES et KLETTI, 83 p. 184).

Description des caractéristiques de la mémoire panoramique

Le caractère des souvenirs en vision panoramique les distingue totalement des souvenirs normaux. D'abord ils apparaissent à la conscience avec un rythme très rapide. Ils sont décrits comme "jaillissant" ou "se succédant rapidement" de telle façon qu'un grand nombre apparaît en un court laps de temps. Ensuite bien que les séquences se succèdent, elles sont interrompues entre elles, de manière distincte comme dans un film passé image par image.

Finalement elles apparaissent sans aucun effort ou contrôle conscient de la part de la personne qui les regarde.

En résumé, ces souvenirs sont décrits comme accélérés, disjoints et automatiques.

S'ils sont principalement à prédominance visuelle, avec une intensité vive et une grande précision, d'autres stimulations sensorielles existent également.

"Au beau milieu d'un accident de voiture, une jeune femme s'est rappelé l'arôme du gâteau que sa mère faisait habituellement, l'odeur de sa vieille maison et les sentiments qu'elle éprouvait alors".

Un autre se rappelle le goût des céréales que lui donnait sa mère dans son enfance d'une manière très vive, "comme si j'étais en train d'en manger sur le moment".

L'implication émotionnelle à ces souvenirs est très forte. Malgré leur caractère fugitif, les personnes ont amplement le temps d'examiner chaque scène en détail et d'y réagir de manière appropriée.

En fait les réactions émotionnelles sont d'une telle intensité qu'elles sont comme, revécues, sur le moment par les sujets. Et c'est cela qui donne à ces souvenirs la qualité de récente familiarité. La plupart des personnes sont si absorbées par cette reviviscence qu'elles en oublient complètement l'entourage.

Il existe également dans ces souvenirs une distorsion du temps, qui est allongé ou absent et de l'espace, qui permet de voir les images comme d'une salle de spectacle.

Le contenu de ces souvenirs est également caractéristique. Dans quelques cas seulement le sujet se rappelle de quelques souvenirs car le plus souvent ils couvrent l'espace d'une année à toute la vie. Ils progressent d'ordinaire à reculons du présent aux premières années de la vie. Le déroulement inverse se voit plus rarement. Souvent les événements qui apparaissent ont une signification émotionnelle particulière et si les souvenirs sont le plus fréquemment ceux d'événements heureux de la vie passée, ils peuvent également être mélangés à des souvenirs désagréables.

Quelquefois ce sont des événements dont la personne ne se rappelait pas auparavant l'existence, qui remontent à la prime enfance. Ce peuvent être des scènes traumatiques, ainsi un sujet se remémora une noyade à l'âge de 4 ans qu'il avait oublié depuis lors.

3-3-1-7- Retour

Les événements qui viennent d'être décrits conduisent à la décision, prise par l'individu ou subie, de son retour à la vie. 57% des sujets de l'échantillon de RING sont passés par une telle phase décisionnelle.

Que l'individu pense avoir choisi de revenir ou qu'il ait été renvoyé, les raisons généralement invoquées sont en relation avec les deux considérations suivantes :

1- la sensation d'être "appelé" par des êtres chers - en général des enfants ou un conjoint - qui ont besoin du sujet.

2- Celle que les tâches et les buts de sa vie ne sont pas encore accomplies - une impression d' "oeuvre inachevée".

De toutes façons, l'arrêt d'une décision est d'ordinaire le dernier événement dont un connaisseur de l'E. M. I. garde un souvenir.

Ce processus décisionnel peut se manifester au cours de n'importe lequel des stades de l'E. M. I.

SABOM cite également dans 48% des cas la rencontre avec d'autres êtres. Dans 21 sur ces 28 cas il est fait mention d'une communication entre le sujet et cette entité le plus souvent axée sur la décision du retour.

Afin de recréer le climat de ces épisodes décisionnels, nous allons présenter maintenant de longs extraits d'interviews, empruntés à MOODY.

Voici tout d'abord trois extraits dans lesquels le sujet lui-même prend la décision de "revenir".

"Je me demandais si j'allais rester là définitivement; mais en même temps, je me suis souvenue de ma famille, de mes trois enfants, de mon mari. Je sais que c'est assez difficile à admettre : tant que j'avais ressenti cette délicieuse impression de bonheur auprès de la lumière, je n'avais vraiment aucune envie de m'en retourner. Mais je prends toujours mes responsabilités très à coeur, et je me sentais un devoir envers les miens; alors j'ai pris la décision de revenir" [MOODY, réf. 70 p. 98].

"J'avais accompli trois années de collège et il m'en restait une à mener à bien. Je me répétais : "je ne veux pas mourir maintenant". Mais je crois bien que si cela avait duré quelques minutes de plus, si j'étais resté un peu plus longtemps au voisinage de cette lumière, je n'aurais plus pensé à mes études, je me serais laissé emporter par la nouveauté de ces expériences" [MOODY, réf. 70 p. 98].

"J'étais hors de mon corps, et je me suis rendu compte qu'il fallait prendre une décision. Je me disais bien que je ne pourrais pas rester indéfiniment dans cette situation; donc - bien sûr, ce n'est pas facile à comprendre pour d'autres, mais pour moi, dans l'instant, ça me paraissait on ne peut plus clair - je savais qu'il m'incombait de décider si j'irais de l'avant ou si je réintégrerais mon corps.

Tout était merveilleux de l'autre côté, et en somme je n'aurais pas demandé mieux que d'y rester. Mais l'idée que j'avais quelque chose de bien à accomplir sur terre était aussi une pensée exaltante. Alors je me suis dit : "Oui, il faut que je reparte et que je revive", et je suis rentrée dans mon corps. J'ai même l'impression d'avoir moi-même arrêté l'hémorragie. Quoi qu'il en soit, c'est à partir de ce moment-là que j'ai commencé à aller mieux" [MOODY, réf. 70 p. 99].

D'autres ont le sentiment que le retour leur est imposé par une intelligence supérieure (Dieu ou autre).

Récit d'une jeune mère :

"Dieu m'a renvoyée ici, mais j'ignore pourquoi. J'ai nettement ressenti Sa présence, je me sentais reconnue. Il savait qui j'étais. Mais Il n'a pas jugé bon de m'ouvrir le Ciel, je ne sais pour quelle raison. J'y ai souvent réfléchi depuis, et j'imagine que c'est à cause de mes deux enfants que j'ai à élever, ou peut-être que je n'étais pas suffisamment prête. Je continue à chercher des explications, mais je n'en vois pas d'autre" [MOODY, réf. 70 p. 100].

Mais le plus souvent cette Puissance supérieure donne au sujet le choix.

"J'éprouvais pendant ce temps-là une sensation de calme absolu - la seule manière dont je puisse décrire cela, c'est comme une couverture remontée

lentement sur moi depuis mes pieds. Puis une voix - qui, je crois, était celle de Dieu - m'a dit : "Si tu le souhaites, je te prendrai maintenant". Et je me souviens avoir réfléchi avant de répondre : "Non, je veux rester avec mes enfants". J'ai alors senti que cette même couverture rafraîchissante m'était enlevée lentement.

Question : Qu'avez-vous éprouvé à cet instant ?

Réponse : Une relaxation complète. Un calme absolu. Cela ressemblait plutôt à une décision logique. Je voulais rester parce que mes enfants étaient tout petits. Je ne me sentais pas du tout inquiète, mais rafraîchie et calme.

Question : Et logique ?

Réponse : Logique, oui, tout à fait.

Question : Vous pensez avoir fait ce choix vous-même ?

Réponse : Oui. Absolument. J'ai l'impression qu'on m'a donné le choix.

Question : Pouvez-vous m'en dire davantage sur la voix ?

Réponse : Je suis persuadée que c'était Dieu.

Question : Comment avez-vous entendu cette voix, mentalement ou effectivement ?

Réponse : J'ai entendu la voix. Une voix masculine. On aurait quasiment dit [pause] qu'elle sortait d'un mégaphone. C'était une voix amplifiée mais sans écho. Très nette." [RING, réf. 97 p. 87].

L'E. M. I. s'achève donc par un retour du sujet à la vie avec un état d'éveil normal de la conscience. La majorité ne se rappelle pas la façon dont s'est effectuée la réincorporation.

"Je ne me rappelle pas être rentré dans mon corps. Je suis d'abord parti à la dérive, puis je me suis endormi. Et brusquement je me suis réveillé dans mon lit. Les gens qui étaient dans la pièce, je les retrouvais exactement à la place où je les avais vus pendant que j'étais sorti de mon corps" [RING, 97 p. 101].

D'autres par contre, se souviennent d'avoir été projetés vers leur corps physique.

"J'étais là-haut près du plafond et je les observais en train de me donner des soins. Quand ils ont posé leurs électrodes sur ma poitrine, et que mon corps fit un saut, je me vis retomber comme un poids mort ; l'instant d'après, j'étais dans mon corps" [RING, réf. 97 p. 101].

Un des patients que nous avons interviewé (n° 4) nous a décrit d'une manière précise comme s'est effectuée cette réincorporation pour lui. Il s'agit du patient opéré d'un méga-uretère, nous avons vu qu'il se trouvait en état de décorporation et qu'il observait l'infirmière s'affoler et lui faire des injections. Il voulut alors réintégrer son corps "pour faire plaisir à l'infirmière" a-t-il dit, et non pour lui-même car il était complètement détaché de ce qui lui arrivait. " (...) je voulais lui faire un geste, j'essayais de remuer ce corps mais pas moyen. Il était là, par terre, mais cela n'était pas un problème. Et tout cet effort là que je faisais, c'était pour la soeur. Je me disais "il ne faut pas la laisser dans cet état". J'ai fini par réussir à me sentir dans le corps, c'était une espèce de condensation, je commençais à avoir des perceptions de mon corps, je voulais lui dire d'enlever la sonde, mais les premiers mots que je lui ai dit furent "je suis crevé". Alors elle s'est fâchée et m'a engueulé : "il ne faut pas vous laisser aller !" ".

Les sentiments que les sujets éprouvent au moment du retour sont en général unanimes, ils regrettent l'état dans lequel ils se trouvaient et éprouvent même quelquefois du ressentiment envers ceux qui les ont réanimés.

Ainsi JUNG a dit : "j'étais déçu à l'extrême (...) je ressentais de la résistance envers mon médecin parce qu'il m'avait ramené à la vie".

3-3-2- Caractéristiques

3-3-2-1- Sentiment de réalité

Les résultats des statistiques divergent sur ce point. En effet, si dans la statistique de NOYES, 63% des sujets ont un sentiment d'irréalité au cours de leur expérience, dans celle de RING, 94,7% des sujets la différencient d'un rêve et au contraire affirment qu'elle est bien réelle. SABOM insiste également sur le fait que les expériences de ses patients étaient caractérisées par un climat d'intense réalité.

Cette divergence s'explique, l'irréalité peut s'accorder au caractère inhabituel de l'expérience, à son côté extra-ordinaire, tandis que sa réalité peut correspondre au caractère très vivide et intense du vécu. Une de nos patientes (n° 1) a même employé les deux mots pour qualifier sa propre expérience :

"Vous semblait-il que vous rêviez ?

Non, (...) car j'ai cru que c'était la réalité, (...) pourtant c'était

un rêve totalement irrationnel, illogique.

Mais ce que vous voyiez vous semblait tout à fait réel ?

Ah oui ! (pause) tout à fait ! (pause) je peux vous le dire ! ...et c'était irréel.

C'était à la fois réel et irréel ?

personnellement je le vivais comme quelque chose que je voyais, qui était irrationnel, inhabituel ; mais que je VOYAIS (avec insistance)".

3-3-2-2- Processus cognitifs

La majorité des sujets déclaraient posséder au moment de leur E. M. I. une extrême lucidité mentale. Les processus de synthèse mentale étaient clairs et nets et gouvernés par des sentiments de logique, de détachement et de rationalité plutôt que d'ordre émotionnel habituel. L'accroissement de la vitesse des pensées était plus typique de la mémoire panoramique. 68% des sujets de l'enquête de NOYES ont mentionné ce phénomène.

3-3-2-3- Tonalité affective

Nous la rappelons ici. Le sentiment commun à toutes les E. M. I. est la paix, la béatitude.

3-3-2-4- Non-Contrôle

Dans la majorité des cas, les sujets n'ont pas de contrôle volontaire propre sur le déroulement de l'expérience (60% des sujets dans l'échantillon de NOYES).

Cependant, au cours de la phase décisionnelle, certains sujets disent qu'ils ont choisi de revenir pour des raisons de devoir ou de tâche à accomplir.

3-4- CORRELATIFS

3-4-1- Influence de la cause de l'imminence de la mort

RING a estimé la fréquence des E. M. I. en fonction de trois causes : maladies, accidents et tentatives de suicide, du sexe, de l'âge, en fonction de la proximité de la mort il a étudié ensuite si ces facteurs pouvaient être corrélés avec la profondeur de l' E. M. I. et si certains éléments de l' E. M. I. se retrouvaient plus facilement dans telle ou telle catégorie. Il trouve que tous les éléments de l' E. M. I. apparaissent dans les trois catégories (maladie, accident, suicide). Il met également en évidence une plus forte proportion d' E. M. I. chez les femmes victimes de maladie, 78% chez les femmes, 38% chez les hommes.

Il trouve cependant que le bilan de la vie est plus fréquent chez les accidentés (55%) que dans les autres cas (16%).

Ce que l'on peut rapprocher des cas de NOYES qui trouve le phénomène de la mémoire panoramique plus fréquent dans les noyades (43%) et les accidents de voiture (33%).

SABOM ne trouve que 2 cas de mémoire panoramique dans son étude.

Il semble donc que l'agonie induite par accident (noyade - accident d'automobile ou chutes) soit plus susceptible de provoquer un bilan panoramique de la vie que par arrêt cardiaque.

SABOM n'a pas trouvé de différences significatives entre les groupes classés suivant le type de la crise, la durée estimée de la période d'inconscience, ni la méthode de réanimation (cf tableau 29).

T A B L E A U 29

Circonstances des débuts d'agonie dans les 61 cas en situation non chirurgicale où est rapportée une expérience aux frontières de la mort : comparaisons entre groupes quant aux éléments (1 à 10) relevés dans ces expériences.

<i>Début d'agonie</i>	<i>Catégories</i>	<i>Résumé des comparaisons</i>
Type	3 groupes : arrêt cardiaque, coma, accident.	Pas de différences significatives entre les groupes au niveau des éléments de l'expérience.
Localisation	2 groupes : en hôpital, hors hôpital.	Trop peu de cas hors hôpital pour permettre la comparaison.
Durée estimée de l'inconscience	3 groupes : < 1 minute; 1 à 30 minutes; > 30 minutes.	Pas de différences significatives entre les groupes au niveau des éléments de l'expérience.
Méthode de resuscitation	4 groupes : rien; médications; défibrillations-médications; mesures de support.	Pas de différences significatives entre les groupes quant aux éléments de l'expérience.
Intervalle entre la crise et l'entretien	4 groupes : 1 mois ou moins; 1 mois à 1 an; 1 à 5 ans; et > 5 ans.	Pas de différences significatives entre les groupes « 1 mois ou moins » et le groupe > 5 ans.

Tentatives de suicide :

Dans sa première enquête RING [97] avait constaté l'absence de stades profonds chez les suicidés, qui s'arrêtent à l'obscurité. Ceci sur 24 cas dont 22 par intoxication médicamenteuse et/ou alcoolique. Et en accord avec les travaux d'OSIS et HARALDSON il se demandait si l'alcool et les stupéfiants pouvaient diminuer la remémoration ou le déroulement des E. M. I. Ceci ne fut pas confirmé par son étude ultérieure avec FRANKLIN [96], ni par l'étude de ROSEN [100, 101] qui portait sur les survivants de sauts des plus hauts ponts de San Francisco, qui seront étudiés à part, et montrent également des expériences transcendantes.

3-4-2- Influence des antécédents personnels

Voici ce qu'en dit RING : "La profondeur ou la probabilité de l'apparition d'une E. M. I. ne semble pas avoir de liaison significative avec la norme des mesures démographiques, pas davantage qu'avec la confession religieuse, la religiosité ou une connaissance préalable des phénomènes de l'E. M. I. - excepté peut-être dans le dernier exemple où on trouve une corrélation négative (pc 0,02)", confirmée par SABOM (p <0,01).

SABOM n'a pas trouvé de variations significatives dans l'apparition des éléments de l'expérience (résumés au tableau 31) : dans des groupes décomposés suivant l'âge, le lieu de résidence, son importance, le contexte religieux ou la fréquence d'assistance aux services religieux, ou le niveau d'instruction.

Les femmes semblent rapporter plus souvent l'élément de rencontre avec d'autres êtres que les hommes, et chez les employés.

Ceci étant résumé sur le tableau 30.

NOYES a mis en évidence une influence positive, sur la fréquence de la mémoire panoramique, de la conviction en l'imminence de la mort (47%) contre seulement 12% pour ceux qui n'y croyaient pas.

**Caractéristiques des 61 cas non chirurgicaux
rapportant une expérience aux frontières de la mort :
comparaisons entre groupes quant aux éléments (1 à 10)
rencontres dans l'expérience**

<i>Caractéristiques</i>	<i>Catégories</i>	<i>Résumé des comparaisons effectuées</i>
Age	3 groupes : 20-40; 41-60; 61-80 ans.	Pas de différences significatives entre groupes quant aux éléments de l'expérience.
Sexe	2 groupes : hommes, femmes.	Femmes > Hommes, élément 9 ($p < 0,02$); autrement, pas de différence significative entre les groupes.
Race	2 groupes : blanc, noir.	Trop peu de Noirs pour permettre la comparaison.
Lieu de résidence	2 groupes : Etats du sud-est des U.S.A.; autres Etats des U.S.A.	Pas de différence significative entre groupes quant aux éléments de l'expérience.
Instruction (en années)	3 groupes : < 10; 10-12; > 12.	Pas de différence significative entre le groupe le plus élevé (> 12) et le plus faible (< 10).
Profession	3 groupes : employés; employés de bureau; professions libérales, enseignants, cadres.	Groupes des employés > au groupe 3 pour l'élément 9 ($p < 0,05$); autrement, pas de différences significatives entre groupes.
Religion	3 groupes : protestants; catholiques; agnostiques.	Pas de différence significative entre groupes quant aux éléments de l'expérience.
Fréquence de la participation aux offices religieux	3 groupes : agnostiques; de 0 à moins d'une fois par mois; de 1 à 4 fois par mois.	Pas de différences significatives entre groupes quant aux éléments de l'expérience.
Connaissance préalable de l'expérience	2 groupes : oui, non.	Trop peu de « oui » pour permettre la comparaison.

T A B L E A U 30

**Éléments de l'expérience
aux frontières de la mort
avec leur fréquence d'apparition
dans les 61 cas non chirurgicaux**

T A B L E A U 31

<i>Élément</i>	<i>Fréquence d'apparition</i>
1. Impression subjective d'être mort	92 %
2. Prédominance du contenu émotionnel de calme et de paix	100 %
3. Sensation de séparation d'avec le corps	100 %
4. Observation de faits et objets matériels (autoscopie)	53 %
5. Zone ou vide obscur	23 %
6. Bilan de la vie	3 %
7. La lumière	28 %
8. Accès à un environnement transcendantal	54 %
9. Rencontre d'autres êtres	48 %
10. Le retour	100 %

3-5- REPERCUSSIONS

Nous allons effectuer dans ce paragraphe une analyse comparative entre connaisseurs de l'E. M. I. et non-connaisseurs, sur les répercussions ultérieures de leur expérience.

Les survivants d'un épisode de mort imminente qu'ils soient ou non connaisseurs de l'E. M. I. déclarent d'ordinaire s'être sentis transformés, et ce en général d'une manière positive. Les avis sur la question semblent malgré tout controversés sur ce point, sur lequel nous reviendrons.

3-5-1- Transformation de la personnalité et de la mesure des valeurs

3-5-1-1- Meilleure appréciation de la vie

Les sujets réalisent la brièveté de leur vie et apprécient chaque moment, ici et maintenant. Les connaisseurs de l'E. M. I. ont rapporté ce sentiment dans 23% des cas (NOYES) et 37% des cas (RING), les non-connaisseurs dans 29% (RING). Les connaisseurs de l'E. M. I. suite à une tentative de suicide montrent une très nette diminution de leurs instincts suicidaires et une meilleure appréciation du caractère précieux de la vie [ROSEN, 100, RING, 97].

SABOM constate fréquemment également une attention à la vie "ici et maintenant" [105] avec une acceptation intuitive à la fois de la vie et de la mort.

3-5-1-2- Impression d'avoir un nouveau destin

Les rescapés "sentent" que la raison de leur retour à la vie est l'existence pour eux d'un destin particulier, même s'ils ne le perçoivent pas spécialement. Ils ont une mission à remplir. Ce facteur constitue une force importante dans la vie de ceux qui le décrivent.

Dans l'étude de NOYES, 21% des sujets ont ce sentiment, dans celle de RING 24% des connaisseurs et seulement 12% des non-connaisseurs l'ont. 17% des sujets de NOYES pensent qu'ils sont "élus" de Dieu ou d'une puissance supérieure.

3-5-1-3- Impression de renaissance

Dans l'étude de RING 4% des connaisseurs et 4% des non-connaisseurs ont eu cette impression. Dans son étude sur les survivants de suicidés du haut du Golden Gate Bridge, ROSEN [100] mentionne cette impression comme fréquente.

3-5-1-4- Plus énergique

Les sujets manifestent une approche de la vie plus hardie et courageuse.

NOYES 4%, RING, connaisseurs 20% et non-connaisseurs 8%.

3-5-1-5- Pense davantage à la mort

Les sujets ont pris conscience de l'imminence toujours présente de la mort. Ils intègrent la possibilité de la mort à leur vie de tous les jours.

NOYES 25%, RING, connaisseurs 2% et non-connaisseurs 2%. Ils profitent ainsi plus pleinement de la vie (RING, 7%).

3-5-1-6- Acceptation des difficultés

10% des sujets de NOYES ont manifesté une plus grande acceptation des événements extérieurs ou de leurs frustrations. Ils réalisent qu'ils ont moins de pouvoir qu'ils ne le pensaient sur les choses.

SABOM dit aussi que l'E. M. I. aidait les malades à supporter les étapes douloureuses et aiguës par lesquelles ils passaient pour se remettre de leur crise aux frontières de la mort [105 p. 105].

3-5-1-7- Modifications dans les rapports humains

Les sujets modifient leur attitude vis à vis d'autrui, ils sont plus attentifs (connaisseurs 24%, non-connaisseurs 20%), plus compatissants (connaisseurs 10%, non-connaisseurs 10%), plus tolérants (connaisseurs 8%, non-connaisseurs 6%), plus patients (connaisseurs 10%, non-connaisseurs 0%), et ils souhaitent aider les autres (connaisseurs 8%, non-connaisseurs 0%).

SABOM note un intérêt nouveau pour les relations humaines concernant l'attention et l'amour.

3-5-2- Etat d'esprit face à la religion et face à la mort

3-5-2-1- Religiosité ou dévotion religieuse

Comparant la religiosité avant et après l'expérience, RING a obtenu les résultats suivants :

T A B L E A U 32

NOTATIONS DE LA RELIGIOSITÉ PRÉALABLE ET ULTÉRIEURE
D'APRÈS LA SITUATION AU REGARD DE L'EXPÉRIENCE
DU SUBSTRAT ET LE SEXE DE L'ENQUÊTÉ¹

	Femmes	Hommes	Total
Connaisseurs	0,833 (24)	0,710 (19)	0,772
Non-connaisseurs	0,345 (29)	0,292 (24)	0,318
Total	0,589	0,501	

Toutes les catégories montrent un accroissement de la religiosité, qui est cependant plus forte pour les connaisseurs de l' E. M. I., sans que la différence soit significative ($p < 0,05$). Notons que la religiosité initiale entre connaisseurs et non-connaisseurs était identique.

SABOM note que les convictions religieuses des personnes ayant connu une E. M. I. sont en général renforcées par l'expérience en elle-même, mais n'a pas constaté de modification de la foi religieuse de base.

3-5-2-2- Croyance en l'après-vie

10% des sujets de NOYES rapportent une croyance en l'après-vie, nouvelle ou affermie.

RING a établi un indice de croyance (allant de 0 à 6) chez les connaisseurs et les non-connaisseurs, avant et après l'expérience.

Avant l'expérience les connaisseurs possédaient un indice à 2,10 et les non-connaisseurs à 2,73. Nous reportons au tableau 33 l'indice d'accroissement de cette croyance.

NOTATIONS DE LA CROYANCE PRÉALABLE ET ULTÉRIEURE
EN UNE VIE APRÈS LA MORT D'APRÈS LA SITUATION
AU REGARD DE L'EXPÉRIENCE DU SUBSTRAT
ET LE SEXE DE L'ENQUÊTÉ¹

	Femmes	Hommes	Total
Connaisseurs	1,585	2,075	1,798
Non-connaisseurs	0,268	0,286	0,276
Total	0,902	1,159	

T A B L E A U 33

Nous voyons donc que le fait d'avoir connu une E. M. I. exerce une forte influence sur la croyance ou non en l'après-vie. En effet, on note un taux moyen d'accroissement de cette croyance de 180% chez les connaisseurs alors que la modification chez les non-connaisseurs est de 27% ($p < 0,001$). Dans une étude ultérieure portant uniquement sur des suicidés, RING confirme cette découverte ($p < 0,02$).

BERMAN [réf. 13], dans une étude randomisée comparant 198 sujets ayant approché la mort (sans précision sur le vécu d'une E. M. I. ou non) à 198 sujets témoins, ne trouve aucune différence significative dans la croyance en l'après-vie.

Par contre la croyance en l'après-vie est fortement corrélée à la religion ($p < 0,05$) et à la religiosité ($p < 0,01$).

3-5-2-3- Etat d'esprit face à la mort

Dans l'enquête de NOYES, 41% des sujets ont vu diminuer leur peur de mourir. RING a comparé cet élément entre connaisseurs et non-connaisseurs, avant et après l'expérience. (cf Tableau 34).

INFLUENCES DE LA PEUR DE LA MORT
D'APRÈS LA SITUATION AU REGARD
DE L'EXPÉRIENCE DU SUBSTRAT

Influence	Connaisseurs		Non-connaisseurs	
	Nombre	%	Nombre	%
Peur accrue	1	2	5	13
Identique	9	20	15	71
Jamais eu peur	18		65	
Moins peur	27		11	
Aucune peur	46	80	29	29
Plus du tout peur	46		0	

T A B L E A U 34

Dans l'enquête de SABOM la majorité ont vu leur peur de mourir spectaculairement réduite sinon éliminée, qu'il compare également aux malades qui ont fait un arrêt cardiaque sans E. M. I. (cf tableau 35)

T A B L E A U 35

Effet du début d'agonie sur la peur de la mort et la croyance en l'au-delà			
Peur de la mort	Avec expérience (61 sujets)	Sans expérience (45 sujets)	
Accrue	0	5	
Inchangée	11	39	$p < 0,001$
Diminuée	50	1	$p < 0,001$
Croyance en l'au-delà	Avec expérience (61 sujets)	Sans expérience (45 sujets)	
Accrue	47	0	
Inchangée	14	45	$p < 0,001$
Diminuée	0	0	$p < 0,001$

N.B. : Les cas rencontrés en situation chirurgicale ne sont pas inclus.

De plus cette diminution de la peur de la mort n'apparaissait pas seulement au moment de l'entretien, mais des mois ou des années plus tard. (cf tableau 36 ci-contre).

**Effet à long terme du début d'agonie
sur l'angoisse de la mort chez 44 sujets¹**

T A B L E A U 36

	<i>Avec l'expérience (26 sujets)</i>	<i>Sans l'expérience (18 sujets)</i>	
Résultats sur l'échelle d'angoisse de la mort de Templer ²	3,62	6,39	p < 0,001
Résultats sur l'échelle d'angoisse de la mort de Dickstein ³	58,1	68,6	p < 0,005
Réponses standard :			
<i>Angoisse de la mort</i>	<i>Faible</i>	<i>« Normale »</i>	<i>Élevée</i>
Échelle de Templer	—	6,77	11,62
Échelle de Dickstein	58,8	74,3	88,8

1. Ces 44 sujets sont ceux qui avaient, ayant été interrogés dans le cadre de cette étude, retourné le questionnaire. Les points de comparaison retenus entre les groupes avec (26 sujets) et les groupes sans (18 sujets) expérience aux frontières de la mort étaient l'âge, le sexe, la race, le lieu de résidence, les années de scolarité, la profession, la religion, et la fréquence de participation aux offices religieux.

2. D. I. Templer : « The Construction and Validation of a Death Anxiety Scale », *J. Gen. Psychol.* 82, 165, 1970.

3. L. S. Dickstein : « Death Concerns : Measurement and Correlates », *Psychol. Rep.*, 563, 1972.

Il note également que cela facilitait "le travail de deuil" quant à la mort d'êtres chers.

Il est clair que les connaisseurs de l' E. M. I. montrent une nette diminution de leur peur de la mort par rapport aux non-connaisseurs.

3-5-2-4- Conception de la mort

CONCEPTIONS DE LA MORT D'APRÈS LA SITUATION
AU REGARD DE L'EXPÉRIENCE DU SUBSTRAT

Conception	Connaisseurs		Non-connaisseurs	
	Nombre	% ¹	Nombre	%
Anéantissement, fin ...	2	4	6	11
Quelque chose au-delà .	17	35	8	15
Transition, nouveau début	14	29	8	15
Paix, beauté, béatitude .	18	37	4	8
Paradis/enfer	1	2	1	2
Notions de réincarnation.....	12	24	2	4
Autres	2	4	5	9
Aucune idée	7	14	11	21
Non recueillie	1	2	12	23

T A B L E A U 37

Nous voyons que les connaisseurs de l' E. M. I. manifestent des conceptions plus positives et une acceptation plus grande de nouveaux concepts comme la réincarnation.

Si les transformations positives sont les plus fréquentes, il existe, surtout chez les non-connaisseurs, des répercussions négatives sur la vie ultérieure.

Dans une étude portant sur les ajustements psychologiques de 10 patients ayant fait un arrêt cardiaque, WHITE et LIDDON [128] ont montré que

- 5 ont eu une conversion religieuse ou une réorientation philosophique sans avoir eu d'expériences religieuses ou métaphysiques pendant leur arrêt cardiaque. L'une des patientes ayant eu cette conversion religieuse à la suite de cauchemars répétitifs.

- 3 avaient un déni complet de leur maladie, ou des troubles du sommeil, cauchemars...etc...

Quant aux autres études qui se sont faites sur les répercussions psychologiques des survivants d'arrêts cardiaques, DRUSS et KORNFIELD [26] et DYN [23, 24], DOBSON [25] sans E. M. I., ils sont prati-

quement tous unanimes à dire que les patients étaient perturbés par cette expérience. Et les suites étaient marquées par l'anxiété, la dépression, les cauchemars répétitifs, etc...

Dans une étude sur huit cas d'enfants de 7 à 11 ans) ayant présenté une maladie grave, accompagnée pour tous de perte de conscience et pour quelques-uns d'apnée, de convulsions et de périodes de délire, BENJAMIN [12] note chez tous des séquelles négatives au niveau du comportement, à type de terreurs nocturnes, d'agressivité, de nervosité, etc... Il est intéressant de noter que les enfants se sont rappelés certaines procédures médicales et des discours tenus par l'entourage lors de leur période d'inconscience.

Dans l'étude de NOYES 2% des sujets ont décrit un accroissement de leur peur de mourir, et 6% une impression de plus grande vulnérabilité avec attitude phobique en rapport avec l'accident (montagne, eau, voiture, etc...).

Par ailleurs 4% des sujets ont vu leur circonspection augmenter.

De la même façon, RING note que 4% de ses connaissances et 4% de ses non-connaissances montrent une peur de la vie accrue, 2% (connaissances ou non) sont plus déprimés.

Comme nous venons de le voir et comme l'objective le tableau 38, si les connaissances et les non-connaissances de l' E. M. I. montrent parfois une similitude pour ce qui est des transformations de la personnalité et de l'échelle des valeurs de la vie, il existe une différence significative en faveur des connaissances pour ce qui est d'un accroissement de la religiosité et de la croyance en l'après-vie et d'une diminution de la peur de la mort.

Pour résumer, on peut donner comme suit un tableau de la personne qui a connu une E. M. I.

Sa peur de la mort se trouve réduite considérablement. Elle ressent sa vie comme ayant une importance particulière : elle a une mission à accomplir. Elle peut même se sentir "élue de Dieu" ; dans tous les cas elle a une plus grande spiritualité. Elle croit fermement en la continuité

de la vie après la mort. Prenant conscience de l'imminence toujours possible de sa propre mort, elle conçoit le caractère précieux de son existence et donne une priorité urgente à l'amour du prochain au détriment du matérialisme. Elle accepte beaucoup mieux les conditions difficiles extérieures ou intérieures, elle vit plus au "moment présent", ici et maintenant.

Elle a une énergie et des élans tout à fait inhabituels et quelquefois s'aventure à effectuer des choses, tant sur le plan physique que des relations sociales, qu'elles n'auraient jamais faites auparavant.

Ceci étant bien entendu une composition, à partir de toutes les données recueillies et ne représente que le schéma général des répercussions d'une E. M. I. sur la vie ultérieure.

T A B L E A U 38

REPERCUSSION	Connaisseurs		Non-Connaisseurs		(Chiffres en) (pourcentage)
	NOYES	RING		R I N G	
<u>Transformation de la personnalité</u>					
1 Meilleure appréciation de la vie	23	37	29		
2 Nouveau destin	21	24	12		
3 Renaissance		4	4		
4 Plus énergique	4	20	8		
5 Pense davantage à la mort	25	2	2		> P = N S
6 Acceptation des difficultés	10				
7 Plus attentif envers autrui		24	20		
Plus compatissant		10	10		
Plus tolérant		8	6		
Plus patient		10	0		
Souhaite aider		8	0		
Etat d'esprit face à la religion et la mort					p < 0,05
8 Religiosité.		77,2 ¹	31,8 ¹		
9 Croyance en l'après-vie	10	180 ¹	27 ¹		p < 0,001
10 Peur de la mort, diminuée inchangée ou accrue	41	39	11		p < 0,0005
		10	27		
11 Vulnérabilité accrue	6	4	4		

1 Ces chiffres indiquent un taux d'accroissement

4- EXPERIENCES DE LA MORT IMMINENTE, DESAGREABLES OU DE TYPE "INFERNAL"

Il est intéressant de remarquer que d'une manière générale les E. M. I. sont surtout des expériences agréables, de béatitude et de visions enchanteresses. C'est pourquoi nous voulons rapporter ici l'étude de RAWLINGS [93] car il est le seul à mentionner dans son livre des expériences à vécu désagréable et infernal et celle de SCHNAPER [107-108] qui rapporte des expériences désagréables et erronées.

4-1- RAWLINGS

est cardiologue et réanimateur, son étude porte donc essentiellement sur des problèmes cardiaques (arrêt, troubles du rythme...).

Voici l'histoire qui l'incita à entreprendre son étude. Un de ses patients âgé de 48 ans se plaignait de douleurs précordiales. Il lui effectua alors une épreuve d'effort sur bicyclette ergométrique. Malheureusement le patient fit un arrêt cardiaque au cours de ce test. RAWLINGS pratique alors un massage cardiaque externe ainsi qu'une ventilation par bouche à bouche. La réanimation se poursuit mais rien ne fait repartir le coeur. Il décide alors de monter une sonde endocavitaire qui permet de relancer l'activité cardiaque. Le malade commence à "revenir" mais chaque fois qu'il interrompt ses gestes il ressombre dans l'inconscience.

"Chaque fois que les battements cardiaques et la respiration reprenaient, le malade hurlait :

- je suis en enfer ! N'arrêtez-pas ! Ne comprenez-vous pas, je suis en enfer, chaque fois que vous arrêtez je retourne en enfer ! Sortez-moi de là !".

Finalement l'état du malade se stabilisa. Lorsque RAWLINGS l'a interrogé par la suite, "il ne gardait aucun souvenir de ce "séjour en enfer" mais se souvenait qu'il se tenait au fond de la pièce et nous regardait saigner son corps étendu sur le sol".

"Il a également souvenir d'avoir vu sa mère et sa belle-mère dans une gorge aux magnifiques couleurs, à la végétation luxuriante, brillamment éclairées par un immense rayon lumineux".

Voici le cas d'une malade victime d'un arrêt cardiaque.

"...Je me suis vue sortir de mon corps, j'ai alors pénétré dans une pièce obscure et j'ai vu, derrière une fenêtre, un énorme géant au visage grotesque qui ne me quittait pas des yeux. Des démons et des elfes de petite taille courraient en tous sens sur l'appui de la fenêtre. Le géant me fit signe d'approcher, je ne voulais pas, mais il le fallait. Dehors il faisait noir et j'entendis des gémissements tout autour de moi. Des choses bougeaient près de mes pieds, je les sentais. A mesure que nous avançons dans le tunnel ou la caverne, les choses empiraient. Je me souviens que je pleurais. Pour une raison inconnue, le géant me libéra et me renvoya. J'eus le sentiment d'être épargnée. J'ignore pourquoi.

Je me suis retrouvée sur mon lit d'hôpital..."

Une autre malade victime d'une pancréatite aiguë fit un choc et perdit conscience : "...je suivis un long tunnel et me demandai pourquoi mes pieds ne touchaient pas les parois. J'avais l'impression de flotter et d'aller très vite. J'avais le sentiment d'être sous terre. Peut-être s'agissait-il d'une caverne. J'entendis des bruits terrifiants et fantastiques. Il y avait une odeur de décomposition semblable à celle d'un cancéreux. Je ne me souviens pas de ce que j'ai vu, mais certains ouvriers n'étaient qu'à demi-humains, ils se moquaient et discutaient dans une langue que je ne comprenais pas".

Nous relatons enfin le récit que fait Thomas WELCH et que cite RAWLINGS dans son livre ; alors qu'il travaillait comme aide-ingénieur on lui demanda de marcher sur une poutre située au-dessus d'un barrage, dix mètres au-dessus de l'étang près duquel se trouvait la scierie. Il perdit l'équilibre et tomba dans l'étang où il y avait trois mètres d'eau. Il raconte alors la vision qu'il eut :

"Lorsque je repris conscience, j'étais debout au bord d'un immense lac de feu, c'était exactement comme dans la Bible "...un lac embrasé de feu et de soufre". Et le spectacle le plus effrayant qui se puisse imaginer, je m'en souviens, plus clairement que de tout ce qui m'est jamais arrivé dans ma vie...je me tenais à quelque distance de cette masse mouvante, turbulente et brûlante, de feu bleu. Elle s'étendait aussi loin que mes yeux pouvaient porter.

Je n'étais pas dedans. Je vis quelqu'un que j'avais connu et qui était mort quand j'avais treize ans. Il y avait aussi un garçon avec lequel j'avais été à l'école et qui était mort d'un cancer de la mâchoire. Nous nous sommes reconnus, mais nous ne nous sommes pas parlés. Eux aussi regardaient. Le spectacle était si terrifiant qu'il est impossible de le décrire. On peut seulement dire que nous assistions au jugement dernier. Il est impossible de s'échapper, il n'y a pas d'issue. On n'essaie même pas d'en trouver une, c'est une prison d'où personne ne peut sortir..."

Il arrive que les malades fassent des expériences multiples, agréables et terrifiantes.

Ce monsieur fit trois épisodes de fibrillation ventriculaire, chaque fois réanimée avec succès, et il décrit trois E. M. I. différentes. La première E. M. I. fut terrifiante, les deux suivantes furent très agréables.

"...je me souviens d'avoir pénétré dans l'obscurité, j'avais le corps couvert de serpents rouges, je ne pouvais pas leur échapper, chaque fois que j'en repoussais un, un autre prenait place. C'était horrible ! Enfin, quelque chose m'attira par terre et d'autres choses rampantes s'attaquèrent à moi. Il y en avait qui ressemblait à de la gelée rouge, je criais mais personne ne faisait attention à moi. J'avais l'impression d'être entouré d'un grand nombre de gens dans la même situation que moi. Tout était noir-rougeâtre, brumeux, et on voyait mal, mais il n'y avait pas de flammes. Il n'y avait pas de démons, seulement des choses rampantes. Bien que ma poitrine me fit très mal, je me souviens combien je fus heureux de reprendre conscience et de sortir de cet endroit. Je fus vraiment content de revoir les miens. Je ne veux pas retourner là-bas. Je suis certain que c'est l'enfer".

Sans raison apparente, les deux E. M. I. que le patient vécu par la suite furent magnifiques. Voici un extrait de l'une d'entre elles :

"Je flottais au-dessus d'une magnifique cité et je la regardais. C'était la plus belle ville que j'eusse jamais vu. Il y avait des gens. Tous étaient en blanc. Le ciel était illuminé, plus éclatant que le soleil..."

Ce qui est gênant à la lecture du livre de RAWLINGS c'est qu'il n'expose pas une véritable enquête objective sur les E. M. I., mais un petit traité de prosélytisme chrétien, en s'appuyant sur les E. M. I. pour soutenir la conception chrétienne du paradis et de l'enfer.

Quoiqu'il en soit le fait intéressant est qu'en interrogeant les malades immédiatement après la réanimation RAWLINGS a obtenu autant d' E. M. I. paradisiaques qu'inférieures. Et que par la suite ces E. M. I. inférieures se sont effacées de la conscience vérifiant ainsi le fait bien connu du refoulement des expériences douloureuses. Il serait donc important d'examiner les malades réanimés aussitôt que possible, alors qu'un long délai a pratiquement toujours séparé l'expérience de l'examen.

A titre de comparaison rapportons-nous aux visions pré-mortem que décrivent les malades eux-mêmes (OSIS).

L'apparition est menaçante dans 6% des cas, la réaction émotionnelle à l'apparition est négative dans 29% des cas. Par ailleurs 3% des sujets ont vu des démons et diables.

Un changement négatif de l'humeur a été retrouvé dans 6% des cas.

Les lieux hallucinés furent menaçants dans 10% des cas.

Les visions dégageaient des sentiments négatifs dans 14% des cas.

La mort fut ressentie comme un passage à une existence horrible dans 9% des cas.

Ceci objective bien l'existence de sentiments négatifs ainsi que de visions et apparitions menaçantes à l'approche de la mort.

Toutefois il paraît difficile d'extrapoler ces constatations aux E. M. I. chez les rescapés. C'est pourquoi, loin de réfuter la thèse de RAWLINGS, nous dirons simplement qu'elle invite à des recherches ultérieures.

4-2- EXPERIENCES DESAGREABLES - SCHNAPER

Natan SCHNAPER, psychiatre faisant partie du "Baltimore Cancer Research Program" à l'Université de Maryland, dans un de ses articles [107] critique les auteurs à tendance religieuse qui insistent sur les aspects agréables et vrais des E. M. I. et rapporte lui des expériences désagréables et erronées.

Dans un deuxième article [108] il étudie une série de ce qu'il appelle "les expériences semblables à la mort", étude entreprise pour voir à quel degré les patients pouvaient rétrospectivement expérimenter leur épisode d'inconscience ayant menacé leur vie.

◊ Sur 68 sujets interviewés :

43 étaient amnésiques

8 initialement amnésiques eurent ultérieurement des souvenirs

17 se souviennent avec difficultés

Les deux derniers groupes mêlaient des fantasmes et des distorsions à leurs récits sur les thèmes suivants :

-être retenus prisonniers

-explications de cette incarcération

-conviction d'être mort

◊ Sur 100 sujets interrogés après un arrêt cardiaque, 2/3 étaient amnésiques et 1/3 présentaient des souvenirs distordus.

Et SCHNAPER dit que leurs souvenirs étaient qualifiés uniformément de "déplaisants" ou "rien-simplement rien".

L'auteur rapporte tout cela à des états altérés de conscience d'origine physiologique, pharmacologique ou psychologique, ne voyant dans les autres récits d' E. M. I. qu'une illusion qui vient nier la réalité angoissante de la mort.

5- E. M. I. VECUES EN SITUATION CHIRURGICALE

SABOM a analysé à part ces expériences, dans la mesure où un état critique surgi en situation chirurgicale ne pouvait être en toute rigueur considéré comme un état critique au seuil de la mort tel qu'il l'avait défini dans son étude.

En tout 13 expériences lui ont été relatées ayant eu lieu en cours d'intervention chirurgicale.

3 expériences étant survenues au cours d'une intervention qui n'avait pas comporté de complication connue.

Le tout étant résumé dans le tableau 39

Circonstances des crises survenues en situation chirurgicale		
N° d'entretien	Type d'expérience	Circonstances chirurgicales
19c ¹	Autoscopique	Opération à cœur ouvert en 1978 sans complications.
28c ¹	Autoscopique	Opération de la vésicule biliaire en 1968 sans complication connue.
39c	Transcendantale	Chirurgie orale en 1976 avec réaction allergique grave à l'anesthésie.
40c	Transcendantale	Hystérectomie en 1977 ; difficultés cardiaques possibles (pas d'accès au dossier médical).
48c	Transcendantale	Complications lors d'un accouchement en 1955.
50c	Transcendantale	Complications lors d'un accouchement en 1952 (accouchement par le siège) avec toxémie gravidique grave.
51c	Transcendantale	Ablation d'un rein (néphrectomie) en 1973, avec laceration de la rate et ablation de la rate en urgence.
55c	Transcendantale	Résection chirurgicale d'un anévrisme de l'aorte abdominale ouvert en 1976, associée à un choc hémorragique grave (pression artérielle : 4/0).
58c	Transcendantale	Ablation chirurgicale d'un kyste sur un ovaire en 1976 sans complication connue.
59c	Transcendantale	Césarienne en 1940, avec travail prolongé et choc.
68c ¹	Autoscopique	Amputation d'urgence d'une jambe au Viêt Nam en 1969, avec choc hémorragique grave.
70c	Autoscopique	Opération d'un disque lombaire en 1972, associée à une irrégularité cardiaque.
71c	Transcendantale	Opération à cœur ouvert en 1975, avec arrêt du cœur.

T A B L E A U 39

1. Dans ces cas, les personnes ont signalé d'autres expériences aux frontières de la mort, dans des situations non chirurgicales, et sont par ailleurs prises en compte.

Le contenu de ces expériences étant tout à fait semblable à celui des expériences en situation non chirurgicale, des expériences de décorporation que SABOM appelle élément autoscopique et expériences transcendantes ont été citées.

Dans 4 cas il a été possible d'établir des comparaisons entre le compte-rendu opératoire dicté par le chirurgien et le compte-rendu fourni par le patient, les deux offrant des similitudes surprenantes, la plupart des perceptions étant visuelles, certaines auditives.

9 patients ont décrit leur expérience en suivant le modèle de l'expérience transcendante.

Il cite en particulier le cas d'un patient de 48 ans qui, après un pontage aorto-coronarien fit un épisode d'arrêt cardiaque par fibrillation ventriculaire à la fin de l'intervention, à qui l'on n'avait pas parlé de cette complication du fait de son état de santé et qui raconta son expérience, avec la conviction qu'il avait été mort.

6- E. M. I. LORS D'UNE TENTATIVE DE SUICIDE

6-1- ETUDE DE RING et FRANKLIN

RING et FRANKLIN dans un travail récent [96] chez 36 suicidants essayèrent non plus seulement d'établir la réalité et de décrire des cas d' E. M. I. mais d'étudier ses facteurs déterminants, pour essayer de comprendre si le phénomène variait en fonction du type de mort : dont ici le suicide.

Dans sa première enquête RING avait noté l'absence de stades profonds chez les suicidés.

6-1-1- Résultats

Dans cette deuxième enquête effectuée selon la technique de RING déjà décrite sur 36 cas, 26 femmes et 10 hommes, d'âge moyen 32 ans, 17 soit 47% du total rapportent une E. M. I., pourcentage superposable à ce que RING avait trouvé (51%) chez les victimes de maladie et d'accidents.

Les traits rapportés sont également superposables à ce qui avait déjà été décrit et sont exposés dans le tableau 40.

FREQUENCE ET POURCENTAGE DES ELEMENTS DE L' E. M. I. CHEZ LES SURVIVANTS
D'UNE TENTATIVE DE SUICIDE RAPPORTANT UNE E. M. I. (n = 17)

E l é m e n t	n	%
Sentiment de paix et de bien-être	17	100
Expérience hors du corps	7	41
Entrée dans l'obscurité	9	53
Vision d'une lumière blanche ou dorée	4	24
Rencontre d'une "présence"	4	24
Bilan de la vie	4	24
Décision de retour ou d'être prié de retourner vers la vie	6	35
Conscience d'un "autre monde"	4	24
Communication avec des êtres chers ou des "esprits"	4	24
Musique céleste	2	12

Le petit nombre de cas ne permet pas de savoir si le mode de suicide influe sur les E. M. I. Tout ce que les auteurs peuvent dire c'est qu'aucun n'empêche la survenue d'une E. M. I.

On peut relever que 80% des hommes contre 35% des femmes rapportent une E. M. I. (différence significative à $p < p.05$) mais la signification en est inconnue.

Du point de vue du contenu

- 7 ont eu une simple expérience de décorporation
- 5 ont eu une expérience de mémoire panoramique avec vide
- 4 ont eu une expérience d'un autre monde

sombre

Dans tous les cas la tonalité affective de l'expérience est très positive, de type paix et beauté.

Ce caractère très positif des expériences doit être noté,

car on pourrait attendre le contraire, ainsi que l'absence dans l'échantillon étudié de scènes de jugement, de culpabilité ou condamnation.

Bien évidemment le sort des suicides réussis demeure inconnu ! Ainsi que ce qu'ont éprouvé les sujets qui ne se souviennent pas d'une E. M. I. et l'ont peut-être refoulée.

Ceci contredit les résultats de RAWLINGS ou de MOODY qui décrivent des résultats désagréables chez les suicidés.

6-2-2- Répercussions ultérieures

On pouvait craindre que la recherche sur les E. M. I. qui aboutit à décrire la mort et ses suites comme agréables, finisse par favoriser le suicide.

En fait, un travail (en cours de publication dans l'American Journal of Psychiatry) de GREYSON, montre qu'une E. M. I. amène une diminution ultérieure des idées de suicide.

Il établit que parmi toute la revue de la littérature sur ce sujet, il n'a pas vu un seul cas de suicide suivant une E. M. I. Cependant il montre justement que l'interprétation de ces faits demande des recherches supplémentaires sur la question. Arguant que c'est principalement ceux qui veulent se suicider et n'ont pas fait une E. M. I., qui pourraient récidiver, plutôt que les autres qui rapportent une E. M. I.

RING et FRANKLIN confirment ceci :

Dans la plupart des interviewés qui avaient fait une E. M. I. au cours de leur tentative de suicide, le suicide avait cessé d'être un choix. Bien qu'ils voient la valeur de ce qu'ils avaient expérimenté ils ne le recommandent à personne, et plus, sont souvent contre malgré la beauté de leur propre expérience.

En bref, le témoignage collectif des survivants de suicides ou d'autres E. M. I. est que cette expérience de l'approche de la mort, justement interprétée, développe une attitude positive face à la vie, pas à la mort et spécialement pas à la mort à travers le suicide.

Ces changements seraient corrélés avec les sentiments de paix et de contentement durant l' E. M. I. (GREYSON et STEVENSON, 40). Bref il se développerait une attitude positive envers la vie.

On note également une augmentation de la croyance en une vie après la mort et une diminution de la peur de la mort.

6-2- ETUDE DE ROSEN D., [100, 101]

David ROSEN, psychiatre de l'Institut de Neuropsychiatrie Langley Porter de San Francisco, réalisa une étude suivie sur 6 des 8 personnes connues ayant tenté de se suicider du Golden Gate Bridge et 1 des 2 survivants ayant fait de même du San Francisco Bay Bridge.

(A noter que depuis son inauguration en 1977 on a enregistré 580 tentatives de suicide à partir du Golden Gate Bridge. A l'exception du Japon c'est le point du globe où l'on recense le plus de suicides). La distance du parapet à l'eau est de 75 m et cela prend juste 3 à 4 secondes pour traverser cette distance. La vitesse dans une chute libre du Golden Gate Bridge a été calculée être d'environ 120 km/h. Mais il n'y a qu'un survivant qui décrit la sensation distincte de tomber rapidement à travers l'air, les autres avaient perdu l'orientation temporelle et disaient que la chute semblait durer longtemps, de quelques "heures" à "une éternité". Seulement 1% en réchappent.

Dans cette étude datant de 1975 il s'attacha à comprendre l'attrait magique du Golden Gate Bridge : "le Pont de la Porte dorée", pour ceux qui ont décidé de se suicider. Il enregistra les récits des individus concernés pour analyser la nature des expériences subjectives vécues durant ces chutes et leurs effets à long terme.

En sautant, tous ces "survivants" connurent des états mystiques de conscience caractérisés par la perte de la notion espace/temps. Ils expérimentèrent des sentiments de renaissance et d'unité spirituelle incluant d'autres êtres humains et aussi d'unité cosmique, toutes les expériences étant décrites comme tranquilles.

Cette rencontre avec la mort permit à certains de connaître une profonde conversion religieuse, à d'autres de confirmer des croyances religieuses antérieures, bien que pour les survivants les raisons invoquées

pour leur saut soient variées, il y avait toujours un noyau de sentiment de solitude, d'aliénation, de dépression, rejet, de désespoir ou de dévalorisation.

L'un des survivants nia toute intention suicidaire, considérant son saut du Golden Gate Bridge comme une étape initiatique.

Réussir à traverser "cette porte d'or" lui permettait de passer du monde matériel à un nouvel univers d'ordre spirituel. En d'autres termes, il prétendait que ce saut était un accomplissement spirituel qui s'apparentait plus à la psychologie qu'à la psychopathologie (disait-il !)

La similitude avec les constatations de HEIM est frappante mais les conclusions de ROSEN diffèrent sur un point : les récits des survivants du Golden Gate Bridge soulignent l'importance de la phase transcendante et l'absence notoire des éléments de lutte et de résistance, la phase de bilan panoramique étant tronquée voire absente.

ROSEN attribua ces différences à la nature volontaire du suicide, par opposition au caractère inattendu et fortuit des accidents.

ROSEN découvrit aussi les changements bénéfiques durables concernant leur état émotionnel, leur comportement et leur système de pensée.

L'aspect le plus frappant étant une résurgence profonde des sentiments spirituels aboutissant à des conversions religieuses ou renforçant des croyances préexistantes.

Un sentiment de renaissance spirituelle, une nouvelle manière d'être dans le monde et une perception différente de celui-ci.

La plus significative des conséquences pratiques résidait en une réduction des tendances auto-destructrices, un accroissement de la vitalité et une affirmation heureuse de l'existence humaine.

L'un des survivants exprime cela en ces termes :

"Un espoir nouveau m'habita et ma vie trouva un sens. Bien sûr cela dépasse la compréhension de la majorité des gens. J'apprécie le miracle de la vie, regarder un oiseau voler, par exemple. Je crois que tout est plus riche de sens quand vous avez failli la perdre. J'éprouve un sentiment de solidarité et d'unité avec tout le monde et pour toutes choses. Après ma re-naissance psychique, je partageais la peine des uns et des autres. Survivre renforçait une conviction et mon but dans la vie. Tout "dorénavant était clair et brillant, je devins conscient de ma relation avec mon "créateur"
[ROSEN, réf. 101 p. 212].

7- ENQUETE PERSONNELLE

7-1- Problèmes de méthodologie

Il est certain qu'une enquête de ce genre comporte de nombreux biais :

7-1-1- Le Double Niveau de Subjectivité

Il y a inévitablement deux niveaux de subjectivité : celui du patient et celui de l'enquêteur.

a- le patient décrit des phénomènes qu'il a ressentis et qu'il a beaucoup de mal à exprimer. Par ailleurs la possibilité est grande de surenchérir ou d'oublier, d'autant que les expériences remontent quelquefois à plusieurs années.

b- les descriptions fournies par les patients sont évaluées par l'enquêteur. Mais en fonction des croyances ou des concepts de celui-ci, n'y aurait-il pas quelques "ajustements" inconscients qui pourraient s'effectuer dans la retranscription.

exemple : R. NOYES et R. KLETTI, dans leur analyse, recherchent uniquement les éléments d'un syndrome de dépersonnalisation.

7-1-2- La Pré-Sélection

Le mode de recrutement par voie non hospitalière ne permet pas d'obtenir des échantillons représentatifs. Les petites annonces dans les journaux opèrent une pré-sélection.

exemple : K. RING pour étudier les survivants de suicide a obtenu 9 survivants par voie hospitalière et 17 par annonces.

7-1-3- La Non-Homogénéité des échantillons

En effet sont étudiés dans le même lot, les rescapés d'accidents de voiture, les survivants d'arrêts cardiaques, etc...

exemple : K. RING dans son étude générale a obtenu un échantillon contenant 52 maladies graves, 26 accidents et 24 tentatives de suicide.

L'enquête de SABOM est donc très intéressante du fait de sa qualité d'enquête prospective, de l'homogénéité de ses cas et de son recrutement surtout hospitalier.

7-2- Méthode

Comment donc limiter ces facteurs responsables de biais.

Tout d'abord au niveau de la sélection, nous avons recruté des sujets uniquement par voie hospitalière dans les services suivants au Centre Hospitalier Régional de Grenoble : Service de réanimation médicale, de réanimation chirurgicale et soins intensifs de cardiologie.

Nous avons établi un critère d'homogénéité, à partir de notre définition des E. M. I. (qui comprend trois degrés d'imminence de la mort), en nous limitant aux cas de sujets présentant une altération grave de leurs fonctions vitales ou en état de mort apparente. En ayant éliminé les problèmes neurologiques car plus complexes, nous nous sommes tenus aux problèmes cardio-respiratoires uniquement. Ainsi notre critère de recrutement concernait des sujets qui avaient présenté un arrêt cardiaque et/ou des sujets qui avaient présenté une insuffisance respiratoire aiguë, qui sans ventilation assistée, seraient morts.

Nous avons alors consulté les fichiers des services ci-dessus mentionnés. Nous reportons au tableau 41 le nombre de cas obtenus par service.

T A B L E A U 41

Nombre d'arrêts cardiaques et/ou d'insuffisances respiratoires aiguës	
S e r v i c e	Nombre de cas
réanimation médicale	35
réanimation chirurgicale	9
soins intensifs cardiologiques	4
T O T A L	48

Nous avons alors adressé à chacun une lettre accompagnée d'un questionnaire dont on retrouvera les reproductions en annexe.

Bien évidemment notre nombre était limité et allait se restreindre encore plus. Mais effectuer une étude de plus grande envergure n'était pas dans nos capacités et aurait demandé une à deux années (cf les enquêtes américaines). Nous avons donc voulu, tout en gardant des critères de sélection et de recrutement précis, effectuer essentiellement une vérification qualitative et non statistique.

7-3- RESULTATS

Sur 40 envois, 27 nous furent retournés ; on trouvera au tableau 42 la répartition des réponses.

T A B L E A U 42

Répartition des réponses au questionnaire	
Nombre	R é p o n s e
11	changements d'adresse
6	décédés depuis
10	réponses analysables

En appelant connaisseurs ceux qui rapportèrent une E. M. I. et non-connaisseurs les autres voici au tableau 43 quelles furent nos résultats.

T A B L E A U 43

connaisseurs	2
non-connaisseurs	6
onirisme banal	2

Seulement 2 sujets sur 10 rapportèrent donc une E. M. I. Notre chiffre est donc nettement au-dessous de la plupart des études américaines qui donne une fréquence d'environ 40% (RING, SABOM, GREYSON). Etant donné le peu de résultats, nous voulons maintenant retracer les récits de nos deux connaisseurs en corrélation avec l'étude de leur dossier médical.

Monsieur X est un ingénieur en retraite, il a 65 ans. Il est marié, Français, catholique non pratiquant. Le 19 Juin 1974 il fut adressé en provenance d'une clinique dans le service de réanimation médicale, pour une péritonite par sigmoïdite et perforation d'ulcère du premier duodénum. Il a subi trois interventions chirurgicales et a présenté au cours de son séjour en réanimation de nombreuses complications :

- pulmonaires avec surinfection et épanchements pleuraux nécessitant une trachéotomie ainsi qu'une ventilation assistée.
- rénales avec une insuffisance rénale aiguë ayant conduit à l'épuration extra-rénale par dialyse.
- cardiaques avec deux arrêts cardiaques au cours de son séjour.

Le 7 Juillet 1974 on notait un coma vigil sans signe de focalisation.

Il fit son premier arrêt cardiaque le 24 Juillet 1974, qui fut récupéré immédiatement avec massage cardiaque externe, deux ampoules d'Isuprel et un demi-flacon de T. H. A. M.

Deux jours après son état était nettement amélioré avec une conscience normale.

Le 10 Août 1974, deuxième arrêt cardiaque.

Le 30 Août 1974 on lui supprimait sa trachéotomie.

Le 7 Septembre 1974 il sortait du service de réanimation.

Son séjour aura donc duré deux mois et 21 jours, il était resté sous machine pendant deux mois et onze jours.

Sa thérapeutique consistait en : Soludactone, Héparine, Lasilix, Aminosides.

Au moment de son premier arrêt cardiaque il avait : Solumédrol, Tétralactyl, Cédilanide, Lasilix, Ancotyl, Nébcine, Néomycine.

Sa température a oscillé entre 38° et 38°8 au départ, avec un pic à 39°3 C (le 13 Juillet 1974).

Maintenant voici le discours que nous a tenu Monsieur X. de ce qu'il se rappelle pendant cette période ; son dernier souvenir est la rampe d'accès au pavillon d'urgence dans la voiture du S.A.M.U.

"...à partir de ce moment là, dit-il, commence un vrai roman. Je m'étais porté volontaire pour que l'on teste sur moi des effets d'une irradiation atomique, on devait me transporter pour cela à MURUROA.

On m'a alors remis la Légion d'Honneur pour mon volontariat au Havre. Je revois très précisément les visages de Giscard d'Estaing, de mon patron et de mes amis. Cette cérémonie était très précise, très vivante. J'étais le premier homme à subir des radiations atomiques contrôlées par une équipe médicale.

Puis on m'a emmené en bateau, direction Mururoa. Je me rappelle le bruit du moteur, rythmique. Arrivé à Mururoa, on m'emmène dans le Blockhaus où l'expérience devait avoir lieu...

A partir de ce moment, tous les jours à 15 h 00 précise une infirmière venait m'ouvrir les yeux, quelques fois en me les tenant ouverts avec des allumettes, pour me montrer sur une télévision l'opération que je venais de subir dans la matinée. Je me voyais tout nu avec les chirurgiens autour. J'ai vu mes entrailles et mon sang jaillir. Puis j'avais un calme jusqu'au lendemain, où la même scène se reproduisait à 15h00. Comme si je subissais tous les matins une intervention. On me la montrait l'après-midi, pour me faire suivre l'expérimentation.

Pendant ce temps, j'avais dans le coin de ma chambre un Farfadet, un petit diabolin. Pour moi il était mon ange gardien, c'était un tout petit bonhomme, il me souriait. Je l'entendais me parler d'une voix claire, mais en sourdine, et il me disait : "ne t'inquiète pas, il ne t'arrivera rien". Mais chaque fois qu'on m'emmenait, il se défilait à mes yeux. Je pensais alors : "bon mon salaud ! chaque fois qu'on me fait du mal tu t'en vas !".

Puis on m'a réemmené à La Rochelle, j'avais fini mon séjour à Mururoa et on me ramenait en France, toujours sous surveillance médicale. A la Rochelle, je me trouvais encore dans un Blockhaus qui se trouvait lui sur un petit mamelon . C'est à ce moment que l'anxiété est devenue terrible car je voyais au plafond, dans la cage d'aération, deux espions Chinois. J'ai

très bien vu leur tête de Chinois. Ils surveillaient tout ce qui se passait. Mais ils étaient inconnus de l'équipe de surveillance. J'ai alors compris qu'ils voulaient s'emparer de l'expérimentation à leur profit. A un moment donné j'ai vu les C.R.S. monter à l'attaque vers le Blockhaus car les Chinois avaient pris en otage l'équipe médicale et moi-même. L'équipe médicale essayait de parlementer avec les Chinois, ils arrivèrent à un accord finalement : les Chinois participeraient à l'expérimentation. Le commandant des C.R.S. avisé de cette décision, a stoppé son attaque. Mais parmi l'équipe médicale, il y avait des traîtres, notamment une infirmière qui a alors dit : "Pas question, on ne partage pas, on continue l'expérience, nous, chinois, ou on le tue..." Puis elle a pris une paire de ciseaux et c'est la première fois que j'ai réalisé que j'étais rattaché à la vie par le tuyau de la trachéo. Elle avait les ciseaux sur le tuyau et a dit : "si vous faites un pas de plus, je coupe !" Et elle a coupé, je l'ai vu couper. Et c'est là que j'ai eu mon premier arrêt cardiaque.

A ce moment j'ai senti un soulagement, quelque chose de fantastique, d'inimaginable. Plus de soucis de respirer, ni d'entendre battre son coeur, ni d'entendre du bruit, ni de penser, ni d'avoir rien. Le machin, enfin... la tranquillité idéale, enfin... je ne trouve pas le mot exact... Mais sans vision autre que ce calme idéal, ce soulagement d'avoir rien... de ne plus se sentir soi-même, le vide, le vide complet. On ne peut pas imaginer, un vide extra-terrestre, sans aucune vision extérieure, ni sensation. Le vide, le vide, le vide. Une sensation de vide merveilleux, aucune drogue, ni aucun sommeil ne peut vous donner ça, le vide de béatitude, la béatitude du vide. J'ai toujours rêvé, comme je suis insomniaque, de dormir sur un nuage, mais cette sensation n'est rien à côté de cela. La béatitude du vide total. Je suis revenu à moi, paraît-il, avec un grand sourire. Cette période de vie extra-terrestre fut une période de béatitude, sans aucune notion du temps.

Puis j'ai commencé à ressentir les douleurs, j'ai repris conscience et ma femme essayait de m'expliquer que j'étais à Grenoble, mais pour moi j'étais toujours dans le Blockhaus. Et il m'a fallu plusieurs jours pour admettre la vérité.

Une dernière chose, MURUROA, je n'en avais jamais entendu parler, ni jamais vu autant que je me souviens. Et un jour, j'ai vu une

émission télévisée sur Mururoa, et bien je vous donne ma parole ! si vous me montrez une vue aérienne de Mururoa, je pourrais vous cadrer l'endroit exact de l'emplacement de mon Blockhaus. C'était exactement la même image que j'avais vu quand j'étais en réanimation. Je la revois avec sa bande de sable qui se prolonge? Ceci je ne me l'explique pas".

Ce cas est intéressant à plusieurs niveaux :

- il nous montre la transposition fantasmatique de la réalité environnante, en l'occurrence le service de réanimation, le sujet vit une expérience hallucinatoire et délirante-onirique classique alors qu'il était dans un état de coma vigil.

- puis il objective le changement profond qui s'opère dans l'esprit du sujet lors de son arrêt cardiaque. Au vécu onirique s'oppose l'état de béatitude complète qu'il éprouve lors de son arrêt cardiaque et qui constitue ce que nous avons convenu d'appeler une E. M. I.

Cette E. M. I. est relativement limitée, mais n'en est pas moins une expérience dont le sujet se rappelle avec joie, cependant qu'il critique rétrospectivement son roman délirant.

Par contre on ne note pas de modifications dans l'attitude du sujet, ni dans sa vie, ni dans ses conceptions de la mort.

STEVENSON [Réf. 114] cite également un changement brutal de l'état de conscience survenu chez un médecin qui avait fait une E. M. I. dans son adolescence.

Il avait une maladie grave avec une fièvre élevée et délire. Et alors que son état physique s'aggravait (ce qu'on lui dit plus tard) son état mental changea brusquement : il fit une expérience de décorporation typique, la clarté mentale remplaçant brusquement la confusion.

Monsieur Y. est monteur en chauffage, il a 36 ans, il est marié, en instance de divorce, Français, de religion catholique.

Il était éthylique et avait demandé une cure de désintoxication qui était prévue en septembre 1978.

Depuis le 17 Juillet 1978, Monsieur Y. présentait une infection pulmonaire avec un syndrome confuso-onirique important (Delirium tremens). Son médecin traitant l'avait traité alors par du Thiophénicol.

Devant l'aggravation des signes, il est adressé au pavillon d'urgence le 18 Juillet 1978, il est alors placé en réanimation. Son état associait :

une grande obnubilation
une insuffisance respiratoire grave avec une hypoxie à 38 mm Hg due à une pneumopathie bilatérale.

une pyrexie à 40° c

Il a été intubé et mis sous ventilation assistée. Les hémocultures pratiquées ont révélé une septicémie à pneumocoque.

Il s'est rapidement amélioré en trois jours et a pu être dirigé en pneumologie le 22 Juillet 1978. Son séjour a donc duré quatre jours en réanimation. Sa thérapeutique fut : Totapen, Lasilix, Kaléorid, Héparine, Restriction Hydrique.

Monsieur Y. qui était éthylique, a donc présenté un delirium tremens avec syndrome confuso-onirique en conséquence d'une grave pneumopathie bilatérale.

Voyons quelles étaient les hallucinations dont il se plaignait à ce moment :

"Je voyais des choses affreuses, par exemple je voyais mon beau-frère pendu dans son jardin, je voyais ma femme qui avait une tête de monstre se jeter sur moi, elle pouvait traverser les murs. Je voyais un autre membre de la famille avec un couteau dans la tête, etc...".

Puis quand il fut en réanimation, voici ce qu'il nous a rapporté :

"Je ne pensais pas être près de la mort, j'ai eu l'impression de tomber dans un trou noir sans fond, je me sentais bien, léger, je m'enfonçais, j'avais l'impression d'un flottement. C'était le noir et je tombais. Je ne voyais absolument rien, je ne me rendais pas compte du temps. A ce moment je ne me voyais pas, je me sentais seulement, mais je savais que c'était moi.

Puis j'ai vu des personnes décédées, ma mère, morte depuis 20 ans et mon frère mort depuis 10 ans. Ils m'appelaient. Ma mère était comme le jour où elle est partie. C'était une vision très nette, ils avaient l'air accueillant, je les voyais m'appeler mais ne les entendais pas. Ils étaient dans le trou mais ils restaient toujours éloignés de moi, j'étais heureux mais je n'arrivais pas à les atteindre, j'aurais pourtant voulu. Ils étaient comme je vous vois maintenant. J'étais content de les revoir. Je trouvais cela normal de les retrouver.

Je me suis réveillé au pavillon D.

- Est-ce que cette expérience a changé quelque chose dans votre vie ?

Non, car pour moi cette expérience a ressemblé à un rêve. Je n'ai à aucun moment imaginé que j'avais frôlé la mort.

- Par rapport à la mort ?

La mort ne me fait plus peur maintenant, plus du tout.

- Croyance en l'après-vie ?

J'ai plutôt l'impression qu'il s'agit d'une continuité, que c'est une continuité de la vie.

Mais cela n'a pas modifié mes idées religieuses".

Cette E. M. I. se rapproche beaucoup plus du modèle que nous avons décrit.

Il est ici aussi intéressant de comparer les hallucinations du delirium, très anxiogènes pour le sujet (à tel point qu'encore actuellement, il en fait des cauchemars) avec son E. M. I. où il dit se sentir heureux et avoir une vision de chers défunts accueillants.

Notons également que les hallucinations mettaient en scène des personnages vivants alors que l' E. M. I. mettait en scène des personnages décédés.

Les changements produits dans sa vie sont modestes, par contre il dit ne plus avoir peur de la mort et comprendre qu'elle ne constitue pas une fin mais qu'il y a une continuité après.

En conclusion, ces deux cas mettent en avant la tonalité affective des E. M. I., qui est agréable et apaisante, par rapport aux hallucinations délirantes, qui sont anxiogènes et terrifiantes, et nous montre que la nature de ces deux types d'expérience est vraisemblablement différente. Mais on note toutefois dans les deux cas une pathologie organique hallucinatoire.

7-4- AUTRE VOLET DE L'ENQUETE

Par ailleurs nous avons obtenu quelques récits d' E. M. I. à la suite d'une conférence faite sur le sujet à l'hôpital psychiatrique de Saint-Egrève (2 sujets), à la suite de petites annonces (1 sujet), de bouche à oreille (1 sujet).

Nous en avons cité tout au long de la phénoménologie de larges extraits. Pour la transcription nous avons utilisé la bande magnétique.

Voici les principales caractéristiques de ces cas :

8- DISCUSSION NOSOLOGIQUE

Nous allons résumer brièvement en trois points les caractéristiques des E. M. I., phénoménologie, déterminants et répercussions.

8-1- PHENOMENOLOGIE

8-1-1- Contenu

Nous effectuons, à la suite de RING, une tripartition des E. M. I. d'après leur contenu :

8-1-1-1- 1' E. M. I. type I est une expérience de décorporation.

8-1-1-2- 1' E. M. I. type II est une expérience d'un espace sombre.

8-1-1-3- 1' E. M. I. type III est l'expérience d'un autre monde et/ou l'expérience d'une conscience mystique.

CAS N° 1 : Femme de 52 ans, sans métier, ni diplôme, Française, mariée, sans antécédents psychiatriques, au moment de l'accident pas de religion.

E. M. I. à l'âge de 14 ans.

Diagnostic : rupture appendiculaire, péritonite.

E. M. I. type I et III

CAS N° 2 : Homme de 18 ans, chômage, suit des cours du soir, Français, père Algérien, non croyant, célibataire, psychothérapie depuis 8 mois.

E. M. I. à l'âge de 16 ans.

Diagnostic : noyade.

E. M. I. type mémoire panoramique

CAS N° 4 : Homme de 43 ans, agent technique commercial, licence de physique, croyant, Français, marié, pas d'antécédents psychiatriques.

E. M. I. à l'âge de 23 ans.

Diagnostic : opération d'un méga-uretère
globe vésical, réflexe vagal

E. M. I. type I

CAS N° 6 : Femme de 37 ans, professeur de musique, origine Anglaise, homosexuelle, pas de religion, croyante.

E. M. I. à l'âge de 16 ans.

Diagnostic : tentative de suicide par barbiturique

E. M. I. type I

LES CAS N° 3 et N° 5 sont les deux cas de notre enquête hospitalière.

Remarque : Notons la très faible fréquence d' E. M. I. de type infernal que RAWLINGS seul a en fait mise en évidence.

8-1-2- Caractéristiques

8-1-2-1- Sentiment de réalité malgré le caractère insolite de l'expérience.

8-1-2-2- Tonalité affective très positive (paix, bien-être, etc...)

8-1-2-3- Lucidité et objectivité de la conscience.

8-1-2-4- Non-contrôle sur l'expérience.

8-1-2-5- Absence de délire.

8-2- DETERMINANTS

Nous avons vu qu'il est difficile de quantifier l'influence des différentes causes et du degré de proximité de la mort sur la fréquence d'apparition et le contenu des E. M. I. Par contre les données démographiques, la religiosité et la religion n'ont aucune influence, alors que la connaissance préalable des E. M. I. a un effet négatif sur la fréquence d'apparition

8-3- REPERCUSSIONS

Un schéma réactionnel particulier se retrouve dans les suites d'une E. M. I.

Certains aspects sont également présents chez des survivants non-connaisseurs comme une réorientation dans les buts, une plus grande appréciation de la vie et une attitude plus ouverte envers autrui.

D'autres sont spécifiques aux connaisseurs de l' E. M. I., diminution de la peur de la mort, accroissement de la religiosité et de la croyance en l'après-vie.

8-4- DISCUSSION NOSOLOGIQUE

De par ses caractéristiques l' E. M. I. se différencie de processus oniriques banaux :

- le déroulement de l'expérience est relativement invariant et il est peu probable que tous les sujets réagissent par le même rêve à une situation identique.

- d'autre part, le sentiment de vive réalité, la lucidité, l'objectivité, ne sont jamais présents dans un rêve ordinaire.

- enfin un rêve ordinaire n'a certainement pas les répercussions inhérentes à l' E. M. I.

Elle se différencie également des destructurations de la conscience psychotique.

Elle ne comporte aucun élément délirant et le sujet est lucide au cours de l'expérience. D'autre part, la tonalité affective est souvent très positive, à l'inverse du vécu psychotique.

Enfin l'impact ultérieur sur le comportement et la personnalité

du sujet ayant connu une E. M. I. n'existe pas chez les psychotiques. A l'inverse même, les E. M. I. survenues lors de tentatives de suicide ont un effet thérapeutique bénéfique sur le connaisseur qui perd ses tendances auto-destructrices.

Ces éléments sont résumés au tableau 44 et seront analysés en détail dans la deuxième partie.

T A B L E A U 44

Comparaison entre rêve ordinaire, psychose aiguë, E. M. I.			
caractéristique	rêve	psychose aiguë	E. M. I.
survenue	sommeil	état de veille	état de/ veille/ inconscience
contenu	variable	variable	relativement invariant
éléments délirants	absent	présent	absent
lucidité	absente	absente	présente
sentiment de réalité	absent	présent	présent
contrôle	absent	absent	absent
affect	+/-	-	+
répercussions	0	-	+

8-5- CONCLUSIONS

L' E. M. I. est une expérience non-délirante, lucide et possédant de fortes répercussions positives sur la vie du sujet. Elle n'est ni un rêve ordinaire, ni une décompensation psychotique aiguë.

9- RAPPROCHEMENTS ENTRE HALLUCINATIONS DES MOURANTS ET E. M. I.

Les hallucinations des mourants possèdent des caractéristiques très proches des E. M. I.

9-1- CONTENU

Les hallucinations des mourants se rapprochent beaucoup des E. M. I. type III, c'est à dire d'un autre monde et/ou d'une conscience mystique.

Les ressemblances des descriptions de "l'autre monde" sont frappantes, nous retrouvons l'extraordinaire beauté, la rencontre de chers défunts. Bien entendu, chez les mourants les défunts veulent les "emporter" alors que chez les rescapés les défunts les ont "renvoyés" !

9-2- CARACTERISTIQUES

Nous retrouvons également dans les deux cas :

- a) un sentiment de réalité intense malgré le caractère insolite
- b) un sentiment de paix, de béatitude extraordinaire
- c) une lucidité de la conscience
- d) aucun contrôle sur le déroulement
- e) aucun élément délirant

9-3- REPERCUSSIONS

Les répercussions immédiates des visions chez le mourant sont un apaisement des souffrances physiques et morales, une acceptation de la mort ; les mourants peuvent même réconforter l'entourage.

Nous savons que les répercussions des E. M. I. chez les rescapés sont extrêmement positives.

9-4- CONCLUSIONS

Au niveau de la phénoménologie, les hallucinations des mourants et les E. M. I. sont d'une nature proche. La différence majeure est le moment de survenue, à l'état de veille pour les premiers, en état d'inconscience le plus généralement pour les seconds.

IV - EXPERIENCES DU MEME TYPE SURVENANT EN DEHORS DU CONTEXTE DE

L'IMMINENCE DE LA MORT

Malgré toutes les études effectuées sur les E. M. I., une question reste à élucider : les caractéristiques phénoménologiques des E. M. I. sont-elles propres à l'imminence de la mort ?

Certains auteurs ont rapproché des E. M. I. un état de modification de la conscience, au cours duquel le sujet perçoit sa conscience comme si elle était séparée de son corps physique, que nous avons appelée "expérience de décorporation" (ou E. D.), intitulée "out of the body experience" (O. B. E.) chez les Anglo-Saxons.

Définition qui pose un problème dans la mesure où elle suggère que la conscience se trouve effectivement à l'extérieur du corps ?.

Cet état ne survient pas chez des personnes dont la vie est en jeu et sa phénoménologie se rapproche énormément de celle des E. M. I.

La littérature traditionnelle psychiatrique s'intéresse peu à ces phénomènes de décorporation, mais Jules MASSERMAN dans son communiqué présidentiel à l'American Psychiatric Association en 1977, note l'intérêt croissant aux U. S. A. pour ce que nous appelons "métapsychiatrie" qui reflète les préoccupations parallèles dans le public pour les croyances ésotériques et les recherches transcendantes vers les fins dernières (intérêt qui ne s'est pas encore révélé dans la littérature psychiatrique française).

Quelques cas sont publiés périodiquement, comme ceux de KENNEDY qu'il nomme "dépersonnalisation auto-induite" [réf. 55]. Il relate deux cas de ce genre chez deux hommes de 37 et 24 ans, survenus à la suite de la pratique d'exercices dont le but est la modification de la conscience. En effet il faut signaler qu'aux U. S. A. se développent des groupes qui recherchent activement les états modifiés de conscience à l'aide de techniques physiques et respiratoires comme le yoga. Il convient donc que le psychiatre connaisse ces états pour ne pas les confondre abusivement avec des phénomènes pathologiques.

Cet homme de 37 ans avait effectué une expérience de décorporation en pratiquant des exercices écrits dans un livre. Il s'inquiéta un peu

et consulta à l'hôpital le plus proche, un psychiatre qui lui donna des tranquillisants. Malheureusement ces médicaments aggravèrent l'état, on lui proposa alors des électro-chocs mais il refusa. Finalement il fut rassuré sur la banalité de ce phénomène par un yogi qui lui assura que cela arrivait de temps en temps lors de la pratique du yoga.

Le deuxième cas est celui d'un jeune homme de 24 ans qui était entré dans un des groupes de recherches précédemment décrits ; il éprouva alors au cours d'exercices, des expériences de décorporation et des sentiments d' "unité avec l'univers". Ceci l'inquiéta et il consulta un psychiatre qui pensa à une lésion cérébrale organique. Il eut alors un électro-encéphalogramme, des radiographies du crâne et une tomodensitométrie cérébrale, qui ne montrèrent rien. Au cours de ces examens, il fut examiné par deux psychiatres, un neurologue et deux psychologues. Aucun ne conclut à l'existence de schizophrénie. Le patient n'avait plus pris de LSD depuis un an. Finalement il consulta KENNEDY qui, en plusieurs entretiens rassura le patient.

Il reste que les deux cas particuliers cités par KENNEDY ne sont pas typiques des "expériences de décorporation" simples telles qu'elles ont été mieux étudiées par d'autres auteurs.

1- METHODES D'ENQUETES

Certains auteurs ont donc entrepris d'étudier d'une manière statistique les E. D. (ou O. B. E.)

1-1- ENQUETE DE TWEMLOW & Coll. [réf. 33, 34, 116, 120]

1-1-1- Méthode [116]

Au cours d'une interview dans un périodique national, TWEMLOW sollicita des lettres de personnes qui auraient vécu une E. D. Il reçut 1 500 réponses parmi lesquelles 700 rapportaient une E. D. A ces 700 personnes fut retournés deux questionnaires : le Profil des Expériences de Décorporation (P. E. D.) et le Profil d'Adaptation à la Vie (P. A. V.). 420 personnes ont donné des réponses valables ; seulement 339 décrivaient une E. D.

Les 81 restants ne rapportaient pas une telle expérience mais montraient un vif intérêt pour celle-ci ; ce groupe fut utilisé comme groupe témoin.

Le P. E. D. et le P. A. V. sont similaires dans leur forme :

le P. E. D. : profil de l'expériences de décorporation est un questionnaire où chaque question comporte quatre réponses possibles. Cinquante et un items explorent les conditions de survenue de l'expérience, élaborées à partir des sources suivantes :

- 1/ expériences pré-mortem
- 2/ littérature mystique
- 3/ littérature psychique et occultiste
- 4/ données psychiatriques et psychanalytiques sur la dépersonnalisation psychotique, l'héautoscopie, les dissociations hystériques et le rêve.

Vingt-deux items explorent les sentiments durant et après l'expérience. Cinq tests psychologiques étaient inclus.

- l'échelle d'absorption et d'attention d' ATKINSON pour détecter les capacités de rêverie diurne et de fantasmatisation.
- l'échelle d'hystérie de CAINE
- l'échelle de psychoticisme d'EYSENCK
- 10 items de l'échelle de la peur de la mort de DICKSTEIN
- l'échelle de recherche du danger de TELLEGEN et ATKINSON, qui détecte les tendances à rechercher des stimuli inusuels.

- enfin 12 items rassemblaient les données démographiques de base et des informations sur les croyances religieuses, l'usage de drogues, la pratique de la méditation ou de l'hypnose.

le P. A. V. : est un questionnaire à 154 items qui est l'un des rares tests de santé psychologique qui peut être adapté à des populations non perturbées.

Les critères de santé sont basés sur des mesures concrètes de comportement plutôt que sur des manifestations subjectives de l'humeur.

Résultats

Au total il y a 47,5% d'hommes et 52,5% de femmes avec un âge moyen de 44,4 ans. Le niveau d'éducation est comparable à celui d'une population générale américaine.

Les résultats des tests psychologiques n'ont pas montré de différence significative quant à l'index pathologique dans les deux groupes.

Les 339 sujets qui ont eu une E. D. ont une santé mentale significativement meilleure qu'un groupe de patients psychiatriques mais aussi similaire à celle de contrôle d'étudiants, en accord avec le P. A. V.

66% des sujets ont eu plus d'une E. D. et 34% une seule seulement.

1-2- ENQUETE DE GREEN [37]

GREEN soumit à 380 étudiants de l'Université d'OXFORD la question : "Avez-vous déjà eu une expérience dans laquelle vous vous sentiez en dehors de votre corps ?".

131 (34%) répondirent "oui" à la question, et

230 (61%) répondirent "non".

Au 131 premiers on soumit un questionnaire détaillé concernant l' E. D.

Seulement 19 étudiants remplirent le questionnaire.

1-3- ENQUETE DE PALMER [87]

PALMER sélectionna à CHARLOTTESVILLE un échantillon randomisé de 700 citadins et de 300 étudiants à l'Université de VIRGINIE. Il leur adressa un questionnaire.

Il obtint 354 réponses des citadins et 268 des étudiants, soit respectivement 51% et 89% des échantillons initiaux.

Parmi les citadins 14% rapportèrent avoir vécu une E. D., dont 87% plus d'une ; parmi les étudiants 25% rapportèrent une E. D., dont 82% plus d'une.

La différence entre les citadins et les étudiants est significative ($p < 0,01$).

2- CIRCONSTANCES DE SURVENUE DE L' E. D.

Nous en individualisons six :

- au cours d'un état de relaxation psycho-physique
- au cours du rêve
- au cours de la méditation
- au cours de l'absorption de drogues (psychédéliques, alcooliques, anesthésiques)
- lors de l'imminence de la mort
- lors d'un stress intense

2-1- AU COURS D'UN ETAT DE RELAXATION PSYCHO-PHYSIQUE

TWEMLOW & Coll. dénotent que 78% des sujets sont relaxés physiquement et 77% calmes mentalement lorsque survient l'expérience de décorporation.

2-2- AU COURS DU REVE

35% des sujets de TWEMLOW sont en train de rêver quand survient l' E. D. Ils qualifient l'expériences de "beaucoup plus réelle qu'un rêve".

Dans la statistique de PALMER, les E. D. sont corrélées de manière significative à la survenue de rêves lucides ($p < 0,01$ pour les citadins et $p < 0,001$ pour les étudiants).

2-3- AU COURS DE LA MEDITATION

26% des sujets de TWEMLOW méditaient quand est survenue l' E. D. PALMER retrouve une corrélation significative entre la pratique de la méditation et la survenue d' E. D. ($p < 0,05$).

Par ailleurs, les gens pratiquant la méditation sont significativement plus calmes au moment de l' E. D. que les autres ($p < 0,0001$).

2-4- SOUS L'INFLUENCE DE DROGUES

8% des sujets de TWEMLOW prenaient des médicaments d'ordre général, et seulement quatre sujets ($< 0,01\%$) des psychédéliques.

PALMER note une corrélation significative entre l'utilisation de psychédéliques et la survenue d' E. D. chez les étudiants ($p < 0,01$).

13% de l'échantillon de citadins et 21% de l'échantillon d'étudiants qui rapportèrent une E. D. eurent au moins une E. D. sous l'influence des drogues.

6% des sujets de TWEMLOW eurent une E. D. sous anesthésie générale et seulement 1% en étant ivres.

2-5- LORS DE L'IMMINENCE DE LA MORT

10% des sujets de TWEMLOW étaient à l'imminence de la mort, 5% expérimentant un arrêt cardiaque.

2-6- LORS D'UN STRESS INTENSE

22% des sujets de TWEMLOW étaient sous l'influence d'un stress intense, 15% avaient une fatigue inhabituelle, 6% expérimentaient une douleur sévère, 4% un accouchement, 4% un accident, 3% avaient une fièvre élevée et 3% avaient un orgasme.

Aucune différence n'existe entre ceux qui ont eu plus d'une E. D. et ceux qui n'en ont eu qu'une seule. Par contre chez les sujets qui n'ont eu qu'une seule E. D. elle survient plus souvent spontanément (1) que chez les autres ($p < 0,01$).

Voici sur le tableau 45 le résumé des circonstances de survenue des expériences de décorporation (emprunté à TWEMLOW, réf 116 p. 452).

(1) spontanément : sans que le sujet ne l'ait volontairement désiré.

T A B L E A U 45

Conditions existant au moment de l' E. D. n = 339				
C o n d i t i o n	o u i		n o n	
	N	%	N	%
Relaxé physiquement	263	78	70	21
Calme mentalement	261	77	69	20
En train de rêver	117	35	211	62
En train de méditer	88	26	241	71
Sous l'influence d'un stress	74	22	250	74
Fatigue inhabituelle	51	15	279	82
Imminence de la mort	34	10	298	88
Arrêt cardiaque	17	5	313	92
Sous drogue	26	8	300	88
Sous anesthésie générale	20	6	312	92
Douleur sévère	21	6	307	91
Accouchement	14	4	316	93
Impliqué dans un accident	13	4	318	94
Fièvre élevée	11	3	320	94
Lors d'un orgasme	11	3	322	95
Soûl	5	1	328	97
En conduisant un véhicule	3	1	324	96

3- PHENOMENOLOGIE DE L' EXPERIENCE DE DECORPORATION

Nous utiliserons les statistiques de l'enquête de TWEMLOW.

3-1- CONTENU

Au cours de cet état, si l'on éprouve une conscience spatiale ou visuelle du corps physique, on perçoit également avec certitude que sa conscience est localisée entièrement et distinctement en dehors de ce corps.

Pour 68% des sujets cette conscience se situe dans un "autre

corps" semblable au corps physique.

58% des sujets se trouvaient dans leur environnement habituel alors que 38% se trouvaient dans un lieu différent.

Habituellement le corps physique se trouve inerte.

21% des sujets entendent des bruits insolites au début de leur expérience.

25% ont la sensation de se trouver dans un tunnel noir avec une lumière au bout, 28% voient une lumière brillante, 25% voient des êtres non physiques, ressentis comme guides ou aides, 13% ont l'impression d'approcher une limite et 4% seulement ont une rétrospective de leur vie en vision panoramique.

WHITEMANN [129] relate une de ses expériences :

"...j'ai la sensation de traverser à reculons... et je me retrouve descendant un tunnel long et obscur. Au bout se voit une petite tâche de lumière qui croît lorsque je m'approche et devient un grand parc..."

Les sujets ayant effectué un grand nombre d'expériences de décorporation présentent, par rapport à ceux n'en ayant effectué qu'une seule, les caractéristiques suivantes avec une fréquence plus élevée :

- | | |
|---|--------------|
| - une impression d'énergie | $p < 0,005$ |
| - entendre des bruits | $p < 0,005$ |
| - sentir des vibrations | $p < 0,01$ |
| - voir le corps physique à distance | $p < 0,005$ |
| - se sentir capable de traverser les objets | $p < 0,0006$ |
| - être conscient de la présence d'êtres non physiques | $p < 0,005$ |
| - voir une lumière brillante | $p < 0,002$ |

Par ailleurs, une personne étant à l'imminence de la mort présentera avec une fréquence plus élevée les caractéristiques suivantes :

- entendre des bruits au début de l'expérience $p < 0,01$
- traverser un tunnel noir $p < 0,0007$
- voir son corps à distance $p < 0,007$
- être conscient de la présence d'autres êtres non physiques $p < 0,0002$
- particulièrement des chers défunts $p < 0,006$
- voir une lumière brillante $p < 0,001$

Les caractéristiques phénoménologiques sont récapitulées au

T A B L E A U 46

caractéristiques de l'expérience de décorporation/N = 339				
c a r a c t é r i s t i q u e	O U I		N O N	
	N	%	N	%
Expérience plus réelle qu'un rêve	315	93	19	6
Possédait un corps semblable au corps physique lors de l'expérience	232	68	73	22
L'environnement est habituel	197	58	123	36
Impression d'énergie	177	52	145	43
Voulait réintégrer son corps physique	164	48	138	41
Se sentait capable de traverser les objets	155	46	157	46
Ressentait des vibrations dans son corps	128	38	204	60
Conscient de la présence d'êtres non physiques	121	36	209	62
Sentait qu'une partie de leur conscience était encore dans le corps physique	107	32	220	65
Ont vu une lumière brillante	96	28	225	66
Sentait la présence de guides ou d'aides	85	25	238	70
Sensation d'être dans un tunnel noir avec une lumière au bout	85	25	242	71
Bruits au début de l'expérience	71	21	123	36
Se sentait attaché à son corps physique	68	20	259	76
Se sentait capable de toucher les objets	54	16	251	74
Sentait que l'entourage physique était conscient de lui	45	13	277	82
Impression d'une limite-seuil	44	13	279	82
Rétrospective de la vie	14	4	313	92

3-2- CARACTERISTIQUES

Pour 93% des sujets l'expérience est plus réelle qu'un rêve. 83% ressentent pendant l' E. D. un sentiment de calme et de paix et 51% de la joie. Des aspects désagréables sont moins communs : 33% éprouvent de la peur et 4% ont l'impression de devenir fou. 32% des sujets perdent la notion du temps. Les sujets sont pleinement conscients au moment de l'expérience.

La notion de contrôle sur le déroulement de l'expérience n'a pas été mise en évidence par les chercheurs. Nous avons déjà vu que certains sujets pouvaient déclencher l' E. D. de manière volontaire. Cependant nous manquons de données statistiques sur le contrôle du déroulement même de l'expérience et sur son achèvement.

Par ailleurs les sujets effectuant des E. D. ont une santé mentale significativement meilleure qu'un groupe de patients psychiatriques et équivalente à un groupe de collégiens. Il ne semble pas y avoir d'éléments délirants au cours de l' E. D., cependant 4% de sujets eurent l'impression de devenir fou.

3-3- REPERCUSSIONS ULTERIEURES DE L' E. D.

L'expérience de décorporation possède un impact net sur la vie ultérieure du sujet. 55% des sujets disent que leur vie est changée suite à cette expérience et 51% l'ont vécue comme une expérience spirituelle. Pour 71% des sujets l' E. D. a eu un effet durable et 84% voudraient recommencer. 40% des sujets disent que cette expérience est le plus grand événement jamais survenu dans leur vie.

63% ont vu leur croyance en l'après-vie s'accroître.

Ceux qui sont calmes au moment de l'expérience ont plus fréquemment un impact positif.

Ceux qui ont eu une E. M. I. ont plus fréquemment l'impression que leur expérience a un but spécial ($p < 0,0001$), qu'elle a un bénéfice durable ($p < 0,002$), qu'elle est une expérience spirituelle ou religieuse ($p < 0,0001$) et que leur vie a été changée par l'expérience ($p < 0,01$). Par contre l'accroissement de la croyance en l'après-vie est similaire dans les deux cas (E. M. I. ou E. D.). Ce qui suggère que c'est la perception de la conscience comme séparable du corps ou non identifiée au corps, qui pourrait être le facteur clé de ce changement, plutôt que n'importe quelle autre caractéristique des E.M. I.

Nous empruntons à TWEMLOW le tableau 47 récapitulant les principaux effets à court, moyen et long terme de l'expérience de décorporation.

T A B L E A U 47

Impact de l'expérience de décorporation/N = 339				
i m p a c t	O U I		N O N	
	N	%	N	%
<u>Pendant l'expérience</u>				
calme, paix	281	83	90	27
impression de liberté	215	63	103	30
impression de destin	182	54	115	34
joie	173	51	139	41
peur	111	33	209	62
rien de spécial	91	27	161	47
sentiment de puissance	89	26	218	64
tristesse	39	12	267	79
impression de devenir fou	15	4	294	87
<u>Immédiatement après l'expérience</u>				
intérêt pour les phénomènes psychiques	266	78	46	14
parle de son expérience	242	71	85	25
curieux	232	68	95	28
sa vie est changée	188	55	127	37
ressent cette expérience comme spirituelle	174	51	145	43
pense qu'il possède des pouvoirs	136	40	180	53
c'est un évènement ordinaire	120	35	195	58
confus	87	26	233	69
garde secret l'expérience	77	23	237	70
bouleversé et effrayé	80	24	242	71
oublie l'expérience	20	6	295	87
impression de devenir fou	15	4	304	90
<u>Longtemps après l'expérience</u>				
veut réitérer	284	84	34	10
plus grand sens de la réalité	281	83	47	14
ressent l'expérience très agréable	273	81	47	14
l'expérience a un effet durable	240	71	67	20
croissance en l'après-vie	215	63	109	32
ressent que l'expérience a une grande beauté	208	61	112	33
l'expérience est comme aller vers une contrée lointaine	165	49	149	44
l'expérience est le plus grand évènement jamais survenu pour lui	136	40	177	52
ressent que l'expérience est une réminiscence d'expériences de l'enfance	68	20	248	73
désappointement	20	6	299	88
l'expérience est comme être soûl ou planant	20	6	297	88
souffrance mentale	7	2	313	92

3-4 CORRELATIFS

PALMER a montré que ni la connaissance des recherches parapsychologiques, ni l'opinion sur la survivance ou sur la réincarnation, n'ont d'influence significative sur l'apparition des E. D.

Par ailleurs il n'a constaté aucune corrélation significative avec l'âge, le sexe, la race, l'opinion politique, la religion, la religiosité, l'éducation et l'occupation.

La seule corrélation existante est une prépondérance significative d' E. D. parmi le groupe de citadins divorcé ou séparé (35% contre le groupe de citadins marié (13%) ($p < 0,05$).

4- ETUDE PSYCHOPHYSIOLOGIQUE DE L' E. D.

L'approche expérimentale est très difficile, dans la mesure où dans la grande majorité des cas l'expérience est unique dans la vie, et peut rarement être produite à volonté.

Charles TART [118] a pu enregistrer un sujet d'une vingtaine d'années qui disait avoir eu des E. D. plusieurs fois par semaine, depuis son enfance. Il a enregistré pendant quatre nuits dans un laboratoire d'étude du sommeil : E. E. G., mouvements oculaires, résistance cutanée, réflexe psycho-galvanique, pouls, circulation capillaire digitale.

A plusieurs reprises le sujet a rapporté des E. D.

Le premier problème était de vérifier l'éventualité d'une perception extrasensorielle lorsqu'elle disait flotter près du plafond. Effectivement le sujet a une fois vu l'heure, et une autre fois, un chiffre (25-132) qui ne pouvaient être lus que par quelqu'un se trouvant nettement au-dessus du plan du lit. Mais comme le fait remarquer EHRENWALD [32], ce cas ne permet pas de distinguer entre clairvoyance lors du rêve et E. D.

Le second objectif était de voir si le phénomène était associé à un état physiologique particulier. Il semble (autant qu'on puisse localiser celui-ci dans le temps) qu'il corresponde à un état complexe jamais décrit. C'était l'opinion de DEMENT qui examina les tracés : rythme alpha abondant légèrement ralenti, absence de mouvements oculaires, pas de réactivité élec-

trique cutanée ni cardiaque particulière, le tout survenant au cours du stade I du sommeil lent ou juste avant l'éveil accompagné de mouvements corporels.

TART remarque que cela est très loin des trances de l'agonie et qu'il doit sans doute exister plusieurs types d' E. D. Et par ailleurs le tracé E. E. G. : rythme alpha un peu lent... c'est un peu léger pour affirmer quoique ce soit là-dessus.

EHRENWALD [32] cite le cas de MONROE qui aurait montré lors de l' E. D. un E. E. G. de stade I de sommeil, pas de perception extra-sensorielle, mais peut-être des phénomènes télépathiques.

5- CONCLUSIONS

Les expériences de l'imminence de la mort sont donc comparables, tant dans leurs contenus, que dans leurs caractéristiques et leurs répercussions aux expériences de décorporation, bien que la proximité de la mort semble apporter certaines caractéristiques qui lui sont propres.

Nous rappellerons simplement que seulement 10% des expériences de décorporation surviennent lors de l'imminence de la mort.

Ceci est important pour comprendre la véritable nature de l' E. D. survenant au moment de la mort, suggérant que c'est un phénomène normal survenant dans un contexte particulier.

Quant à TWEMLow & coll. ils ne prennent pas position sur le fait de savoir si l'esprit se sépare vraiment du corps, mais se posent la question fondamentale de savoir ce qui est réellement réel ? Et notent qu'il serait intéressant d'étudier de plus près ceux qui ont éprouvé crainte, douleur, angoisse, lors de l'expérience pour déterminer dans quelle mesure ce serait lié ou non à une pathologie psychiatrique.

V - DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DES E. M. I.

1- LE CHAMP DE LA CONSCIENCE

..."On préfère souvent nier la conscience pour n'avoir pas à la définir", nous dit Henri EY [réf. 29 p. 2], qui rappelle la phrase souvent citée d'HAMILTON : "Consciousness cannot be defined..." ; aussi, très conscients des antinomies entre lesquelles on peut la partager (immanence et transcendance, données immédiates et réflexion, etc...) nous nous contenterons d'en retenir la formulation pratique qu'en donne H. EY dans le livre qu'il lui consacre : "structure complexe, celle de l'Organisation même de la vie de relation qui lie le sujet aux autres et à son monde". [29 p. 1].

Cette structure de la conscience peut se décrire comme un "champ". Le vecteur champ est la résultante de nombreux vecteurs que sont tous les phénomènes psychiques, et exprime les rapports du Moi au monde extérieur, définissant "l'espace du vécu", "l'être au monde là maintenant".

Ce champ phénoménal du vécu comportant nécessairement et totalement selon H. EY [TH p 67] un "dehors" et un "dedans", une succession de moments ou tantôt l'un, tantôt l'autre, apparaissent dans et par une référence réciproque au subjectif et à l'objectif, au sujet et à l'objet.

La conscience est "l'avoir conscience de quelque chose".

Les nombreuses modalités de l'être conscient (mémoire, attention, réflexion, langage, intelligence, perception, sensibilité, moi, etc...) s'organisent, pour H. EY, en deux niveaux fondamentaux : "la conscience qui s'arrête dans l'actualisation de l'expérience vécue et la conscience qui se développe dans le système de la personne" [29 p. 37].

On sait que cette distinction fondamentale lui a fait décrire la pathologie psychiatrique sous les deux aspects des troubles du champ de la conscience relevant d'une destructuration plus ou moins aiguë, et des troubles de la personnalité relevant d'un dysfonctionnement chronique des systèmes de la personne. Ces deux grands modes pathologiques sont susceptibles d'être engendrés par l'approche de la mort. Nous avons écarté de notre travail les remaniements de la personnalité provoqués par la certitude de la mort dans un avenir proche. Mais l'appréhension d'une mort immédiate semble être susceptible

de déstructurer le champ de conscience et de faire choir le sujet dans des modes apparentés aux états psychotiques et au fonctionnement onirique. Une part du matériel clinique est susceptible d'être ainsi interprétée.

La question est de savoir si les hypothèses pathologiques rendent compte de toutes les possibilités de la conscience.

Notre hypothèse est que celle-ci présente des modes de fonctionnement, rares mais normaux, autres que ceux classifiés par la psychologie et la pathologie classiques. La prise en compte des phénomènes parapsychologiques attestés par une volumineuse littérature [cf SUDRE, réf. 117, par exemple], impose de concevoir que la conscience peut recevoir des informations sur des objets éloignés, le fonctionnement mental d'autrui, l'avenir même, sans passer par les canaux sensoriels. La question subsistante, non résolue et d'ailleurs non soluble, étant de savoir si elle nécessite la présence d'un cerveau vivant...

Nous devons donc garder présent à l'esprit que ces possibilités non pas nouvelles, mais nouvellement redécouvertes, peuvent être activées au moment de la mort d'une part, et qu'elles en reçoivent d'autre part, une orientation déterminée par l'organisation d'un moi placé devant l'imminence de sa disparition.

2- DESTRUCTURATION DU CHAMP DE LA CONSCIENCE. ETATS MODIFIES DE CONSCIENCE

PATHOLOGIQUES

2-1- L' épilepsie temporale

NOYES & KLETTI, SABOM et d'autres, ont rapproché certains aspects de ces E. M. I. avec les phénomènes de l'épilepsie partielle, en particulier temporelle.

L'épilepsie réalisant cliniquement toutes les formes possibles de déstructuration de la conscience nous offre ainsi un panorama de phénomènes que l'on peut rapporter plus ou moins à l'agonie ou aux E. D.

On peut noter déjà qu'AUDISIO et PICAT [réf. 5] concluent à propos de crises hallucinatoires complexes rapportées à l'épilepsie que celles-ci sont la résultante du paroxysme comitial à préciser et d'une projection mentale sans rapport avec le paroxysme.

Quant à rapporter précisément ces phénomènes à une région cérébrale particulière, si c'est relativement aisé pour un phénomène hallucina-

toire simple, cela le devient beaucoup moins pour un phénomène hallucinatoire complexe a fortiori pour tout un comportement.

Nous allons voir toutefois quelles sont les similitudes et les différences que l'on peut trouver entre les E. M. I. et l'épilepsie clinique ou expérimentale.

2-1-1- Clinique

2-1-1-1- Les crises hallucinatoires simples

◊ Crises hallucinatoires visuelles.

On retrouve dans l'épilepsie des phosphènes, illusions dysmorphiques, ou des paroxysmes hallucinatoires complexes, comparés parfois à un film en couleur ou en noir et blanc, muet ou parlant, alors que les E. M. I. ne regrouperont que des rêves hallucinatoires complexes.

◊ Crises auditives.

Les sifflements, bourdonnements, ou sons de cloches que l'on pourrait rapprocher de bourdonnements parfois rapportés dans les E. M. I. Mais dans l'épilepsie, ceux-ci sont particulièrement anxiogènes, ce qui n'est pas le cas dans les E. M. I.

Dans les E. M. I. on ne retrouve pas non plus d'hallucinations stéréotypées de phrases ou d'écho de sa propre voix avec des caractères normaux ou déformés.

◊ Les crises olfacto-gustatives.

Elles sont rares dans l'épilepsie, typiques de la crise uncinée, souvent à caractère désagréable et ne sont pas retrouvées dans les E. M. I.

◊ Les hallucinations vertigineuses.

Elles sont très rares. Il s'agit de sensations ébrieuses ou illusions de déplacement corporel, de balançoire, responsables d'états curieux pendant lesquels le sujet éprouve par exemple l'impression de descendre dans un ascenseur ou d'être soulevé dans les airs qui peuvent être rapprochées au sentiment de flotter ou de passer à travers un tunnel dans les E. M. I. mais ici, là encore, sans la tonalité anxieuse.

◊ Les hallucinations somesthésiques.

Hallucinations de membre fantôme, distorsions de taille, de forme ou de position d'un membre, ou phénomènes plus complexes d'héautoscopie (qui sera analysé au chapitre V, 2-3-) qui sont donc très variées, alors que dans l' E. M. I. les modifications de perception du corps se limitent à l' E. D. Le corps physique lorsqu'il est perçu, l'est de manière non déformée et relativement invariante

- soit mort dans les E. M. I.
- soit dans un état de repos ou de relaxation dans les E. D.

simples.

◊ Crises idéatoires - idées obsessionnelles parasites.

Elles ne se retrouvent pas dans les E. M. I.

2-1-1-2- La crise uncinée et les "auras psychiques"

Décrites en 1873 par H. JACKSON, les crises uncinées sont un exemple d'association de plusieurs troubles de la conscience : état oniroïde ou "Dreamy-state", joint à l'angoisse, des hallucinations essentiellement olfactives et gustatives et, parfois même, à des phénomènes de mémoire panoramique.

Par le terme "auras psychiques" on désigne les expériences affectives ou idéatives auxquelles appartiennent déjà certaines données de la crise uncinée [H. EY, 31 p. 335]. comme le "dreamy state" ou la mémoire panoramique.

Les sujets rapportent à posteriori leurs expériences, rendant compte de troubles globaux de la conscience durant lesquels se sont imposés à eux des phénomènes étranges, le vécu du paroxysme apparaissant comme plus important que le thème même du paroxysme.

Dans les E. M. I. on retrouve un vécu et des thèmes systématisés.

Ce "dreamy state" s'accompagne évidemment de la perte des catégories temporo-spatiales familières : impression de déjà vu, de jamais vu, d'irréalité du monde et de soi-même.

Si certains malades parlent "de sentiment de la réalité des phénomènes" ou de "phosphorescence intérieure", il s'agit plutôt d'une étrangeté indéfinissable, d'une bizarrerie de l'ensemble de la situation, de "leur réalité devenue bizarre".

L'ambiance peut parfois sembler à la fois familière et étrange?

L'évocation peut porter aussi sur des paysages féériques ou imaginaires sur "un autre monde", hallucinations accompagnées du sentiment d'être isolé du monde extérieur.

Et si l'anxiété ou les impressions désagréables dominent le plus souvent, certains patients parlent de "beauté totale", "de détente", de force de bonheur ou de puissance comme dans cette aura rapportée par HRECHIA et RETEZEANU en 1933

"un sentiment d'étrangeté de l'environnement durant lequel tout lui paraissait plus beau, plus brillant, plus grand. Il allait toucher ces merveilles qui se trouvaient être les objets usuels de son ambiance. Il ressentait une véritable extase, percevait avec embellissement toilette et objets, les couleurs étaient plus vives, il ressentait aussi des impulsions à marcher pour admirer cette ambiance magnifique. Il perdit ensuite contact avec la réalité et faisait une crise comitiale".

En fait par son contexte émotionnel où domine l'ANXIETE (d'autant plus intense que les phénomènes paroxystiques sont plus typiquement à caractère d'étrangeté et d'irréalité), "le dreamy state" s'oppose à la sévérité habituelle et au sentiment de la réalité des E. M. I.

Dans l'épilepsie ces phénomènes sont décrits comme état semblable au rêve, avec en général une CRITIQUE ULTERIEURE des hallucinations autres que les phénomènes hallucinatoires simples ou AMNESIE fréquente. H. EY [réf. 31 p. 335] note, lui, que "le plus souvent persiste après la crise une image très forte de l'aura avec un souvenir coloré et chaud, et la reviviscence de toutes ses qualités esthétiques et affectives".

Au contraire dans les E. M. I. les hallucinations sont perçues comme étant réelles, "plus réelles qu'en rêves" extrêmement vives, l'expérience étant en général agréable avec un contexte émotionnel de calme, de joie ou même d'extase. Le monde fantasmatique perçu est dans la plupart des cas décrit comme "un autre monde" et ne porte pas sur le monde phénoménal familier et surtout l'expérience ne se termine jamais par une crise comitiale.

2-1-1-3- La mémoire panoramique

Parmi les modifications du cours de la pensée de l'épilepsie partielle avec

- arrêt de la pensée, vide cérébral, afflux incoercible d'idées, pensées imposées ou suspendues, etc...

se signalent des expériences de remémoration, de visions panoramiques, de défilés de souvenirs de l'existence, connus sous le nom de MEMOIRE PANORAMIQUE et décrites par le neurologue SAKINIER WILSON en 1928 : flux incoercible des souvenirs, brusques plongeons dans le passé, que l'on retrouve donc également dans la crise uncinée.

Il utilise ce terme de "mémoire panoramique" en référence à des auras de ce type mais nota également la survenue de ce phénomène durant l'exposition à un danger menaçant la vie.

Les deux cas cités par WILSON ne semblent pas toutefois présenter les caractéristiques de richesse, de clarté, et de précisions des "cas normaux" soumis à un stress, en raison sans doute de l'ambiance oniroïde et fantasmagorique de la crise uncinée qui traduit la structure négative du processus épileptique et l'invasion de la conscience par l'imaginaire plus que par le pur souvenir.

2-1-2- Expérimentations de PENFIELD & PEROT

Nous reprendrons ici ce que dit SABOM des travaux menés par ces neurologues qui parviennent à susciter la reproduction de "souvenirs d'expérience passées" par la stimulation du lobe temporal et nous comparerons comme lui, ces résultats avec les E. M. I. [réf. 105 p. 265].

Au début des années 50 Wilder PENFIELD mena des recherches approfondies sur les crises psychiques à l'Institut Neurologique de Montréal, en utilisant des techniques d'électrostimulation du cerveau.

Il explora ainsi les éléments subjectifs de la crise psychique en stimulant électriquement les différentes zones des lobes pariétaux et temporaux du cerveau partiellement mis à nu, de patients lucides.

Lors de ces crises artificiellement produites, les patients de PENFIELD décrivaient ce qui suit :

1- Illusions sensorielles impliquant l'interprétation de ce qui se passait dans leur environnement : distorsion de la dimension et de l'emplacement d'objets proches (illusions visuelles), déformation de la source d'intensité des sons (illusions auditives) et sensation de détachement de soi (illusions d'éloignement)

2- Des sentiments de peur, de tristesse ou de solitude, sans joie ni bonheur, ni quelque autre état émotionnel positif.

3- Hallucinations visuelles et auditives : perception de visages humains "horribles et menaçants", d'une musique ou de voix étranges, et des "reviviscences" d'expériences de la vie passée.

Voici ce qu'écrit PENFIELD lui-même :

"Des hallucinations visuelles et auditives complexes se sont produites lors de la stimulation de la surface supérieure et latérale des deux lobes temporaux. La stimulation électrique peut rappeler une séquence de la vie passée. C'est comme si une machine à enregistrer ou un film avec piste sonore avait été mis en mouvement dans le cerveau. Une expérience passée - ses composantes visuelles, auditives, mentales - semble traverser l'esprit du patient sur la table d'opération. Cela lui revient dans les détails, avec la conscience lucide des mêmes choses qui l'avaient frappé lors de l'expérience réelle. En même temps, il est conscient du présent. Il revit quelque épisode de son passé en gardant son emprise sur le présent. La remémoration de la séquence en question s'achève brutalement quand on arrête le courant électrique. Mais on peut la réactiver par application de ce courant".

4- Le télescopage des idées, le fourmillement, au hasard de pensées et d'idées dans l'esprit du patient de façon automatique et gênante.

En plus de ces quatre caractéristiques de la crise psychique, il apparaissait couramment différentes autres sensations qui prenaient naissance dans des zones spécifiques du cortex pariétal ou temporal :

"Un bourdonnement dans le gyrus de HESCHL, des odeurs dans l'uncus, des sensations concernant le tractus digestif dans l'insula, des sensations gustatives dans le cortex juste au-dessus de l'insula, des sensations somatiques venant de la "2ème sensorielle" au-dessus de l'insula, et des sensations concernant la tête et le cou dans les parties profondes de la pointe de l'aire temporale".

Quand on compare la crise psychique expérimentale à l' E. M. I. sur la base de ces caractéristiques, il apparaît plusieurs différences significatives.

1- Dans la crise psychique, la perception de l'environnement immédiat est souvent déformée, alors qu'elle n'est pas perturbée lors de l'expérience de nos sujets.

2- L'émotion typique d'une crise psychique est la peur, la tristesse et la solitude, alors que de l'autre côté nous voyons paix, calme, joie.

3- Les sens du goût et du toucher typiquement présents dans les crises psychiques sont absents chez nos patients.

4- La reviviscence d'événements de la vie passée, implique lors d'une crise psychique un événement banal, pris au hasard, sans signification particulière, mais lors d'une expérience aux frontières de la mort, elle consiste en une succession rapide d'événements multiples et chargés de sens.

5- Le télescopage des idées n'apparaît que dans la crise psychique.

2-1-3- Conclusions

Dans le tableau 48 apparaissent les différences essentielles que l'on peut trouver entre les E. M. I. et l'épilepsie, celle-ci ne pouvant rendre compte ni de la série complète des phénomènes de l'agonie, ni de la séquence particulière de ceux-ci.

Quant aux crises "temporales", H. EY note qu'elles répondent à des foyers paramédians : hippocampe avec l'uncus et l'amygdale, cortex insulaire du lobe temporal, formation hypothalamiques, pointe du système réticulé : c'est à dire du système limbique, et l'on peut tout au plus noter

- la sensibilité particulière de ce système à l'anoxie (ce qui de toute façon ne pourrait rendre compte que des E. M. I. survenant dans ce contexte précis)

- sa participation à ces phénomènes hallucinatoires.

H U M E U R	EPILEPSIE PARTIELLE	E. M. I.
ORIENTATION SPATIO TEMPORELLE	Angoisse - Anxiété Expérience le plus souvent désagréable	Calme - Paix - Tranquillité Expérience le plus souvent agréable
CONSCIENCE	perturbée	normale
PERCEPTIONS ◇ VISUELLES ◇ SOMESTHESQUES	environnement déformé distorsions corporelles variées membre  forme taille hémioscopie position	environnement non déformé distorsion de base typique : "expérience de décoration" et invariable
◇ OLFACTIVES ◇ GUSTATIVES ◇ TACTILES	le plus souvent intenses, bizarres ou désagréables	le plus souvent absentes ou agréables
SENTIMENT DE REALITE	expérience semblable au rêve	expérience plus réelle qu'un rêve
MEMOIRE PANORAMIQUE	événements banaux	événements chargés de sens
RAPPORT DU SUJET A L'EXPERIENCE	critique ultérieure ou amnésie	expériences perçues comme réelles

2-2- La dépersonnalisation au sens classique du terme

2-2-1- Justification du choix de l'étude de GABBARD, TWEMLow et JONES comme base du diagnostic différentiel.

TWEMLow & Coll. [réf. 116] dans leur étude sur les E. D. ont constaté que seules 10% des E. D. survenaient au cours des E. M. I. Ils ont néanmoins entrepris une étude statistique pour déterminer si certaines caractéristiques des E. D. étaient significativement associées aux E. M. I. Et les résultats indiquent que bien qu'il n'y ait aucune caractéristique des E. D. spécifique des E. M. I., certains traits leur sont préférentiellement associés comme : [réf. 33]

- entendre des bruits pendant les premiers moments de l'expérience
- traverser un tunnel
- voir son corps physique à distance
- avoir conscience d'autres êtres informels (sous forme corporelle)
en particulier êtres décédés ou proches
- voir une lumière brillante
- effets secondaires de l'expérience
 - but particulier à l'expérience
 - vie transformée par l'extérieur
 - expérience spirituelle ou religieuse
 - effet positif de l'expérience

Caractéristiques de ces E. D. qui sont donc bien similaires à ce qui est rapporté par d'autres auteurs (MOODY, RING, SABOM...) On notera en particulier

- que les expériences de paix et de sérénité sont communes aux E. D. et aux E. M. I.

- que les expériences de mémoire panoramique et de rencontre d'une barrière (au travers de laquelle le sujet ne peut aller) sont généralement absentes des E. D.

- qu'il n'y a pas de différences concernant la croyance en l'après-vie.

Mais aucune caractéristique des E. M. I. n'était particulière aux E. D. survenant à l'approche de la mort. Chaque caractéristique était retrouvée chez

un petit nombre de sujets qui avaient expérimenté des E. D. dans d'autres conditions. La proximité de la mort semble donc donner à l' E. D. expérimentée alors, des traits propres, mais des investigations ultérieures seront nécessaires pour vérifier ces données.

Nous allons tenter d'abord d'établir le diagnostic différentiel entre l' E. D. (en tant qu'élément d'une E. M. I.) et la dépersonnalisation classique en suivant le travail de TWEMLow & coll. Cette analyse peut se faire

1- en raison de la similarité thématique et phénoménologique des E. D. quel que soit le facteur causal.

2- en raison des différences observées entre les résultats obtenus par NOYES et KLETTI d'une part, SABOM d'autre part. Différences que l'on peut mettre sur le compte de la répartition différente de leurs cas.

Nous avons vu en effet que SABOM a interviewé une majorité d'arrêts cardiaques qui tous rapportaient des témoignages d' E. D.

Alors que NOYES et KLETTI (dont on verra par la suite l'étude comparative des E. M. I. et d'un syndrome de dépersonnalisation au sens large) qui n'ont recruté que cinq arrêts cardiaques sur les 215 cas de leurs différentes enquêtes, n'ont trouvé que 19% qui éprouvent le sentiment d'un détachement franc de leur corps.

2-2-2- E. D. et dépersonnalisation

Voilà un terme dont il faut dès l'abord bien préciser le sens (restreint ou extensif) car si la littérature abonde sur le sujet, (le "Vocabulaire de LAPLANCHE et PONTALIS") il ne bénéficie en aucun cas d'une rubrique spéciale.

Nous emprunterons donc à Henry EY [réf. 30, tome I, p. 294] sa définition :

"illusion portant sur les modifications du Moi physique ou psychique et de ses relations avec le monde extérieur".

Ce qui est vague et permettrait de réécrire toute la clinique psychiatrique. Insistons seulement sur les caractères primordiaux :

- sentiment vague et diffus d'une expérience subjective peu communicable.
- affects qui ont un caractère pénible, voire anxieux (vide, malaise, angoisse).

- étrangeté du monde extérieur et du monde intérieur avec même une fusion des deux quasiment hallucinatoire.

- modification du temps et de l'espace.

- le tout éprouvé comme trouble des relations vitales qui unissent le corps à son monde dans la totalité de son expérience vécue.

GABBARD, TWEMLow et JONES [réf. 34] conscients de la confusion considérable qui subsiste dans la littérature psychiatrique concernant les états de conscience dans lesquels la perception des relations du corps et de l'esprit sont altérés, se sont attachés à différencier ces états que sont les E. D., la dépersonnalisation, l'hallucination héautoscopique et les distorsions corporelles telles qu'on peut les voir dans la schizophrénie. Leur méthodologie a donc été déjà exposée et nous reprendrons plus loin leurs travaux concernant l'héautoscopie et la schizophrénie.

2-2-2-1- Scission de la personnalité entre un moi qui observe et un moi qui agit.

D'après eux l'une des caractéristiques de la dépersonnalisation est l'expérience d'une "scission de la personnalité" entre un moi qui observe et un moi qui agit.

"Cette partie du Moi conserve la capacité intellectuelle de critique, mais non pas la capacité de participer à la vie émotive" [Nicolas PEROTTI, 89 p. 389].

(Ainsi un acteur en plein trac peut avoir la sensation qu'il se regarde jouer et peut se sentir étrangement non identifié au corps qu'il est en train d'observer).

(Une victime d'accident automobile peut rapporter qu'il a expérimenté l'accident entier comme si c'était arrivé à quelqu'un d'autre, comme s'il avait vu son moi agissant à travers d'activités comme tourner le volant et appuyer sur les freins [cité par TWEMLow, réf. 34]).

Illustrant ce que dit PEROTTI, la dépersonnalisation oscillant précisément entre un pôle où il y a confusion entre sujet et objet (avec perte de l'identité personnelle) et l'autre pôle où une partie du moi est objectivée et ressentie comme s'il s'agissait d'une autre personne [réf. 39 p. 371].

Cette scission caractéristique entre un moi qui observe et un moi qui agit n'est pas retrouvée dans l' E. D. où le moi observant et le moi agissant sont expérimentés davantage comme une entité combinée, localisée, avec

la conscience du sujet à l'extérieur de son corps physique qui est inactif et non fonctionnel, (dans un état relaxé ou mort dans les E. D. des E. M. I.).

C'est ce que relate RING [réf. 97 p. 46] d'une femme qui avait fait un arrêt cardiaque au cours d'une amygdalectomie :

"Je me trouvais au-dessus - je ne sais pas au-dessus de quoi - mais j'étais (pause) en l'air...comme si (pause) comme si je n'avais plus eu de corps ! J'étais (pause) mais c'était moi. Pas un corps mais moi ! vous comprenez ce que je veux dire ?... C'était un moi intérieur, le véritable moi se trouvait en l'air ; pas celui-ci (en désignant son corps physique)".

Donc, non seulement il n'y a pas perte d'identité mais il n'y a pas de projection sur une partie objectivée qui deviendrait étrangère : la notion d'identité persiste toute entière mais rapportée à la conscience pure.

2-2-2-2- L'état affectif du sujet

◊ Dans la dépersonnalisation

- Henri EY [réf. 30 p. 295] dit qu'il s'agit de sentiments qui ont un caractère pénible et même anxieux (malaise-vide-angoisse). Il s'agit d'une sorte de vacillation vertigineuse ou d'une vague d'étrangeté inquiétante et même s'il existe des sentiments positifs, de bien-être, ou même d'euphorie, ils ont comme un arrière-goût d'angoisse et un arrière-plan d'insécurité.

- NEMIAH [réf. 74] note de son côté que tous les aspects de l'expérience de dépersonnalisation sont plutôt désagréables et motivent souvent le patient à rechercher l'attention médicale.

- SELINSKY [réf. 110] montre bien également que les personnes qui vivent un état de dépersonnalisation, décrivent leurs sentiments comme étant un malaise, une gêne ou même une grande anxiété.

Et ces deux derniers auteurs attirent l'attention sur la sensation fréquente de désintégration imminente ou sur la crainte de "devenir fou".

◊ Dans les E. M. I.

A l'encontre de ces expériences de dépersonnalisation, les E. D. et les E. M. I. sont typiquement caractérisées par des sentiments de calme, de paix, de tranquillité, de joie, voire d'extase (la peur n'est pas l'émotion dominante [35%]) et la sensation de "devenir fou" est rare [5%] (dans leur étude).

La grande majorité des personnes ayant eu une E. D. [85%] ont trouvé l'expérience plutôt agréable et aimeraient la répéter.

Par ailleurs si l'expérience a postérieurement inquiète, il s'agit non de la crainte d'être devenus fous, mais d'être pris pour fou, et ils se gardent bien d'en parler à quiconque et encore moins à un médecin.

2-2-2-3- Sentiment d'irréalité

Une autre caractéristique centrale de la dépersonnalisation est le sentiment d'irréalité. Il accompagne l'expérience de la dépersonnalisation souvent décrite comme "semblable au rêve" par les patients.

Au contraire l' E. D. est rapportée comme étant "plus réelle qu'un rêve" dans 94% des cas.

Pour RING, 94,7% des sujets affirmèrent que l' E. M. I. ne ressemblait pas à un rêve.

A la question l'expérience était-elle comme un rêve ? voici deux réponses données :

- "oui [pause] ça l'était. Ça l'était dans un sens, mais dans un autre ça ne l'était pas, c'était très réel" [RING, 97 p. 86].

- "non, elle était très réelle, aussi réelle que vous et moi".

Et de nombreuses personnes qui ont fait une E. D. mettront l'accent de manière répétitive sur le fait que leur expérience était aussi claire et aussi réelle qu'à l'état de veille.

Ainsi malgré l' "étrangeté" des mondes dans lesquels les gens pénètrent lors des expériences transcendantes, leur côté "extra-ordinaire", le caractère de réalité de ceux-ci persiste.

2-2-2-4- Expérience peu communicable

Autre trait propre à la dépersonnalisation, le sentiment vague et diffus d'une expérience peu communicable. Dans le cas de la dépersonnalisation, "l'expérience subjective est peu communicable sans un minimum d'emprunt au langage métaphorique, et rebelle même à toute communication dans le cas fréquent où le sujet est incapable d'exprimer lui-même ce qu'il éprouve" dit H. EY [30 p. 295].

Dans le cas des E. M. I. les enquêtés dit RING se montrent très catégoriques sur leur incapacité frustrante à traduire leur expérience dans un langage courant, leurs perceptions ou leurs sensations défilant l'expression linguistique.

Ou bien ils ne parlaient pas de leur expérience par peur d'être ridicule ou de passer pour fou, craintes souvent justifiées par les réactions premières des médecins ou des infirmières à qui ils en faisaient part. [SABOM cite, réf. 105 p. 48] "Pour rien au monde je ne partagerais mes sentiments sur la mort et l'agonie avec quelqu'un qui fait demi-tour en deux minutes au pied de mon lit".

L'expérience commune dans les deux cas est celle de la difficulté à communiquer du fait de l'inadéquation du langage, mais dans la dépersonnalisation c'est surtout en raison du caractère flou et traumatisant de l'expérience, dans l' E. M. I. en raison du caractère exceptionnel et "extraordinaire" de l'expérience et de la peur de l'incompréhension des éventuels témoins.

2-2-2-5- Modifications du temps et de l'espace

Citons toujours H. EY [réf. 30 p. 295].

"L'expérience de dépersonnalisation porte essentiellement sur une modification du temps et de l'espace actuellement vécus. L'espace corporel, l'espace géographique et l'espace analogique de la pensée interfèrent pour constituer l'expérience où ils se mêlent inextricablement ("je sens mon corps comme un bassin d'eau glacée où ma pensée se modifie... les autres et les choses sont noirs et compliqués comme mes sentiments ou brûlent comme la flamme qui s'éteint dans mon cerveau, etc...). Le temps ne coule plus, s'arrête, se précipite, entraînant dans son mouvement où ses lenteurs, des sentiments de passivité, d'élation, d'intermittence, de jamais-vu. Ces alté-

rations du temps et de l'espace se combinent et se fusionnent dans l'impression générale d'artificialité, d'étrangeté, d'irréalité".

Alors que d'après RING, dans 65% des E. M. I. le temps n'est pas perçu, "impression d'intemporalité", l'espace est le plus souvent vécu comme vaste, infini ou non perçu et rarement comme déformé.

2-2-2-6- Sensation ou non de se trouver physiquement dans son corps.

JACOBSON [réf. 51] observe que les personnes ayant une dépersonnalisation peuvent se sentir étrangères à leur moi mental, à leur moi physique ou aux deux. Et souvent beaucoup de ceux qui se sentent étrangers à leur moi mental décrivent leur corps comme s'ils le percevaient mort.

NOYES & Coll. [réf. 79] trouvent que l'expérience subjective d'un détachement franc du corps est peu fréquente dans la dépersonnalisation ; elle caractérisait seulement 19% des patients psychiatriques qui expérimentent une dépersonnalisation et seulement 26% des victimes d'accidents qui, d'après eux, furent dépersonnalisés.

La réserve étant faite que le sentiment de détachement franc du corps physique puisse être une E. D. typique, on notera que SABOM trouve 100% et RING 37% d' E. D. dans les E. M. I. L' E. D. semble être une expérience plus spécifique où par définition le sujet a le sentiment que son esprit est séparé par une certaine distance de son corps (même si ce corps physique n'est pas perçu).

2-2-2-7- Recherche d'un avis psychiatrique

Du fait de l'anxiété intense associée à la dépersonnalisation et du fait qu'elle est expérimentée comme étrange et pathologique, le patient recherchera fréquemment un avis psychiatrique pour comprendre et contrôler ses expériences.

Les gens qui ont fait des E. D. ou une E. M. I. au contraire les perçoivent ordinairement comme un fait non pathologique (au moins après avoir pu la communiquer à quelqu'un), souvent comme une expérience religieuse qui peut avoir des effets profonds sur leur vie ultérieure.

Cette qualité mystique ou noétique est l'un des plus importants facteurs différentiels entre la dépersonnalisation et l' E. D.

Néanmoins les traditions culturelles et religieuses en Occident véhiculent des notions précises et catégoriques concernant les relations du corps et de l'esprit ; aussi une personne qui a vécu une E. D. ou une E. M. I. peut-elle légitimement exprimer ultérieurement des inquiétudes qui la conduisent à vouloir être rassurée sur son équilibre psychique : mais il s'agit toujours, alors, d'une démarche secondaire.

2-2-2-8- Distribution selon l'âge

Celle des E. D. apparaît très différente de celle de la dépersonnalisation.

NEMIAH [réf. 74] note que la dépersonnalisation est un désordre des sujets jeunes qui commence en général entre 15 et 30 ans et que l'on ne rencontre pratiquement pas au-delà de 40 ans.

Au contraire les E. D. se retrouvent avec le même taux de dispersion de 2 à 65 ans, sans concentration autour d'un groupe d'âge particulier.

2-2-2-9- Distribution selon le sexe

Selon NEMIAH [74] la dépersonnalisation est deux fois plus fréquente chez les femmes alors qu'il n'y a pas d'incidence du sexe, ni pour les E. D. ni pour les E. M. I.

2-2-2-10- Remarques

La plupart des auteurs ont insisté sur le fait que la dépersonnalisation servait un but défensif comme on le développera plus loin.

En ce qui concerne les E. D., dans la mesure où elles apparaissent ordinairement dans des situations de détente et de relaxation, il semble moins facile de les relier à des défenses face à la perception d'un danger, bien qu'il ne soit pas exclu qu'une variété de dangers intra-psychiques y soit impliquée. Une investigation analytique plus approfondie devient nécessaire à ce niveau (cf infra).

Malgré les controverses concernant les facteurs favorisant la dépersonnalisation, une revue de la littérature évoque généralement une tendance à associer la dépersonnalisation et un état d'hyperanxiété. L' E. D. simple et l' E. D. aux frontières de la mort se distinguent là, dans la mesure où dans le premier cas l'état pré-E. D. est décrit comme un état de calme mental et de relaxation physique (cette observation tient compte bien-sûr du grand nombre de gens qui pratiquent la méditation dans cet échantillon) dans le deuxième cas l'état pré-E. D. étant un état de stress intense.

Dans le tableau 49 sont résumées les principales caractéristiques différentielles entre le syndrome de dépersonnalisation tel qu'il est entendu par la psychiatrie classique et les E. D. ou les E. M. I.

SCISSION DE LA PERSONNALITE	DEPERSONNALISATION	E. D.
ETAT AFFECTIF DU SUJET	oui un moi qui observe regarde un moi qui agit typiquement désagréable anxiété - panique - vide sentiment pénible voire anxieux	non le moi qui agit et le moi qui observe sont expérimentés comme une unité (le corps physique étant inactif)
IRREALITE	oui expérimentée comme semblable à un rêve	typiquement agréable joie - extase calme - tranquillité
EXPERIENCE PEU COMMUNICABLE	oui en raison du caractère flou et traumatisant de l'expérience inadéquation	non plus réelle qu'un rêve en raison du caractère "extra-ordinaire" de l'expérience du langage
DETACHEMENT FRANC DU CORPS	moins fréquent	typique de l' E. D.
BUT DEFENSIF	oui induction par le stress	non apparent pour les E. D. induction par la relaxation (à différencier des E. D. des E. M. I.)
RECHERCHE D'UN AVIS PSYCHIATRIQUE	oui expérimentée comme pathologique et étrange	non expérimentée comme religieuse spirituelle et noétique
REPARTITION SELON L'AGE	15 - 30 ans rarement après 40 ans	de 2 à 65 ans pas de groupe caractéristique
REPARTITION SELON LE SEXE	2 fois plus fréquente chez les femmes	répartition égale entre les sexes

2-3- L' Héautoscopie Hallucinatoire

2-3-1- Définition

C'est un phénomène rare qui peut être défini comme l'expérience de voir son propre double à distance, la caractéristique importante d'après LHERMITTE n'étant pas la vision elle-même mais la relation psychologique, le sentiment d'appartenance.

Une définition concise pourrait être la suivante :
l'expérience de duplication du Moi.

Si la croyance en un double ne cesse de hanter les mythologues et a largement fourni la matière d'oeuvres poétiques et romanesques, l'hallucination héautoscopique est tout autre chose et "il y a une grande différence entre la personnification imaginaire visuelle ou verbale du Moi chez tout homme qui pense et qui parle et l'apparition hallucinatoire et formelle de ce double [EY, 30 t. II p. 1217].

Les étiologies de l'hallucination héautoscopique peuvent être fort diverses :

- secondaires ou associées à une pathologie cérébrale
- secondaires à une maladie psychiatrique (états névrotiques, confuso-oniriques, épileptiques, psychoses)
- toxi-infection, etc...

Mais ce qui nous intéresse ici est de différencier l'hallucination héautoscopique dans "laquelle le sujet voit soudainement apparaître devant ses yeux étonnés un véritable double de lui-même, comme si une glace était mise brusquement devant lui" [HECAEN et AJURIAGUERRA, 46 p. 310-311] de l'expérience d'une personne aux frontières de la mort qui, les statistiques le prouvent, risque fort de voir son corps devant elle.

Pour cela nous reprendrons en partie l'article de GABBARD, TWENLOW et JONES, cité ci-dessus, eux-mêmes s'étant basés sur les travaux du Docteur LUKIANOWICZ [64 et 65].

2-3-2- Comparaison entre héautoscopie et E. D.

2-3-2-1- La première et la plus importante est que dans l'héautoscopie, l'esprit et le sens du Moi restent identifiés au corps physique, le sujet éprouvant à son égard un sentiment d'appartenance, "considérant ce double comme une partie de lui-même qui pense, ressent et agit comme lui" [HECAEN et AJURIAGUERRA, 46 p. 31] et le double est perçu seulement comme une IMAGE spéculaire du corps.

Ceci contraste avec l' E. D. où, par définition, l'esprit est expérimenté comme déplacé dans l'espace à l'extérieur du corps physique, lequel peut être vu de cette position et être reconnu comme le CORPS PHYSIQUE REEL et non comme une image. Il y a dissociation entre l'esprit qui observe et le corps.

LHERMITTE écrit

"le visionnaire ne doute point que cette image c'est lui-même, non seulement dans sa corporalité, mais encore dans son esprit, dans sa conscience, ce double pense avec ou contre lui".

Guy de MAUPASSANT, par exemple, demanda à son ami LE BOURGET :

"que ressentiriez-vous si vous aviez à vivre cette expérience ? chaque fois que je rentre à la maison, je vois mon double, j'ouvre la porte et je me vois, moi-même assis dans le fauteuil. Je sais que c'est une hallucination au moment où je le vois. Mais n'est-ce pas remarquable ? Si vous n'aviez pas la tête froide, ne seriez-vous pas effrayé ?".

2-3-2-2- Une autre différence entre les deux expériences est que le double de l'héautoscopie est plutôt actif lorsqu'il apparaît au sujet, alors que le corps physique apparaît dans un état de repos et détendu à la personne qui expérimente une E. D., ou mort lors d'une E. M. I.

2-3-2-3- LUKIANOWICZ note aussi que la plupart du temps le sujet ayant une hallucinations héautoscopique voit seulement le visage ou la face du buste de son double (rarement le corps entier du double).

Dans une observation de NOUET (1923) un officier blessé par un éclat d'obus à la région temporale droite, voyait son image tantôt en entier, tantôt en buste, en face de lui comme dans un miroir. Il percevait

en même temps une odeur de salicylate de méthyle. L'hallucination spéculaire survenait brusquement et avait une durée d'une dizaine de secondes.

Alors que la personne ayant une E. D. voit son corps entier.

2-3-2-4- Un autre point de divergence : le double héautoscopique est caractérisé par le fait qu'il n'a pas de couleur. Il est transparent, vitreux, quelquefois solide mais ne montre jamais d'ombre.

Alors que le double de l' E. D. est vu comme le corps réel perçu de la manière habituelle (d'autant plus réelle que des personnes relatent les manoeuvres de réanimation dont leur "moi détaché" a été témoin).

2-3-2-5- Il est assez courant que le double héautoscopique imite les mouvements, en particulier les expressions du visage du sujet, ou ses attitudes, présentant un effet semblable à celui d'un miroir.

Ce double est rarement en-deça d'une portée de bras, et habituellement il s'éloigne et s'évanouit quand le sujet essaye de l'approcher ou de le toucher.

Voici deux cas de LUKIANOWICZ (cités par SABOM).

"...dans la lumière crépusculaire de la fin d'après-midi, elle remarqua une femme en face d'elle. Mme A. leva la main droite pour allumer la lumière. La dame étrange fit le même mouvement de la main gauche et c'est ainsi que leurs mains se sont rencontrées... Mme A. eut une sensation de froid dans la main droite et eut l'impression que tout son sang se retirait de sa main. A la lumière électrique, elle remarqua que l'inconnue portait une exacte réplique de son propre manteau, de son chapeau et de son voile... elle commença à se déshabiller et enleva son voile, son chapeau, son manteau. La dame en noir fit exactement la même chose. C'est alors seulement que Mme A. a pris conscience que c'était elle-même qui dévisageait elle-même comme dans un miroir et qui imitait ses propres mouvements et attitudes".

"[le patient voyait] une image de son propre visage "comme s'il le regardait dans un miroir". Ce visage fantôme imitait toutes les expressions de son visage et D. (le patient) a fréquemment "joué avec lui", le forçant à copier ses mimiques. L'attitude du patient à l'égard de son double était ouvertement sadique... Par exemple : il a souvent frappé le fantôme sur la tête et le spectre ne pouvait pas éviter les coups".

Alors que là encore le corps physique dans l' E. D. est sans mouvement, au repos, voire inanimé ou mort.

2-3-2-6- Selon LUKIANOWICZ le sentiment le plus fréquent associé au phénomène héautoscopique est la tristesse.

Selon DAMAS MORA [réf. 21], les réactions émotionnelles du sujet sont l'anxiété, l'inconfort, la tristesse ou la curiosité, rarement l'indifférence, satisfaction narcissique ou agressivité.

Les sentiments attribués en double par le sujet peuvent être de la tristesse, de la froideur, de la lassitude, ce peut-être aussi la volonté de le critiquer, de lui nuire ou de lui donner des conseils.

Voilà un exemple cité par Margaret EASTMAN [réf. 27].

"J'étais couchée sur mon lit pensant à faire quelque chose d'agréable mais complètement égoïste. J'eus soudain conscience d'être à deux endroits à la fois. Un "moi" était toujours allongé sur le lit regardant comme je le fais habituellement. L'autre "moi" debout au pied du lit, très tranquille, très droit, habillé en blanc avec un voile sur la tête comme une Madone . J'étais consciente de l'extrême blancheur des habits. Nous eûmes alors une discussion animée. Le "moi" blanc dit "Vous savez que vous ne ferez pas ceci". Le "moi" au lit gesticula avec exaspération devant l'impassible autorité du "moi" blanc et dit "je ferai ce que je voudrai, espèce de pieux, blanc poseur".

J'étais vraiment les deux "moi" et consciente d'être aux deux endroits simultanément. Il n'y avait pas de troisième moi reliant les deux. Chaque "moi" pouvait voir l'autre, avec l'entourage extérieur attendu, tout le temps. Le "moi" blanc ressentait de la sympathie mais du dédain pour l'autre "moi". Je pourrais dire que le "moi" "blanc a gagné".

Alors que les sentiments associés à l' E. D. sont, on le sait, plutôt de la joie, calme ou tranquillité.

2-3-2-7- Dans l'étude de TWEMLow & Coll. [réf. 33], seulement 51% des sujets de son enquête rapportent voir leur corps physique à distance, se limitant à percevoir leur conscience comme extérieure à leur corps qui, lui, n'est nullement perçu. Et la confusion entre ces phénomènes résidant dans la vue du double il est intéressant de noter ce point.

2-3-2-8- Par ailleurs HECAEN et AJURIAGUERRA [réf. 46] notent l'existence de troubles vertigineux, de perturbations labyrinthiques, ainsi qu'une baisse de la vigilance.

Ils notent aussi qu' "en général cette vision ne dure pas, tout effort du sujet pour préciser les caractères de cette image suffit à la faire disparaître" ; donc notent le caractère transitoire et fragile de cette hallucination contrastant avec la stabilité de l' E. D.

Pour toutes ces raisons, résumées au tableau 50, l'hallucination héautoscopique n'apparaît pas être une explication plausible de l'expérience réalisée aux frontières de la mort.

T A B L E A U 50

HEAUTOSCOPIE	E. D.
l'esprit reste identifié au corps et le point à partir duquel il perçoit n'est pas altéré	l'esprit et le point d'où la perception se fait sont expérimentés comme HORS du corps
le sujet voit l'apparition comme un "double" de lui-même	le sujet voit son propre corps physique à distance
le "double" est actif et imite sou- vent fidèlement tous les mouvements	le corps distancé est inactif
généralement seules la face et les épaules sont vues	le corps entier est vu
le corps apparaît souvent sans couleur et transparent	le corps apparaît réel et avec ses caractéristiques physiques du moment
l'humeur du sujet est le plus fréquemment triste ou anxieuse	la tristesse est rare il y a plutôt calme ou détachement
caractère transitoire et éphémère	stabilité

2-4- Les Psychoses Délirantes Aiguës

2-4-1- Comparaison entre les E. D. et la perte des frontières corporelles dans la schizophrénie

Nous nous référerons ici encore à l'étude de TWEMLOW & Coll.
[réf. 34].

"La schizophrénie inclut une variété de troubles dans les perceptions, cognitions, sentiments et comportements et comme les schizophrènes sont plutôt enclins à avoir des difficultés à tracer les limites de leurs corps et de ceux des autres, des phénomènes de "fusion" sont communément observés et peuvent être confondus avec une E. D".

L'exemple suivant est particulièrement intéressant car le patient identifie à tort son expérience à une E. D. et cette description contient de nombreux points qui permettront de différencier l'expérience schizophrénique de l' E. D.

"C'était comme une expérience hors du corps, un problème identique. Je n'étais pas dans mon corps. J'étais dans Jane (un autre patient). Non, elle était en moi. Elle était assise en moi. Je ne sais pas où j'étais. Je ne pouvais pas me localiser. Une chose est certaine, je n'étais pas dans mon corps".

2-4-1-1- La marque de la schizophrénie est celle d'une psychose : la perte de l'estimation de la réalité.

Les troubles corporels de la schizophrénie incluent souvent des hallucinations et des illusions concernant le corps ; pendant ou après l'expérience de trouble corporel, le schizophrène est enclin à former une élaboration erronée de son expérience.

Chez les personnes ayant une E. D., l'estimation de la réalité reste intacte et sur l'échelle psychotique ils n'ont pas un score élevé.

2-4-1-2- Le schizophrène qui a des troubles de perception de son schéma corporel est chroniquement tourmenté par ceux-ci, et tend à avoir des problèmes persistants dans ce domaine : il ne s'agit pas d'un court épisode de modification de la perception du corps comme dans l' E. D.

2-4-1-3- Les distorsions corporelles sont très variées.
LUKIANOWICZ [réf. 64] dans une étude sur 200 patients présentant des troubles du schéma corporel note que parmi les schizophrènes

- 61% présentent des distorsions de la forme corporelle
- 17% présentent des distorsions de taille
- 22% présentent des distorsions de position

A l'opposé la distorsion dans la relation entre le corps et l'esprit dans l' E. D. est relativement invariante et spécifique. Et le corps physique lorsqu'il est vu d'un nouveau point de perception apparaît toujours dans son intégrité.

2-4-1-4- La localisation du corps est souvent assez incertaine comme dans la description ci-dessus. Dans les E. D. au contraire la situation spatiale du corps (dans la pièce, par rapport aux personnes présentes) est fidèlement perçue et rapportée.

2-4-1-5- Une régression profonde de la personnalité est typique du schizophrène alors qu'il n'y a aucun trouble de ce genre dans les E. D.

2-4-1-6- Similairement l'identité du schizophrène est perdue ou brouillée avec celle des autres lorsqu'il y a une belle expérience de fusion. Cette expérience est celle d'une dissolution de l'identité. Alors que dans l' E. D. la personne conserve son identité et même décrit souvent l'expérience comme intégrante et transformant sa vie dans un sens positif plutôt que comme désorganisante.

2-4-1-7- Là où le schizophrène ressent "qu'il va devenir fou" au milieu de la panique résultant de cette destructuration de son schéma corporel, la personne qui a une E. D. ressent rarement qu'elle va "perdre la raison".

Et si l' E. D. était une régression, ce serait certainement une régression au service du Moi, plutôt qu'une régression où le Moi serait submergé et fragmenté comme dans l'expérience schizophrénique.

Tout ceci est résumé dans le tableau 51.

T A B L E A U 51

PERTE DES LIMITES CORPORELLES DANS LA SCHIZOPHRENIE	E. D.
Perte de l'appréciation de la réalité	Appréciation de la réalité intacte
Difficultés chroniques de délimiter les frontières corporelles	Episodes brefs
Distorsions corporelles variées forme 61% taille 17% position 22%	"Distorsion" de base invariable pas de modification de la forme du corps
Localisation du corps qui est souvent incertaine	Localisation du corps claire
Régression profonde de la personnalité	Pas de régression évidente
Identité perdue ou confondue avec les autres Expérience de destructuration	Identité intacte Expérience intégrante
Expérience de "devenir-fou"	Pas d'expérience de "devenir-fou"

2-4-2- Comparaison générale entre les E. M. I. et les Psychoses délirantes aiguës

- Personnalité antérieure.

A la différence de ce qui se passe dans les psychoses délirantes aiguës, les E. M. I. ne présentent pas d'antécédents psychotiques ou névrotiques patents.

- Invasion.

Le jaillissement d'une bouffée délirante est précédé d'une période prémonitoire de quelques heures ou jours et ne présente jamais le caractère instantané des E. M. I.

- La durée

d'un épisode psychotique aigu s'étend de quelques heures à quelques jours ou semaines et ne présente pas les caractéristiques de début et de fin si tranchées et de durée si brève qu'ont les E. M. I. L'évolution des épisodes psychotiques se fait en général vers la récidive et souvent vers l'aggravation mentale là où les E. M. I. restent souvent uniques et engendrent des transformations positives.

- la séméiologie de l'expérience est également profondément différente.

- on ne retrouve pas une destructuration de la conscience semblable à celle des psychoses délirantes aiguës et aboutissant à la genèse d'une expérience délirante plus ou moins chaotique et polymorphe exprimant une problématique inconsciente perturbée.

Le schéma de base des E. M. I. tel qu'il a été décrit dans la première partie est une expérience claire et non délirante associant pour partie des éléments perceptifs obtenus par des voies extra-sensorielles et pour partie des constructions mentales apparemment non psychotiques ou exprimant la problématique d'un esprit confronté à l'expérience princeps de la mort.

- au niveau de l'humeur la majorité des expériences psychotiques sont angoissantes là où la majorité des E. M. I. sont sereines ou euphoriques et d'une euphorie bien différente de celle parfois rencontrée dans l'excitation maniaque.

- Il est intéressant de souligner que les patients qui ont fait à la fois l'expérience d'un épisode psychotique et d'une E. M. I. font très nettement la différence.

SABOM [105 p. 260] cite l'exemple suivant :

"J'étais dans le coma depuis 7 ou 8 jours et j'avais eu toutes les autres crises. J'avais eu des hallucinations à ce moment, mais ce n'était pas pareil. Elles étaient réelles - c'est à dire elles n'étaient pas comme celles que j'ai senties dans l'ambulance, en ceci que pendant les hallucinations j'avais été plus comme un spectateur mais dans cette expérience (aux frontières de la mort) où je me suis élevé hors de mon corps, c'était moi !" (I. 53).

Pendant son épisode hallucinatoire, ses perceptions avaient endossé la personnalité d'un spectateur "non-moi", alors que durant l'autre expérience, il avait clairement ressenti que le "moi" essentiel avait quitté son corps physique.

2-5- IVRESSES PSYCHEDELIQUES

Le principal caractère différentiel est évidemment que l'immense majorité des E. M. I. se déroule chez des sujets n'ayant pas absorbé, non seulement de drogues hallucinogènes mais même de médicaments pouvant altérer la conscience.

Les E. M. I. diffèrent également par leur brève durée de l'évolution prolongée des expériences psychédéliques dépendantes des troubles neurophysiologiques persistants dus à la drogue.

Sur le plan séméiologique, les expériences psychédéliques complètes, typiques, associent de façon très fluctuante dans le temps des troubles thymiques, des altérations perceptives pouvant aboutir à un stade hallucinatoire avec organisation délirante éventuelle, des modifications du temps et de l'espace vécus, des illusions concernant l'augmentation de la production psychique qualitative démenties par les épreuves objectives, qui dans l'ensemble diffèrent nettement des E. M. I.

Toutefois, chaque élément pris isolément peut ressembler étroitement aux expériences d' E. M. I., dans la mesure où l'action des

drogues psychédéliques peut, éventuellement, déclencher chacun d'entre eux et nombre "d'états modifiés de conscience" pour reprendre l'expression de TART. On sait qu'une utilisation thérapeutique prudente du L. S. D. a permis à S. GROF, chez les cancéreux, [42] d'obtenir des résultats très intéressants sur les plans pratique et théorique. (Nous verrons ultérieurement brièvement ses travaux) nous contentant de souligner leur caractère convergent et le fait que ceci provient du déclenchement éventuel par le L. S. D. d'une modification de conscience non superposable aux expériences oniriques, psychotiques, etc... et voisine des E. M. I., voire identiques.

2-6- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL AVEC LES EXPERIENCES D'ISOLEMENT SENSORIEL

Nous nous réfèrerons à H. EY [30 p. 684-710 et 31 p. 719].

Sous le nom de "Sensory Deprivation" les Américains ont depuis 1953 beaucoup étudié les effets de la "désafférentation sensorielle" sur l'activité psychique et notamment perceptive de sujets volontaires soumis à la réduction plus ou moins totale des stimuli par des méthodes diverses (chambres insonorisées et obscures, immersion sous l'eau, poumon d'acier, etc...).

Les effets les plus intéressants (qui ont été le plus étudiés) sont les "visual reported sensations" que les sujets relatent spontanément au bout d'un certain temps et généralement lorsque le champ perceptif n'a pas été totalement supprimé. Les "reported sensations" sont en général visuelles ou somesthésiques. Et bien que le pouvoir hallucinogène de ces situations expérimentales paraisse conjectural lorsqu'il se confond avec l'effet d'un "stress" et de la "suggestion : l'expectancy-set" - et que l'interprétation de ces "reported sensations" varie selon les auteurs, elles se différencient facilement des E. M. I.

- En général elles se manifestent au bout d'un certain temps de privation sensorielle, alors que l' E. M. I. pourra apparaître d'une seconde à l'autre lors d'un arrêt cardiaque.

- L'imagerie est le plus fréquemment à types de protéïdolies, de phantéïdolies, parfois de véritables expériences oniriques avec quelquefois un état confusionnel et anxieux, contrastant avec le schéma type de l' E. M. I.

- En général il n'y a pas de croyance à la réalité des phénomènes hallucinatoires.

L'adhésion éventuelle du sujet à ces images paraît être fonction de multiples facteurs : angoisse

suggestion (l'expectancy set)

- Quant aux modifications de l'activité psychique et de la conscience, les différents auteurs ne sont pas d'accord entre eux sinon pour affirmer qu'il n'y a pas de véritables troubles de conscience.

Seul le groupe de Manitoba [ZUBECK & Coll. 131] a tendance à attribuer le pouvoir hallucinogène de la "sensory deprivation" plutôt

- à la situation expérimentale elle-même
- aux réactions propres du sujet

De ces situations on rapproche une expérience d'isolement sensoriel accidentel rapportée par COMER [17] survenue chez deux mineurs qui sont demeurés 14 jours emmurés à 300 pieds sous terre, à la suite de l'effondrement d'une mine de charbon. Cet ensevelissement a déclenché une bouffée délirante hallucinatoire chez ces sujets non psychotiques, (l'examen neuro-psychiatrique à la sortie était normal). Deux jours après le contact avec les sauveteurs, contact effectué au 6ème jour, la bouffée délirante persistait encore chez l'un des mineurs. La problématique délirante se limitait à des fantaisies de sauvetage et des préoccupations de l'au-delà.

Pendant tout le temps où ils furent enterrés les deux hommes déclarèrent s'être sentis calmes, ne pas avoir eu peur et avoir gardé l'espoir d'être sauvés. La nature de leurs visions était plutôt agréable, très vivide, à thèmes de sauvetage : lumières qui les guidaient, mineurs qui travaillaient à côté d'eux, portes, escaliers.

ou des fantaisies sur l'au-delà : visions paradisiaques, homme tenant le registre des morts, amis décédés, figures religieuses.

Comme le souligne RING, quelles que soient les différences que l'on puisse noter entre les visions associées à l'isolement sensoriel et les E. M. I., étant donné que bien peu de gens sont d'accord sur la manière d'interpréter ces visions, vouloir expliquer les E. M. I. par un état d'isolement sensoriel reviendrait à déplacer le problème plutôt qu'à le résoudre.

3- LA CONSCIENCE ONIRIQUE

3-1- LE REVE NOCTURNE ORDINAIRE

Il constitue l'état de conscience connu, le plus proche des E. M. I. On sait que les caractéristiques habituelles du déroulement du rêve : exclusion sensorielle, libération des contraintes temporo-spatiales, obéissance à des règles logiques spécifiques [SCHNETZLER, 109], figuration imagée prédominante avec ses mécanismes de condensation, déplacement, dramatisation, symbolisation, etc... sont proches tout particulièrement des expériences dites "transcendantes" des E. M. I. qui manifestent le même dégagement par rapport aux lois ordinaires du monde matériel.

De fait l'analogie semble résider dans la non-observance des règles logiques et des contraintes du monde physique. Mais le contenu des expériences est notablement différent.

Ces expériences oniriques sont extrêmement variables et fluctuantes d'un sujet à l'autre, alors que les E. M. I. sont dans leur schéma de base remarquablement stables et identiques chez des individus différents. D'autre part elles sont clairement perçues et mémorisées, ce qui n'est pas le cas des rêves ordinaires.

Enfin elles sont souvent intriquées avec une perception relativement exacte du monde extérieur malgré les handicaps neuro-physiologiques du patient.

Par contre on peut noter comme analogie dans les deux cas la participation des fantasmes inconscients dans la création d'une néo-réalité, suivant les mécanismes longuement décrits par les écoles psychanalytiques.

3-2- EXPERIENCES ARCHETYPALES DE LA MORT DANS LES REVES OU DANS LES SEANCES PSYCHELIQUES

Nous avons vu la distinction générale que l'on peut faire entre les E. M. I. et la conscience onirique ordinaire, mais il nous semble intéressant de mentionner brièvement comment les symboles de la mort apparaissent lors des rêves, des visions quelle qu'en soit la nature, ne serait-ce que pour mieux cerner la manière particulière dont elles se manifestent lors des E. M. I. Cependant "les images qui émergent de l'inconscient ne peuvent pas résoudre le mystère de la mort" dit Aniéla JAFFE [52 p. 64] "mais peuvent

servir à diminuer la peur et l'angoisse de l'homme devant son obscurité, ce qui suffirait à expliquer la valeur qui leur est attribuée".

"L'interprétation psychologique n'a pas d'autre but que d'élucider le sens des confessions spontanées et des manifestations du psychisme" et continue-t-elle "pour quelle raison devrait-elle contenir de telles images et une réalité transcendante se trouve-t-elle derrière ces images, ce sont là des questions qui ne peuvent et ne pourront jamais trouver de réponse" [JAFFE A. 52 p. 115].

3-2-1- Dans les rêves

On peut lire dans le précis de gériatrie de MARTIN et JUNOD [67] "que les vieillards ne semblent pas rêver souvent de mort, ne serait-ce que de manière symbolique, comme pourraient le faire d'autres catégories de personnes en danger de mort imminent, mais par contre rêvent au passé lointain ou proche".

Et voilà ce que dit M. L VON FRANZ sur les expériences archétypales à l'approche de la mort [126]

"Dans une interview à la B. B. C., JUNG a déclaré que la psyché inconsciente ignore la mort dans une large mesure, en tant que fin, et que les rêves continuent comme si rien n'allait se passer, comme si le processus d'individuation était le but et l'unique sens de la vie, indifférent à la question : "la mort surviendra-t-elle ou non entre temps ?".

Mais il semble exister des cas où l'inconscient ne permet pas d'ignorer l'approche de la mort, à savoir lorsque le rêveur cherche à s'illusionner sur la fin qui approche.

C'est ainsi par exemple qu'une femme atteinte d'un cancer que les médecins essayaient d'apaiser de la manière habituelle en lui faisant croire qu'elle était guérissable, a rêvé que sa montre-bracelet s'était arrêtée. Elle la porta chez l'horloger qui constata qu'on ne pourrait plus jamais la réparer. Deux minutes plus tard elle rêva que son arbre préféré gisait renversé sur le sol. Son analyste n'eut pas besoin de lui dire ce que cela signifiait, elle déclara elle-même tristement "ce que cela veut dire n'est que trop clair".

Mais aussitôt qu'elle eut accepté cette idée elle recommença à rêver d'une manière "normale", c'est à dire que le processus de son évolution intérieure se poursuivait comme auparavant.

Elle cite aussi quelques rêves où l'inconscient insiste ainsi sur la prise de conscience de cette réalité intérieure.

Quels sont donc les thèmes retrouvés ?

3-2-1-1- Prémonition de la mort - prise de conscience de la mort.

Là encore les expériences oniriques vont être extrêmement variables selon le rêveur, l'approche de la mort sera vue par l'un sous la forme symbolique de la destruction complète par le feu d'une forêt verdoyante, par un autre comme la vision de son cercueil, ou par la chute des arbres, etc...

Cette prise de conscience pouvant devenir une réelle "prémonition" comme dans le cas de cette jeune femme de 29 ans qui avait un cancer avec métastases et qui continuait deux fois par semaine son analyse à l'hôpital. Elle devint inconsciente à la suite de métastases cérébrales mais son analyste continua à la voir, s'asseyant simplement près de son lit sans pouvoir lui parler. Puis un jour où il lui rendait visite, elle ouvrit les yeux, reprenant conscience. Elle lui raconta qu'elle avait eu l'étonnant rêve suivant :

"Elle se tenait près de son lit de malade, le soleil brillait dans la chambre et elle se sentait bien et forte, comme elle ne l'avait plus été depuis des années. Le médecin entra et dit : oui Mademoiselle X vous êtes guérie, contre toute attente, vous pouvez vous habiller et quitter l'hôpital. Alors elle regarda en arrière vers son lit et se vit elle-même, allongée, morte. Environ vingt-quatre heures après ce rêve elle mourut sans avoir repris conscience".

3-2-1-2- Aide de décédés, parents ou proches

Elle cite également certains rêves ou selon un thème archétypique très répandu, des personnes décédées, parents ou amis du rêveur, lui viennent en aide.

Aniéla JAFFE [52 p. 69] cite également que "les morts qui viennent chercher les vivants pour les emmener dans leur royaume ne sont pas seulement des parents par le sang, comme le père, la mère, les soeurs ou les frères, mais tout aussi souvent des maris et des épouses, des fiancés ou des parents plus éloignés".

Dans un des cas le rêveur rencontre son père mort alors qu'il était encore un jeune garçon.

Un autre fit ce rêve alors qu'il était à l'hôpital :

"il quitta l'hôpital à pied pour se rendre à une vieille porte de la ville, qui était, au Moyen-Age, la limite de la cité. Là il rencontra C. G. JUNG qui était décédé et devenu le roi dans le domaine des morts. JUNG lui dit : "maintenant tu dois prendre une décision, ou bien tu continues à vivre et tu poursuis ton travail (il était artiste-peintre) ou bien tu abandonnes ton corps. Puis le rêveur vit que son lit d'hôpital étant en quelque sorte son chevalet".

Quarante-huit heures après ce rêve, il rendit l'âme en paix.

Citant MOODY, l'auteur interprète les êtres de lumière venant apporter de l'aide comme des images du Soi (1) qui apparaissent comme un double lumineux du moi.

3-2-1-3- Noces de mort ou hiérogamos

C'est un thème que l'on rencontre souvent dans les rêves des mourants. JUNG dans ses souvenirs [53, chap. 10] raconte ses visions d'un hiérogamos qu'il eut dans le coma, étant dans un poumon d'acier. L'image lui apparut sous les formes les plus variées et il écrit à la fin de sa description "quant à la beauté et l'intensité du sentiment pendant les visions on ne peut s'en faire aucune idée. On recule devant l'emploi du mot "éternel", pourtant je ne peux décrire ce que j'ai vécu que comme la béatitude d'un état intemporel, dans lequel, passé, présent et avenir ne font plus qu'un. Rien n'était plus séparé dans le temps ni ne pouvait plus être mesuré par des concepts temporels...(ce sentiment ne pouvant saisir qu'une somme, une étincelante totalité en laquelle est contenue l'attente de ce qui va se passer, tout aussi bien que la surprise de ce qui vient de se produire, et la satisfaction ou la déception quant au résultat de ce qui s'est passé : un tout indescriptible dans lequel on est fondu et que cependant on perçoit avec une totale objectivité").

(1) Au sens Jungien du terme.

3-2-1-4- Le thème de la survie

Il apparaît sous forme symbolique, même chez des sujets n'ayant aucune conviction particulière à ce sujet, comme pour ce patient qui rêvait d'une forêt dévastée par le feu, et marchant sur la terre brûlée, carbonisée, il trouvait une grosse pierre ronde, un grès rouge qui ne portait aucune trace de feu, et il pensait "elle n'a même pas été effleurée ni noircie par le feu", comme la pierre philosophale des alchimistes.

Dans d'autres rêves survient l'image du blé qui meurt et qui renaît ou d'arbres coupés qui se redressent, etc...

3-2-2- Les Expériences archétypales de la mort au cours de séances psychédéliques

Nous nous référerons ici aux travaux du Docteur Stanislas GROF qui travaille au Centre de recherches psychiatriques du Maryland à BALTIMORE en poursuivant ses études sur le L. S. D. débutées à PRAGUE.

A la suite de ses 17 ans de pratique sur la thérapie psychédélique que nous ne détaillerons pas ici, il a publié deux livres : "Royaumes de l'inconscient humain" [43] et "La rencontre de l'Homme avec la mort" [42]. Ses recherches nous intéressent pour deux raisons essentielles :

- l'existence d'expériences de mort/renaissance lors de certaines de ces thérapies dont le contenu se rapproche des E. M. I. sans pouvoir toutefois y être assimilées mais dont les suites thérapeutiques semblent avoir le même effet bénéfique et durable, chez des patients tant "psychiatriques" que "normaux".

- l'utilisation de cette thérapie psychédélique chez les cancéreux que nous analyserons au chapitre des implications thérapeutiques.

D'après GROF le L. S. D. semble être un puissant catalyseur du processus mental qui active un matériau inconscient, émergeant de niveaux de plus en plus profonds de la personnalité, explorés au cours de ces thérapies.

GROF détermine quatre types principaux d'expériences L. S. D. correspondant à des zones spécifiques de l'inconscient humain, tout en étant bien conscient du caractère "artificiel" de la communication de ce modèle sur un mode linéaire.

- 1- les expériences abstraites ou esthétiques bien connues constituent le niveau le plus superficiel
- 2- les expériences psycho-dynamiques liées à la résurgence de situations émotionnelles importantes vécues par l'individu viennent ensuite
- 3- les expériences périnatales qui ont pour dénominateur commun des problèmes liés à la naissance biologique, la douleur physique, l'angoisse, la maladie, la décrépitude, la vieillesse et la mort parmi lesquels se trouvent les expériences de conflit mort-naissance, et de re-naissance
- 4- les expériences transpersonnelles caractérisées par la transcendance des limites habituelles du moi et celles du temps et de l'espace.

Un certain nombre de phénomènes qui se manifestent au cours de ces séances sont explicables en termes psychologiques et psycho-dynamiques : ils présentent une structure analogue à celle du rêve et peuvent s'expliquer en fonction des données de la psychanalyse classique.

En revanche les expériences périnatales et transpersonnelles finissent par transcender le caractère limité de la psychothérapie.

Si certains sujets, en particulier lors des thérapies des cancéreux, ont rapproché d'eux-mêmes après avoir vécu un épisode de mort clinique, le contenu de leur E. M. I. et celui de leurs séances psychédéliques, plusieurs différences fondamentales méritent d'être soulignées.

a) Le phénomène le plus courant mais aussi le plus important, est le sentiment de vivre des expériences de mort et de renaissance suivies de sentiment d'unité cosmique. Cette rencontre profonde avec la mort est fort complexe car elle fait intervenir des dimensions biologiques, émotionnelles, intellectuelles, philosophiques et métaphysiques, et elle est suivie d'améliorations spectaculaires de différents troubles psycho-pathologiques.

Ces expériences sont appelées périnatales car les gens comparent souvent ces séquences de l'agonie, de la mort/naissance à une répétition des traumatismes réels de leur naissance.

D'autres traduisent leur rencontre avec la mort et leur expérience de mort/naissance en termes essentiellement philosophiques et spirituels.

Dans tous les cas ces expériences périnatales s'accompagnent de phénomènes physiques pénibles rappelant ceux de la naissance.

L'existence de ces éléments périnataux particuliers constitue le premier point qui se distingue bien des E. M. I.

b) Le second c'est la confrontation avec la mort : même si les sujets émergent de telles séances, persuadés d'avoir affronté la crise ultime et d'avoir acquis une connaissance profonde de celle-ci, elle diffère de l'E. M. I. par son aspect douloureux et parfois terrible.

c) Le contenu des séances psychédéliques comme celui des rêves est variable d'un individu à l'autre même si il reste un dénominateur commun d'expérience de mort/naissance et des répercussions ultérieures comparables à celles des E. M. I.

d) Si MOODY a insisté sur le manque d'éléments inspirés de la mythologie et la vision d'êtres plutôt informels, et si la majorité des E. M. I. sont des expériences paisibles, voire extatiques, GROF dans son travail trouve des images stéréotypées concrètes : celles de déités et de démons étant aussi fréquentes que celles d'entités divines ou démoniaques informelles.

Cela peut bien sûr être mis sur le compte de la différence de situation entre un individu qui vit symboliquement sa mort et celui qui l'approche effectivement. Mais on peut se poser la question de savoir pourquoi l'inconscient des humains restant le même, il se manifeste de manière particulièrement différente dans les E. M. I.

3-2-3- Conclusions

Le contenu des séances L. S. D. ou des rêves et des visions est toujours très spécifique à un sujet particulier et exprime une dramatisation symbolique condensée de ses problèmes psycho-physiologiques, émotionnels, intellectuels, philosophiques et spirituels les plus marquants à ce moment.

La phénoménologie des séances L. S. D. reflète les problèmes clés du sujet et met en scène les origines de ses difficultés émotionnelles sur les plans psycho-dynamiques, périnataux et transpersonnels de la même façon que la symbolique du rêve véhicule la problématique inconsciente d'un sujet, à un moment donné.

Mais la remarquable stabilité du schéma général des E. M. I. ainsi que la récurrence des mêmes thèmes identiques chez tous les sujets, constitue l' E. M. I. en expérience tout à fait singulière qu'on ne saurait réduire, quelles que puissent être les analogies ponctuelles qu'on note ça et là, ni à un rêve ni à une séance psychédélique.

3-3- LE REVE LUCIDE (R. L.)

3-3-1- Introduction

On peut faire un parallèle intéressant entre les E. M. I. et un type particulier de rêve peu connu en Occident, que l'on appelle "le rêve lucide".

Il s'agit d'un état dans lequel le sujet est "conscient" de son rêve et "reconnait" le fait qu'il est en train de rêver.

Certains sujets rapportent quelques expériences spontanées de ce type, d'autres ont tenté d'acquérir une certaine maîtrise de ce type de rêves, mais rares sont les chercheurs qui se sont intéressés à la question [C. GREEN, 36, P. GARFIELD, 35].

Nous exposerons tout d'abord leurs travaux avant de voir ce qu'est la "Doctrine de l'état de rêve" ou "yoga du rêve" dans le bouddhisme tantrique tibétain (technique ancienne et très élaborée).

3-3-2- Les auteurs Occidentaux

L'un, de Célia GREEN [36] directrice de l'Institut de recherches psychophysiques d'OXFORD a récemment passé en revue les écrits des rêveurs lucides occidentaux. Elle a étudié les récits des rêves lucides publiés par Arnold FOSTER, DELAGE, VAN EEDEN [121], FOX, Hervey de SAINT DENIS, OUSPENSKY et WHITEMAN [129], ainsi que des matériaux inédits présentés à l'institut par quatre sujets. C'est à elle que nous nous référerons le plus.

L'autre, de Patricia GARFIELD [35], docteur en psychologie ; elle s'est intéressée à l'univers des rêves depuis plus de trente ans et dans un livre intitulé "la créativité onirique", elle montre à partir de son expérience personnelle et de la littérature anthropologique, de quelle manière il est possible non seulement d'influer sur le contenu onirique, mais également de développer la lucidité pendant le rêve.

Célia GREEN s'est donc intéressée à la phénoménologie des rêves lucides en Occident et elle aborde tout d'abord la relation qui peut exister entre le rêve lucide et ce qui est classifié comme E. D., en particulier celles qui surviennent lors du sommeil.

Dans les deux types d'expériences le sujet est en train d'observer un champ de perception complet et autonome et reconnaît au moment même qu'il est dans un état qui diffère de l'état éveillé habituel. La majorité des E. D. spontanées ne surviennent pas pendant le sommeil, mais il est possible qu'au cours d'un rêve lucide le sujet rêve qu'il regarde son corps de l'extérieur.

Le deuxième point est le rapport que font certains sujets entre ces deux états, comme Oliver FOX ou le Docteur WHITEMAN [129]. Ce dernier considère les expériences les plus complètes comme des E. D. (qui chez lui surviennent au cours du sommeil) et les moins complètes comme des rêves lucides.

On pourrait être tenté de dire que les E. D. surviennent à l'état de veille, alors qu'un rêve lucide survient lors du sommeil ou de l'endormissement, mais l'inverse peut se produire également.

Bien que dans les deux états le sujet réalise que ce qu'il expérimente est différent de ce qu'il vit lors de l'état de veille habituel, dans une E. D. l'adéquation apparente du champ de perception avec le monde de l'état de veille est vécue souvent comme totale et le sujet décrit typiquement son expérience comme la vision du monde normal mais d'un point de vue différent, la tendance à voir le monde du rêve comme identique au monde habituel étant nettement moindre dans le rêve lucide.

3-3-2-1- Instauration de la lucidité

A- au cours du sommeil

quelles sont les causes psychologiques qui induisent cette "conscience du rêve" ?

a) Le stress d'un cauchemar

Les rêves lucides qui apparaissent spontanément plus fréquemment chez des sujets ordinaires sont des cauchemars dans lesquels le sujet est conscient du fait qu'il est en train de rêver et peut utiliser

cette connaissance pour se réveiller ; lors de cauchemars répétitifs la familiarité de ceux-ci amène à la prise de conscience du rêve et délivre le sujet de la peur, de l'horreur, etc...

C. GREEN fait remarquer que les E. D. surviennent fréquemment lors d'un stress et qu'elles ont peut-être la même fonction psychologique : permettre au sujet de se détacher de la situation, comme il le fait par rapport aux émotions intenses d'un cauchemar. Mais les rêves lucides de ce type sont aussi les plus courts, aboutissant en général au réveil, et non au contrôle du rêve.

C. GREEN souligne alors l'importance de l'abandon pour que l'expérience continue ce que l'on peut rapprocher lors de l'induction des E. M. I. de l'acceptation qui suit la phase de résistance.

b) La reconnaissance de l'incongruité des situations oniriques ou la présence d'éléments irrationnels.

c) La pensée analytique et l'observation : toute situation susceptible de donner lieu à un jugement critique à l'état de veille peut déclencher un R. L.

d) La reconnaissance spontanée de la qualité onirique de l'expérience.

B- à partir de l'état de veille

Dans un premier type d'expérience le sujet entre volontairement dans un rêve lucide pendant l'endormissement, observant son propre processus mental. Type d'expérience qui arrive, dit C. GREEN [36 p. 37], aux sujets qui essayent délibérément de le faire, elle se réfère aux deux seuls cas qu'elle connaît : P. D. OUSPENSKY et V. EEDEN qui qualifiaient leurs expériences "d'état de semi-rêve".

Ils notent l'importance de la notion d'effort et de développement graduel, et pour ceux qui seraient tentés d'assimiler ces expériences à des "hallucinations" hypnagogiques, la disparition de celles-ci lors de la réussite de l'entreprise.

Ce que VAN EEDEN [121] appelle "rêve initial" et qu'il différencie très nettement des rêveries ou hallucinations hypnagogiques, est caractérisé par la conservation de la clarté de la conscience lors du passage

de la veille au sommeil. Ce phénomène était facilité chez lui par une forte fatigue physique. Dans ces cas : "je possède un souvenir presque complet de ma vie quotidienne, je sais que je dors et où je dors, mais toutes les perceptions corporelles internes et externes, viscérales ou périphériques, ont disparu. Habituellement j'ai la sensation de flotter ou de voler, et j'observe, avec une lucidité parfaite, que la sensation de fatigue, le malaise dû au surmenage se sont évanouis. Je me sens frais et vigoureux, je peux me mouvoir et flotter dans toutes les directions...".

La clarté de l'esprit, la liberté par rapport à la pesanteur et à l'espace sont aussi des caractéristiques des E. D.

Ce premier type d'expérience est donc à rapprocher également du yoga de la claire lumière tel qu'il est décrit par les Tibétains

Le second type d'expérience difficile à distinguer philosophiquement du premier selon C. GREEN est plus proche de l' E. D.

Le sujet entre secondairement dans un état semblable au rêve lucide à partir de l'état de veille. Cela peut arriver involontairement, et être associé à des états variés du corps physique, qui peut continuer ses activités ordinaires, sembler endormi ou inconscient...

D'après C. GREEN il est pratiquement impossible de donner des distinctions précises entre les E. D. et les R. L. Tous les essais pour trouver une caractéristique différentielle sur des critères tels que les qualités émotionnelles, perceptuelles, le sentiment de réalité opposé au contenu fantastique, etc... n'amènent qu'à des ambiguïtés dans la mesure où ces expériences en elles-mêmes ont des caractéristiques diverses et changeantes.

Que la conscience surgisse au cours de l'état de rêve ou qu'on la maintienne jusqu'à cet état, les rêves lucides s'obtiennent plus facilement après plusieurs heures de sommeil, au petit matin.

L'exemple suivant de WHITEMAN [129] illustre bien le fait qu'il est difficile de différencier nettement les E. D. du rêve lucide.

L'initiation du rêve lucide ou de l' E. D. peut se faire par la création d'une "ouverture" à partir de l'état de veille. Ce phénomène peut être spontané ou consécutif à la fixation oculaire d'une boule de cristal, procédé

employé par certaines voyantes. Il s'agit de l'ouverture d'un champ plus ou moins circulaire (au centre du monde physique habituel) où apparaissent des visions.

WHITEMAN était allongé éveillé, "...je perçus une ouverture de forme circulaire, à l'intérieur de laquelle se voyait une scène de couleurs vives, illuminée par le soleil. Cela semblait être un parc où de nombreuses personnes se promenaient paisiblement.

Au même moment j'étais conscient de mon corps couché sur le dos, dans le lit, mais pas comme si je me trouvais dans ce corps. C'était comme si j'en étais séparé et que je regardais ce corps qui regardait. Semblant encore penser à l'intérieur de ce corps, j'eus le désir de transférer la conscience dans une forme impersonnelle, mais libre. Immédiatement je me levais et marchais droit vers l'ouverture. Celle-ci parut s'élargir graduellement, mais avant d'y pénétrer complètement j'eus à franchir un bout de terrain de couleur sableuse comme dénudé pour y creuser un trou. Cela ressemblait à un golfe entre deux mondes. Cependant passant à travers, j'atteignis le parc et me mêlais aux gens, etc..."

L'impression de passer par une ouverture, un "golfe" qui est la figuration symbolique d'un stade de transition, peut être remplacée par l'image d'un tunnel, comme dans une autre observation de WHITEMAN.

"Je ferme mes yeux et j'ai la sensation de traverser à reculons et je me retrouve descendant un tunnel long et obscur. Au bout se voit une petite tache de lumière qui croît lorsque je m'approche et devient un grand carré".

Les images sont identiques à celles trouvées dans les

E. M. I.

3-3-2-2- Réalisme et non-réalisme dans les rêves lucides

Le monde du rêve lucide est habituellement plus proche de celui de l'état de veille que ne l'est celui du rêve ordinaire, même si le sujet arrive à prendre conscience de son rêve par la qualité fantastique d'un événement.

- Si le sujet est capable de voler par exemple au cours de son rêve ou de "faire des miracles", le monde environnant reste en général une imitation du monde de l'état de veille.

- De la même façon il n'y a pas de transformation de l'identité des personnes, ou des objets comme dans le rêve ordinaire. Les animaux et les objets sont rarement personnifiés, ni ne se mettent à parler.

Les personnes connues du rêveur sont clairement caractérisées. Et même si "le corps de rêve" n'est pas nécessairement semblable au corps de veille, il ne change pas de caractéristiques au cours du rêve. Les lois du monde physique en général ne sont pas enfreintes, ou si elles le sont, c'est de manière "anodine".

Mais l'observation prouve que tout ceci dépend en fait de la volonté ou des désirs du rêveur, ainsi que du degré de développement de la maîtrise du rêve. Et le sujet peut aussi bien reproduire le monde ordinaire de manière de plus en plus précise, et fidèle, qu'au contraire se dégager progressivement du besoin d'imiter la réalité ordinaire.

A part donc quelques phénomènes physiques, tel que le fait de voler, d'effectuer des manipulations extraordinaires de l'environnement ou de voyager dans un tunnel pour figurer des déplacements dans le temps ou dans l'espace, le monde du rêve lucide est assez réaliste. Les thèmes de chutes ou de passages dans un tunnel se retrouvent également, comme on l'a déjà vu dans les E. M. I.

Quel est maintenant le degré d'adhérence au "réalisme psychologique", c'est à dire la fidélité avec laquelle sont décrites les personnalités humaines et leurs interactions.

Nous avons vu que, en général, les personnes qui apparaissent dans le R. L. sont clairement caractérisées et conservent leur identité tout au long du rêve, qu'elles soient connues ou non. Mais on y voit des êtres qui bien qu'identifiés avec une personne précise ne lui ressemblent pas physiquement, tout comme dans le rêve ordinaire. Dans les R. L. on rencontre rarement des personnes déformées, des démons, des lutins ou des nains mais des "fantômes", des "présences", ou des entités invisibles.

Les perceptions sensorielles associées à la lucidité sont particulièrement vives. Elles sont le plus souvent visuelles mais de vrais rêves lucides peuvent inclure aussi des sensations olfactives, tactiles, thermiques, auditives ou gustatives...

Les rêves lucides se complaisent même à faire des expériences pour vérifier la réalité de leurs sensations oniriques.

VAN EEDEN raconte [cité par GARFIELD P. p. 146] :

"le 9 septembre 1904, je rêvai que j'étais debout devant une table, près d'une fenêtre. Sur la table étaient divers objets. Pleinement conscient que je rêvais, je réfléchis aux expériences que je pourrais faire. Je commençai par essayer de casser un verre en cognant dessus avec une pierre. Je posai une petite tablette de verre sur deux pierres et frappai avec une autre pierre mais en vain. Je pris alors un verre de cristal fin sur la table et le serrai dans mon poing de toutes mes forces, pensant en même temps combien il serait dangereux de faire cela à l'état de veille. Le verre ne se brisa pas, mais voilà que, le regardant de nouveau un peu plus tard, il était brisé ! Il était brisé correctement, mais un peu tard, comme un acteur qui rate sa réplique ! Cela me donna l'impression très curieuse d'être dans un monde truqué, très bien imité, mais avec de légères erreurs. Je pris alors le verre cassé et le jetai par la fenêtre pour voir si j'entendrais le bruit des débris. Je l'entendis très bien et même j'aperçus deux chiens qui s'enfuyaient avec beaucoup de naturel. Je pensais alors quelle bonne imitation était ce monde de comédie. Voyant sur la table une carafe de Bordeaux, je m'en versai et notai avec une parfaite clarté d'esprit : "Eh bien, on peut avoir aussi des sensations volontaires de goût dans ce monde de rêve, ce vin est d'une saveur parfaite !".

3-3-2-3- La mémoire

La remémoration des rêves lucides est particulièrement claire ; et souvent on la compare à celle d'expériences de l'état de veille.

De la même façon, les E. M. I. sont exceptionnellement bien mémorisées, le récit ne variant pas d'un moment à l'autre, même après plusieurs années.

penser au paysage, mais alors une force semble me tirer en arrière. Je vole rapidement en traversant le mur du fond de la pièce et poursuis mon vol en ligne droite, toujours en marche arrière, les oreilles assourdies par un bruit infernal, jusqu'à ce que je m'arrête brusquement en m'éveillant".

Célia GREEN [36 p. 103] conclut que l'on doit être très prudent avant d'affirmer que le degré de contrôle rapporté par les rêveurs lucides connus est le plus grand que l'on puisse atteindre, étant donné l'importance de l'apprentissage. Si ce contrôle peut être extrêmement efficace et devenir quasiment parfait comme nous le verrons dans l'exposé du yoga du rêve, il est intéressant de remarquer que c'est une des caractéristiques différentielles importantes entre le R. L. et les E. M. I. où les sujets ne peuvent en aucun cas contrôler la situation.

3-3-2-6- Les perceptions extra-sensorielles.

La plupart des rêveurs lucides Occidentaux ne se sont pas intéressés spécialement à ce domaine à l'exception de VAN EEDEN qui avait fait un rêve prémonitoire d'importance, puisqu'il prédisait sa ruine financière, ou Oliver FOX qui avait décidé avec deux de ses amis de se rejoindre en rêve dans un parc, ce qu'ils ont réalisé...

3-3-3- Rapprochements et différences entre R. L. et E. M. I. (tableau 52)

- Survenue du rêve lucide, des E. D. ou des E. M. I.

Ils surviennent dans des circonstances où il y a un oubli, un dépassement ou une inhibition de la conscience ordinaire.

◊ le sommeil est un cas d'inhibition de la conscience de veille par exemple.

◊ dans d'autres circonstances telles que le stress (d'un accident, de l'approche de la mort), l'orgasme ou au contraire un état de relaxation profonde, la conscience ordinaire peut être "surprise", dépassée, oubliée. Il y a relâchement de cette conscience ordinaire, un lâcher prise qui se fait par rapport aux fixations habituelles et en particulier par rapport à l'identification habituelle de la conscience au corps. De ce fait le sujet expérimente un "autre monde" plus ou moins différent du monde réel.

Cette désentification de l'image corporelle peut se traduire par l' E. D. (sans répondre à la question de savoir si la conscience est ou non effectivement séparée du corps, ce qui est peut-être un faux-problème). Puis dans les E. M. I. si l'expérience se continue, il y a passage de la conscience "duelle" à une conscience "transcendante", moins duelle, passage qui est figuré par l'expérience du tunnel. Puis survient l'expérience transcendante.

- Contenu

Ce qui est expérimenté dans les deux cas est le contenu latent de la conscience, on peut donc s'attendre à ce que les contenus soient variables dans le R. L. et polarisés vers la problématique de la mort lors des E. M. I.

- Etat

La différence d'état est évidente : le sommeil dans le R. L. le plus souvent, l'imminence de la mort dans les E. M. I.

- Conscience de l'état vécu

Dans le rêve lucide, l'état du sujet est reconnu pour ce qu'il est, le sujet ayant conscience du rêve et que le monde onirique est une projection de son esprit, et la sérénité ou la maîtrise des émotions qui apparaît lors du développement de la maîtrise du R. L. provient de la perception de la réalité illusoire des objets du rêve. Le sentiment de la réalité est subjectif dans le R. L.

Alors que dans les E. M. I., s'il y a reconnaissance de l'imminence de la mort, ou "la conscience d'être mort", il n'y a pas de jugement de valeur sur la nature de cet état, comme étant subjectif, mais au contraire plus vrai que le réel, la sérénité accompagnée d'un sentiment d'une réalité "objective".

- Contrôle

Il y a contrôle dans le rêve lucide du fait de la reconnaissance du caractère illusoire et subjectif des objets du rêve, et c'est pour cela qu'il est possible de les modifier.

Alors que l'expérience de l'imminence de la mort a lieu sans que le sujet ait un contrôle sur elle.

Les conclusions générales que tire C. GREEN de l'accessibilité aux phénomènes mémorisés pendant le R. L. est qu'elle varie d'un sujet à l'autre et s'accroît au fur et à mesure qu'un sujet développe son travail sur le R. L. Mais il semble que les réflexions philosophiques générales et les intentions spécifiques sont facilement mémorisées, tout comme des informations générales concernant le monde physique.

Alors qu'il semble qu'il y ait une résistance à mémoriser des détails spécifiques et concrets de la vie du sujet, ces derniers étant fréquemment rapportés avec inexactitude dans le R. L.

Il semble que dans les E. M. I. il puisse y avoir une fidélité de description du monde ordinaire dans les détails même inhabituels d'une réanimation cardio-respiratoire, par exemple.

3-3-2-4- La pensée analytique et la qualité émotionnelle dans le R. L.

A- La logique du raisonnement

"La mémoire et l'esprit d'analyse associés à la lucidité favorisent les objectifs et les réflexions d'ordre psychologique.

Il est possible, par exemple, de se rappeler une théorie sur le rêve et d'y réfléchir" P. GARFIELD [réf. 35 p. 147].

En général les raisonnements sont donc justes, hormis le cas où il semble y avoir une sorte de résistance psychologique à un raisonnement correct selon les normes aristotéliennes concernant les relations entre le monde du rêve et le monde de la vie éveillée, le rêveur reconnaissant parfois difficilement l'indépendance complète du rêve du monde réel.

La compréhension de cette loi d'indépendance est elle aussi l'objet d'un apprentissage et relève d'une compréhension d'ordre général.

Voilà ce que dit VAN EEDEN sur les rêves lucides :

"Dans ceux-ci, la réintégration des fonctions psychiques est si complète que le dormeur se souvient de sa vie quotidienne et de sa condition, atteint un état de parfaite conscience et est capable de diriger son attention et d'effectuer divers actes de volonté libre. Cependant ce sommeil, ainsi que je peux l'affirmer avec certitude, n'est pas perturbé mais profond et réparateur".

B- Les émotions

Les qualités émotionnelles des rêves lucides présentent toute une gamme de variation allant de l'acceptation neutre à des degrés divers d'excitation, de libération, d'expansion, de ferveur, en passant par la surprise devant le rêve et l'appréciation de sa beauté. Un conflit émotionnel de quelque nature qu'il soit amène souvent la fin de l'expérience, tant dans le R. L. que les E. D. Pour les E. D. ce trait est rapporté par ceux qui les induisent volontairement, les E. D. involontaires étant le plus souvent caractérisées par un extraordinaire détachement émotionnel.

A ce dernier point près, la logique et les émotions des R. L. semblent se rapprocher de celles des E. M. I. où prédominent la pensée logique calme et détachée ainsi que les sentiments concernant la beauté des expériences "transcendantes"

3-3-2-5- Le contrôle

Dans de rares cas le sujet rapporte pouvoir sélectionner consciemment l'environnement dans lequel il désire se trouver. Les sujets peuvent décider par exemple, qu'ils peuvent se déplacer jusqu'à un certain lieu et, après une sorte de voyage spatial imaginé, se trouver à l'endroit désiré. Mais le voyage est un procédé difficile de transformation de l'environnement, le degré de probabilité pour que le sujet perde sa lucidité ou se réveille avant le voyage projeté étant très grand.

Voilà un rêve du philosophe Russe P. D. OUSPENSKY où il entreprend de contrôler son rêve [cité par P. GARFIELD, p. 158].

"... Transformons ce chaton noir en un gros chien blanc. C'est impossible à l'état de veille et si j'y parviens cela signifie que je dors. Je me dis cela et aussitôt le chaton noir se transforme en un gros chien blanc. Au même moment le mur d'en face disparaît, découvrant un paysage de montagne où serpente une rivière s'évanouissant dans le lointain. "C'est curieux" me dis-je, "je n'avais pas commandé ce paysage, d'où vient-il ?" Un vague souvenir s'éveille en moi, celui de l'avoir déjà vu quelque part et de le savoir associé d'une certaine façon au chien blanc. Mais je sens que si je m'abandonne à ce souvenir, j'oublierai la chose la plus importante dont je dois me rappeler, à savoir que je suis endormi et conscient de moi-même, c'est à dire dans un état que je désirais et cherchais depuis longtemps. Je fais un effort pour ne pas

S U R V E N U E	REVE LUCIDE	E. M. I.	
		lors d'un oubli, ou d'une inhibition ordinaire	
LACHER PRISE PAR RAPPORT AUX FIXATIONS HABITUELLES	Monde onirique le plus souvent peut être le monde ordinaire	E. D.	E. M. I.
		Monde ordinaire ou Monde fantasmatique	Monde ordinaire dans l' E. D. Monde fantasmatique dans les expériences transcendantes
◊ IMAGE CORPORELLE	Dans les deux cas identifications à corpo-	modifications des l'image relle	
E T A T	dues au sommeil	dues au stress	
	sommeil	imminence de la mort	
CONSCIENCE DE L'ETAT	oui	non	
CONTENU DE LA CONSCIENCE	varié	schéma type	
V E C U	sentiment de réalité subjective	sentiment de réalité objective	
C O N T R Ô L E	oui	non	

3-3-4- "La Doctrine de l'état de rêve"

3-3-4-1- Notion de la conscience dans le bouddhisme

Nous avons vu brièvement comment H. EY définissait l'orientation du champ de la conscience, celle-ci étant comparable à ce qu'on appelle dans le bouddhisme la saisie duelle : c'est à dire l'appréhension par un "sujet conscient" de "ses projections objectives". L'énergie de cette polarisation de la conscience étant décrite comme un phénomène d'appropriation, de fixation de la conscience sur ses objets.

Dans le rêve ordinaire la conscience subjective est complètement fascinée par ses projections, et est captive de cette relation de sujet à un objet "réel". Ce qui est intéressant dans la conception bouddhiste est que cette dualité sujet-objet n'est pas irréductible. Au contraire cette polarité est considérée comme le résultat d'une "illusion" qui fait que l'esprit se scinde en un rêveur et un monde onirique, l'un se percevant comme sujet, l'autre étant perçu comme objet. Sujet et objet distincts l'un de l'autre, le sujet se fixant sur ses objets comme sur des entités extérieures distinctes de lui.

D'un point de vue bouddhiste le rêve lucide relève d'une conscience onirique spéciale dans laquelle la conscience subjective reconnaît la nature également subjective de son expérience onirique, alors que les productions imaginaires de l'état de rêve sont généralement perçues comme ayant une réalité objective.

Dans son travail sur les rêves le yogi fera l'expérience directe de la nature subjective et de ce fait illusoire du monde onirique. La compréhension de ce caractère subjectif des contenus du rêve sera utilisée, transposée ensuite à l'état de veille, pour comprendre, par analogie, la nature tout aussi subjective des objets de nos représentations de l'état éveillé.

C'est en ce sens que dans le bouddhisme on dit souvent que le monde phénoménal n'a qu'une existence relative, "semblable au rêve", "illusoire". Cette compréhension n'est pas théorique, en ce sens que l'expérience vécue de la "réalité onirique" et le travail sur celle-ci vont permettre au yogi de démanteler progressivement le processus de fixation ou d'appropriation qui est le support de l'énergie sustentatrice de la polarité sujet-objet.

Lorsque cette fixation et cette "polarisation" se réduiront le yogi fera l'expérience de niveaux de conscience de plus en plus subtils, de moins en moins duels.

Ces états sont classifiés et codifiés en différentes étapes possédant chacune des signes caractéristiques, la progression culminant dans l'expérience d'absence de fixation que l'on appelle techniquement "l'expérience de luminosité vide" où l'esprit repose en un état de lucidité pure, dépourvu de fixation, de polarité sujet-objet, c'est à dire "vide de dualité".

Cette expérience s'appelle aussi "l'expérience de la claire lumière". Cette claire lumière est considérée comme la nature fondamentale de l'esprit.

3-3-4-2- La technique du yoga du rêve

◊ l'aspiration

La technique du rêve lucide est basée sur ce qu'on appelle en Tibétain "Dûn-pa" : (འདྲན་པ།) que l'on pourrait traduire par aspiration, volonté ou résolution.

C'est à dire que le yogi va, durant les sessions de méditation de l'état de veille, imprégner volontairement son esprit des suggestions suivantes dans un état que l'on appelle de "volonté passive" :

- a) reconnaître l'état de rêve comme tel, quand il survient.
- b) induire différents thèmes oniriques ou différentes "manipulations du rêve".

◊ reconnaissance de l'état onirique - contrôle du rêve

Quand l'aspiration est devenue suffisamment profonde et puissante, elle est capable de resurgir durant le sommeil et permet donc tout d'abord la reconnaissance de l'état onirique, puis la possibilité du travail sur le contenu onirique.

Différentes techniques amènent le yogi à une maîtrise de plus en plus grande de ses rêves. Il apprend à produire tel rêve spécifique, à transformer un rêve en un autre, à multiplier les apparences du rêve, à programmer celles-ci, à faire des voyages oniriques, etc...

Certaines techniques permettent également au yogi de ne pas perdre conscience lors de l'endormissement et en maintenant un certain niveau de conscience, d'entrer directement en rêve lucide.

Pour simple que puisse sembler la théorie, la réalisation peut en demander de nombreuses années chez des "sujets doués". Difficulté que l'on retrouve chez les rêveurs lucides Occidentaux.

◊ compréhension de la nature profonde du rêve

On peut arriver à un niveau de contrôle du rêve extrêmement précis et complet (que n'ont d'ailleurs pas atteint les rêveurs lucides Occidentaux connus), (les autres références d'une maîtrise profonde du rêve sont rares en dehors de CASTANEDA [15] et des cas cités par P. GARFIELD [35]).

Néanmoins la manipulation aussi parfaite soit-elle du contenu onirique, n'est pas le but de cette technique mais un moyen utilisé pour faire réaliser au rêveur la nature de l'état de rêve. Cette compréhension de la nature du rêve constitue elle-même un moyen qui va permettre la désappropriation ou la désentification ou la dé-fixation, par rapport au contenu onirique. Et par là, ces techniques conduiront le yogi à la réalisation d'états de conscience qui transcendent le niveau ordinaire et qui s'approchent de plus en plus de l'expérience de la Claire Lumière ou de la nature fondamentale de l'esprit.

Dans le bouddhisme tantrique on considère que ce processus ne peut pratiquement pas être mené à terme en dehors de retraites intensives durant lesquelles le yogi se soumet à un entraînement extrêmement sévère, avec des sessions de méditation continuelles tout au long de la journée et même parfois la pratique du sommeil en position assise. Le succès dans la pratique dépendant de la capacité à développer une stimulation suffisamment intense pour contrecarrer les habitudes mentales ordinaires.

Toutefois certains exercices préliminaires au yoga du rêve peuvent être pratiqués hors du cadre de cette retraite intensive.

4- LA CONSCIENCE MYSTIQUE - LES ETATS MODIFIES DE CONSCIENCE

Parmi les expériences de la conscience vigile, survenant chez des sujets normaux, ce sont celles des mystiques occidentaux, yogis ou méditants orientaux, qui se rapprochent le plus des E. M. I. Nous ne pouvons pas nous engager dans l'exposé fort complexe des diverses traditions et nous contenterons de préciser quelques points relatifs aux phénomènes voisins des E. M. I. que sont les extases et les visions ou révélations.

On entend par extase, et c'est là une définition universellement acceptée par les théologiens catholiques [R. P. POULAIN, 92 p. 60] un état où les communications sensorielles sont diminuées ou interrompues, et où le sujet ne peut ni agir ni sortir à son gré de son oraison. Cet état peut éventuellement se compléter de visions ou révélations (qui peuvent également survenir en dehors de l'extase). Celles-ci peuvent emprunter surtout les canaux auditifs et visuels et dans un mouvement progressif vers la dématérialisation, être extérieures ou sensorielles, imaginatives ou internes mais encore formelles, ou purement intellectuelles sans langue ou image particulière [POULAIN, p. 311-313]. Leur contenu chez les Chrétiens, est évidemment centré sur les personnages de l'histoire Chrétienne, les Saints, les anges, la Vierge, les personnes de la Sainte Trinité.

On voit immédiatement les ressemblances : état involontaire de rupture avec le monde extérieur dans lequel se développe la perception interne d'un monde plus ou moins spiritualisé. D'autres traits sont communs à ces deux expériences : la clarté des manifestations, la certitude de leur réalité [id. p. 317], la beauté et l'éclat des visions [id. p. 323], les sentiments de paix et de joie [id. p. 325], le changement en profondeur des comportements [id. p. 326], la clarté et la persistance du souvenir de ces expériences [id. p. 327], enfin la fréquence des phénomènes associés de type clairaudience, clairvoyance, télépathie, etc...

Il est certain que les caractéristiques ultimes de ce qui a été appelé expérience transcendante, comme couronnement des E. M. I., se rapprochent avant tout de ce qui est connu par ailleurs, chez les saints, comme expérience mystique ; réserve étant faite évidemment de l'absence de sainteté dans la population ordinaire des candidats aux E. M. I.

VI- ESSAIS D'INTERPRETATIONS DES DIFFERENTS AUTEURS

Le problème de l'interprétation se dresse devant nous comme un pic vertigineux [RING, 97 p. 227].

Si le côté sensationnel de ces expériences a été largement exploité aux U. S. A. par les médias à la sortie du livre de MOODY, il est important de savoir que maintenant une dizaine d'équipes de chercheurs de différentes disciplines mènent des études sérieuses sur la question.

De nombreuses interprétations ont été avancées : pharmacologiques, physiologiques, psychologiques ou autres, qui sont souvent des niveaux d'interprétations différents mais pas forcément incompatibles entre eux. Chaque perspective ne s'excluant pas nécessairement.

Mais si l'étude des E. M. I. doit se faire de manière particulièrement prudente et sérieuse, "une égale prudence doit être attachée à l'acceptation de la croyance scientifique comme donnée scientifique" [SABOM, réf. 105 p. 235].

1- ORGANICISIES

1-1- Hypoxie - Hypercapnie

1-1-1- Anoxie cérébrale

Voilà ce que disent quelques auteurs sur le rôle de l'anoxie cérébrale.

◊ Vladimir A. NEGROVSKY [73] nous déclare brièvement que les E. M. I. peuvent être expliquées par la dynamique de la désintégration des fonctions cérébrales qui suit une séquence spécifique, au cours de la mort des animaux et de l'homme, dûes aux résistances différentes à l'anoxie des aires variées du système nerveux central.

◊ E. ROBIN [réf. 98 p. 261] attribue les rêves des E. M. I. à une "psychose toxique par anoxie" qui est la voie finale commune du processus de la mort. Il insiste sur l'euphorie et la confusion onirique pré-mortem due à l'anoxie et rappelle qu'il y a des décharges infra cliniques hippocampiques de type épileptique pré-mortem.

◊ Nous reprenons maintenant l'analyse que fait SABOM [105, p. 268-268] partant de la citation suivante de Nathan SCHNAPER, M. D. Professeur de psychiatrie à l'Université du Maryland.

..."Toutes les anecdotes à propos de vie après la mort/la vie peuvent être expliquées phénoménologiquement comme étant des états de conscience modifiés. Il existe trois étiologies principales :

a) physiologique : hypoxie, anoxie, encéphalopathies d'origine hépatique, ou rénale, thérapie de Meduna au CO₂, etc...

b) pharmacologique : "psychotropes", narcotiques, stéroïdes, pentylene-tetrazol (Metrazol), insuline, barbituriques, et autres médicaments psychothérapeutiques, et

c) psychologique : réaction dissociative, panique, psychose, etc..."

"Dans son article "Les états de conscience modifiés" (numéro de septembre 1966 des Archives of General Psychiatry), le Dr Arnold Ludwig définit comme suit l'expression "états de conscience modifiés" :

Tout état mental, induit par différents agents ou techniques physiologiques, psychologiques ou pharmacologiques, qui peut être subjectivement reconnu par l'individu lui-même (ou par un observateur objectif du sujet) comme représentant une déviation suffisante de l'expérience subjective ou du fonctionnement psychologique par rapport à certaines normes générales de cet individu quand il est en état de lucidité, d'éveil conscient.

Selon Ludwig, les personnes qui expérimentent un état de conscience modifié font en général état de : 1) modifications de la concentration, de l'attention, de la mémoire ou du jugement ; 2) troubles de la perception du temps ; 3) craintes de perdre le contact avec la réalité ; 4) états émotionnels extrêmes allant de l'extase joyeuse à l'angoisse profonde ; 5) dédoublement, séparation de l'esprit et du corps ; 6) distorsions des perceptions ; 7) sentiment d'authenticité et de compréhension profond ; 8) sentiment de l'inexprimable ; 9) sens de l'espoir renouvelé ; 10) une hypersuggestibilité.

Si l'on s'en tient aux critères du Dr Ludwig, l'expérience aux frontières de la mort entre facilement dans la catégorie générale des états de conscience modifiés, comme suggéré par le Dr SCHNAPER dans la citation ci-dessus. Les origines des états de conscience modifiés sont aussi nombreuses que ses diverses manifestations brièvement résumées par le Dr LUDWIG. Plusieurs de ces causes ont déjà été examinées, ou le seront par la suite".

Nous allons pour l'instant envisager l'hypoxie.

"L'hypoxie du cerveau est une conséquence physiologique classique des débuts d'agonie. Normalement, un apport correct d'oxygène au cerveau est assuré par l'apport du sang artériel riche en oxygène. Des diminutions du flux sanguin cérébral, même pour un bref laps de temps, auront pour résultat des modifications notables du fonctionnement cérébral. Toutefois avant la perte de conscience, la personne en état d'hypoxie cérébrale s'aggravant peut se trouver face à toutes sortes de phénomènes subjectifs. On peut considérer l'ensemble de ces phénomènes comme un état de conscience modifié dû à l'hypoxie progressive du cerveau.

Dans les années vingt, deux médecins, Y. HENDERSON et H. W. HAGGARD, ont étudié les effets mentaux et physiologiques de l'hypoxie en plaçant des volontaires dans un caisson étanche et en abaissant lentement le niveau d'oxygène. Ils découvrirent que, comme le niveau d'apport en oxygène diminuait, les capacités mentales et physiques des sujets se délabraient progressivement jusqu'à l'apparition de convulsions et l'arrêt de la respiration. Aucune expérience du type aux frontières de la mort ne fut signalée.

Dans les années trente, un autre médecin, le Dr R. A. MCFARLAND, a mené des recherches complémentaires sur les effets de l'hypoxie cérébrale. Il fit ses expériences avec les membres de l'Expédition internationale de haute altitude au Chili. MCFARLAND s'aperçut que les alpinistes exposés aux conditions hypoxiques que l'on rencontre à grande altitude signalaient qu'il leur fallait fournir le plus grand effort pour mener à bien leurs tâches, qu'ils ressentaient de la paresse mentale, une irritabilité importante, des difficultés à se concentrer, de la lenteur de raisonnement, et des troubles de la mémoire.

Ces études nous montrent que, quand diminue l'apport en oxygène au cerveau, confusion et délabrement progressif des facultés cognitives s'installent. Ce qui est en contraste marqué avec la clarté du fonctionnement mental et la lucidité décrites par les personnes qui ont fait une expérience aux frontières de la mort. En outre, la séquence d'événements qui caractérise cette expérience n'a pas été déclenchée par l'abaissement graduel de l'apport en oxygène au cerveau à la limite de l'inconscience. Donc, l'hypoxie cérébrale ne peut par elle-même expliquer les manifestations typiques de l'expérience que nous étudions".

◊ Quant aux commentaires de E. RODIN nous ne reviendrons pas ici sur le fait que l' E. M. I. n'est pas une psychose : que si l'anoxie peut créer la perte de conscience apparente, l'activité mentale subsistante ne correspond pas aux critères habituels des psychoses.

Dans l'étude de OSIS & HARALDSON, la présence de facteurs hallucinogènes (dont l'anoxie) réduit la fréquence des visions de manière statistiquement significative. Les pathologies complexes de ces patients en phase terminale donnant plutôt lieu à des hallucinations délirantes typiques qu'à des E. M. I.

Mais supposons que l'anoxie soit ce qui déclenche l' E. M. I. Comment cette cause pourrait-elle déterminer toutes les étapes spécifiques de l' E. M. I. Comment expliquerait-elle les perceptions extra-sensorielles ?

D'autre part il existe des E. M. I. qui surviennent dans un contexte qui n'est pas générateur d'anoxie.

Quant à GROF & HALIFAX [42], ils suggèrent que le manque d'O₂ provoquerait chez l'individu un état altéré de conscience qui à son tour activerait des "matrices inconscientes" contenant les éléments de ces E. M. I.

A l'instant où la mort physique ou "psychédélique" paraît imminente, un "programme intégré" se met en marche et tend à se dérouler en suivant les formes de l'unité cohérente de ce que RING appelle "l'expérience du substrat" ou plus généralement des E. M. I. Interprétation qui ne peut se concilier avec toutes les découvertes rapportées par les chercheurs sur l'agonie, mais intéressante de par la conception différente du rôle de l'anoxie cérébrale.

1-1-2- L' Hypercapnie

Nous empruntons à SABOM l'exposé suivant sur l'hypercapnie [105, p. 270-273].

"L'hypercapnie, ou taux élevé de dioxyde de carbone (CO₂) dans le cerveau, peut également provoquer un état de conscience modifié.

Dans les années cinquante, un psychiatre de l'université de l'Illinois, L. J. Meduna, a étudié les effets de différents degrés d'hypercapnie dans l'espoir qu'un traitement au dioxyde de carbone pourrait se montrer positif dans le traitement d'états neuropsychopathologiques. Il administra (par masque) à 150 malades neuropsychopathologiques, et à 50 personnes "nor-

males" servant de groupe témoin, un nombre variable d'inhalations d'un mélange gazeux contenant 30% de CO_2 et 70% de O_2 (l'air ambiant contient 0% de CO_2 et 21% de O_2).

Au cours de ces traitements au CO_2 , les sujets de Meduna ont décrit des phénomènes sensoriels subjectifs très variés. Quelques unes de ces expériences ressemblaient fortement à une expérience aux frontières de la mort et comportaient la perception d'une lumière brillante, une sensation de détachement physique, le réveil de souvenirs du passé, l'ineffabilité, la communication télépathique avec une présence religieuse, et des sentiments d'importance cosmique et d'extase. Par exemple :

"Je me sentais comme si je me regardais, moi, en bas, et que j'étais dehors dans l'espace... Je me sentais comme dédoublé. C'était une merveilleuse sensation. C'était merveilleux. Je me sentais très léger et je ne sais pas où j'étais... Et alors j'ai pensé qu'il m'arrivait quelque chose. Ce n'était pas la nuit. Je n'étais pas en train de rêver... Et alors j'ai eu une sensation merveilleuse, comme si j'étais dans l'espace. Je me sentais séparé de moi-même, mon âme se séparait de mon corps, elle était entraînée vers le haut, apparemment pour quitter la terre, pour monter là où elle a rencontré un Etre plus élevé avec lequel il y a eu communion, ce qui a donné une détente nouvelle, remarquable, et une profonde sécurité".

Il y a toutefois d'autres éléments de l'expérience hypercapnique qui n'ont rien à voir avec l'expérience aux frontières de la mort : la perception de dessins ou de motifs géométriques complexes brillamment colorés ("des effets de vitraux") ; le mouvement d'objets imaginaires (des notes de musique qui flottent) ; des impulsions poussant à résoudre des problèmes mathématiques ou des énigmes ; de la polyopsie (voir double, triple, etc...) ; et la perception effrayante d'une "horreur sans forme et sans raison".

L'élaboration de CO_2 dans le cerveau pourrait-elle être le déclencheur qui lance l'expérience aux frontières de la mort ? Peut-être. Pourtant, nombre des sujets de Meduna exposés à quatre-vingt-dix inhalations du mélange au CO_2 , ou plus, ont également montré des signes de dysfonctionnement neurologique extrême :

Les pupilles deviennent aréflexives, les yeux se révulsent, et l'opisthotonos, extension tonique des extrémités, ainsi que l'aréflexie s'ensuivent. Ces crises toniques qui durent de 30 à 90 secondes après retrait du masque,

sont suivies de une à deux minutes de stupeur et sont typiques de ces crises.

Cette description physiologique des effets d'un taux élevé de CO_2 dans le cerveau ressemble par plus d'un point au tableau clinique que présente un malade lors d'un arrêt cardiaque ou de toute autre crise proche de la mort (1). De plus, les expériences subjectives du sujet en hypercapnie et de la victime d'un état critique proche de la mort sont aussi, en partie, semblables. Voici ce que disait Meduna au sujet des expériences des sujets en hypercapnie :

Sous traitement au CO_2 , les cerveaux de différentes personnes - des gens aux besoins émotionnels divergents - produisent des phénomènes identiques ou similaires. De plus, ces phénomènes ne sont pas spécifiques de la fonction de l'agent... L'imperceptible transition entre le rêve "réel" et les phénomènes sensoriels produits par le CO_2 suggère les mêmes conclusions :

1- Tous les phénomènes - rêves, hallucinations, imagerie eidétique - reposent sur quelque fonction sous-jacente d'une structure cérébrale, laquelle fonction opère indépendamment de ce que, en psychiatrie, on appelle la personnalité.

2- Ces phénomènes ne sont que superficiellement atteints et modifiés par les problèmes psychologiques et les difficultés de l'individu.

Donc, en dépit d'un large éventail de patients, avec des "besoins émotionnels divergents", le Dr Meduna a identifié une trame commune à ces expériences sous hypercapnie. Il a choisi de définir cette trame commune comme "quelque fonction sous-jacente de structures cérébrales" qui agit indépendamment de la "personnalité et des problèmes et difficultés de l'individu". L'observation de Meduna est tout à fait proche de celle des E. M. I. : que cela semble être un processus phénoménologique naturel qui peut être abordé et modifié sur certains points individuellement mais conserve une structure de base indépendante des lubies et des fantasmes présents dans le subconscient d'individus différents. Et pourtant demeure la question : ces expériences que rapportent les patients de Meduna sont-elles dues à un niveau plus élevé de CO_2 par lui-même, ou sont-elles imputables à quelque autre mécanisme associé à l'état proche de la mort provoqué par le CO_2 chez le patient ?

Sur ce point, SABOM a observé un homme dont il avait mesuré les taux sanguins en oxygène et en CO_2 au moment de son expérience aux frontières de la mort et de son arrêt cardiaque. Pendant son expérience autoscopique, alors

(1) Meduna ne signale toutefois aucun effet secondaire sérieux chez les sujets soumis au traitement au CO_2 .

qu'il était sans connaissance, il a clairement observé comment un médecin lui plaçait une aiguille dans l'aîne pour prélever du sang dans l'artère fémorale en vue d'une analyse des gaz sanguins. Les résultats du laboratoire ont montré un taux d'oxygène bien supérieur à la normale (ce qui est fréquent quand on administre au patient de fortes concentrations en oxygène pendant la réanimation cardio-pulmonaire) et un taux de dioxyde de carbone artériel en fait inférieur à la normale (les valeurs effectives étaient : $pO_2 = 138$, $pCO_2 = 28$, $pH = 7,46$). Le fait qu'il avait observé "visuellement" cette prise de sang indique que le prélèvement a été effectué au moment où son expérience avait lieu. Donc, dans ce seul cas documenté, il n'y a ni taux d'oxygène bas (hypoxie), ni taux de dioxyde de carbone élevé (hypercapnie) qui expliquerait l'expérience aux frontières de la mort !"

1-2- ILLUSIONS OU HALLUCINATIONS INDUITES PAR LES DROGUES OU ANESTHESIQUES

1-2-1- La structure des hallucinations est différente

Nous avons déjà vu la différence entre les ivresses psychédéliques et les E. M. I., mais voyons encore ce que dit SABOM et l'exemple qu'il cite [105 p. 259-262].

"Plusieurs drogues qui ont été associées à des expériences d'illusions ou d'hallucinations sont couramment employées dans un contexte médical aigu : le sulfate de morphine, par exemple. Quelques personnes au moins parmi celles qui, au cours de cette enquête, ont rapporté une expérience aux frontières de la mort étaient sous l'influence de la morphine ou d'un hallucinogène similaire au moment de leur début d'agonie.

Les études cliniques portant sur le contenu et la structure des hallucinations dues à la drogue ont montré que ces expériences sont extrêmement variables et idiosyncrasiques. L'administration de narcotiques dans un but médical, ou illicite, peut produire soit un "sommet" d'euphorie et de béatitude, soit un "mauvais voyage" aux perceptions épouvantablement déformées.

Voilà un exemple de ce dernier type d'expérience sous opiacés :

"Et bien, en revenant de la salle d'opération, j'ai eu une vision où mon docteur venait et s'asseyait au bord de mon lit et disait : "Allons, dites-nous où est cette bombe à retardement." Je n'aurais jamais

pensé à une bombe à retardement, mais je pouvais entendre le tic-tac de la montre de quelqu'un et j'ai pensé que c'était la bombe à retardement... et puis c'était comme si nous étions assis dans un restaurant. Au début, il était assis au bord du lit, et l'image d'après on était tous les deux assis au restaurant dans une pièce ou dans un box à l'écart... et il y avait mes amis assis tout autour qui dînaient et le docteur disait : "Il y a ici trop de gens qui vont être blessés. Nous devons savoir où est cette bombe !" Et puis c'est passé, et après un moment je me suis réveillé et mon infirmière a dit : "Vous avez dit des choses horribles pendant que vous dormiez..." Enfin, il est rare que j'aille au restaurant, et je ne comprends donc pas pourquoi cela m'est arrivé. J'ai une montre qui tictaque et c'est de là que doit venir cette histoire de bombe à retardement".

L'illusion post-opératoire de cet homme est nettement différente d'une expérience aux frontières de la mort. Il avait grossièrement mal perçu la signification de certains objets et événements dans son entourage immédiat (c'est à dire la montre et le médecin) et avait inclus ses perceptions dans un délire où une "bombe à retardement" n'était pas loin. D'un autre côté, l'expérience aux frontières de la mort est caractérisée par la clarté de pensée et la perception "visuelle" et répond à un schéma commun".

1-2-2- Différence faite par les patients eux-mêmes

SABOM cite deux patients qui ont fait eux-mêmes la différence entre hallucinations provoquées, l'une par la maladie, l'autre par la drogue, et leurs expériences à l'approche de la mort. En voici un cas :

"Sujet : (Après avoir reçu une intraveineuse de narcotique en salle d'urgences pour une migraine grave, il conduisait sa) voiture pour rentrer chez moi. Vous savez, personne ne m'avait averti de ça, mais quand je regardais la route, la perspective de la route n'allait pas en disparaissant au fur et à mesure. La route continuait, encore et encore. Et elle ne suivait pas les courbes naturelles du sol. Et je pouvais voir de petits détails à grande distance. J'aurais pu vous dire si l'arbre à 350 mètres de la route était un frêne ou un orme. Je pouvais le dire d'après la forme de la feuille. Je pouvais très bien le voir. Je pouvais regarder ce dessus de lit, ici (à l'hôpital pendant l'entretien) et vous pouvez voir qu'il y a des petits points et des espaces entre les points, je pouvais regarder et vous dire chaque fibre du tissu qui était entretissée. Je pouvais regarder votre chemise depuis ici et je pouvais voir chaque petit

trou, chaque pore de votre chemise. Je pouvais voir ça.

Médecin : Est-ce que cela ressemblait à l'expérience que vous avez eue au moment de votre arrêt cardiaque ?

Sujet : Cela y ressemblait, mais ce n'était pas pareil... Je savais que je délirais (après avoir reçu la drogue pour sa migraine), je veux dire, j'en étais parfaitement conscient. En même temps, je me disais que ce n'était pas si désagréable et qu'après un moment ça passerait, alors supporte-le et ça partira et ta migraine s'en ira aussi. Alors je m'en suis accommodé.

Médecin : Cela vous faisait peur ?

Sujet : Oui, plutôt, j'avais peur de faire quelque chose sous l'influence de ce truc. Si je délirais aussi dur, je pouvais facilement me jouer le tour de croire que quelque chose ne présentait aucun danger si je le faisais, et que ce ne soit pas vrai. J'avais suffisamment de bon sens pour savoir que c'était pas à faire.

Médecin : Quand vous avez eu votre arrêt cardiaque, est-ce que vous pensez que vous déliriez à ce moment ?

Sujet : Non, monsieur. Certainement pas. C'était réel... J'ai vécu avec cette chose depuis trois ans maintenant, et je n'en ai parlé à personne parce que je ne veux pas qu'on me passe la camisole de force... C'est parfaitement réel".

1-2-3- Inhibition de l' E. M. I. ou de sa remémoration

SABOM [105 p. 262].

"Il faut aussi rapidement mentionner la possibilité que les médicaments employés lors d'un début d'agonie puissent en fait inhiber la formation et/ou la remémoration ultérieure d'une expérience aux frontières de la mort. Cette éventualité, bien établie par OSIS, a reçu un support anecdotique de la part d'une femme qui avait eu une expérience autoscopique lors d'une attaque épileptique grand mal due à une toxémie gravidique. Alors qu'elle observait de façon très nette son corps qui se convulsait, son médecin lui fit une "piqûre" (probablement du phénobarbital) qui, semble-t-il, agit sur la clarté de sa perception "visuelle" :

Et bien, avant qu'on me fasse la piqûre, je pouvais voir tout ce qui se passait, et c'était très net dans les détails... Mais après la piqûre, c'était presque déprimant. Je ne pouvais plus tout voir aussi bien qu'au début. C'était comme si la luminosité avait quitté l'image. Je ne pouvais plus entendre les choses aussi bien. Ça s'obscurcissait, et c'était comme si je m'évanouissais... Je me suis endormie et je me suis réveillée le lendemain".

RING, dans sa première enquête, dit également que les stupéfiants, au lieu de faciliter la mémoire, paraissent davantage provoquer une amnésie rétrograde.

1-2-4- Cas où il n'a été utilisé aucune drogue

En outre SABOM, RING, MOODY... rapportent des cas où l'expérience s'est produite en l'absence de tout agent hallucinogène. Ce qui rend insoutenable l'hypothèse de l'hallucinations due à la drogue.

Dans l'enquête de BRUCE, GREYSON et STEVENSON [40] la prise de drogues ou d'alcool le jour de l'expérience diminue significativement le ralentissement du temps vécu et donc l'authenticité de l'expérience.

1-3- LES ENCEPHALINES ET LES ENDORPHINES

Une autre possibilité d'explication, neurobiologique, se rapporte à l'existence des endorphines et encéphalines dont on connaît :

- l'action analgésique
- l'implication de ces systèmes analgésiques de type morphinique endogène dans la réaction au stress [WILLER & al. 130].

Voyons tout d'abord ce que dit SABOM des études publiées qui permettent de comparer les effets de la B-endorphine avec les E. M. I. [105 p. 263].

"Dans le numéro du 19 janvier 1980 de The Lancet, une "Communication préliminaire" faisait état de l'injection de B-endorphine directement dans le liquide cébrospinal de quatorze patients volontaires qui souffraient de douleurs intraitables dues à un cancer généralisé. Les quatorze malades ont tous signalé un soulagement complet de la douleur. Dans douze des cas, le soulagement est apparu une à cinq minutes après l'injection. Cependant, le soulagement total de la douleur durait de 22 à 73 heures, découverte en contradiction avec les récits de notre enquête où l'absence de souffrance n'existe que pendant l'expérience elle-même, dès qu'elle prend fin, la douleur physique revient brutalement. Un homme a eu, pour décrire la sensation de souffrance pendant et après une expérience autoscopique, les mots suivants :

(Pendant l'expérience) C'était bien. Je n'avais pas mal. En fait, je ne sentais rien du tout. Je pouvais voir, mais je ne pouvais pas sentir... Je pouvais voir tout ce qu'il y avait là... L'infirmière était à

côté du lit avec cet appareil. Elle a attrapé ces choses pour les chocs et elle en a mis une là et l'autre juste là (il montrait sur sa poitrine les emplacements appropriés) et j'ai vu mon corps sauter comme ça et puis j'étais revenu... (après avoir repris conscience). J'avais mal !... Ça me brûlait. Ça m'a brûlé tous les poils de la poitrine, avec une cloque ici et ici... J'ai dit à l'infirmière, ne le faites plus.

Un autre homme s'exprime ainsi :

J'avais vraiment mal... Mais d'un seul coup la douleur a complètement disparu et je pouvais sentir mon être qui s'élevait hors de mon corps. C'était comme si je montais à la hauteur du plafond et que je pouvais regarder en arrière et voir mon corps, et j'avais l'air d'être mort. Je pouvais voir l'équipe qui s'occupait de moi... Alors j'ai commencé à redescendre en flottant vers mon corps. Dès que j'ai été de retour dans mon corps, j'ai de nouveau eu mal. Une souffrance épouvantable.

Dans l'hypothèse où l'absence de souffrance pendant une expérience de ce type serait liée à une production massive de B-endorphine dans le cerveau, on s'attendrait à ce que cela dure plus longtemps que les quelques secondes ou minutes caractéristiques de l'expérience.

Ensuite, pour la majorité des patients à qui on a injecté de la B-endorphine, somnolence et sommeil ont été signalés comme effets psychodynamiques majeurs du produit. Cette observation ne cadre pas du tout avec "l'hyper-lucidité" décrite pendant l'expérience aux frontières de la mort où il y a clarté de "vision" et de pensée.

Enfin, il était dit, pour les quatorze patients traités, que "pendant cette période de soulagement de la souffrance, la perception de la ponction d'une veine et d'un léger toucher demeurait intacte". Encore une fois, ces éléments diffèrent de l'expérience où a été signalée une totale absence de souffrance et d'inconfort".

Dans le Lancet également [CARR, 14] un endocrinologue, rapporte l'expérience entière aux approches de la mort à un "syndrome limbique", puisque les formations sont particulièrement riches en récepteurs cellulaires aux endorphines, "et donc ces neuromédiateurs peptidiques libérés dans le cerveau peu avant la mort pourraient déclencher des réponses psychologiques complexes en dehors de l'analgésie et de la passivité".

- Sur un modèle animal, on voit un accroissement frappant de l'activité neuronale d'un tel peptide : B-endorphine dans le liquide céphalo-rachidien (l'animal devient alors extérieurement passif et immobile).

- Des animaux morts après avoir nagé jusqu'à épuisement montrent une déplétion des B-endorphines cérébrales et de l' ACTH.

Quoiqu'il en soit d'une intervention possible des endorphines lors de la mort et du stress, le passage de la neurobiologie aux phénomènes psychiques comporte toujours "l'écart organo-clinique" sur lequel insiste Henri EY, en dehors du fait que tout ce que CARR met sur le compte d'un syndrome limbique : "euphorie, rappel involontaire de souvenirs, sensation de dissociation de son propre corps, hallucinations auditives, visuelles et olfactives" a des caractéristiques différentielles typiques de la majorité des éléments considérés.

Conclusions

Compte-tenu de nos connaissances actuelles il paraît peu vraisemblables que le B-endorphine puisse rendre compte de tous les phénomènes aux frontières de la mort.

2- PSYCHOLOGIQUES

2-1- ELABORATION CONSCIENTE ET EXPECTATIVES PSYCHOLOGIQUES

2-1-1- Elaboration consciente

Citons SABOM [105 p. 241] commentant sa méthodologie.

"D'abord, la technique d'entretien, concernant un grand nombre de patients, était peu, si pas du tout, gratifiante pour le sujet décrivant une expérience. Ma collègue Sarah KREUTZIGER et moi-même attachions beaucoup d'importance à approcher ces malades comme s'il était question de recueillir une anamnèse de routine. Nous ne révélions notre intérêt pour l'expérience aux frontières de la mort que tardivement au cours de l'entretien. Nous informions chaque sujet que son identité ne serait pas dévoilée le jour où les résultats de l'enquête seraient publiés. En dépit de la nature extraordinaire de ces souvenirs - les gens eux-mêmes semblaient sincèrement croire en la réalité de leur expérience et l'avaient en fait protégée de la moquerie des tiers. Il n'y a pas eu une seule expérience qui m'a été décrite volontaire-

ment en vue d'un effet sensationnel. En réalité, quand on demandait aux gens : "Avez-vous beaucoup parlé de votre expérience aux autres ?", leur réponse était, de façon caractéristique :

Seulement à quelques gens, quand ils semblaient être réceptifs. Je n'en parle pas trop. Les gens se mettent à penser que vous êtes un peu bizarre.

Oh, quelques-uns. La plupart ont ri et se sont moqués de moi, alors je ne me soucie plus de leur en parler. On pense que vous êtes fou, quoi.

Non. J'ai pensé qu'on croirait que j'étais fou.

Non, monsieur. Il n'y a qu'à vous... On croirait que je suis fou... J'ai vécu avec cette chose pendant trois ans maintenant, et je n'en ai parlé à personne parce que je ne veux pas qu'on me passe la camisole de force... C'est terriblement réel".

"Cette expérience revêtait donc une influence puissante, motivante, pour nombre de ceux qui l'avaient vécue. Une telle conséquence, par elle-même, fournissait une preuve indirecte que l'expérience n'était pas une histoire consciemment forgée.

Troisièmement, au début de cette étude, je m'attendais à trouver d'importantes variations de structure et de contenu dans ces expériences puisque je supposais qu'elles reflèteraient largement les rêves et les fantasmes personnels. Or, au fur et à mesure de ces entretiens, il est devenu évident que toutes les expériences se conformaient, en général, à l'un ou l'autre des trois modèles de base : autoscopique, transcendantal, ou combiné. En plus de tout cela, cette constance ne se montre pas résulter d'histoires inventées et commodément moulées sur le modèle d'une expérience courante, parce que

1) nombre des sujets ignoraient tout de l'expérience aux frontières de la mort avant que cela leur arrive ;

2) la majeure partie des entretiens a été menée à un moment où La Vie après la vie et les retombées consécutives dans les médias n'étaient pas très répandus chez les populations rurales du nord de la Floride (où résidaient la plupart des sujets) ;

et 3) quand les sujets étaient au courant du phénomène, par d'autres sources antérieurement à l'entretien, ils remarquaient souvent combien les détails de leur propre expérience différaient de ce que rapportaient les autres".

Mais comme le dit RING, ils ont dû procéder à leur collecte de données, non seulement dans le sillage du best-seller de MOODY, mais à la suite de la publicité entourant Elisabeth KUBLERROSS, de nombreux articles dans des périodiques aussi populaires que "The National Enquirer" et le "Reader Digest" (Ring p 144). Plus un film pseudo documentaire de vulgarisation sur les expériences d'agonie : "Beyond and Back" qui fut programmé dans tout le Connecticut.

Dans le but d'évaluer ce facteur de connaissance préalable des phénomènes de l'agonie, qui aurait pu expliquer la similarité des récits, leur enquête révèle que la connaissance préalable de ce genre d'expérience, non seulement ne l'augmentait pas mais la faisait diminuer.

2-1-2- EXPECTATIVES PSYCHOLOGIQUES de ce qu'est le moment de la mort

Voilà ce qu'en dit Nathan SCHNAPER :

"La nature humaine étant ce qu'elle est - humaine - plus d'un d'entre nous continuera à nier l'inconnu (dans ce cas, la mort), en en faisant tout un roman comme on le voit si souvent à l'opéra (Liebestod) et dans des histoires de "suicide des amants" et de "récompense à gagner". Bien entendu, ce sont les personnes âgées, les gens fatigués et les personnes pieuses qui soupirent après le "retour à la maison" (dans les bras de Jésus)".

Les expectatives semblent toutefois n'avoir pas de relation déterminante avec les expériences de l'agonie.

OSIS et HARALDSON par exemple, ont découvert que de nombreuses personnes s'attendant à se rétablir d'après les possibilités encourageantes de leurs médecins, n'en eurent pas moins des visions d'agonie très intenses telles qu'elles ont été décrites dans la première partie et ne survécurent pas.

Les espérances et les fantasmes des gens à propos de leur propre mort du fait de leur éducation diffèrent de leurs expériences. C'est ce que MOODY a remarqué ainsi que RING.

SABOM dans de nombreux cas, posait la question au cours de l'entretien [105 p. 255].

"Qu'auriez-vous pensé si quelqu'un vous avait parlé d'une expérience semblable à la vôtre, mais avant que votre expérience à vous se produise ?". Les réponses obtenues furent caractéristiques:

"Je n'aurais jamais pensé qu'ils étaient sincères là-dessus. Vous savez, vous entendez des histoires et vous avez tendance à les croire, mais dans un état d'esprit où vous savez que, voyons, ils sont en train de mentir.

J'en ai entendu parler, et ça m'a fait rire.

J'aurais probablement réagi comme n'importe qui d'autre et je m'en serais moqué.

Je pensais que les autres étaient fous. Je ne les croyais pas du tout. Je n'y ai jamais cru".

A d'autres personnes il fut demandé de parler de leur conception personnelle de la mort avant leur expérience. Voici la réponse d'un homme :

"Que pensez-vous que cette expérience représentait ?

Je pense que, pendant un moment, j'étais mort. Je veux dire, au moins en tant qu'esprit. Je crois que pendant un moment mon esprit a quitté mon corps. Si c'est ça la mort, ce n'est pas mal.

Avant cette expérience, pensiez-vous que la mort était comme ça ?

Non. Avant que ça m'arrive, je m'imaginais que quand on est mort, on est mort. C'est tout. Maintenant, je crois que votre esprit quitte votre corps.

Donc, cela a changé votre point de vue sur la mort ?

Oh oui, alors !"

On peut donc noter que l'expérience de la mort imminente ne dépend pas seulement des attentes du sujet. En particulier les hommes ou les femmes à l'esprit religieux ne sont pas plus susceptibles d'avoir une E. M. I. que les athées quelque soit le niveau culturel.

La différence apparaît dans l'interprétation qui est donnée à l'expérience.

Citons en dernier lieu l'enquête de GREYSON & STEVENSON [40].

Avant l' E. M. I. 50% des patients s'attendaient à ce que la mort soit douloureuse.

Seulement 3% s'attendaient à ce qu'elle soit agréable.

Par contre 77% s'attendaient à passer dans un royaume d'existence extraterrestre après la mort.

63% s'attendaient à rejoindre leurs proches décédés.

17% s'attendaient à une autre forme de survie.

35% s'attendaient à l'extinction après la mort.

32% dirent que soit ils voulaient mourir lors de l' E. M. I., soit ils étaient ambivalents.

La description d'un royaume non terrestre expérimentée par 72% des sujets n'était pas en relation avec leurs croyances antérieures et leurs attentes.

2-2- ETAT DE SEMI-CONSCIENCE

2-1-1- Laissons tout d'abord parler SABOM [105 p. 237-289].

"Les descriptions autoscopiques "visuelles" de l'expérience aux frontières de la mort pourraient-elles donc être l'élaboration, au moyen des informations auditivement perçues par un malade semi-conscient (et, à tort, présumé inconscient), d'une "image mentale" précise d'événements en cours. D'abord la régression sous hypnose de patients placés sous anesthésie générale pendant une intervention chirurgicale importante a réveillé la mémoire de conversations entre les médecins présents et les infirmières, mais pas d'impressions visuelles. Un individu qui, sous anesthésie générale ou partielle, enregistre les paroles qui s'échangent est dans une situation semblable à celle de la personne malade ou blessée, en état de semi-conscience, qui gît sans mouvement, les yeux fermés, mais entend ce qui se passe. Des patients en situation chirurgicale ont rapporté de tels souvenirs - même quand ils étaient effrayants - comme étant de nature auditive, ce qui est tout à fait à l'opposé de l'impression "visuelle" détaillée que laisse l'expérience aux frontières de la mort.

Deuxièmement, si la personne qui décrit une expérience autoscopique le fait sur la base de perceptions semi-conscientes au moment où elle frôle la mort (auditives, tactiles, etc), on peut alors comparer sa situation sous plusieurs aspects, à celle du patient semi-conscient qui subit une cardioversion pour régulariser des troubles du rythme après prémédication au Valium et Démérol par exemple. Pourtant, même dans cet état de semi-inconscience, le malade peut parfois continuer à entendre les conversations proches et se souvenir des sensations associées au choc lui-même.

Nous voyons donc que la cardioversion entreprise lors d'une expérience aux frontières de la mort est associée à une sensation indolore, agréable, alors que le même choc électrique est un moment nettement désagréable quand le patient qui l'a subi à froid, en état de semi-inconscience, s'en sou-

vient.

Troisièmement, plusieurs personnes, lors de leur début d'agonie, ont clairement pu faire la distinction entre leur perception auditive semi-consciente des conversations alentour et l'apparition ultérieure d'une expérience aux frontières de la mort aux perceptions "visuelles" ".

Il paraît donc peu vraisemblable que l'expérience autoscopique puisse être attribuée à l'audition semi-consciente des événements qui se déroulent lors du début de l'agonie.

D'autres auteurs se sont intéressés aux problèmes psychologiques des survivants d'arrêts cardiaques, sans E. M. I. DLIN [23] signale que les données psychologiques observées varient en fonction du temps écoulé depuis l'arrêt cardiaque, la méthode d'étude et surtout l'orientation clinique de l'observateur. Les psychiatres trouvent des problèmes psychologiques évidents et significatifs chez ces survivants d'arrêt cardiaque, alors que les non-psychiatres les décrivent comme étant peu fréquents.

Voilà ce que dit DLIN & al. [23] Professeur de psychiatrie clinique à Philadelphie.

- Méthode :

Il a effectué 30 interviews directes quelques heures à quelques jours après l'arrêt cardiaque, et 5 interviews 12 à 48 heures après une cardioversion à froid et s'est intéressé essentiellement au discours du patient et à son vécu.

- Phénoménologie :

La plupart se rappellent le moment où leur cœur s'est arrêté, le décrivent comme : "mon cœur s'est effondré", "s'est arrêté", "a sombré", et disent qu'ils savaient que c'était la fin.

Il se rappellent avec horreur et résignation les quelques flashes qui traversèrent leur esprit avant de sombrer vers l'obscurité totale : leurs dernières pensées concernaient un être cher, leur famille, leur époux ou un parent décédé. Pour certains c'était : "une pensée "d'aller au-delà", pour d'autres "une simple fin" ou la pensée que "la mort n'est pas si terrible et douloureuse".

Les patients apparemment comateux pouvaient entendre des bruits, des voix, des commandements concernant l'activité dramatique qui les concernait.

DLIN s'est particulièrement intéressé à ceux qui ont entendu des voix autour d'eux, s'entendant déclarer mort.

L'attitude alors de ces patients est différente de ceux qui expérimentent une E. M. I. Ils se sentent désespérés, anxieux à cause de leur sentiment d'être paralysés, ils ont peur d'être abandonnés là, souhaitant "ne m'abandonnez pas, je suis encore en vie".

Voilà toujours ce que dit DLIN [23].

Ces fragments de conscience semblent au départ se suivre pour le patient et ce n'est que par une reconstruction délicate qu'il verra ces événements comme des fragments de mémoire d'une chaîne ininterrompue, correspondant à de brefs flashes de conscience. Ils évitent de parler aux autres de cette confusion apparente, amas de souvenirs, de peur et de fantaisies.

En fait leur discours était jugé jusqu'à présent par les psychiatres comme "état confusionnel", "psychose transitoire". Ce qui apparaissait comme psychotique devient donc pour DLIN, maintenant, rien d'autre que les pièces remémorées d'un puzzle mental terrifiant.

Nous laisserons de côté l'hypothèse que certains de ces cas de "puzzle mental" soient des E. M. I. effectives.

Plusieurs choses doivent maintenant être soulignées :

- l'absence de douleur commune aux arrêts cardiaques avec ou sans E. M. I.
- la possibilité d'un état de semi-conscience lors d'un arrêt cardiaque (ou de coma), que l'on tentera d'expliquer plus loin, qui ne donne pas lieu systématiquement à l'élaboration secondaire d'une E. M. I.
- et des répercussions ultérieures liées différentes chez ces deux types de patients ayant présenté un arrêt cardiaque avec ou sans E. M. I.

Pour DLIN tous étaient perturbés par l'expérience, plus ou moins profondément.

Pour DRUSS et KORNFIELD [26] qui ont fait une étude sur dix arrêts cardiaques, ils notent dans les suites d'un arrêt cardiaque : une anxiété chronique avec fatigue, irritabilité, dépression, cauchemars répétitifs, et le sentiment d'être différents de leurs semblables du fait d'être revenus de la mort, comparant cette attitude à celle des survivants d'Hiroshima. Faisant intervenir dans ces attitudes des mécanismes de défense, tels que le déni, l'isolation, le déplacement, voire même des illusions ou des hallucinations.

DOBSON & al. [25] qui ont fait une étude sur 20 patients, notent une anxiété commune mais qu'ils rattachent également à l'hospitalisation et à la personnalité antérieure du patient.

GREEN & al. [cité par DLIN] notent dans les suites, une dépression pouvant durer de une semaine à un mois suivant l'arrêt cardiaque.

Donc ces répercussions sont tout à fait opposées à celles de gens ayant fait une E. M. I.

Quant à l'étude de R. WHITE & al. [128] qui se sont spécialement intéressés aux ajustements psychologiques des patients après leur arrêt cardiaque, ainsi qu'à l'attitude de leur famille, ils notent que les deux réactions psychologiques caractéristiques des dix patients qu'ils ont interviewés étaient

- le déni majeur (de leur maladie, pour 3)
- une conversion religieuse ou réorientation philosophique dans leur vie pour 5, sans expériences religieuses ou métaphysiques pendant l'arrêt cardiaque.

Mais là aussi l'on peut noter des suites à type de troubles du sommeil ou cauchemars répétitifs.

On peut se pencher sans s'attarder sur ce qui peut expliquer cet état de semi-conscience.

Des travaux récents sur les rapports entre le flux sanguin cérébral, les fonctions électriques neuronales, le métabolisme énergétique et les échanges ioniques, ont mis en évidence l'existence d'un flux sanguin cérébral limite, qui permettrait un état intermédiaire entre le fonctionnement neuronal normal et la mort du neurone. Celui-ci n'obéissant donc pas à la loi du tout ou rien, un débit cérébral minimal lui permet de survivre. Il est certain que d'autres paramètres entrent en jeu en particulier la disponibilité en O_2 du flux sanguin.

Mais cette théorie de la "pénombre ischémique" [4] en dehors des implications cliniques dans les pathologies vasculaires cérébrales, permet sans doute de rendre compte que lors des pertes de connaissances, des syncopes ou arrêts cardiaques, les malades puissent avoir une perception floue du monde extérieur, en particulier auditive, sans pouvoir ni parler, ni bouger, etc...

En résumé, les caractéristiques séméiologiques des états de semi-conscience lors des arrêts cardiaques sans E. M. I. s'avèrent nettement différentes de ces dernières.

2-1-2- EXPERIENCES DE DECORPORATION OU E. M. I. en situation chirurgicale

[SABOM, 105 p. 126]

Il existe dans la littérature médicale plusieurs rapports de patients qui sous anesthésie ont signalé avoir été conscients du processus chirurgical en cours.

Le Docteur BLACHER (cité par SABOM) discute ce phénomène dans un article intitulé "Sur le réveil en état de paralysie pendant une intervention chirurgicale. Un syndrome de névrose traumatique". Le Docteur BLACHER avait interrogé des patients qui avaient dit s'être réveillés au cours d'une opération, dans l'incapacité de bouger du fait de la curarisation.

Ces patients présentant par la suite un syndrome caractéristique consistant en

- 1- cauchemars répétés
- 2- irritabilité et angoisse
- 3- préoccupations au sujet de la mort
- 4- de la difficulté à discuter de leurs symptômes de peur de passer pour fous.

Dans chaque cas le patient insistait sur le côté pénible de la situation "d'être ligoté et dans l'impossibilité de faire un mouvement" et sur la reviviscence de cette expérience dans des "cauchemars persistants où ils se réveillaient souffrant et paralysés". Quand on compare ce syndrome de névrose traumatique présenté par des patients anesthésiés de façon inappropriée avec les 13 cas d' E. M. I. rapportées par SABOM, on trouve plusieurs différences.

- les récits publiés par BLACHER ne décrivent ni le sentiment de calme et de paix, ni les observations de détails "visuels" de l'expérience de décorporation.

Car si la perception auditive peut être conservée lors d'une neuroleptanalgie mal conduite, la perception visuelle reste inexpliquée.

- En outre les "rêves" des sujets cités dans ces articles ont la tonalité de rêves ordinaires ou de cauchemars, à contenu variable, et non des E. M. I.

Par ailleurs le Docteur David CHEEK et d'autres, ont mené des recherches sur la perception lucide par les malades, d'évènements en cours d'interventions chirurgicales, pour certaines sous hypnose.

"Ils en concluent qu'une perception auditive inconsciente de certains détails peut avoir lieu uniquement quand ce qui a été dit (souligné par l'auteur) était effrayant ou soulageait l'angoisse lié à l'expérience chirurgicale" et en aucun cas de détails visuels.

2-3- ELABORATION INCONSCIENTE

2-3-1- INTERPRETATIONS PSYCHANALYTIQUES

Deux chercheurs ont appliqué les concepts psychanalytiques de base à l'étude des expériences de la mort.

2-3-1-1- PFISTER O.

Le premier Oskar PFISTER [cité par GROF, 42 p. 181], basa ses spéculations sur l'étude d'Albert HEIM. Il disposait en plus des observations rassemblées par HEIM durant les 25 années qui suivirent l'accident qui avait failli lui coûter la vie, d'une lettre dans laquelle HEIM décrivait maints détails qui n'étaient pas repris dans son article original.

Avec ces données, et à partir des récits d'un seul homme qui avait failli être tué à la guerre 13 ans auparavant et lui avait décrit les fantasmes qu'il avait eus à ce moment là ainsi que ses associations libres, PFISTER avança des conclusions théoriques quand aux mécanismes psychologiques des "pensées-choc" et des fantasmes d'un individu en danger de mort.

Pour PFISTER, se basant sur les concepts freudiens, les fantasmes de choc sauvent l'individu d'un traumatisme émotionnel excessif et le protègent de la perte de conscience et de l'évanouissement.

L'irréalité des situations induites remplit une fonction protectrice en tant que refus de la situation réelle, l'impossibilité d'affronter le danger de manière réaliste cédant le pas à des fantasmes régressifs.

Le bilan panoramique de la vie est de nature rassurante, faisant allusion à des situations antérieures dangereuses ayant connu un déroulement heureux. A défaut les systèmes protecteurs de la conscience de l'individu produisent des fantasmes libres. Les expériences de "déjà vu" ou de "voyage dans le futur" étant ainsi appréhendés en tant que "refus de la sombre réalité". Le summum est bien sûr de s'évader dans une expérience transcendante de paradis ou de terre promise qui, selon les principes psychanalytiques constitue une régression vers le bien-être intra-utérin.

PFISTER considère donc ces phénomènes comme la manifestation "d'une brillante victoire de la pensée optimiste sur l'horreur des faits et de l'illusion sur la réalité". C'est un pasteur protestant qui écrit !

2-3-1-2- R. C. HUNTER [50]

HUNTER eut l'occasion unique d'analyser le contenu de l'expérience d'une infirmière qui frôla la mort de près. Il la suivait depuis longtemps dans le cadre d'une psychanalyse qu'elle avait entreprise pour des problèmes relationnels avec son mari.

Il l'avait donc vue en analyse deux heures avant son accident et la revit pour une autre séance 22 heures plus tard. Les circonstances lui permirent de recueillir "sur le vif" les fantasmes, les expériences dont elle se souvenait et les associations libres qu'ils lui suggéraient.

Sa patiente était physiquement saine, avait 34 ans, était mère de trois enfants et ne présentait au moment de l'accident aucun signe pathologique de dépression ni de tendances suicidaires.

L'accident qui faillit lui être fatal était inattendu et soudain. Son dentiste ayant diagnostiqué un abcès en formation lui prescrivit de l'aspirine codeïne et de la pénicilline, qu'elle prit alors qu'elle se trouvait au volant à une heure de pointe, regagnant son domicile avec son mari. Vingt minutes plus tard elle développa un oedème de Quincke par allergie à la pénicilline avec oedème glottique et laryngé et perdit conscience. Un médecin qui se trouvait là lui administra de l'adrénaline, puis elle fut dirigée vers l'hôpital le plus proche où elle reçut des cortico-stéroïdes, de l'adrénaline et de l'oxygène. Le lendemain étant rétablie, elle put parler de son expérience au cours d'une séance analytique.

Voilà le compte-rendu que fait HUNTER de son récit.

"Elle n'avait jamais souffert de manifestations allergiques et il n'y avait pas non plus d'antécédents familiaux. En tant qu'infirmière elle connaissait cependant les risques inhérents à la pénicilline et quand elle prit les comprimés, l'idée lui vint qu'elle pourrait y être allergique. Dans la voiture, alors que sa respiration commençait à se faire difficile, elle réalisa ce qui se passait et fut envahie d'une peur horrible qui ne tarda pas à disparaître. (Plus jamais elle n'aurait peur de la mort affirmait-elle).

Elle ressentit une vive sympathie pour son mari. Puis elle se sentit coupable de lui imposer cette épreuve. Elle avait honte. A présent, à la réflexion, elle avait l'impression qu'il s'agissait partiellement d'une vengeance, mais en fait elle ne parvenait pas à la contrôler. Elle se souvint d'une dernière réaction violente, au cours de laquelle elle luttait désespérément, mais elle n'avait pas peur et puis elle s'abandonna sachant que c'était cela (la mort) qu'elle désirait.

Elle assista alors au panorama de sa vie, une succession d'images à un rythme rapide. Cette rétrospection commençait dès l'âge de 5 ans. Elle se rappelait la présence de couleurs vives. Elle avait aperçu une poupée aimée et fut frappée par l'éclat bleu de ses yeux de verre. Elle revit aussi une photo d'elle sur un vélo rouge vif roulant sur un gazon d'un vert éclatant. Elle était convaincue que toute sa vie n'avait pas défilé devant ses yeux, uniquement quelques scènes de son enfance, et elle précisait, que toutes étaient exceptionnellement heureuses et harmonieuses.

Son souvenir suivant fut celui d'un état de bonheur et d'extase. Elle était profondément absorbée dans la contemplation d'une photo du Taj Mahal, photo qu'elle avait du voir en plusieurs occasions : la photo classique prise de l'extrémité de la pièce d'eau, couverte de nénuphars qui fait face à l'édifice. Cette vision était-elle aussi colorée, l'étang et les feuilles de nénuphars étaient bleus et verts, les minarets et les dômes dorés et crèmes.

Elle prit conscience qu'on essayait de la réveiller et éprouva du ressentiment et de l'irritation à l'égard de ces personnes qui voulaient la priver de son beau rêve.

Ensuite elle se rendit compte qu'elle avait un masque à oxygène et qu'une perfusion était posée. Et à contre coeur elle se retrouva consciente dans la salle des urgences de l'hôpital".

Analysant cette expérience, HUNTER fut frappé des similitudes qu'elle présentait avec celles décrites par PFISTER.

La reconnaissance du danger est suivie par une brève réaction de peur, un refus de la menace et un passage en revue de l'historique de la victime, en particulier des événements exceptionnellement heureux et extatiques.

HUNTER suggère qu'il est nécessaire de distinguer entre la mort en tant qu'état et l'expérience de la mort. Celle-ci même si elle est soudaine et inattendue, passe par des phases définissables et prévisibles.

Leur contenu étant nuancé par les différences de structure mentale des individus.

HUNTER considère la mémoire panoramique chez sa patiente comme un refus, une négation de la gravité de la situation. L'harmonie de la séquence de souvenirs régressifs heureux masque en réalité, une inquiétude désagréable : la vision de ses jouets lui rappelant avec amertume et aigreur qu'elle était enfant unique.

La vision du Taj Mahal ayant aussi une signification particulière pour sa patiente, servant non seulement à nier et transcender le danger mortel immédiat, mais était le miroir des fantasmes de cette femme à propos de son mari puisque le Taj Mahal est un mausolée élevé par un époux aimant, à sa femme bien-aimée.

L'humeur heureuse accompagnant ce rêve suggère une forte composante compensatrice.

A un degré de régression plus profond selon HUNTER la pièce d'eau et le dôme sont suggestifs de fantasmes de régression intra-utérine et du sein maternel.

2-3-1-3- Expérience de décorporation et de déni de la mort.

Jan EHRENWALD est psychiatre consultant au Roosevelt Hospital de NEW-YORK [32].

Nous avons vu par les enquêtes de TWEMLow & coll., GREEN et PALMER, la phénoménologie des E. D. et leur diagnostic différentiel.

EHRENWALD différencie l' E. D. du rêve ordinaire dans la mesure où la conscience du sujet et ses facultés critiques semblent être les mêmes qu'à l'état éveillé. Il la différencie également des hallucinations ou des illusions par la présence des éléments véridiques tels que la télépathie, la clairvoyance ou les précognitions qui sont attachées à l'expérience.

Quelques unes de ces perceptions ne pouvant pas avoir été obtenues par les canaux ordinaires.

C'est un élément intéressant dans la mesure où il est un des rares psychanalystes à reconnaître la possibilité de perceptions extra-sensorielles. D'un autre côté il montre qu'un bon nombre d'allégations d' E. D. sont fantasmatiques, puis conclut :

"Si l'on passe en revue toutes les observations qui vont de cas franchement pathologiques de dépersonnalisation de patients névrosés, aux sujets qui ont fait des expériences classiques d' E. D., on voit qu'ils ont tous quelque chose en commun.

Ils montrent des systèmes de défenses variés et de rationalisations dont le but est d'éviter l'anxiété qui résulte de l'effondrement de l'image du corps, de la scission menaçante et de la désorganisation du moi, et en dernière analyse de la peur de la mort.

Ces cas pouvant être décrits comme une tentative de se dissocier d'un corps débilisé, inutile et périssable et ce faisant de nier la possibilité ou la réalité de la mort.

Ces mêmes facteurs associés à des fantasmes de toute puissance peuvent être vus comme la motivation cachée qui sous-tend les expériences rapportées dans la littérature anthropologique (par exemple des Chamanes, des Yogis ou de la "mort mystique" des ascètes Chrétiens).

Et pour conclure, les E. D., dépouillées des caractéristiques dues aux variantes pathologiques sont l'expression de la quête de l'homme vers l'immortalité".

On peut noter plusieurs points :

- la plupart des patients dont parle EHRENWALD présentent soit des problèmes névrotiques et 3 sont psychotiques, alors que selon l'enquête de TWEMLOW la population des gens qui font des E. D. ont un indice de santé mentale normal similaire à celui d'une population d'étudiants témoins.

- ces mêmes patients décrivent fréquemment associée à cette expérience, une peur panique avec sensation de mort imminente parfois qui contraste avec la paix et le bien-être constatés par TWEMLOW.

- si l' E. D. paraît dans ces cas cités fonctionner dans son déclenchement comme un mécanisme de défense à l'égard de conflits refoulés générateurs d'angoisse, l' E. D. dans sa nature ne peut être réduite à ce mécanisme. La critique du travail d'EHRENWALD pouvant se résumer à son aspect réducteur parfois sensible. Se dissocier du corps, n'est pas seulement nier la mort, c'est nier l'identification au corps, donc "mourir" au corps, ce qui est aussi accepter la mort.

2-3-2- ETUDE DE NOYES & KLETTI

La DEPERSONNALISATION en tant que réaction de défense contre le stress de l'approche de la mort.

NOYES & KLETTI sont les plus célèbres mais non les seuls qui aient avancé la "dépersonnalisation" comme interprétation des expériences de la mort.

Dans une série d'articles s'étendant sur quelques années ils ont analysé les récits d'individus confrontés à la mort, d'un point de vue psychiatrique, partant de l'hypothèse que ces expériences représentaient un "syndrome de dépersonnalisation" relativement non spécifique.

2-3-2-1- L'expérience de la mort

Dans leur première publication en 1972 [77], ils divisent les descriptions d'expériences de la mort en trois phases successives :

- la résistance
- le panorama de la vie
- la transcendance

La première phase de résistance inclut la prise de conscience du danger, la peur et le combat, qui aboutiront à l'acceptation finale de la mort.

"La reconnaissance de la mort est imminente et entraîne une lutte brève bien que violente, souvent accompagnée d'une anxiété marquée ; lutte entre le besoin d'une maîtrise active et d'un autre côté une résignation passive. Tant qu'il reste une infime possibilité de survie, la vigilance par rapport à l'environnement est maintenue et l'énergie disponible peut être considérablement augmentée.

L'anxiété disparaît lorsque la mort est acceptée (ou décidée en cas de suicide). L'essai de maîtrise active est alors remplacé par l'acceptation passive.

Et surgit alors dit NOYES, une "curieuse" dissociation du sujet d'avec sa représentation corporelle, appelée communément "l'expérience de décorporation" par les étudiants en parapsychologie. Cette scission représente une intéressante négation de la mort, reprenant là la thèse d'EHRENWALD, et il cite FREUD :

"Notre propre mort est bien sûr inimaginable et lorsque nous essayons de l'imaginer, nous pouvons percevoir que nous pouvons survivre en tant que spectateurs... De là... en fin de compte personne ne croit en sa propre mort, ou pour dire la même chose d'une autre manière, inconsciemment chacun est convaincu de sa propre immortalité".

Pour NOYES ces expériences sont la confirmation dramatique de ce que dit FREUD, la menace de la mort étant réduite à la menace de l'annihilation du corps.

En dissociant ces aspects du moi, la réalité de la mort est exclue de la conscience. Et les récits dans lesquels l' E. D. est l'élément dominant, en général ne contiennent pas les autres phases décrites suggérant que par elle-même, cette E. D. est une défense adéquate contre la menace de la mort.

La phase de mémoire panoramique (M. P.)

Cette phase suit généralement le passage du contrôle actif à l'abandon passif.

On a vu dans la première partie les auto-observations de l'Amiral Sir Francis BEAUFORT et de Albert HEIM. Rappelons leurs caractéristiques.

- a) l'accélération du cours de la pensée
 - b) l'individualisation de chaque séquence en une image distincte comme dans un film passé image par image.
 - c) l'absence de contrôle conscient
- traits rapprochés de ce qui se passe dans certains états de dépersonnalisation dont on va voir l'étude plus avant.
- d) le caractère vivide et surtout visuel des images
 - e) la charge émotionnelle intense
 - f) l'altération du temps et de l'espace vécus
 - g) la richesse des souvenirs remémorés qui peut donner l'impression de passer en revue la totalité de son existence
 - h) l'adjonction de scènes imagées comme futures, en général ayant trait aux conséquences de la mort du sujet pour les siens
 - i) l'expression de la tristesse à quitter la vie
 - j) dans quelques cas l'appréciation éthique des actions de toute la vie, qui réalise une espèce de jugement

Mais si la forme de la mémoire panoramique peut admettre une explication biologique, toujours selon NOYES & KLETTI, son contenu s'explique

mieux en termes d'une réponse de la personnalité en stress de la mort prochaine. L'individu menacé d'être dépouillé de lui-même s'absorbe dans la contemplation de ce qu'il craint de quitter.

Ce phénomène, en plus aigu, ressemble à cette culture des reviviscences de la vie passée, si fréquente chez les vieillards. Parfois il conduit à la sérénité et au détachement et à une expérience religieuse comme en témoignent de rares cas de M. P.

En réponse à la menace de la mort, l'individu recherche la sécurité de l'expérience du moi intensifié. Ainsi la mort cesse-t-elle d'exister.

Corrélativement une prise de distance entre l'observateur et le panorama observé permet la maîtrise de l'angoisse.

La transcendance

NOYES décrit cinq caractéristiques selon les critères de Walter PAHNCKE.

- l'ineffabilité

de cette expérience doit apparaître de son caractère unique de l'intensité de l'émotion qui l'accompagne, ou de l'inadéquation du langage.

- la transcendance du temps

décrite par JUNG comme un "état non temporel"

la transcendance de l'espace et de l'identité individuelle

- le sentiment d'unité avec les autres êtres humains ou l'univers entier.

NOYES explique ainsi que lorsque les limites temporelles et spatiales sont transcendées, l'individu peut se sentir voyageant vers un royaume inconnu auparavant.

- le sentiment de vérité (qualité noétique de W. JAMES)

C'est un sentiment d'avoir répondu "au qui suis-je",
de connaître intuitivement la structure harmonieuse de l'univers,
ou d'avoir expérimenté la primauté de l'amour et de la fraternité
ou d'avoir réalisé que la réalité de la vie transcende la mort temporelle.

- la perte du contrôle volontaire ou "sentiment de soumission à la nécessité" de HEIM (JAMES parle de "passivité"), comme si "la volonté était en suspension et parfois tenue par un pouvoir supérieur",
ce qui engendre calme et extase.

NOYES interprète à la suite de FREUD les états mystiques de la conscience, comme "un sentiment océanique".

Sur la base de la soumission du moi à des pulsions "passives réceptives" résulte une régression à un stade archaïque de la personnalité, antérieur à la différenciation du moi. C'est un retour au ventre de la mère selon la théorie analytique : état de soumission bienheureuse du moi, en tant que la fin d'un processus d'adaptation.

2-3-2-2- Théorie de la dépersonnalisation selon NOYES & KLETTI

Puis en 1976 et 1977 NOYES & KLETTI affinent leur théorie quant au fait que les phénomènes subjectifs décrits en réaction à un danger mortel sont pour la plupart les mêmes que ceux retrouvés dans la dépersonnalisation dont ils citent les descriptions classiques dans la littérature (MAYER - GROSS 1975, ACKNER 1954 - SLATER & ROTH 1969).

Dans leurs deux articles sur la "Dépersonnalisation en tant que réponse à un danger menaçant la vie" [78, 79] dont les méthodes d'enquêtes ont été exposées dans la première partie, le questionnaire nous le rappelons, était établi à partir des symptômes présents dans la dépersonnalisation et les états mystiques.

a) exposé

Pour NOYES & KLETTI la dépersonnalisation consiste en une série d'effets contradictoires quant à l'expérience fondamentale du moi et de son environnement immédiat.

Des tendances contradictoires au renforcement ou à la diminution de l'expérience surviennent simultanément ou successivement comme signe de l'altération de la conscience. Par exemple la perception peut devenir plus aigüe ou plus émoussée.

Les résultats globaux sont rangés dans le tableau 53 suivant l'ordre décroissant de leur fréquence.

La première colonne récapitule ceux qui croyaient mourir, la seconde ceux qui ne pensaient pas leur vie en danger.

T A B L E A U 53

Effets subjectifs expérimentés durant un danger menaçant la vie			
Effets subjectifs	Résultats en pourcentage		
	Oui N = 59	Non N = 42	Total N = 101
1- Sentiment d'irréalité	81	60	72
2- Altération du temps vécu	78	63	72
3- Accélération du cours de la pensée	68	50	61
4- Pensées vivides	65	55	61
5- Mouvements automatiques	63	50	57
6- Sentiment de détachement	61	38	52
7- Neutralité émotionnelle	57	55	56
8- Objets rapetissés ou lointains	44	31	39
9- Mémoire panoramique	42	12	30
10- Contrôle par une force extérieure	39	32	36
11- Détachement du corps	36	31	34
12- Vision ou audition plus aigüe	34	37	35
13- Couleurs ou visions	32	17	26
14- Irréalité du monde	29	32	30
15- Incroyance à l'accident	28	31	29
16- Voix - musiques et sons	24	15	20
17- Images mentales vivides	19	7	14
18- Changements corporels (forme ou situation)	17	17	17
19- Pensées brouillées	16	7	12
20- Vision ou audition éteinte	14	19	16

♦ L'altération du temps observée dans 72% des cas comporte deux volets : les événements externes se déroulent lentement comme dans un film au ralenti, si bien que "les secondes paraissent des heures". Par contre les processus mentaux sont accélérés.

A un certain niveau les pensées et images mentales peuvent apparaître déconnectées les unes des autres.

Au maximum le sentiment de la succession du temps disparaît.

◊ L'atténuation voire la disparition des émotions dans 56% des cas est décrite en termes de calme et de paix, bien que la pensée de la mort puisse être présente.

Certains indiquent qu'ils sentent comme un mur entre eux et leurs émotions, le tout donnant un sentiment d'assurance et plus rarement d'euphorie. En contraste la peur, la colère, la tristesse, la solitude, peuvent être éprouvées avant ou après le stade de dépersonnalisation. Parfois cependant une foule d'émotions diverses peuvent se bousculer en même temps.

◊ L'acuité sensorielle est augmentée dans 35% des cas et diminuée dans 16%. Elle est souvent concentrée sur certains points ou bien précise au centre et floue à la périphérie.

Les sensations corporelles peuvent s'atténuer voire disparaître et la douleur des blessures n'est pas perçue.

◊ Les pensées sont le plus souvent vivides, 61%, mais parfois brouillées, 12%. Dans le premier cas l'intensité des images mentales peut donner l'illusion d'une perception réalisant un état quasi-hallucinatoire. Certains sujets perçoivent d'ailleurs des voix, sons ou couleurs et des sensations corporelles de ce type.

◊ Une sensation de perte de contrôle de soi peut aussi être vécue comme le passage sous la direction d'une force extérieure, ce qui se rapproche du syndrome d'influence observé en psychiatrie. Les pensées sont "mécaniques ou automatiques", 57% des cas.

Le sentiment de la perte du contrôle volontaire est souvent paradoxalement associé à un sentiment d'invulnérabilité ou de contrôle magique de la situation. Plusieurs sujets rapportent une dissociation entre un observateur résigné à son destin et un acteur qui persiste dans l'effort pour échapper à la situation.

◊ Le trait le plus commun est un sentiment d'étrangeté ou d'irréalité. Dans 71% des cas il s'applique au sujet lui-même et dans 30% des cas au monde extérieur.

Dans la plupart il s'agit d'un sentiment jamais éprouvé auparavant.

Dans 26% des cas il s'agit du sentiment que l'accident n'est pas réel.

Cependant une totale séparation du sens du réel n'est pas la règle, il s'agit plutôt d'un sentiment de "comme si" bien classique dans les états de dépersonnalisation.

◊ Le phénomène de la mémoire panoramique rencontré dans 30% des cas se manifeste surtout chez ceux qui ont cru réellement se trouver à l'instant de leur mort.

◊ Un sentiment de détachement par rapport au monde, à l'accident et à soi-même est signalé dans 52% des cas.
Dans certains cas il peut se traduire par l'impression de contempler la scène et le corps propre d'un point extérieur situé à une distance variable, ce qui réalise une E. D., ce qui se produit dans 34% des cas.
L'observateur détaché n'éprouvait alors plus de conscience du corps observé et de son vécu spatial interne.

◊ Les objets externes et le sens des distances sont également altérés, perçus le plus souvent petits et lointains, rarement grossis et plus proches.

◊ L'établissement de la liste des 8 caractéristiques majeures de la dépersonnalisation, montre que 66% des cas présentent cinq ou plus de ces caractéristiques et 33% en présentent sept ou huit, la moyenne du groupe entier s'établissant à cinq. Les questionnaires ne diffèrent pas suivant le sexe et l'âge.

b) Discussion selon NOYES & KLETTI

Les données suggèrent que la dépersonnalisation est comme la peur, une réponse presque universelle à un danger vital.

Elle se développe instantanément dès la perception du danger et s'évanouit avec la disparition de celui-ci.

Ses effets contrastés apparaissent comme résultant d'une part d'une réaction d'éveil accrue, d'autre part d'une dissociation de la conscience. Il s'agirait d'un mécanisme adaptatif qui d'une part renforce la vigilance et d'autre part atténue l'effet désorganisateur des émotions.

Le petit nombre de suites traumatiques (cauchemars, anxiété, phobies) plaide en faveur de la valeur adaptative de ces mécanismes. Le médiateur précis de la dépersonnalisation demeure toutefois inconnu.

La coupure entre l'observateur et le participant semble bien établie par ce travail. L'observateur détaché prend de la distance à l'égard de son corps et peut perdre contact avec ses émotions et ses sensations corporelles.

C'est à cet observateur que l'individu dépersonnalisé s'identifie et c'est là qu'il maintient son activité consciente.

Par contre c'est au niveau du participant que se manifestent les effets de l'augmentation de la vigilance.

L'attention est strictement concentrée sur les données vitales immédiates. Les auteurs comparent également cet effet à ce qui est produit par l'intoxication au haschisch où les événements peuvent être vus comme à travers un microscope.

La dépersonnalisation apparaît donc aux auteurs comme une défense contre l'agression des dangers de mort et l'anxiété qui l'accompagne.

Le diagramme suivant résume leur description de la dissociation et de ses effets subjectifs

T A B L E A U 54

Diagramme de dissociation entre le soi participant et le soi observant montrant l'effet subjectif accompagnant chacun		
LE PARTICIPANT		L' OBSERVATEUR
1- Pensées et mouvements accélérés	Temps	1- Pensées et mouvements ralentis
2- Emotions intensifiées peurs	Emotion	2- Absence ou réduction d'émotions - calme
3- Imagerie mentale et perceptions acutisées	Sensation	3- Imagerie mentale et perceptions brouillées
4- Contrôle des mouvements et des pensées accru	Volition	4- Mouvements et pensées automatiques
5- Sensation de familiarité augmentée	Réalité	5- Sentiment d'étrangeté d'irréalité
6- Mémoire panoramique	Mémoire	6- Perte de mémoire
7- Conscience du corps aiguisée	Attachement	7- Détachement du corps
8- Objets larges à portée de main	Espace	8- Objets petits- lointains

Nous avons traduit le cas d'un exemple cité par NOYES & KLETTI
[78 p. 20-21].

Un jeune homme de 24 ans, conducteur de stock-car, eut deux accidents de course qui auraient pu lui être fatal, dans la même année. Le premier arriva sur une autoroute alors qu'il roulait à une vitesse de 100 miles (160 kms) à l'heure, et pendant l'accident sa voiture fut jetée à 30 pieds (10 m) à travers les airs, fit plusieurs tours sur elle-même avant d'atterrir sur les roues.

Voilà ce qu'il dit :

"Aussitôt que je l'ai vu, j'ai su que j'allais le heurter. Je me rappelle avoir pensé que la mort ou l'accident allait arriver, mais après cela je n'y pensais pas trop... Chaque chose allait au ralenti, et il me semblait que j'étais un acteur sur des planches et pouvais me voir moi-même culbutant de nouveau et de nouveau dans la voiture. C'était comme si j'étais assis dans les stands et que tout cela arrivait. Je réalisais que j'étais vraiment en danger mais je n'étais pas effrayé. Quand j'étais dans les airs je me sentais comme si je flottais... Je vis quelques flashes colorés et me rappelle distinctement les bleus, verts et jaunes. Chaque chose était si étrange.

Aussitôt que je touchais le sol, il me sembla quitter la réalité et me mouvoir dans un autre monde. A ce point je remarquais combien ma vision était aiguisée. Je pouvais voir les choses plus clairement et distinctement qu'à aucun autre moment de ma vie. Je me rappelais lorsque j'étais sans dessus-dessous, regardant en arrière. Je vis l'homme qui gagna la course passer en dessous de moi. Le gars regardait en haut et je peux toujours voir le regard amusé sur son visage.

L'entière expérience était semblable à un rêve mais à aucun moment je ne perdis la conscience d'où j'étais... C'était comme flotter dans les airs... Finalement la voiture s'aplatit sur les roues et je fus ramené par la secousse à la réalité".

Ce récit illustrant dit NOYES, le ralentissement du temps, la perte d'émotion, le sentiment d'irréalité, le sentiment de détachement, la vivacité de certaines perceptions, associés au manque de clarté d'autres, les métaphores utilisées par l'auteur pour décrire son expérience tout au long de celle-ci, utilisent cette qualité du "comme si".

2-3-2-3- Puis NOYES, HOENCK & Coll. ont comparé le syndrome de dépersonnalisation survenant chez des victimes d'accidents de la route et des patients psychiatriques.[82]

a) Méthode

102 sujets sur 366 admissions, hospitalisés dans un service de chirurgie après un accident automobile, ne présentant pas de troubles de mémoire, sont comparés à 100 entrants d'un service de psychiatrie. L'étude est réalisée au moyen d'un questionnaire comportant 56 items, à réponse par oui ou par non, basé sur la littérature descriptive de la dépersonnalisation.

b) Résultats

L'analyse factorielle a permis de décrire dans les deux groupes trois facteurs responsables de 36% de la variance chez les accidentés et 43% chez les malades.

On peut décrire chez les accidentés

◊ le facteur I qui contient les symptômes de dépersonnalisation semble être un facteur de détachement : détachement du corps, mur entre soi et ses émotions, irréalité et étrangeté du moi.

◊ le facteur II est un facteur de vigilance tournée vers l'environnement.

◊ le facteur III est un facteur d'obnubilation mentale et contient le phénomène de la mémoire panoramique.

Chez les malades les résultats sont identiques à cela près que le facteur d'obnubilation vient au second rang.

La dépersonnalisation dans les deux groupes semble qualitativement similaire. L'étude de fréquence montre par contre des différences notables dont nous ne relevons que celles statistiquement significatives :

- la vigilance est augmentée chez les accidentés alors que le flou des pensées, de la vision ou de l'audition, le ralentissement des pensées et leur caractère fragmentaire, le style de pensée onirique, sont plus fréquents chez les malades.

Chez ceux-ci également les émotions sont intensifiées et le sentiment de déjà vu plus fréquent.

Dans le groupe de malades les items de dépersonnalisation sont plus nombreux lorsque le niveau de l'anxiété est plus élevé.

NOYES et ses collaborateurs en concluent que :

l'obnubilation mentale, l'imagerie onirique, la diminution de l'acuité sensorielle, peuvent représenter une forme de dépersonnalisation plus sévère en réponse à une anxiété extrême.

En dépit de la brièveté de l'exposition au danger, environ 1/3 des sujets accidentés, par ailleurs dépourvus d'antécédents psychiatriques a présenté un syndrome de dépersonnalisation, sans doute consécutif à l'anxiété qui fut rapportée par 57% des accidentés.

Nombre d'études ont montré l'association de l'anxiété et de la dépersonnalisation.

D'après NOYES son travail le confirme ainsi que l'hypothèse émise par ROTH qu'il s'agit d'une réponse non spécifique aux circonstances catastrophiques.

2-3-2-4- Discussion

Le désir de NOYES & KLETTI de faire rentrer tous les aspects de l'expérience dans le cadre du concept de la dépersonnalisation nous semble excessif.

a) choix des items

Les items de leur questionnaire sont basés sur les descriptions classiques du syndrome de dépersonnalisation et la description des états mystiques mais inclus par eux dans le même syndrome, ou interprétés en termes de "sentiment océanique", "régression intra-utérine", "régression à un stade archaïque de la personnalité", etc...

Cela les amène à confondre des sentiments qui nous semblent différents.

Par exemple sous la rubrique "neutralité émotionnelle et détachement" ils mettent :

- le calme et la paix
- le sentiment qu'il existe un mur entre l'individu et ses émotions.

Dans le premier cas, les sujets ne sont pas coupés de leurs émotions en particulier par rapport à leurs proches, et c'est souvent cet élément conservé de sympathie qui détermine leur retour.

Le deuxième cas est plus typique du syndrome de dépersonnalisation.

Dans leur interprétation du sentiment d'étrangeté et d'irréalité typique de la dépersonnalisation, on peut se demander s'ils n'ont pas à tort

placé sous cette rubrique tous les récits des patients qui parlent de leur expérience comme quelque chose d' "extra-ordinaire", mais pourtant très réel, comme nous l'avons déjà vu. Sentiment de réalité qui s'oppose au "comme si" des exemples cités ci-dessus.

Quant aux expériences de décorporation il est intéressant que NOYES les qualifie de "curieuses". Imprégné de l'identification habituelle dans notre culture de l'individu avec son corps NOYES trouve curieux de s'en dégager. Dans l'hypothèse inverse la scission n'est nullement une négation de la mort mais l'accomplissement de celle-ci et l'arrêt de l'identification au corps.

b) agonie psychologique

Il semble que NOYES se soit intéressé surtout à des gens qui avaient été psychologiquement mais non biologiquement près de la mort. Voilà ce qu'en dit SABOM [105 p. 250].

Il a interrogé un petit groupe de gens qui avaient, à la fois psychologiquement et physiquement, été proches de mourir (c'est à dire "le groupe des gens gravement malades"), mais il a trouvé que les récits de ce groupe étaient significativement différents de ceux des gens qui avaient échappé seulement à une agonie "psychologique" :

Le groupe des malades graves était nettement déviant, montrant une fréquence plus grande de nombreux éléments (évalués dans ces expériences) et pour beaucoup les doublant. Les sujets de ce groupe différaient également au regard des circonstances de leurs expériences. 80% se croyaient eux-mêmes sur le point de mourir, 71% avaient perdu connaissance, et seulement 50% ont fait des efforts pour se tirer d'affaire. Par conséquent, les réponses de ce petit groupe ont été écartées de l'analyse ultérieure (NOYES).

c) perception de la mort

Importance de la prise de conscience de l'imminence de la mort pour NOYES.

NOYES insiste sur le fait que la personne en danger devait nettement percevoir l'imminence de sa propre mort avant que le syndrome de dépersonnalisation puisse s'installer. En d'autres termes, la perception de la mort servirait de déclencheur à la réaction de dépersonnalisation. Continuons avec le Dr NOYES :

Des récits subjectifs suggèrent que le préalable essentiel à leur (les expériences aux frontières de la mort) plein développement est la perception de l'imminence de la mort... (autrement dit) les victimes d'arrêts cardiaques ne peuvent vivre de telles expériences à moins d'être convaincues de la proximité de leur mort.

Puis SABOM cite également le Docteur Richard BLACHER à propos de la prise de conscience de sa mort par le sujet en tant que l'élément clef du développement d'une expérience subjective [105 p. 249].

D'abord, il est évident que ces expériences (aux frontières de la mort) ne se produisent que dans le cas d'arrêts cardiaques graduels. On ne trouve pas ce genre d'expériences dans les cas d'attaques de Stokes-Adams, pendant lesquelles le patient ne décrit aucune sensation mentale reliée à l'arrêt soudain de son cœur.

Donc d'après les Docteurs NOYES et BLACHER, chez une personne qui n'a pas eu la possibilité de prendre conscience de l'imminence de sa mort, nous ne pouvons pas nous attendre à voir se développer une expérience subjective (expérience aux frontières de la mort ou autre).

Dans mon enquête sur les expériences aux frontières de la mort, j'ai rencontré plusieurs cas impliquant une perte de conscience brutale avec arrêt du cœur et avec le syndrome de Stokes-Adams auquel se réfère le Docteur BLACHER. Bien mieux, certains sujets ont décrit une expérience aux frontières de la mort qui s'est installée après la perte de conscience due à l'attaque.

SABOM cite le cas d'un fermier d'âge moyen, admis à l'hôpital pour des épisodes d'arrêt cardiaque : (p. 250)

Pendant les épisodes les plus longs, il faisait une crise d'épilepsie. Une fois le pacemaker en place, j'ai questionné cet homme et il m'a raconté l'expérience aux frontières de la mort qui lui était arrivée avant qu'on l'amène à l'hôpital :

"Je traversais le parking pour reprendre ma voiture... Je me suis évanoui. Je ne me souviens pas d'être tombé par terre. La première chose dont je me souviens, c'est que j'étais au-dessus des voitures, en train de regarder, en dessous de moi, mon propre corps, avec quatre ou cinq hommes qui couraient vers moi. Je pouvais entendre et comprendre ce qu'ils disaient. Pour moi, c'était une drôle d'impression. Je n'avais pas mal, nulle part. Je ne

sentais aucune douleur. Et après, quand j'ai repris mes sens, j'étais dans mon corps et j'avais mal derrière la tête, là où j'avais heurté le béton".

Cet homme a connu une expérience autoscopique alors même qu'il n'avait pas eu le temps d'évaluer complètement l'imminence de sa "mort" au sens psychologique.

Voilà les conclusions que SABOM en tire (p. 251)

"La théorie du Docteur NOYES de la "dépersonnalisation en face d'un danger de mort" est une hypothèse fondée sur les expériences de gens ayant ressenti une agonie psychologique. Les gens qui échappent de justesse à la mort physique (comme dans mon enquête) décrivent une catégorie différente d'expériences qui se déploient souvent sans perception prémonitoire nette de l'imminence de la mort. Ainsi, la théorie psychologique de la dépersonnalisation ne rend pas compte de l'expérience rapportée par des sujets ayant survécu à un épisode où ils étaient inconscients et proches de la mort".

d) perceptions extrasensorielles

Ceci nous amène à un quatrième point qui concerne les perceptions extrasensorielles. Voilà ce qu'en dit RING [97 p. 229].

"En second lieu, l'interprétation par la dépersonnalisation est tout à fait incapable d'exprimer un aspect rare mais extrêmement significatif de l'expérience d'agonie : la perception d'un parent défunt dont l'agonisant ignore le décès. Plusieurs cas de cet ordre ont été rapportés et commentés par les premiers chercheurs en métapsychique et, plus récemment, KUBLER-ROSS en a mentionné d'autres. Mon investigation personnelle a été achevée quand j'ai moi-même reçu une communication d'un cas similaire. Une femme m'a exposé que son père, tandis qu'il agonisait, avait eu une vision de deux de ses frères dont l'un était mort depuis plusieurs années et l'autre seulement depuis deux jours : fait ignoré de son père agonisant. Ce dernier, ayant toutefois décidé de "revenir" quand il entendit sa femme (vivante) le lui demander, n'avait appris que par la suite le récent décès de son frère. Si les expériences d'agonie n'étaient que des élaborations psychiques secondaires d'un déni de la réalité, on voit mal comment elles pourraient donner lieu à des perceptions précises aussi étonnantes".

Enfin SABOM souligne que les perceptions extrasensorielles survenant par exemple lors des tentatives de réanimation ne peuvent pas être expliquées par la théorie de NOYES & KLETTI.

e) transcendance

Pour RING [97 p. 230]

"Finalement, NOYES et KLETTI négligent d'envisager que, si une grande tension peut effectivement commencer par déclencher des mécanismes de défense, les réalités transcendantes qui apparaissent à un individu confronté à la mort pourraient représenter une dimension plus élevée de la conscience et non pas seulement des fantasmes symboliques prenant source dans un déni de la réalité. A cet égard, NOYES et KLETTI semblent victimes de la tendance notoire de la psychanalyse orthodoxe à abuser d'un logicisme facile. En l'occurrence, il serait sans doute plus important de prêter une oreille attentive aux témoignages des survivants de l'agonie que de s'en remettre aux théories de Freud".

2-4- INTERPRETATIONS DES TRANSFORMATIONS ULTERIEURES

La majorité des personnes ayant fait une E. M. I. rapportent donc des changements favorables dans leur approche de la vie et de sa signification, leurs proches, la religion et la mort, etc...

On peut rapprocher ces transformations de celles notées par GROF dans le traitement des cancéreux au stade terminal par le L.S.D. [42, 43], ayant vécu des expériences périnatales et transpersonnelles et en particulier de mort-renaissance.

Par contre celles-ci sont beaucoup plus notables à la suite d' E. M. I. qu'à la suite d'expériences psychiques survenant dans une population générale. Le tableau (5) emprunté à GREYSON et STEVENSON [40] résume ces différences.

T A B L E A U 55

Pourcentage de personnes qui ont rapporté des changements dans leur attitude après une E. M. I. ou une "expérience psychique"		
Sujet du changement d'attitude	E. M. I. (N = 78)	Expérience psychique (N = 354)
Dieu ou Religion	75	23
Soi-même	74	27
Sa propre mort	73	-
La mort en général	72	13
La vie et ses significations		
santé	64	25
Humanité	55	17
Suicide	50	-
Famille - Amis	50	17
Nature	45	12
Possessions matérielles	45	9
Sexe - mariage	42	16
Renommée et pouvoir personnels	42	5
Guerre - Meurtre	37	5
Education	37	6
Science	34	5
Société	29	6
Les Affaires	29	6

Ce n'est donc pas l'approche de la mort seule qui détermine ces transformations puisqu'elles sont retrouvées plus rarement chez des patients ayant frôlé la mort sans E. M. I.

Plutôt que de voir les expériences transcendantes comme des fantasmes de retour au sein maternel ou au ventre de la mère, en tant qu'expériences régressives, on pourrait les interpréter comme des expériences "progressives". Celles-ci permettent au moi de s'identifier à des formes divines plutôt qu'à un corps périssable, de se réconcilier avec les archétypes paren-

taux, ce qui fait disparaître les angoisses de culpabilité, de castration, etc...

La réalisation de soi-même comme bon rend ultérieurement capable d'aimer autrui, et la peur de la mort disparaît par ce qui devient chez ces sujets, la certitude de l'immortalité. Plus généralement la perception d'un mode de réalité "transcendante" a un impact profond et durable sur la personnalité du fait d'une ouverture de la conscience à cette réalité.

L'expérience transcendante en elle-même peut être envisagée comme une expérience de mort partielle du Moi. C'est au passage d'un état de conscience individuel à un état de conscience "moins individuel" ou dans certains cas "supra individuel". Ce passage se faisant sous l'effet du relâchement des structures constitutives du Moi, des fixations du moi qui ouvre la conscience à une expérience "transcendante" ou expérience qui transcende le moi.

Il semble que ce soit précisément cet instant d'absence de fixation, de disparition partielle ou totale des limites du moi dont l'empreinte ou le souvenir a des conséquences bénéfiques et durables. Cette réduction de la fixation au moi amène à être plus réceptif à autrui, à vivre plus le moment présent, à éprouver moins d'angoisse face à la menace de disparition de celui-ci lors de la mort... C'est en quelque sorte le dénominateur commun qui permet d'expliquer toutes ces transformations ultérieures lorsqu'elles ont lieu.

Les chercheurs (ROSEN, RING et FRANKLIN) qui ont étudié plus particulièrement les suites des E. M. I. après une tentative de suicide, proposent cette même interprétation, s'inspirant de la littérature mystique, qui est donc celle de la mort au moi ou de la mort du moi, suivie de la perception d'un ordre transcendant et d'une renaissance à un nouveau mode d'être.

Dans son étude sur les suicidants qui se sont précipités du haut du Golden Gate Bridge, ROSEN [101] a nettement démontré la part de recherche de transcendance et de volonté de tuer le moi dans ces cas.

Qu'une telle expérience soit réussie, cela est prouvé pour les sujets considérés par l'apparition des images parentales bienveillantes ou d'archétypes historiques et religieux, ainsi que du fait de la diminution ultérieure des idées de suicide. De fait, celui qui a pu percevoir la beauté du monde et se sentir une part indissociable de l'univers, n'a plus de motif de suicide.

3- INTERPRETATIONS PARAPSYCHOLOGIQUES

3-1- INTRODUCTION

Nous ne pouvons aborder le vaste problème de la parapsychologie et nous contenterons de rappeler qu'elle a gagné un statut scientifique dans de nombreuses universités des U. S. A., européennes ou soviétiques. La littérature sur la perception extrasensorielle est considérable. On peut se référer à l'article de Scott ROGO [99] pour les rapports entre les études parapsychologiques et la mort. Nous nous limiterons à constater l'existence possible de perceptions extrasensorielles (P. E. S.) lors des E. M. I.

3-2- PERCEPTIONS EXTRASENSORIELLES (P. E. S.)

a) rapport entre E. D. et P. E. S.

Dans l'étude de Célia GREEN [37] 282 personnes avaient été interrogées sur leur expérience préalable de P. E. S.

Sur 85 qui avaient eu des E. D., 53 disaient avoir eu des P. E. S.

Sur 192 qui n'avaient pas eu d' E. D., 42 seulement disaient avoir eu des P. E. S. Il semble donc exister un terrain commun favorisant.

Un cas d' E. M. I. avec P. E. S. de C. GREEN (cité in Scott ROGO, 99 p. 107).

"J'étais à l'hôpital opérée pour une péritonite, sur laquelle je fis secondairement une pneumonie et j'étais très malade. La salle d'urgence était en forme de L, aussi personne de son lit ne pouvait voir ce qui se passait de l'autre côté après le coin. Un matin, je me sentis flotter vers le haut, et me retrouvais regardant vers le bas le reste des malades. Je vis la soeur et l'infirmière courir vers mon lit avec l'oxygène, puis tout devint blanc. Ce dont je me souviens ensuite est d'ouvrir les yeux et de voir la soeur penchée au-dessus de moi. Je lui dis ce qui m'était arrivé mais elle pensa tout d'abord que mon discours était confus. Puis je lui dis "il y a une grosse femme assise sur son lit, la tête enveloppée de bandages et elle tricote quelque chose avec de la laine bleue. Son visage est très rouge. Cela la choqua certainement car apparemment la femme en question avait été opérée des mastoïdes et ressemblait à ma description. Elle ne pouvait sortir de son lit et bien sûr je ne m'étais pas levée du tout. Après quelques autres détails comme l'heure de la pendule au mur, je puis la convaincre qu'il m'était au moins arrivé quelque chose d'étrange".

John PALMER [87] trouve un pourcentage de P. E. S. associées à l' E. D. semblable au pourcentage même d' E. D. dans les populations de référence : 14% pour l'échantillon citadin, 25% pour l'échantillon étudiant. Plusieurs auteurs (STEVENSON, EHRENWALD) ont également rapporté l'association de P. E. S. et d' E. D.

b) réalité des P. E. S.

Margaret EASTMAN pose le problème de la réalité de la P. E. S., se demandant également s'il est obligatoire pour que la P. E. S. se réalise que le sujet "ait quitté son corps" (que signifie d'ailleurs quitter son corps en cas de P. E. S. ?) comme dans le cas étudié par G.TART.

Le deuxième problème étant de faire la part de ce qui est onirique et fantasmagique dans l' E. D. Certains observateurs montrent qu'une partie des détails physiques observés prétendument lors de l' E. D. est inexacte et peut avoir valeur symbolique pour le sujet. Il y aurait alors dans l' E. D. association de phénomènes semblables au rêve lucide et vivide avec des P. E. S. SCHNAPER [107] cite aussi quelques cas d' E. M. I. avec E. D. et "perceptions" inexactes. Donc tous les cas de figure apparaissent comme possibles. Pour GREYSON et STEVENSON des phénomènes de perceptions sensorielles survinrent chez 39% des sujets et 21% furent eux-mêmes perçus par un autre sujet à distance. Ces faits ne sont pas corrélés avec une habileté particulière antérieurement connue à la P. E. S., non plus qu'avec des croyances antérieures à l'existence de celle-ci.

c) E. M. I. et P. E. S.

MOODY, RING et SABOM ont rapporté cette association qui n'a été étudiée et discutée que par SABOM.

Quelles autres hypothèses que la P. E. S. pourrait-on évoquer ?

1- Description exacte d'un début d'agonie sur la seule base d'une information générale préalable ?

◊ Nous avons vu qu'un groupe témoin de 25 malades cardiaques chroniques sans E. M. I. faisait dans 80% des cas au moins une erreur grossière en décrivant la procédure de réanimation.

◊ Ces détails autoscopiques se révèlent spécifiques de la réanimation effective à laquelle ils se rapportent chez les sujets présentant une E. M. I.

2- Description exacte d'un début d'agonie sur la base de renseignements fournis par un observateur bien informé ?

◊ Ce genre d'informations contenus dans ces descriptions ne correspond pas à ce qu'on est susceptible d'expliquer à un malade qui se remet juste d'un arrêt cardiaque.

◊ Plusieurs patients ont raconté leur expérience peu après avoir été réanimés (confirmé par la famille), ensuite les redites ultérieures de l'expérience suivaient étroitement la première description.

3- Description exacte sur la base de perceptions visuelles auditives obtenues dans un état de semi-conscience ?

L'expérience autoscopique serait alors une reconstitution visuelle à partir d'informations verbales.

◊ Plusieurs de ces événements étaient de nature non auditive et précis : par exemple le mode de déplacement des aiguilles sur le défibrillateur.

◊ Dans un des cas (n° 6) un homme a reconnu trois membres de sa famille dans le couloir de l'hôpital alors qu'il ne pouvait pas savoir lesquels de ses enfants étaient là, ni les voir..

Il semble donc que des P. E. S. puissent survenir dans un petit nombre de cas, mais de plus amples vérifications seraient bien sûr nécessaires.

VII - IMPLICATIONS GENERALES DES E. M. I.

1- IMPLICATIONS DES E. M. I. POUR LE SYSTEME DE SOINS

Compte-tenu de l'importance que revêt l'expérience aux frontières de la mort pour ceux qui ont survécu à un début d'agonie, comment cette information pourrait-elle influencer sur le comportement et la pratique des médecins et des autres professionnels concernés par les soins aux malades et aux mourants ? [SABOM 105, p. 207].

1-1- Il faut que la nature et l'existence de l' E. M. I. soit admise par la communauté médicale [p. 207].

En automne 77 SABOM distribua un bref questionnaire dans l'assistance d'un colloque de psychiatrie sur l'expérience aux frontières de la mort, à l'université de Floride. 95 questionnaires furent retournés remplis

par 21 médecins, 16 infirmières et 58 membres du personnel paramédical qui pratiquement tous avaient travaillé au contact étroit avec des malades et des mourants.

10 étaient conscients qu'une expérience s'était produite chez leurs patients, alors qu'une enquête réalisée dans ce même hôpital révéla que 43% des malades qui avaient frôlé la mort avaient eu une E. M. I.

(A la suite de cet exposé la majorité des personnes présentes réalisent que la prise de conscience de ces phénomènes pourrait être professionnellement utile).

On peut se poser également la question de savoir pourquoi certains des psychiatres s'étant spécialement intéressés aux répercussions d'arrêts cardiaques, n'ont pas trouvé d' E. M. I. et pourquoi la majorité des suites de ces arrêts cardiaques s'est avérée difficile sur le plan psychique.

On peut supposer que les patients ne rapportent des E. M. I. que si le cardiologue ou le psychiatre qui les suit reconnaît la possibilité de survenue de telles expériences.

1-2- Implications professionnelles quotidiennes

1-2-1- Dans la relation face au malade

1-2-1-1- Attention au malade "inconscient"

La possibilité que des malades comateux ou en arrêt cardiaque puissent avoir une perception auditive de ce qui se passe autour d'eux (sinon une perception globale de la situation ?), rend impératif de traiter ces malades "inconscients" avec la même attention et le même respect que l'on aurait pour un individu conscient à l'état de veille.

1-2-1-2- Ecoute du malade

Tous les cas montrent le besoin profond qu'ont les patients de parler de leur expérience dans une atmosphère de franchise et de compréhension avec les médecins et les infirmières. Il est évidemment bénéfique pour eux d'être rassurés sur le fait que cette expérience n'est pas le début d'une maladie mentale [SABOM p. 216]. Une partie de l'anxiété post-réanimatrice serait également évitée par le dialogue.

1-2-1-3- Attitude du médecin face à la mort

Pour le médecin c'est une opportunité de mûrir sa propre attitude à l'égard de la mort.

De nombreuses études montrent que beaucoup de médecins éprouvent de réelles difficultés à prendre en main leurs propres peurs et angoisses en face de la mort.

Une de ces études intitulée "les médecins face à la mort" [cité in SABOM p. 217] a évalué ces sentiments chez 81 médecins (spécialistes en médecine interne - psychiatres - chirurgiens) et a comparé les résultats avec ceux de groupe de contrôle du même âge comportant d'une part des gens bien portants, d'autre part des gens gravement malades. Les conclusions partielles furent que :

Les médecins ont également montré de façon significative à 0,05 une imagerie verbale de la mort plus négative que les patients (gravement malades) et ont extériorisé un blocage à ce sujet plus souvent que la population normale. La notion de leur propre mort a également été rejetée plus énergiquement par les médecins que par les malades ou la population en bonne santé.

Ces conclusions sont confirmées par une étude similaire, intitulée "l'attitude des psychiatres à l'égard des malades qui vont mourir" [cité in SABOM]. 100% des psychiatres interrogés ont dit qu'ils voudraient savoir la vérité sur leur maladie, dont 93% au moment du diagnostic. Pourtant quand on leur a demandé s'ils avertiraient leurs clients mortellement atteints, 54% seulement ont répondu qu'ils le feraient dans tous les cas et 34% qu'ils le feraient éventuellement. Tout ceci n'est pas que le cas des psychiatres malheureusement ! Ces difficultés à établir une relation médecin-malade honnête sont mises en évidence au chevet des malades qui vont mourir comme l'a exprimé un malade de SABOM :

"Pour rien au monde je ne partagerais mes sentiments sur la mort et l'agonie avec quelqu'un qui fait demi-tour en 2 minutes au pied de mon lit".

1-2-2- Dans l'interprétation du phénomène et son traitement

1-2-2-1- E. M. I. en tant que phénomène courant non pathologique.

L' E. M. I. ne s'est pas révélée comme une réaction d'ordre psychiatrique pathologique, mais au contraire semble se manifester chez un nombre non négligeable d'individus sains, stables, qui sont proches de la mort. Et l'on a vu également que certains éléments de l' E. M. I. comme les expériences de décorporation peuvent survenir dans de nombreuses circonstances autres que l'approche de la mort.

Continuer à soutenir le caractère hallucinatoire au sens pathologique de cette expérience ne fera que perpétuer le sentiment d'isolement que beaucoup de ces gens ont connu quand ils ont essayé de parler de leur expérience. D'autant que le fait de se retrouver seuls face à ce phénomène les amène souvent à s'interroger sur leur santé mentale, du fait des conditionnements culturels.

1-2-2-2- Diagnostic et traitement.

TWEMLOW [34] dans son étude du phénomène de décorporation insiste sur l'importance du diagnostic différentiel de celui-ci avec l'héautoscopie, la schizophrénie et la dépersonnalisation du fait des implications thérapeutiques différentes de ces syndromes et rapporte ce qu'en disent d'autres auteurs.

KENNEDY [55] insiste sur le fait qu'il est déconseillé de traiter la dépersonnalisation (en fait l' E. D.) par les phénothiazines ou l'électro-choc !

AMBROSINO [cité par TWEMLOW] et KENNEDY [55] rapportent que les phénothiazines et parfois l'électro-choc peuvent aggraver la condition du sujet.

D'un autre côté AMBROSINO note que l'imipramine et la desipramine sont souvent efficaces pour traiter les états de dépersonnalisation.

Des médicaments anti-psychotiques sont bien sûr efficaces dans les états schizophréniques et aucun traitement n'est connu pour être efficace dans les héautoscopies.

Et dans les expériences de décorporation le plus grand danger pourrait être de donner un traitement là où il n'y en a pas besoin.

TWEMLOW toujours note que rassurer la personne qui a fait cette expérience sur le fait que d'autres l'ont partagée semble plus thérapeutique que les interventions psychiatriques conventionnelles.

Et il termine en disant qu'en tant que psychiatre, il incombe de se familiariser avec la gamme et l'étendue des expériences humaines qu'elles soient pathologiques ou normales et respecter et différencier les expériences inhabituelles mais intégrantes de celles qui sont désorganisantes et douloureuses.

1-3- PLACE ACCORDEE A LA MORT ET CE QUI L'ENTOURE DANS L'ENSEIGNEMENT MEDICAL ET LA RECHERCHE.

Nous n'entrerons pas dans les détails de l'attitude universelle de notre système médical (qui ne fait d'ailleurs que refléter l'attitude générale) à l'égard de la mort, souhaitant qu'une place y soit accordée dans l'enseignement.

Et d'autre part une ouverture sur la question comme cela commence à se faire aux U. S. A., permettrait une étude scientifique et sérieuse sur les aspects cliniques de la mort et de l'agonie, bien que les mystères de la mort ne se soumettent pas volontiers à une investigation contrôlée en laboratoire.

Glenn E. RICHARDSON [94] pense qu'il serait intéressant d'enseigner l'existence des E. M. I. aux étudiants.

Depuis deux ans d'ailleurs le concept de "la vie après la vie" a été inclus dans le programme d'une "High School" du Kentucky. Les effets ont été ceux d'un changement positif affectif et comportemental. La méthode d'enseignement a été celle d'une interview avec un professeur qui avait eu une E. M. I. au cours d'une rupture d'anévrisme.

L'intérêt des étudiants était évident mais l'effet à long terme est encore inconnu. Quoiqu'il en soit l'impact positif de cette expérience est de ne plus considérer le sujet de la mort comme morbide ou tabou.

2- IMPLICATIONS THERAPEUTIQUES

2-1- IMPLICATIONS THERAPEUTIQUES DES E. M. I. DANS LA PREVENTION DES SUICIDES

2-1-1- GENERALITES

On aurait pu craindre que le fait de décrire la mort et ses suites comme agréables et impliquant une sorte de survie glorieuse finisse par augmenter le taux de suicide.

Le travail en cours de publication de GREYSON [] montre qu'une E. M. I. amène au contraire une diminution ultérieure des idées suicidaires.

ROSEN dit qu'unaniment les survivants des sauts du Golden Gate Bridge conseillèrent qu'une barrière soit construite sur ce pont, et celui qui avait sauté du Bay Bridge conseilla qu'une barrière soit construite sur les deux ponts !

Ce que l'on peut interpréter bien sûr comme leur projection de désir d'une barrière intérieure contre le suicide puisque tous avaient sauté.

Mais c'est le fait d'avoir survécu à cette confrontation choisie avec la mort et la renaissance qui en résulta, qui a des implications psychothérapeutiques dans le travail avec des personnes déprimées ou suicidaires.

Voilà ce que dit JUNG en 1959 de la psychologie de la renaissance [cité in ROSEN] :

"Renaître n'est pas un processus que l'on peut observer en aucune façon... c'est entièrement au-delà de la perception sensorielle...une pure réalité psychique, qui nous est transmise seulement indirectement à travers des déclarations personnelles. L'un parle de renaissance, l'autre l'enseigne, l'un est empli de renaissance. Ceci nous l'acceptons comme suffisamment réel".

2-1-2- ROSEN [101, 102]

"Les implications thérapeutiques de cette recherche consistent à aider des individus à se confronter à la mort d'une manière symbolique et qui ait un sens.

Si nous pouvons aider des personnes suicidaires à "tuer leur Moi" ce qui est ici un suicide symbolique et les aider dans leur processus de renaissance ou plus exactement à "la naissance du Soi", ainsi nous pouvons prévenir les suicides".

"Tuer l'ego ou le moi" se réfère à les aider dans le processus qui consiste à dissoudre les parties du moi qui sont les témoins des conflits individuels, des obstacles à l'accès au centre de l'être, au soi.

Les récits des survivants du Golden Gate Bridge (ou du Bay Bridge) montrent cette transformation possible de la conscience du moi à la conscience du soi, et nous ramènent à l'archétype de "rites de passage" et de la "mort-renaissance".

Les suicidés décrivent leurs sentiments initiaux de dépression, d'aliénation et de solitude, lorsqu'ils ne voient pas d'autre porte de sortie que la mort. ROSEN rapproche cela de l'expérience de "l'enfer sans issue" décrite par GROF dans les expériences périnatales sous L.S.D.

Ceci précédant "le rite de séparation" symbolisé par la traversée d'une porte ou d'une grille. Les survivants de ces sauts étaient attirés par le "Golden Gate Bridge" qui représentait une porte d'or vers le paradis, ou un moyen d'accès vers Dieu, ou au-delà de ce monde. ROSEN compare la rentrée dans l'eau au "rite de transition" avec la purification par l'eau et au stade de

"l'antagonisme avec la mère", deuxième phase de la délivrance décrite par GROF, ceci amenant au troisième stade de la naissance, ou de la renaissance, de "séparation d'avec la mère", correspondant au "rite d'incorporation" [HENDERSON cité par ROSEN, [100] dans lequel la renaissance est un symbole de la réalisation du soi.

L'épuisement de l'auto-agressivité dans l'acte suicidaire a peut-être permis la réconciliation avec la loi et l'expérience de fusion bienheureuse avec le cosmos dans l' E. M. I. ?

2-1-3- Des études sont en cours pour l'utilisation des E. M. I. dans la prévention des tentatives de suicide [MAC DONAGH, cité par RING et FRANKLIN].

2-2- LA VOLONTÉ DE VIVRE

SABOM [105 p. 224] pose la question de savoir s'il n'existe pas une "volonté de vivre" impliquée dans la détermination de l'issue physique d'une situation entre la vie et la mort. Il se base pour cela sur l'existence des E. M. I., sur les prémonitions inexplicables de la mort, et sur l'existence de morts "physiques" telles que les morts de peur, la mort vaudou, etc...

NOYES également [72] se pose la question :

"De la même façon que les personnes mourant graduellement rapportent que leur énergie vitale s'évanouit, leur vie semble dépendre de la lutte pour la maintenir. Comme si leur désir de vivre les maintenait en vie.

Et par extension, savoir à quel point la volonté de vivre est responsable de la longueur de la vie est une question probablement actuellement sans réponse.

Jusqu'à quel point meurt-on parce qu'on se laisse mourir ?"

On peut rappeler que les sujets qui ont traversé une E. M. I. décrivent leur retour à la vie comme le résultat d'une décision personnelle ou de l'acceptation d'un ordre, impliquant qu'une "volonté de vivre" subsiste.

VIII - COMPARAISON DES E. M. I. AVEC LES DONNES TRADITIONNELLES DES ENSEIGNEMENTS
DU BARDO

1- GENERALITES SUR LES "BARDOS"

Il est intéressant de remarquer que le bouddhisme tantrique a une conception très élaborée des étapes du moment de la mort et des états post-mortem dans la théorie des "Bardos".

Bardo veut dire littéralement "entre-deux" ou "passage", la conscience étant envisagée comme un flux d'évènements en perpétuel changement. Il y a transition ou passage continuuel d'un moment à un autre, d'un état de conscience à un autre, d'un bardo à un autre.

D'une façon générale six bardos sont décrits :

- le bardo de l'état de veille
- le bardo des états d'absorption méditative
- le bardo du rêve
- le bardo du moment de la mort
- le bardo de la nature fondamentale de l'esprit
- le bardo du devenir post-mortem

Ce n'est pas notre propos d'exposer en détails toute la théorie des bardos et nous nous contenterons de parler ici du bardo du moment de la mort.

Celui-ci décrit le passage de l'état de conscience ordinaire : d'une conscience duelle d'un sujet en rapport avec ses objets comme nous l'avons esquissé précédemment, à "l'expérience supraconsciente de la Claire Lumière" qui est la nature non duelle de l'esprit en lequel il est lucide de lui-même en lui-même.

Ce processus va être décrit comme une "dissolution" de la conscience ordinaire ou d'une transcendance de la fixation duelle.

Cette dissolution comprend des étapes caractéristiques qui peuvent se manifester aussi bien au moment de la réalisation spirituelle qu'au moment de la mort physique. Cette idée n'est pas étrangère à la pensée occidentale. PLUTARQUE disait déjà : "au moment de la mort, l'âme accède aux mêmes mystères que ceux des grands initiés".

Cette même expérience peut apparaître à tous les moments où il y a perte de conscience, ou passage d'un état de conscience à un autre.

Le "Bardo-Thödol" : le livre tibétain des morts ou littéralement "les enseignements dont l'entendement délivre dans le bardo" nous enseigne que ce processus peut suivant les circonstances (endormissement, mort, évanouissement, etc...) apparaître plus ou moins profondément et surtout être perçu de façon plus ou moins complète selon l'acuité spirituelle du sujet. Cette acuité dépendant autant de la pureté spirituelle du sujet que d'un éventuel entraînement préalable. On considère que seuls les yogis hautement préparés peuvent percevoir le processus dans sa totalité.

D'autre part selon que la mort est lente ou brusque, ce processus peut se dérouler aussi bien pendant "le temps d'un repas" comme le dit l'image traditionnelle que "le temps d'un claquement de doigt".

Il faudra donc bien distinguer l'expérience parfaite et théorique de cette dissolution de la conscience, de son vécu chez des sujets ordinaires.

Chez ceux-ci peuvent se greffer des phénomènes d'inhibition ou de projection. Dans le premier cas la conscience de ce processus restera fragmentaire ou imparfaite. Dans le deuxième cas le sujet percevra le processus de dissolution au travers de ses fantasmes ou de ses projections (la théorie bouddhique de la projection n'est pas sensiblement différente de ce qu'en dit la psychanalyse).

Dans la plupart des cas, il est vraisemblable que ces deux phénomènes sont à l'oeuvre, ce qui rend compte de la diversité des récits et de leur fond commun.

2- DESCRIPTION DU "TCHIKA-BARDO" OU BARDO DU MOMENT DE LA MORT

La description la plus élaborée met en rapport des "signes extérieurs" que l'on pourrait peut-être appeler physiologiques, des signes "intérieurs" qui sont des perceptions du mourant, et des signes "les plus intérieurs" qui correspondent à différentes expériences de nature spirituelle.

Ce processus peut être perçu plus ou moins profondément, c'est à dire que selon l'état des canaux ou des souffles subtils dans la description desquels nous ne rentrerons pas, il peut apparaître dans sa totalité ou fragmentairement, et aussi selon un déroulement variable.

- la première étape est caractérisée par un sentiment de lourdeur, de pesanteur, de terrassement ou d'écrasement.

- la deuxième étape est caractérisée par un sentiment de perdre pied, d'être entraîné, emporté dans un courant.

- la troisième étape est caractérisée par le ronflement d'un brasier intense.

- la quatrième est caractérisée par l'expérience de flotter, d'être emporté par le vent.

- Puis il y a différentes expériences de nature plus spécifiquement lumineuses comparées à la lueur lunaire, solaire, puis une phase de nuit obscure qui précède celle de la luminosité fondamentale ou "expérience de la Claire Lumière".

On peut aussi comparer certaines descriptions du bardo aux E. M. I.

Il est dit par exemple que le mort perçoit le désespoir de ses proches mais ses tentatives pour communiquer avec eux sont infructueuses et qu'il peut percevoir son enveloppe charnelle.

[BARDO-THODOL p. 143]

..."Noble fils, Tu diras à ceux qui sont en larmes : "je suis là, ne pleurez point". Mais comme ils ne t'entendent pas, tu penseras : "je suis mort".

[BARDO-THODOL p. 93]

"Noble fils, maintenant que ton corps et ton esprit se séparent, la véritable apparence de la Vérité en soi se montre pour toi, subtile, claire, lumineuse, éclatante, impressionnante même, semblable au scintillement d'un mirage au-dessus d'une plaine en été. Ne crains rien, ne t'effraie pas, n'aie pas peur, c'est le rayonnement de ta réalité même, reconnais-le.

Un puissant bruit retentit au centre de cette lumière. C'est le son de la vérité en soi, terrifiant et vibrant comme mille tonnerres. C'est le son propre à ta vérité même. Tu n'as pas à le craindre. Ne t'effraie pas, n'aie pas peur !

Tu dispose de ce qu'on appelle le corps mental venu des tendances inconscientes de ton esprit. Comme tu n'as plus de corps de chair et de sang, tu n'as rien à craindre des sons, de la lumière et des rayonnements qui te parviennent puisque tu ne peux mourir.

Il te faut seulement les reconnaître comme les manifestations de tes propres projections...".

L'existence d'un "corps mental" est décrite. Celui-ci peut faire l'expérience de toutes les sensations de manière extrêmement vive. On retrouve l'expérience du passage au travers d'un tunnel, des expériences lumineuses et transcendantes, des scènes analogues à la mémoire panoramique ou au bilan de la vie exprimées sous la forme symbolique du "jugement de Yama", etc...

Tout ce qui apparaît à l'esprit, que ce soient des formes paradisiaques ou infernales est considéré ultimement comme étant des projections de l'esprit.

Ainsi pourrait-on dire simplement que le fond commun et la séquence des E. M. I. correspond aux différentes phases de "dissolution" de la conscience, et la variété des formes perçues est due aux projections de l'esprit du sujet et de ce fait plus complexe dans la mesure où les premières expériences de dissolution de la conscience inspirent les secondes, ou sont vécues au travers du filtre déformant des projections du sujet. Mais ce double mécanisme nous semble extrêmement utile pour comprendre à la fois la diversité et la stabilité de toutes ces expériences.

Par la rupture des points de référence habituels, la mort nous donne l'occasion de nous libérer de la conscience égocentrée, duelle, nous permettant d'apercevoir la lumière libératrice, ne serait-ce qu'un instant. Mais cette expérience de libération de la conscience ordinaire peut être vécue de façon positive ou au contraire terrifiante et angoissante, ce qui donnerait naissance par exemple à des E. M. I. de type infernal.

Pour conclure, on pourrait dire que l'enseignement fondamental que chacun peut tirer de ce livre qu'est le Bardo-Thödol est la reconnaissance de ses propres projections, et la possibilité de la dissolution de la conscience du moi dans la Claire Lumière.

IX - CONCLUSIONS

Depuis quelques années un certain nombre de travaux se sont centrés sur le problème de la mort et de son approche dans des domaines variés, philosophiques, sociologiques ou médicaux. A cette occasion des chercheurs se sont intéressés au vécu des mourants et ont décrit les transformations de la personnalité devant l'imminence de sa disparition (E. KUBLER-ROSS en particulier).

D'autres auteurs se sont penchés plus particulièrement sur des phénomènes originaux dans leur forme et leur contenu survenant lors de l'imminence de la mort elle-même (MOODY, RING, SABOM, NOYES).

Nous avons tenté de décrire, à partir des travaux de ces auteurs, les caractéristiques propres de ce que nous avons proposé d'appeler les expériences de la mort imminente ou E. M. I. La structure de ces phénomènes est relativement constante d'un sujet à l'autre, suivant trois formes cliniques principales.

- la mémoire panoramique
- l'expérience de décorporation (ou Out of the body experience des Anglo-Saxons).
- les expériences "transcendantes" (terme proposé par K. RING) qui recouvrent la phénoménologie d'un voyage dans un "au-delà".

De façon plus détaillée, RING propose un schéma type de l' E. M. I. :

- reconnaissance ou impression subjective d'être mort
- expérience de paix
- expérience de décorporation dans laquelle le sujet perçoit sa conscience comme existante à l'extérieur de son corps, et l'y localise complètement.
- les expériences de l'espace sombre ou du tunnel
- les expériences transcendantes
- le retour
- et un peu à part, le phénomène de mémoire panoramique qui peut survenir à n'importe quel stade de l' E. M. I. mais plus fréquemment au tout début, ou seul, dans lequel le sujet revoit passer sa vie entière comme un film.

D'autres chercheurs ont étudié les hallucinations des mourants (OSIS et HARALDSON), ce qui constitue un domaine proche non entièrement superposable où s'intriquent la pathologie psychiatrique classique et les expériences transcendantes.

D'autres enfin, ont étudié des phénomènes tels que les expériences de décorporation survenant lors de l'imminence de la mort ou en dehors de ce contexte (TWEMLow et coll., GREYSON et STEVENSON, GREEN, PALMER).

Nous avons tenté de montrer que ces phénomènes ne sont pas réductibles aux phénomènes pathologiques répertoriés tels que l'épilepsie temporale, les syndromes de dépersonnalisation, les psychoses délirantes aiguës, l'héauto-scopie, les ivresses psychédéliques, l'isolement sensoriel, la confusion pré-anoxie cérébrale ou par hypercapnie, ou à des phénomènes non pathologiques tels que le rêve.

Bien qu'il soit prématuré de pouvoir définir leur nature les E. M. I. mettent en évidence de façon indubitable un domaine d'expérience psychologique et spirituel qui, jusqu'à présent a échappé à l'investigation des chercheurs scientifiques européens.

Les caractéristiques des phénomènes décrits semblent très proches de certains phénomènes para-psychologiques ou d'un type particulier de rêve appelé "le rêve lucide" (C. GREEN, P. GARFIELD).

Ces phénomènes supposent qu'un certain niveau de conscience est relativement indépendant des conditions nécessitantes biologiques habituelles ainsi que des limites spatiotemporelles. Ils peuvent être rapprochés de ceux qui ont été décrits depuis longtemps par les yogis tibétains, témoignant ainsi de l'unité fondamentale des expériences humaines à travers les lieux et les temps.

Notre enquête personnelle, faite sur 50 arrêts cardio-respiratoires survenus au C. H. U. de Grenoble et une dizaine de cas autres, nous a permis de retrouver quelques uns des phénomènes classiquement décrits, et de mettre en évidence, en particulier, deux cas originaux, qui consistent en la survenue d'une expérience de type béatifique incluse dans une bouffée délirante hallucinatoire typique.

Outre l'intérêt évident de la compréhension des mécanismes des E. M. I. dans un contexte purement médical : relation aux malades "comateux", aide aux mourants, nouvelles thérapies aux cancéreux, aux suicidés, il nous semble que ce chapitre complexe demanderait la création de véritables équipes de recherche comme il en existe actuellement aux U. S. A.

On peut espérer que ce domaine ne restera plus tabou pour les scientifiques, pas plus que le marais de l'obscurantisme ésotérisant, et sera l'objet d'une approche scientifique réelle. Celle-ci comporterait l'étude des E. M. I. et plus généralement des "états de conscience modifiés" en particulier du "rêve lucide".

Lorsqu'on essaie d'aborder ce problème de manière "scientifique" on ne peut manquer d'être frappé par l'importance de la subjectivité de tous les chercheurs et de leurs a priori "matérialistes" ou "réductionnistes", concevant la conscience comme une sorte d'épiphénomène du fonctionnement du cerveau ou "spiritualistes", concevant une sorte d' "entité consciente" indépendante du corps.

Cependant il est bien évident que la nature même de ces expériences pose le problème de la nature fondamentale de la conscience et de ses modes d'existence grossiers et subtils, et touche par là aux problèmes essentiels de l'être humain qui sont aussi bien du ressort de la religion, de la philosophie ou de la métaphysique.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

GRENOBLE, le

Le Doyen,

Le Président de thèse,

R. SARRAZIN

Pr

ANNEXES

Service du Pr BOUCHARLAT
Centre Hospitalier et Universitaire
de Grenoble

Grenoble
le 29 novembre 1982

Monsieur, Madame,

Nous effectuons une thèse de médecine sous la direction du Professeur BOUCHARLAT du Centre Hospitalier et Universitaire de Grenoble.

Le sujet de ce travail concerne les personnes qui ont approché la mort de très près. Vous vous êtes trouvé dans cette situation récemment, ou il y a déjà quelques années - nous nous sommes informés auprès des médecins des services de réanimation - et il nous serait extrêmement utile que vous acceptiez de participer à cette étude en répondant au questionnaire ci-joint. Bien entendu le secret médical sera entièrement conservé.

Comme vous le constaterez en lisant le questionnaire, nous nous intéressons tout particulièrement aux expériences ressenties et vécues pendant ce moment précis où vous vous êtes trouvé proche de la mort. De nombreuses personnes ont rapporté des témoignages insolites : qu'en a-t-il été pour vous ? N'hésitez surtout pas à nous en faire part (s'il vous en reste souvenir).

La première partie du questionnaire concerne votre situation générale. Dans la deuxième partie, vous répondrez aux questions de manière aussi claire que possible. C'est dans la troisième partie où vous écrirez librement vos impressions et sensations de ce moment précis.

Accepteriez-vous éventuellement de nous rencontrer pour en parler plus en détail ?

En vous remerciant infiniment de votre aide pour cette thèse, nous vous prions de bien vouloir accepter, Monsieur, Madame, nos sincères salutations.

Frédéric SCHMITT
Elisabeth SCHNETZLER
Etudiants de 3ème cycle
préparants le doctorat en médecine

MODE D'UTILISATION DU QUESTIONNAIRE :

- Pouvez-vous répondre sur les feuilles blanches ci-jointes.
- Marquez le numéro de la question, écrivez à côté la réponse correspondante. Si nécessaire, détaillez la réponse.
- Renvoyez-nous les réponses et gardez le questionnaire.

I - GENERALITES

- Age, sexe, métier, diplôme d'étude le plus élevé
- Situation familiale, nationalité, race
- Religion, croyances
- Hospitalisation autre qu'en réanimation

II - QUESTIONS SUR L'EXPERIENCE ELLE-MEME :

- 1- Cette expérience est-elle difficile à exposer ?
A quoi ressemblait-elle ?
- 2- Avez-vous pensé que vous étiez en train de mourir ?
- 3- Quelles furent vos impressions et sensations ?
- 4- Avez-vous eu l'impression de faire un voyage ou de vous déplacer ?
- 5- Avez-vous entendu des bruits ou des sons insolites ?
- 6- Avez-vous eu l'impression d'être en quelque sorte séparé de votre corps ?
- 7- Quelles étaient vos perceptions du temps et de l'espace ?
- 8- Avez-vous rencontré des gens vivants ou défunts ?
- 9- Avez-vous, à un moment ou à un autre, vu une lumière, une lueur ou un éclairage ?
- 10- Est-ce que votre vie ou des scènes de votre vie vous sont apparues ?
- 11- Avez-vous, à un moment, eu l'impression d'approcher d'une espèce de frontière, de point de non-retour ?
Comment avez-vous repris conscience ?
- 12- Pendant cette expérience, vous êtes vous senti jugé, persécuté, ou agressé ?
- 13- Cette expérience a-t-elle transformé votre attitude face à la vie, face à la mort, et vos croyances religieuses ?
- 14- Aviez-vous auparavant, lu ou entendu parler de ce genre d'expériences ?

III - Si vous désirez nous communiquer des plus amples précisions, pouvez-vous nous en faire part ici. Merci.

Date

Nom:

Prénom:

A- DONNEES DEMOGRAPHIQUES

-Age:

-Sexe:

-Métier

-Diplôme le plus élevé:

-Religion:

-Nationalité, race:

-Marié- veuf- divorcé- célibataire- séparé- autre:

-Antécédents psychiatriques:

B- DONNEES MEDICALES

-Anamnèse:

-Examen du dossier médical:

Formulaire d'évaluation de la bande enregistrée

CARACTERISTIQUES	VALEUR	COMMENTAIRES
A- Incommunicabilité		
B- Impression subective de mourir		
C- Impression subjective d'être mort		
D- Impressions et sensations pendant l'expérience		
1. Apaisement		
2. Tranquillité		
3. Calme		
4. Sérénité		
5. Légèreté		
6. Réconfort		
7. Gaité		
8. Bonheur		
9. Joie, exaltation		
10. Absence de douleur		
11. Soulagement		
12. Absence de peur		
13. Décontraction		
14. Résignation		
15. Curiosité		
16. Inquiétude		
17. Peur		
18. Colère		
19. Effroi		
20. Désespoir		
21. Angoisse		
22. Autre (préciser)		
E- Bruit(s) insolite(s); si oui, description:		
F- Impression de déplacement, de localisation		
1. Particularité du mouvement, de l'expérience		
a- Marcher		

- b- Courir
- c- Flotter
- d- Voler
- e- Déplacement sans corps
- f- Semblable à un rêve
- g- Echoïque
- h- Autre:

2. Impressions pendant le déplacement

- a- Apaisement
- b- Euphorie
- c- Grand effort
- d- Effroi
- e- Panique
- f- Autre:

3. Localisation des sensations

- a- Vide obscur
- b- Tunnel
- c- Sentier, route
- d- Jardin
- e- Vallée
- f- Prairie
- g- Champs
- h- Ville
- i- Eclairage de la scène
- j- Couleurs vives
- k- Musique
- l- Personnages humains
- m- Autres entités
- n- Autre:

G- Sensation d'extra-corporéité

1. S'est senti séparé de son corps, mais sans le voir

2. A vu son corps

3. Notion du temps

- a- Non altérée
- b- Absente
- c- Intemporalité
- d- Autre:

4. Notion de l'espace

- a- Non altérée
- b- Absente
- c- Infinie, sans limites
- d- Autre:

5. Sensation de la pesanteur corporelle

- a- Normale
- b- Légèreté
- c- Apesanteur

d- Absente

e- Autre:

6. Impression d'isolement

H- Rencontres

1. Parent(s) défunt(s); si oui, spécifier:
2. Ami(s) défunt(s)
3. Guide, voix
4. Figure religieuse:
5. Figure effrayante
6. Personne(s) vivante(s); si oui, spécifier:

I- Lumière, éclairage

1. Couleur(s):
2. Eblouissement
3. Autre:

J- Rétrospective de la vie

1. Totale
2. Détails principaux
3. Autres (spécifier)
4. Notion de séquences
5. Impression de jugement

K- Arrivée devant un seuil

L- Sentiments au moment du retour à la connaissance

1. Sans rapport
2. Colère
3. Rancune
4. Déception
5. Choc
6. Chagrin
7. Soulagement
8. Paix
9. Bonheur
10. Plaisir
11. Joie
12. Autre:

M- Transformations

1. Etat d'esprit face à la vie

- a- Appréciation accrue
- b- Plus prévenant, affectueux
- c- Notion de nouveau destin
- d- Peur, impression de vulnérabilité
- e- Plus intéressé, curieux
- f- Autre:

2. Croyance, attitude religieuse

- a- Accrue
- b- Affaiblie
- c- Autre:

3. Peur de la mort

- a- Accrue
- b- Diminuée
- c- Aucune

N- Conception de la mort

1. Anéantissement
2. Mort du corps, survie de l'esprit
3. Etat de transition
4. Poursuite de la vie à un autre niveau
5. Fusion avec la conscience universelle
6. Notion de réincarnation
7. Paix
8. Béatitude
9. Une merveilleuse expérience
- 10 Un voyage
- 11 Aucune idée
12. Rien, le néant
13. Autre:

B I B L I O G R A P H I E

- 1- AMIR S. et al.-Stress, endorphins and psychosis. Mod. Probl. Pharmacopsychiatry. 17. p. 192-201, 1981.
- 2- ARBUS L., CAMPAN L.- Les critères médico-légaux de l'arrêt de la réanimation. Ann. Anesth. Franç. 3, 315-319, 1980.
- 3- ASSIMALOPOULOS et MULLER.- Certain aspect de la privation sensorielle. Rev. Méd. Suisse Romande, 98 n° 10, 569-573, 1978.
- 4- ASTRUP J., SIESJO and SYMON.- Thresholds in cerebral ischemia, the ischemic Penumbra. Stoke Editorial. Nov. Déc. 1981, vol. 12 n° 6, p. 723-725.
- 5- AUDISIO et PICAT.- E. M. C. p. 37 250. A₁₀ p4.
- 6- BARDO-THODOL.- Le livre tibétain des morts. Dervy 1980.
- 7- BARTON D., FISHBEIN J. H. and STEVENS F. W.- "Psychological Death : An adaptive Response to Life - Threatening Illness". Psychiatry in Medicine (1972) 3, 227-36.
- 8- BARRETT D.- The hypnotic dream : its relation to nocturnal dreams and waking fantasies. J. abnorm. psychol. 88/5, p. 584-591, 1979.
- 9- BARRETT W. F.,- Deathbed Visions. Methuen, Londres, 1926.
- 10- BEAUFORT Sir Francis.- Notice of Rear. Admiral Sir Francis Beaufort, London Daily News, january 15, 1858. Cité in Noyes, "Panoramic Memory : a response to the threat of Death". Omega, vol. 8, 3, p. 182, 1977.
- 11- BELMAIN F.- La dépersonnalisation selon M. BOUVET et le rêve éveillé. Et. Psychothérap. 1980, 11, 1, 35-41.
- 12- BENJAMIN P. Y.-"Psychological Problems Following Recovery from Acute Life - Threatening Illness". Amer. J. Orthopsychiatry (1978), 48 : 284-90.
- 13- BERMAN A. L.- Belief in After life, Religion, Religiosity and Life - threatening Experiences. Omega, 5, 2; pp127-135, 1974.
- 14- CARR Daniel B.- Endorphins at the approach of death. Lancet, Feb 14, 1981, 1, p. 390.
- 15- CASTANEDA.- Le voyage à Ixtlan, les leçons de Don Juan. Gallimard, 1974.
- 16- CHANG C. C.- (traduit du Tibétain). Rechung Rimpoché. Tibetan Medicine.
- 17- COMER N. L., MADOW L., DIXON J. L. : Observations of Sensory deprivation in a Life - Threatening Situation. Am. J. Psychiatry 124 : 164-169, 1967.
- 18- COMFORT A.,- Out of - Body Experiences and Migrain. Am. J. Psychiatry 139 : 10, p. 1379-1380, Oct. 1982.
- 19- CRANIN A. N., and SHER J. "Sensory Deprivation". Oral Succ., Oral med., Oral pathol. (1979) 4715 : 416-417.

- 20- CROSBY C.- "The passionate years. New-York. Dial Press. 1953, pp. 18-19 (neardeath experience) .
- 21- DAMAS Mora J. M. R. & Coll.- On heautoscopy or the phenomenon of the double : Case presentation and review of the litterature. Br. J. Med. Psychol. (1980), 53, 75-83.
- 22- DEATH, determination.- Guidelines for the determination of death. In "Critical care medecine 10 : 1, p. 62-64, 1982.
- 23- DLIN B. M., STERN A. and POLIAKOFF S. J.- Survivors of cardiac arrest, the First few days. Psychosoma tics 14 : 61-67, 1974.
- 24- DLIN B. M.- The experience of Surviving Almost Certain Death. Adv. psychosom-Med, vol. 10. pp. 111-118 (Karger, Basel 1980).
- 25- DOBSON M., TATTERSFIELD A. E., ADLER M. W., and Mc NICOL M. W. "Attitudes and Long term. Adjustment of Patients Surviving Cardiac Arrest". Brit. Med. J. (1971) 3 : 207 - 212.
- 26- DRUSS R. G. and KORNFELD D. S.- "The Survivors of Cardiac Arrest". J. A. M. A. (1967) 201 : 75-80.
- 27- EASTMAN M.- Out of the body experiences. Proc. Soc. Psych. Res. 53, 287-309, 1962.
- 28- EY H.- Etudes psychiatriques T. 3, Desclée de Brouwer. Paris, 1954.
- 29- EY H.- La conscience. P. U. F., 1968.
- 30- EY H.- Traité des hallucinations (2 volumes). Masson. 1973.
- 31- EY H., BERNARD P., BRISSET Ch.- Manuel de Psychiatrie. Masson. 1978.
- 32- EHRENWALD J.- Out of the Body experiences and the denial of death. J. Nerv. Ment. Dis. Vol. 159, n° 4, 227-233, Oct. 1974.
- 33- GABBARD G. O., STUART M. D., TWEMLOW & col.- Do "near-death experiences" occur only near - death. J. nervous mental diseases. 1981, 169, 374-377.
- 34- GABBARD G. O., TWEMLOW S. W., JONES F.- Differential diagnosis of altered mind body perception. A paraître dans Psychiatry.
- 35- GARFIELD P.- La créativité onirique. Du rêve ordinaire au rêve lucide. Collection champ psi. Ed. La table ronde 1983.
- 36- GREEN C.- Lucid Dreams. Proceedings of the institute of psychophysical research. Volume 1. Hamish Hamilton, Londres, 1968.
- 37- GREEN C.- Ecsomatic experiences and related phenomena. JASPR, 1967, vol. 44. p. 111-131.
- 38- GREGOIRE LE GRAND.- Dialogues et entretiens.chez Florentin et Pierre Delaulne. Paris. M. DC. XCI.
- 39- GREYSON B.- Telepathy in mental illness : deluge or delusion ? J. Nerv. Ment. Dis. 165 : 184-200, 1977.
- 40- GREYSON B., STEVENSON I.- The Phenomenology of Near-Death Experiences. Am. J. Psychiatry. 137 : 10, p. 1193-1196, 1980.
- 41- GREYSON B.- Near-death experiences and attempted suicide, submitted to the American Journal of Psychiatry.
- 42- GROF S. HALIFAX J.- La rencontre de l'homme avec la mort. Ed. du Rocher. 1982/

- 43- GROF S.- Les royaumes de l'inconscient humain. Ed. du Rocher. 1983.
- 44- HACKETT T. P.- "The Lazarus Complexe Revisited". Ann. Intern. Med. (1972).
76 - 135 - 37.
- 45- HANDAL P. J.- Individual and group problems Solving and type of orientation
as a function of high moderate and low - death anxiety. Omega
U. S. A. 1979-80 - 10/4. p. 365-77.
- 46- HECAEN H., AJURIAGUERRA de J.- Méconnaissance et hallucinations corporelles.
Masson Paris 1952.
- 47- HEIM A.- "Remarks on Fatal Falls". Year book of the Swiss Alpine Club (1892)
27 = 327 - 337. Hans R. Noyes and R. Kletti in Omega (1972) 3 :
45-52. (the experience of dying from falls).
- 48- HOLCK F. H. Ph. D.-Life Revisited (Parallels in Death Experiences). Omega,
Vol. 9 (1), p 1-11, 1978. (U. S. A.).
- 49- HONORTON C., DRUCKER S. A., and HERMON H. C.- Shifts in Subjective State and
ESP under Conditions of Partial Sensory Deprivation : A Prelimi-
nary Study. J. Amer. Soc. Psych. Res. (USA) 67/2, p.191-196, 1973.
- 50- HUNTER M. D.- "On the experience of nearly Dying". Amer. J. Psychiat. 124 : 1,
pp 122-126, Juillet 1967.
- 51- JACOBSON E.- Depersonalization. J. Am. Psychoanal. Assoc., 7 : 581-610, 1959.
Cité par TWEMLow et al. Réf. 34.
- 52- JAFFE A.- Apparitions : fantômes, rêves et mythes.- Ed. Mercure de France.
Le Mail, 1983.
- 53- JUNG C. G.- "Ma vie". (Collections Témoins. Gallimard). 1973.
- 54- KAVISH R. A. and REYNOLDS D. K.- Phenomenological Reality and Post. Death
Contact. J. for the Scientific Study of Religion, 12 : 2, pp. 209-
221, 1973.
- 55- KENNEDY R. B. Jr.- Self-induced depersonalization syndrome. Am. J. Psychiat.
1976, 133, p. 1326-1328.
- 56- KLASS D., GORDON A.- Variety of transcending experience at death : a videotape
based study. Baywood Publishing Co., Inc. p. 19-36, 1978.
- 57- KRIEGER S., et al.- Personal Constructs, Threat and Attitudes Toward Death.
Omega, 5 : 4, pp. 299-310, 1974.
- 58- KUBLER-ROSS E.- Les derniers instants de la vie. Labor et Fides, 1975.
- 59- KUBLER-ROSS E.- La mort dernière étage de la croissance. Ed. Québec/Amérique
1977.
- 60- KUBLER-ROSS E.- Questions et Réponses sur les derniers instants de la vie.
Ed. Labor et Fides. Genève, 1977.
- 61- LATI RIMPOCHE et HOPKINS J.- La mort, l'état intermédiaire et la renaissance
dans le bouddhisme Tibétain. Ed. Dharma, 1980.
- 62- LAMY M.- L'humanisation de la mort. Ann. Anesth. Franç. 3, 1980, pp 313-314.
- 63- LARCAN A., LAPRENOTE M. C., HEUILLY et MONIN P.- Diagnostic actuel de la mort
clinique chez l'adulte et le nouveau-né. Revue du Praticien, 1982,
32, pp. 1775-1814.

- 64- LUKIANOWICZ N.- Body Image disturbances and psychiatric disorders. Brit. J. Psychiatry. 113 : 31-47, 1967. Cité par TWEMLOW et al. réf. 34.
- 65- LUKIANOWICZ N.- Autoscopic phenomena. Amer Arch. Nerv. and Psychiatry. 80 : 199-220, 1958.
- 66- MAC DONAGH J.- Bibliotherapy With Suicidal Patients. Article présenté à l'American Psychological Association Convention. New-York, Septembre 1979.
- 67- MARTIN E., JUNOD J. P.- Précis de gériatrie. Masson (Paris), Huber (Berne), 1973.
- 68- MEARES R. A.- On Saying Good-bye Before Death. Jama, Sept. 11, 1981. Vol. 246, n° 4. 1227-1229.
- 69- MELGES F. T., TINKLENBERG JR, DEARDORFF M. et al.- : Temporal disorganization and delusional - like ideation : processes induced by hashish and alcohol. Arch. Gen. Psychiatry 30 : 855-861, 1974.
- 70 - MOODY R.- La vie après la vie. R. Laffont, 1977.
- 71- MOODY R.- Lumières nouvelles sur la vie après la vie. Robert Laffont, 1978.
- 72- MOODY R.- Commentary on "the Reality of Death Experiences". A personal Perspective by Ernst Rodin. J. Ner. Ment. Dis. Vol. 168, n° 5, p. 264-265, 1980.
- 73- NEGOVSKY A. V.- Reanimatology. Crit. care. Med. 1982, vol. 10, n° 2, p. 130-133.
- 74- NEMIAH J. C.- Depersonalization neurosis. "Comprehensive Text book Of Psychiatry II". in Freedman A., Kaplan H., and Sadock B. (Eds). Williams and Wilkers, Baltimore , 1975. Cité par Twemlow et al. réf. 34.
- 75- NOYES R. Jr.- The care and Management of the Dying. Arch. Intern. Med., Vol. 128, August 1971. 299-303.
- 76- NOYES R. Jr., M. D. and KLETTI R.- "the Experience of Dying from Falls". Omega. Vol. 3 : 45-52, 1972.
- 77- NOYES R. Jr.- "The Experience of Dying". Psychiatry 35 : 174-84. Mai 1972.
- 78- NOYES R. Jr. and KLETTI R.- Depersonalization in the face of life - threatening danger : a description, Psychiatry 39 : 19-27, 1976.
- 79- NOYES R., KLETTI R.- : Depersonalization in the face of life - threatening danger : on interpretation. Omega 7 : 103-114, 1976.
- 80- NOYES R. Jr., BRUNK S. Fr., AVERY D. H., CANTER A.- "Psychologic Effects of Oral Delta - 9 - Tetrahydrocannabinol in Advanced Cancer Patients". Comprehensive Psychiatry, Vol. 17, n° 5, p. 641-646, 1976.
- 81- NOYES R. Jr. and KLETTI R. : Depersonalization in Response to life - Threatening Danger. Comprehensive Psychiatry. Vol. 18, n° 4, p. 375-384. (July-August), 1977.
- 82- NOYES R. Jr., HOENK D., KUPERMAN S. et al.- Depersonalization in accident victims and psychiatric patients. J. Nerv. Ment. Dis. 1977. 164/6. p. 401-407.
- 83- NOYES R. Jr. et KLETTI R.- "Panoramic Memory : A response to the threat of death". Omega. Vol. 8 (3), 1977. p. 181-94.
- 84- NOYES R. Jr.- Attitude Change Following Near-Death Experiences. Psychiatry. Vol. 43, p. 234-242. August 80.

- 85- OSIS K., HARALDSSON E.- Death bed observations by physicians and nurses. A cross cultural Survey, Journal of American Society for psychical Research (A. S. P. R.) Vol. 71, 3 : p 237-259. Juillet 77.
- 86- OSIS K., HARALDSON E.- Ce qu'ils ont vu... Au Seuil de la mort. Ed. du Rocher, 1982.
- 87- PALMER J. et VASSAR C.- ESP and Out-of the Body experiences : an explanatory study. J. of the Am. Soc. for Psychical Res. Vol. 68 n° 3 p. 257-81.
- 88- PALMER J.- A community mail survey of Psychic experiences. J. of the Am. Soc. for Psychical Res. Vol. 73 n° 3, 1979, p. 221-53.
- 89- PERROTTI N.- Aperçus théoriques de la dépersonnalisation. Rev. Fr. Psychanalyse. 24, 4-5, p. 365-412, 1960.
- 90- PFISTER O.- "Schockdenken und Shock Phantasien bei höchster Todes Gefahr". Internat. Z. Psychoanal., 1930, 16, p. 430-55. Cité par GROF, réf.42.
- 91- PLATON.- Le mythe d'Er. République, Vol. X. Garnier-Flammarion 1966.
- 92- POULAIN A (S. J.)- Des grâces d'oraison. Traité de théologie mystique. Beauchesne. Paris. 1931.
- 93- RAWLINGS H.- Au-delà des portes de la mort. Ed. Pygmalion. Paris 1979.
- 94- RICHARDSON G. E., Ph. D.- The life after-Death Phenomenon, J. of School Health, 49/8, p. 451-53. 1979.
- 95- RING K., Commentary on "The Reality of Death Experiences : A personal perspective" by Ernst Rodin. J. Ner. Ment. Dis. Vol. 168, n° 5, p. 273-274, 1980.
- 96- RING K., FRANKLIN S.- Do Suicide Survivors Report near death experiences ? Omega 1981, vol. 12. n° 3, p. 191-208.
- 97- RING K.- Sur la frontière de la vie. Laffont 1982.
- 98- RODIN E. A.- "The Reality of Death Experiences : A Personal Perspective". J. Nerv. Ment. Dis. 168, 1980, p. 259-63.
- 99- ROGO D. S.- Parapsychology : its contributions to the study of death. Omega vol. 5 n° 2, 1974, p. 99-113.
- 100- ROSEN D. H.- Suicide Survivors. Psychotherapeutic Implications of Egocide Suicide and Life threatening. Behavior 6, 1976, pp. 209-15.
- 101- ROSEN D. H.- Suicide Survivor. West. J. Med. 122, 1975. p. 289-94.
- 102- ROTH M., and HARPER M.- "Temporal lobe epilepsy and the phobic anxiety-depersonalization syndrome. Comprehensive Psychiatry, 3 : 1962. p. 215-26.
- 103- SABOM M. B., and KREUTZIGER S.- Near-death experiences. J. Florida M. A./ Vol. 64, 9 : September, 1977. p. 648-50.
- 104- SABOM M.- Commentary on "The Reality of Death Experiences : A Personal Perspective" by Ernst Rodin. J. Ner. Ment. Dis. Vol. 168, n° 5, 1980. p. 266-67.
- 105- SABOM M.- Souvenirs de la mort. Laffont 1983.

- 106- SCHOONMAKER F. cité in AUDETT J.- Denver Cardiologist discloses findings after 18 years of Near - Death Research. *Anabiosis*, 1. 1979. p. 1-2.
- 107- SCHNAPER N.- Comments Germane to the paper entitled "The Reality of Death-Experiences by Ernst Rodin. *J. Nerv. Ment. Dis.* 168 pp. 268-270. 1980.
- 108- SCHNAPER N.- and COWLEY K. A.- Overview. Psychiatric sequelae to multiple trauma. *Am. J. Psychiatry.* 133 : 883-890. 1976.
- 109- SCHNETZLER J. P.- La Logique Bouddhique et le Rêve. *Cahiers de Psychologie Jungienne* n° 23. 1979. p. 41-52.
- 110- SELINSKY H.- Depersonalization and derealization : Review of present day concepts. *J. Hillside Hosp.*, 17 : 1968, p. 306-16. Cité par TWEMLOW et al. Ref. 34.
- 111- SHAPIRO S. H.- Depersonalization and daydreaming - a pattern of disturbance in the sense of reality. *Bull. Menninger Clin.* 42 : 4, 1978, p. 307-20.
- 112- STEVENSON I.- "Some implications of parapsychological research on survival after death". *Proceedings of the American Society for psychical Research.* 28, 1969, p. 18-35.
- 113- STEVENSON I.- Research into the evidence of man's survival after death. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1977. 165 (3). p. 152-170.
- 114- STEVENSON I.- Commentary on "The Reality of Death Experiences : A personal perspective". by Ernst Rodin. *J. Nerv. Ment. Dis.* Vol. 168, n° 5, 1980. p. 271-72.
- 115- STOLOROW R. D.- Defensive and arrested developmental aspects of death anxiety, hypochondriasis and depersonalization. *Int. J. Psychoanal.* 60, 201, 1979, p. 201-13.
- 116- STUART W., TWEMLOW M. D., GUEN O., GABBARD M. D., and FOWLER C., JONES ED. D.- The out of body experience : a phenomenological typology based on questionnaire responses. *Am. J. Psychiatry* 139, 4, April 1982. p. 450-455.
- 117- SUDRE R.- *Traité de parapsychologie.* Payot. 1978.
- 118- TART Ch. T. A.- A psychophysiological study of out - of the body experiences in a selected subject. *Journ. American Soc. Psychic. Res.* 1968, 62, p. 3-27.
- 119- TART Ch. T. A.- *Altered states of consciousness.* Willy and Sous, New-York 1969.
- 120- TWEMLOW M. D., GABBARD M. D.- Out of the body experience and migraine. *Am. Journ. Psychiat.* 139 : 10, October 82.
- 121- VAN EEDEN F.- A study of dreams. *Proc. Soc. Psychol. Res.*, 26, 1913, pp. 431-61. Repris in : Tart C. ref. 119 (trad. part. : "L'énigme des rêves lucides". *Question de*, n° 8. p. 66-67).

- 122- VEATCH R. M.- Defining Death, the role of Brain function. Jama, vol. 242, n° 18, nov. 2, 1979, p. 2001-02.
- 123- VIGOUROUX M.- Colloque sur les états frontières entre la vie et la mort. "Marseille Chirurgical" 18ème année, n° 1. Janv. Fév. 1966. Expansion Editeurs.
- 124- VITOUX P.- Entre la vie et la mort. La Vie Médicale "magazine". Nov. 82. p. 29-30.
- 125- VOJTECHOWSKY M.- Intrapsychic Phenomena of Borderline States between life and death. Cesk. Psychiat., 76, 1980. C2, p. 102-07.
- 126- VON FRANZ M. L.- Experiences archétypiques à l'approche de la mort. Cahiers de psychologie Jungienne n° 34. p. 59-79.
- 127- WHITE R. L. et LIDDON S. C.- "Ten Survivors of Cardiac Arrest. Psychiatry
128- in Medecine, 1972 : 3. p. 219-25.
- 129- WHITEMAN J. H. M., Ph. D.- The process of separation and return in experiences fully "out of the body". Proc. Soc. Psych. Res., vol. 50, May 1956. p. 240-74.
- 130- WILLER J. C., DEHEN H., CAMBIER J.- Analgésie provoquée par le stress. Nouv. Presse Médicale, n° 18, avr. 1982, p. 1389-91.
- 131- ZUBEK J. P. (ed).- Sensory deprivation (fifteen years of). New-York : Appleton-Century-Crofts, 1969.

