

2018-2019

THÈSE

pour le

DIPLOÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE GENERALE

**Répercussions négatives
des Expériences de Mort
Imminente**

Déterminer la prévalence de syndrome dépressif et de syndrome de stress post traumatique après une EMI.

ROUX Ludivine

Née le 06 juillet 1989
A Talence (33)

Sous la direction de Monsieur le Docteur LALLIER François

Membres du jury

Madame le Professeur GOHIER Bénédicte	Présidente
Monsieur le Docteur LALLIER François	Directeur
Monsieur le Professeur GARNIER François	Membre
Monsieur le Professeur CAILLIEZ Eric	Membre
Monsieur le Docteur BERTRAND Hugues	Membre

Soutenue publiquement le :
Mardi 26 Novembre 2019

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée ROUX Ludivine
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **01/10/2019**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie :

Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologue ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine

DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine

FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDreau Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education	Pharmacie
TANGUY-SCHMIDT Aline	Thérapeutique	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Médecine Générale	Médecine
	Pneumologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

PAST

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie

ATER

FOUDI Nabil	Physiologie	Pharmacie
KILANI Jaafar	Biotechnologie	Pharmacie
WAKIM Jamal	Biochimie et chimie biomoléculaire	Médecine

AHU

BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
CHAPPE Marion	Pharmacotechnie	Pharmacie
LEBRETON Vincent	Pharmacotechnie	Pharmacie

CONTRACTUEL

VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie
------------------	------------------	-----------

REMERCIEMENTS :

Par ces quelques mots, je tiens à remercier toutes celles et ceux qui m'ont soutenue dans ce travail et plus particulièrement :

A Madame le Professeur Bénédicte GOHIER

qui m'a fait l'honneur de présider cette thèse. Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à ce sujet particulier et vous suis reconnaissante pour le temps que vous y consacrez malgré votre charge de travail importante.

A Monsieur le Docteur François LALLIER

Je te remercie d'avoir accepté sans hésitation la direction de cette thèse alors même que nous ne nous connaissions pas. Tu as été le premier à qui j'ai parlé de mon projet de thèse sur ce sujet si vaste et si passionnant !

Tu m'as encadrée tout au long de ces deux ans et demi de thèse. Tu m'as aidée à passer les obstacles que nous rencontrions sur le chemin et tu m'as fait partager tes brillantes intuitions. Pour cela, je t'en suis très reconnaissante. Je te remercie également pour ta gentillesse, ta disponibilité permanente, ta rigueur et pour le soutien si précieux que tu m'as prodigué.

A Madame le Docteur Charlotte MARTIAL et toute l'équipe du Professeur Stevens LAUREYS

J'ai de la gratitude envers vous et votre équipe pour m'avoir permis de réaliser une étude scientifique à vos côtés. Je vous remercie de m'avoir offert l'accès à votre base de données sans laquelle mon travail n'aurait pas été réalisable ! Un grand merci Charlotte pour ta disponibilité et ton aide scientifique !

A Messieurs les Docteurs François GARNIER et Eric CAILLIEZ

Je vous remercie d'avoir accepté tous les deux de faire partie de mon jury de thèse malgré vos nombreux engagements facultaires. Je tiens également à vous remercier pour votre engagement si précieux auprès de nous tout au long de nos trois années de formation. Je garderai de merveilleux souvenirs de mon internat angevin.

A Monsieur le Docteur Hugues BERTRAND

Je te remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury. J'en suis profondément touchée. J'ai découvert, en tant qu'interne, la médecine générale à tes côtés. Ces six mois ont été très riches humainement et professionnellement. Tu représentes à mes yeux le médecin de famille par excellence et ton témoignage m'a confirmé que la médecine générale était le plus beau métier du monde !

Aux patients de cette étude

Je les remercie pour la gentillesse avec laquelle ils m'ont accueillie et la confiance qu'ils m'ont témoignée en me relatant leur histoire très personnelle.

A Monsieur le Docteur Jérémie RIOU

Je vous remercie pour votre aide dans la réalisation de mes statistiques.

A mes parents

qui m'ont donné la vie. Pendant mon enfance et ces douze longues années d'étude, vous avez toujours cru en moi. Vous avez été présents, réconfortants et d'un soutien infaillible lors des moments difficiles.

Vous m'avez transmis beaucoup de valeurs telles que le courage et la persévérance afin de donner le meilleur de moi-même. Cela a porté ses fruits !

Je ne peux que vous témoigner mon immense gratitude.

Cette thèse est l'aboutissement de ces études ouvrant à un magnifique métier! Elle vous est dédiée.

A Papy Dédé

mon grand père que j'aimais tant, décédé des suites d'une erreur médicale, qui m'a certainement, de manière inconsciente, donné l'envie de faire ce métier pour tenter de réparer cette erreur...

A ma famille et amis de la famille

Vous avez toujours suivi mon avancée. J'ai senti votre réconfort et votre soutien, je vous en remercie et vous en suis très reconnaissante.

A mes amis proches

Vous m'avez toujours soutenue dans mes études et m'avez permis de m'évader de mes montagnes de livres. Je vous remercie pour votre amitié et tous les beaux moments de qualité que nous partageons ensemble.

A mes amis angevins

par qui j'ai été chaleureusement accueillie. Grâce à vous, j'ai passé trois années formidables en terre angevine ! Angers restera ma ville d'adoption !

A mes coexternes bordelais et cointernes angevins

Je vous remercie pour ces belles années d'études passées à vos côtés et nos longues discussions médicales que nous ne pouvions avoir qu'entre nous et qui nous permettaient de décompresser !

A mes professeurs bordelais

grâce à qui j'ai découvert et appris la médecine, je vous remercie pour ces belles années de découverte sur les bancs de la fac et dans les différents services. Malgré la charge de travail, j'avais toujours cette flamme intérieure qui me faisait briller les yeux lorsque je découvrais un nouveau service.

Aux différents services dans lesquels je suis passée en tant qu'interne, je vous remercie pour votre accueil qui a toujours été très chaleureux. Je vous exprime ma reconnaissance. Je tiens à remercier particulièrement le service de Cardiologie de Saumur (du Docteur Florine Valliet), par lequel j'ai pu découvrir le statut d'interne de manière sereine grâce à la bienveillance, le professionnalisme et la gentillesse de l'équipe.

La vie est beauté, admire-la.

La vie est félicité, profites-en.

La vie est un rêve, réalise-le.

La vie est un défi, relève-le.

La vie est un devoir, fais-le.

La vie est un jeu, joue-le.

La vie est précieuse, soigne-la bien.

La vie est richesse, conserve-la.

La vie est amour, jouis-en.

La vie est un mystère, pénètre-le.

La vie est tristesse, dépasse-la.

La vie est un hymne, chante-le.

La vie est un combat, accepte-le.

La vie est une tragédie, lutte avec elle.

La vie est une aventure, ose-la.

La vie est bonheur, mérite-le.

La vie est la vie, défends-la.

Sainte Mère Teresa de Calcutta.

Liste des abréviations

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME

INTRODUCTION

METHODES

RESULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

RESUME

ROUX Ludivine

Répercussions négatives des Expériences de Mort Imminente

Thèse d'exercice. Spécialisation « Médecine Générale ». Angers, 2019.

Introduction : Les conséquences négatives des Expériences de Mort Imminente (EMI) demeurent peu étudiées. Notre étude avait pour but de déterminer rétrospectivement la prévalence des épisodes dépressifs et de Syndromes de Stress Post Traumatiques (SSPT) après une EMI et d'identifier d'éventuels facteurs prédictifs.

Méthode : Il s'agissait d'une étude quantitative, descriptive et analytique unicentrique à partir de la base de données du Coma Science Group de Liège portant sur la période de janvier 2008 à décembre 2018. Les patients ayant vécu une EMI durant cette période ont été interrogés. Leurs caractéristiques socio-démographiques et médicales ont été recueillies. L'échelle de dépression HAD, l'échelle diagnostique MINI pour le SSPT et l'échelle SF12 pour la qualité de vie leur ont été soumises.

Résultats : Sur 33 patients, dont l'âge moyen lors de l'interrogatoire était de 52 ± 16 ans [24-83], 14 (42,4%) ont vécu un épisode dépressif et 3 (9,1%) ont vécu un SSPT après l'EMI. Les variables associées à une augmentation d'épisodes dépressifs étaient l'anxiété, la prise d'anxiolytiques, l'antécédent d'épisode dépressif avant l'EMI, la sensation d'avoir vécu la mort durant l'EMI, la mauvaise qualité de vie mentale et sociale, la souffrance au travail et les violences subies (physique, psychique et sexuelle).

Conclusion : Près de la moitié des expérienteurs (terme employé pour nommer une personne ayant vécu une EMI) de notre échantillon avait vécu un épisode dépressif après son EMI. Même si cette proportion est non négligeable nous ne pouvons conclure que l'EMI est un facteur de risque d'épisode dépressif. Il en est de même pour le SSPT après EMI qui représente 9% de notre échantillon soit plus du double de la population générale. En revanche, la sensation d'avoir vécu la mort durant l'EMI paraît être un facteur prédictif d'épisode dépressif indépendamment de la mise en jeu du pronostic vital.

Mots clés : Mort ; Troubles de stress post-traumatique ; Dépression

INTRODUCTION :

Les expériences de mort imminente sont vécues et décrites depuis l'Antiquité (peinture rupestre datant de l'homme des cavernes...)(1). Ce n'est qu'en 1892 que l'expression « mort imminente » a été formulée pour la première fois par l'alpiniste suisse Albert Heim, lui-même expérienteur (terme employé pour nommer une personne ayant vécu une EMI) (2). Nous devons le terme actuel d'« expérience de mort imminente » au philosophe et épistémologue français Victor Egger (2).

Le Dr Raymond Moody est le premier à structurer le contenu des expériences de mort imminente : caractère ineffable, sensation de paix et de calme, décorporation (sortie hors du corps), espace obscur, perception d'un environnement irréel, rencontre et communication avec des personnes décédées, brillante lumière ou être lumineux, vision panoramique du passé, intuitions ou images de l'avenir, perception d'une frontière et retour conscient dans le corps (3). Grâce à son best seller « La vie après la vie », le Dr Raymond Moody va également populariser l'expression en anglais « Near-Death Experience », ce qui va finalement déclencher l'étude scientifique du phénomène (4).

La plupart des expérienteurs ne vivent pas tous ces éléments et l'ordre de déroulement est variable (5). Pour dire qu'une personne a réalisé une EMI, il faut que son score sur l'échelle de Greyson soit $\geq 7/32$ (6).

Cette échelle comporte 16 items regroupant 4 thèmes : cognitif, affectif, paranormal et transcendental. Chaque item présente 3 options permettant de classer chaque élément comme étant « fortement présent » (score de 2), « légèrement présent » (score de 1) ou « absent » (score de 0). C'est l'outil validé le plus largement utilisé pour identifier et caractériser la richesse des EMI en recherche (2,7).

Nous estimons que 4 à 5% de la population mondiale a déjà vécu une EMI (3,7-9).

Par conséquent, en France, les EMI ne sont pas rares dans une patientèle de médecine générale. Selon l'étude du Dr Lallier, 4% des patients consultant en médecine générale a vécu une EMI et plus d'une personne majeure sur 10 a déjà vécu une EMI ou une Expérience Hors du Corps (EHC) (9). Dans l'EHC, le sujet a l'impression que son « soi », ou le centre de sa conscience, est situé à l'extérieur de son corps physique. Il peut alors avoir la sensation de flotter, de voyager vers des lieux lointains et d'observer son corps.

Nous estimons également à 18% la fréquence de personnes ayant fait une EMI post arrêt cardio-respiratoire (10) et à 20% des tentatives de suicide manquées (3). Les circonstances de survenue des EMI sont très diverses. Plus fréquentes après une grave atteinte des fonctions cérébrales, elles peuvent également survenir sans cause médicale apparente (3).

Beaucoup d'hypothèses ont été avancées afin de tenter d'expliquer l'origine des EMI. Parmi les diverses théories, il y a les théories médicales « intra-cérébrales » et les théories physiques « extra-cérébrales ».

Concernant les théories médicales « intra-cérébrales », diverses explications sont données : l'hypoxie, l'hypercapnie, le blocage des récepteurs N-Méthyl-D-Aspartate (NMDA), la sécrétion d'endorphine ou de substance endogène ayant un effet similaire à la Diméthyltryptamine (DMT), l'activité électrique des lobes temporo-pariétaux (11-20). Cependant, aucunes ne permettent à elles seules de comprendre l'ensemble des éléments composant les EMI (3). En opposition, il y a les théories physiques extra cérébrales basées sur la physique quantique. Elles font l'hypothèse d'une conscience extra-cérébrale, « délocalisée » touchant les consciences d'autres individus qui constituerait ensemble une conscience partagée. Le Dr Charbonier a émis l'hypothèse d'une « conscience intuitive » qui serait extra-cérébrale et autonome (21). Pour les adeptes de cette théorie, la conscience agirait comme « émetteur-récepteur » d'une conscience extracorporelle (10). Néanmoins, à ce jour, aucune preuve scientifique n'appuie ces théories.

Concernant les conséquences des EMI, ces dernières sont responsables de changements comportementaux importants. Ces changements peuvent être positifs (diminution de la peur de mourir, vision moins matérialiste...)(10,22,23). En se basant essentiellement sur la sensation de paix et de bien être, les croyances populaires mettent l'accent sur les conséquences bénéfiques des EMI. Mais il n'est pas rare que les expérenceurs ressentent une détresse suite au vécu particulièrement intense, ineffable et encore inexpliqué de leur expérience. Des symptômes de stress post traumatisques ont été décrits (24). Selon le DSM-5 (25), le SSPT est une réaction spécifique qui peut se développer suite à l'exposition à un ou des événements traumatisques. Il comporte 4 types de symptômes : la reviviscence (souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement, cauchemars, flash-back...), l'évitement (évitement des souvenirs, sentiments, personnes, lieux ou activités rappelant le traumatisme) persistant dans le temps, les cognitions et l'humeur négatives, l'hyperréactivité. Le diagnostic d'état de stress post-traumatique peut être posé à partir de 1 mois après l'exposition à l'événement traumatisque.

Les expérenceurs n'osent majoritairement pas en parler et demander de l'aide. Leur vision de la vie change et ils décrivent une peur d'être exclus ou incompris (22). La plupart du personnel soignant n'est pas formé à cela et reste assez distant face à ce sujet. Les patients ne se sentent donc pas en confiance pour exprimer librement ce qu'ils ont vécu et confient rarement leur récit, vivant ainsi seul avec leur EMI (3).

Cela peut aboutir à de véritables syndromes dépressifs (26).

Même s'ils ont été décrits de façon anecdotique, aucune étude rigoureuse n'a encore étudié la fréquence de syndrome dépressif, de Syndrome de Stress Post Traumatique (SSPT) post EMI ni décrit la qualité de vie des expérenceurs.

Cette étude avait donc pour objectif de déterminer de façon rétrospective la fréquence de syndrome dépressif et de SSPT chez les patients en post EMI. L'objectif secondaire était d'identifier des facteurs prédisposant au syndrome dépressif en post EMI et d'évaluer la qualité de vie afin d'en dégager une ligne pouvant aider au repérage des expérienteurs à risque.

METHODE :

Il s'agissait d'une étude rétrospective quantitative, descriptive et analytique, unicentrique, à partir de la base de données de témoignages du Coma Science Group de Liège. Un délai maximal de 10 ans entre EMI et interview a été choisi afin de limiter les biais de mémorisation. Ont été inclus dans l'étude tous les patients majeurs au moment de l'entretien et ayant vécu une EMI entre janvier 2008 et décembre 2018 (\geq à 7/32 sur l'échelle de Greysen). Un entretien téléphonique était réalisé après accord oral des patients. Ont été exclus de l'étude les patients n'ayant pas pu être interrogés (patients injoignables, refusant de répondre au questionnaire, ayant une barrière de la langue ou porteurs d'une pathologie psychiatrique invalidante ou démentielle). Ils étaient dépistés par la cohérence de leur discours lors de l'entretien d'une durée d'1h30 en moyenne et par un questionnement sur leurs antécédents psychiatriques et médicamenteux. Un questionnaire, réalisé sur Lime Survey®, leur a été présenté. Il était composé de questions rétrospectives sur des caractéristiques avant et après leur EMI, regroupées en 2 catégories : données socio démographiques (âge, sexe, catégorie socioprofessionnelle, religion et pratique religieuse, statut marital), et données médicales (antécédents d'épisode dépressif, d'anxiété, prise de psychotropes, période de chômage, violence psychologique, physique ou sexuelle, étiologie de leur EMI, éventuelle perte de conscience et ressenti lors de l'EMI). Une EMI était

considérée comme négative quand les expérienceurs décrivaient un ressenti négatif de leur EMI.

Puis leur ont été soumises l'échelle de dépression HAD, l'échelle diagnostique MINI pour le SSPT et l'échelle SF12 pour la qualité de vie.

L'échelle HAD permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (score A) et 7 autres à la dimension dépressive (score D). Ces deux scores sont indépendants et ont chacun un total de 21 points. Un score entre 8 et 10 conduit à définir une symptomatologie douteuse, un score \geq 11 : une symptomatologie certaine.

Avant l'EMI, un épisode dépressif a été défini par une réponse positive au questionnaire (réponse positive à la prise d'antidépresseur ou à l'existence d'un épisode dépressif). Après l'EMI, un épisode dépressif a été défini soit par le questionnaire, soit par un score \geq 8 sur l'échelle HAD-D (27).

L'échelle diagnostique MINI est une échelle d'autoévaluation du SSPT comprenant 14 questions fermées dont la réponse attendue est « OUI » ou « NON ». Etait considéré comme événement traumatisque leur EMI. Si, au cours du dernier mois écoulé, ils pensaient, rêvaient ou revivaient péniblement cet événement, leur était posé 6 questions sur leur quotidien. S'il y avait au moins 3 « OUI », leur était posé 5 questions concernant leur nervosité. S'il y avait au moins 2 « OUI », et qu'ils étaient gênés dans leur vie quotidienne, ils étaient atteints de SSPT.

L'échelle SF12 est une échelle d'autoévaluation de la qualité de vie, comprenant 12 items, construite à partir de l'échelle SF-36. Elle permet le calcul de deux scores mesurant la qualité physique et mentale. Après standardisation des valeurs par une formule (cf annexe), l'interprétation des résultats a été la suivante : >49 : bonne qualité de vie, 40-49: plutôt bonne, 30-39: plutôt mauvaise, <30: mauvaise (28).

Sur le plan statistique, des analyses descriptives et des analyses univariées ont été réalisées.

Les variables quantitatives ont été décrites sous forme de moyenne et d'Ecart Type (ET), les variables catégorielles sous forme d'effectif et de pourcentage. La relation entre la survenue d'un épisode dépressif et chacune des caractéristiques des patients a été réalisée par le calcul de fréquences. Une autre analyse univariée a été réalisée pour comparer différentes variables survenues avant et après leur EMI.

Les variables étaient quantitatives et indépendantes. Un test exact de Fisher pour données appariées a été utilisé. Pour l'ensemble de ce test, un degré de signification (p) < 0,05 était considéré comme statistiquement significatif. Toutes les analyses ont été réalisées avec l'outil BiostaTGV et XLSTAT.

Les moyennes et Ecarts Type ont été calculés avec le tableur Excel.

L'Ecart Type permet de calculer la dispersion d'un ensemble de valeurs par rapport à la moyenne de ces valeurs.

L'étude a été validée par le comité d'éthique du CHU de Liège, conformément à la législation Belge qui s'appliquait à notre échantillon. Il n'y avait aucun conflit d'intérêt.

RESULTATS :

L'échantillon du Coma Science Group comportait 289 témoignages d'expérenceurs. Ont été exclus 239 patients car plus de 10 ans s'étaient écoulés depuis leur EMI. Aucun patient n'a été exclu pour pathologie psychiatrique invalidante ou démentielle. Parmi les 50 patients, 3 ont refusé de répondre et 14 sont restés injoignables.

L'étude a donc porté sur 33 personnes dont l'âge moyen lors de l'interrogatoire était de 52 ± 16 ans [24-83]. L'âge moyen lors de l'EMI était de 47 ± 16 ans [19-75]. Il y avait 36% d'hommes et 64% de femmes.

L'interrogatoire de ces personnes a eu lieu en moyenne 5 ± 2 ans [2-10] après leur EMI.

Nous avons classé les EMI en 2 groupes : les EMI « vraies » causées par des pathologies médicales et les EMI-SDM (Sans Danger de Mort) qui étaient provoquées par des événements sans mise en jeu du pronostic vital. Les autres caractéristiques de la population sont présentées dans les tableaux I et III.

Tableau I : Caractéristiques médicales et démographiques des expérienteurs

	N (=33)	%
Sexe féminin	21	64
Age moyen lors de l'EMI Moyenne ± ET [Intervalle min-max]	47±16 [19-75]	
Echelle de Greyson Moyenne ± ET [Intervalle min-max]	16 ± 5 [7-25]	
Etiologie		
EMI « vraies »	19	57,6
Arrêt cardiaque	9	27,3
Anesthésie/chirurgie	2	6,1
Autre cause médicale*	8	24,2
EMI-SDM**	14	42,4
Au cours du sommeil	2	6,1
Méditation	2	6,1
Choc émotionnel, tensions psychologiques	2	6,1
Asthénie importante	3	9,1
Substances psychoactives***	3	9,1
Orgasme	1	3,0
Douleurs importantes	1	3,0
EMI négative	8	26,4
Episode dépressif vécu avant l'EMI	12	36,4

* Autre cause médicale : hémorragie digestive, bradycardie extrême, agression physique et sexuelle violente conduisant au coma, périctonite avec septicémie, hypertension intra-crânienne, neurinome de l'acoustique ayant entraîné le coma, surdosage de neuroleptiques et d'anti-épileptiques.

**EMI-Sans Danger de Mort : provoquée par des événements ne mettant pas la vie en danger.

***Toxiques, morphine à faible dose (10 mg), alcool. Toutes ces substances ont été prises en faible quantité donc sans mise en jeu du pronostic vital ni consultation médicale.

Les résultats des échelles évaluées après EMI sont présentés dans le tableau II.

Quatorze épisodes dépressifs (3 hommes sur 12 (25%) contre 11 femmes sur 21 (52%), p= 0,160) ont été répertoriés après EMI dont 8 (57%) avaient déjà vécu un épisode dépressif avant EMI. Onze épisodes dépressifs ont été diagnostiqués par le questionnaire, 3 par l'échelle HAD-D, 7 par prise d'antidépresseurs.

Tableau II : Fréquences des répercussions psycho-comportementales étudiées après EMI

	Après EMI N=33	%
Episode dépressif *	14	42,4
Anxiété (HAD A)	7	21,2
SSPT	3	9,1
Qualité de vie Physique bonne	14	42,4
Qualité de vie Mentale et Sociale bonne	16	48,5

*Episode dépressif défini après EMI par prise d'antidépresseur et/ou réponse positive au questionnaire et/ou Echelle HAD D positive.

Le tableau III présente les résultats de l'analyse comparative avant et après EMI sur les variables professionnelles, sociales, religieuses et médicales. Aucune différence significative n'a été retrouvée à l'exception de la religion où l'on observait une majoration de la croyance en « une énergie, un univers, une nature transcendante » après EMI.

Tableau III : Comparaison de variables socio-démographiques et médicales avant et après EMI.

	Avant EMI N=33 (%)	Après EMI N=33 (%)	p
Variables SOCIO DEMOGRAPHIQUES			
Catégories Socio-professionnelles			
Actifs	22 (66,7)	14 (42,4)	
Retraités	5 (15,2)	6 (18,2)	
Etudiants	4 (12,1)	2 (6,1)	
Sans emploi	2 (6,1)	7 (21,2)	
Invalides	0 (12,1)	4 (12,1)	
Statuts			
Célibataire	3 (9,1)	7 (21,2)	
En couple	25 (75,8)	20 (60,6)	
Séparé, divorcé	4 (12,1)	4 (12,1)	
Veuf	1 (3,0)	2 (6,1)	
Religions			
Monothéiste (%)	13 (39,4)	9 (27,3)	
Athée	10 (30,3)	6 (18,2)	
Agnostique	8 (24,2)	5 (15,2)	
Energie, vie, nature	2 (6,1)	13 (39,4)	
Pratique religieuse			
Hebdomadaire	2 (6,1)	4 (12,1)	
Intermittente	5 (15,2)	4 (12,1)	
Aucune	26 (78,8)	25 (75,8)	
Variables MEDICALES			
Anxiolytiques			
Anxiété (HAD A)	10 (30,3)	10 (30,3)	1
Episode dépressif *			
Souffrance au travail	12 (36,4)	14 (42,4)	0,801
Maladies graves mettant en jeu le pronostic vital			
Violences subies (physique, psychique, sexuelle)	13 (39,4)	8 (24,2)	0,290
Qualité de vie Physique bonne		14 (42,4)	1
Qualité de vie Mentale et Sociale bonne		16 (48,5)	0,789

*Episode dépressif défini avant EMI par : prise d'antidépresseur et/ou réponse positive au questionnaire.

Le tableau IV montre l'absence de différence significative entre les groupes EMI et EMI-SDM en terme d'épisode dépressif.

Tableau IV : Comparaison de la variable « Episode dépressif » en fonction des EMI vraies ou SDM.

	EMI « vraies » N=19 (%)	EMI-SDM N=14 (%)	p
Episode dépressif			0,538
Uniquement avant EMI	3 (15,8)	1 (7,1)	
Uniquement après EMI	3 (15,8)	3 (21,4)	
Avant et après EMI	3 (15,8)	5 (35,7)	

Le tableau V s'intéresse à l'influence des variables socio démographiques, culturelles et médicales sur la présence d'un épisode dépressif en post EMI. Une fréquence significativement plus importante dans le groupe dépression était observée pour les variables Anxiété, Anxiolytiques, Antécédent d'épisode dépressif avant l'EMI, Sensation d'avoir vécu la mort durant l'EMI, Mauvaise qualité de vie mentale et sociale, Souffrance au travail et Violences subies (physique, psychique et sexuelle).

Une analyse comparative supplémentaire a été menée pour vérifier l'influence des EMI « vraies » et EMI-SDM sur différentes variables telles qu'un épisode dépressif, l'anxiété après l'EMI, la prise d'anxiolytiques, la qualité de vie et le SSPT. Aucune différence significative n'a été constatée.

Notre échantillon comportait 8 EMI négatives (24%). Aucune différence statistiquement significative n'était retrouvée entre sensation d'avoir vécu la mort et ressenti négatif durant l'EMI ($p=0,57$).

L'analyse comparative entre ressenti négatif des EMI et présence d'un syndrome dépressif après EMI a été réalisée et n'a pas retrouvé de différence significative ($p=0,23$). Il en est de même pour la comparaison avec la présence d'un syndrome dépressif avant EMI ($p=0,67$).

Tableau V : Analyse comparative en fonction de la présence ou non d'un épisode dépressif après EMI.

	Episode dépressif N=14	Absence d'épisode dépressif N=19	p
Données SOCIO-DEMOGRAPHIQUES			
Sexe Féminin	9 (64)	12 (63)	1
Age lors de l'EMI			
Moyenne ± ET [Intervalle min-max]	43±14 [20-61]	50±16 [19-75]	
Catégories socio-professionnelles			
Actifs	6 (42,9)	8 (42,1)	0,339
Retraités	1 (7,1)	5 (26,3)	
Etudiants	1 (7,1)	1 (5,3)	
Sans emploi	5	2	
Invalides	1 (7,1)	3 (15,8)	
Statuts			
Célibataire	5 (35,7)	2 (10,5)	0,237
En couple	6 (42,9)	14 (73,7%)	
Séparé, divorcé	2 (14,3)	2 (10,5)	
Veuf	1 (7,1)	1 (5,3)	
Religions			
Traditionnelles	3 (21,4)	6 (42,9)	0,826
Athée	2 (14,3)	4 (21,1)	
Agnostique	3 (21,4)	2 (10,5)	
Energie, vie, nature	6 (42,9)	7 (36,8)	
Pratique religieuse			
Hebdomadaire	2 (14,3)	2 (10,5)	1
Intermittente	2 (14,3)	2 (10,5)	
Aucune	10 (71,4)	15 (78,9)	
Données MEDICALES			
Anxiété HAD A	6 (42,9)	1 (5,3)	0,025
Anxiolytiques	9 (64,3)	1 (5,3)	<0,001
Antécédent d'épisode dépressif avant EMI	8 (57,1)	3 (15,8)	0,023
Perte de conscience	8 (57,1)	10 (52,6)	1
EMI « vraies »	6 (42,9)	13 (68,4)	0,172
Sensation « d'avoir vécu la mort » durant l'EMI	7 (50)	3 (15,8)	0,049
EMI négative	4 (28,6)	4 (21,1)	0,695

Qualité de vie Physique			1
Bonne	6 (42,9)	8 (42,1)	
Plutôt bonne	3 (21,4)	4 (21,1)	
Plutôt mauvaise	3 (21,4)	5 (26,3)	
Mauvaise	2 (14,3)	2 (10,5)	
Qualité de vie Mentale et sociale			<0,001
Bonne	3 (21,4)	13 (68,4)	
Plutôt bonne	2 (14,3)	6 (31,6)	
Plutôt mauvaise	6 (42,9)	0	
Mauvaise	3 (21,4)	0	
Souffrance au travail	7 (50)	2 (10,5)	0,019
Maladies graves mettant en jeu le pronostic vital	3 (21,4)	4 (21,1)	1
Violences subies (physique, psychique, sexuelle)	6 (42,9)	2 (10,5)	0,047

DISCUSSION :

Notre étude était la première à s'intéresser à la fréquence des épisodes dépressifs en post EMI. Nous avons comptabilisé un épisode dépressif après EMI grâce à une positivité à l'interrogatoire et/ou une prise d'antidépresseurs et/ou une symptomatologie même douteuse sur l'échelle HAD. Sur les 3 patients ayant une symptomatologie douteuse / incertaine sur cette échelle HAD, 2 patients rapportaient avoir vécu un épisode dépressif après EMI et/ou avoir pris des médicaments antidépresseurs. Nous avions donc au maximum une seule personne surdiagnostiquée. Un épisode dépressif a été observé chez 42% des expérienceurs soit une prévalence de près de 2 fois supérieure à celle des populations générales française et belge [25% selon une étude de l'INSERM menée en 2010 et 12 à 19% selon une étude belge (29,30)]. La prévalence d'épisode dépressif paraissait encore supérieure à celle d'une population générale de réanimation (10 à 30% selon une étude de la société de réanimation en 2007)(31). Notre résultat était toutefois à pondérer du fait d'une prévalence d'épisode dépressif avant EMI plus importante que la population générale (36,4% vs 25%). Il a été démontré que le genre féminin est un facteur de risque d'épisode dépressif,

alors que les EMI surviennent indépendamment du genre (32,33). Malgré la surreprésentation féminine de notre étude, cela ne semblait pas être un biais car 27% d'hommes contre 50% de femmes ont présenté un épisode dépressif après EMI. Il y avait donc 2 fois plus de femmes atteintes, ce qui correspondait à la prévalence de la population générale (29).

L'objectif secondaire de notre étude était de dégager d'éventuels facteurs prédictifs d'épisode dépressif en post EMI. Un antécédent d'épisode dépressif avant EMI était plus fréquemment associé avec la présence d'un épisode dépressif après EMI. Cette donnée est en accord avec une étude de l'INSERM qui retrouvait que 50 à 80% des épisodes dépressifs dans la population générale récidivaient dans les 5 années suivantes (29). Dans notre étude, après EMI, 8 épisodes dépressifs sur 14 (57%) présentaient un antécédent du même type avant EMI. Ce résultat est en accord avec l'étude de l'INSERM. D'autres variables étaient également plus fréquentes dans le groupe épisode dépressif, comme la souffrance au travail et les violences subies. Elles sont déjà connues pour être des facteurs de risque de dépression (32). Cependant, la souffrance au travail pourrait être aussi une conséquence de l'EMI. En effet, les expérienteurs deviennent moins matérialistes ce qui peut amener à un changement de ressenti au travail (33). Quant aux violences subies, elles pourraient être une cause d'épisode dépressif plutôt qu'une répercussion de l'EMI. Les expérienteurs prennent plus conscience de la valeur de la vie, s'interrogent d'avantage sur le sens de celle-ci et sont plus dans la gratitude (33). Ces données ne semblent pas suggérer une augmentation des conflits. Nous n'avons toutefois pas questionné les expérienteurs sur le détail de ces violences. L'absence d'augmentation des divorces après EMI nous laisse penser que l'origine ne serait majoritairement pas conjugale. Cependant notre résultat est discordant avec d'autres études qui montrent une majoration des divorces après EMI (23,34). De plus il est démontré qu'une grande partie des femmes victimes de violences conjugales n'osent pas se

séparer de leur conjoint (35). D'autres études mériraient d'être réalisées afin d'explorer le lien entre EMI et violences conjugales.

La sensation d'avoir vécu la mort à l'occasion de l'EMI était trois fois plus importante dans le groupe épisode dépressif en post EMI alors que nous n'avons trouvé aucune différence significative entre épisode dépressif et mise en jeu du pronostic vital (EMI « vraie »).

La sensation d'avoir vécu la mort durant l'EMI paraîtrait être un facteur prédictif de dépression indépendamment de la mise en jeu du pronostic vital. Ce résultat vient corroborer celui d'une autre étude démontrant que le caractère « central » d'une EMI dans la vie d'une personne était plus lié à son contenu qu'à ses circonstances de survenue (39). De nombreuses expériences ressemblant à des EMI ont été décrites dans divers contextes non médicaux (et donc sans danger de mort) tels que la syncope, le chagrin intense, la méditation ou même spontanément sans cause identifiée (33-35). On parle alors d'EMI-SDM ou de « NDE like », ce qui représentait 36% de notre échantillon. Il est intéressant de constater que cette dichotomie n'influence pas la survenue d'un épisode dépressif.

Dans notre étude nous retrouvions 24% d'EMI négatives. Cette fréquence est plus importante que les 14% d'EMI négatives de l'étude du Dr Hélène Cassol et que celle d'une précédente étude qui est entre 1 et 10% (39,40). Dr H. Cassol retrouvait que le contexte psychologique autour des tentatives de suicide pourrait conduire plus facilement à des expériences négatives.

Notre étude ne corrobore pas ses conclusions car nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre le groupe « Episode dépressif avant l'EMI » et le fait d'avoir vécu une EMI négative.

De même, il n'y avait pas de différence significative entre la sensation d'avoir vécu la mort durant l'EMI et EMI négative. Le ressenti négatif d'une EMI ne paraît pas influencer la survenue d'un épisode dépressif en post EMI.

Il serait intéressant de sensibiliser les médecins généralistes ainsi que les équipes de réanimations-soins intensifs à l'existence des EMI afin qu'ils puissent interroger leur patient sur une éventuelle existence parmi leurs antécédents. Cela permettrait d'aider les patients à ne pas rester isolés car selon la littérature 50% de la famille et 25% des amis refusent d'écouter ou de comprendre le vécu de leur proche. Quant aux médecins, 85% réagissent négativement face aux récits d'EMI (41). Une plus grande sensibilisation de ce sujet par les médecins généralistes permettrait d'établir un cadre sécurisant de parole pour les patients dans lequel ils ne se sentirraient pas jugés. Cette prévention permettrait certainement d'éviter un isolement et des éventuels épisodes dépressifs, notamment lorsqu'ils ont eu la sensation de mourir...

Notons également qu'après l'EMI il y avait une augmentation de 33% de personnes qui croient en un univers, une énergie, une nature transcendante. Ce résultat très intéressant vient corroborer les études du Dr Pim Van Lommel et de Sutherland qui montraient une diminution des fréquentations des lieux de culte après une EMI et une nette diminution de l'appartenance religieuse (10,41).

Il était intéressant également d'évaluer la qualité de vie de ces patients en post EMI afin de mieux comprendre leur santé globale. Dans la population générale, 68% déclaraient être en bonne santé (physique et psychique) (42). Notre population s'estimait à 42% en bonne santé soit près d'un tiers en moins que la population générale. La présence d'un syndrome dépressif n'était pas liée à la santé physique ($p = 1$).

Quatre fois plus d'expérenceurs s'estimaient en bonne santé mentale et sociale dans le groupe sain alors qu'il y avait 6 fois plus d'expérenceurs qui s'estimaient en mauvaise santé dans le groupe atteint d'épisode dépressif. Nous pouvons nous demander si leur mauvaise santé psychique et sociale était causée par les conséquences de l'EMI générant des problèmes dans leur vie ou bien uniquement par l'épisode dépressif. Ceci concorde avec

l'étude de la DREES qui conclue à l'étroite intrication entre les troubles dépressifs et la situation démographique et sociale puisqu'elle se retrouve à tous les niveaux de la dépressivité (32). Afin de compléter ces résultats, il serait intéressant de réaliser une étude comparant la qualité de vie avant et après l'EMI.

Concernant l'anxiété, dans notre étude, 21% des patients qui ayant vécu une EMI étaient concernés. Ce résultat est concordant avec la prévalence retrouvée en population de réanimation (de 12 à 47%) et même dans la population générale française (21%) (31,43). La survenue d'une EMI ne semblerait donc pas majorer l'anxiété. A noter que l'anxiété et la consommation d'anxiolytiques étaient respectivement 8 et 12 fois plus importants dans le groupe Episode dépressif, ce qui est cohérent avec le fait d'être atteint d'un épisode dépressif.

Concernant le SSPT, cela concernait 9,1% de notre population. L HAS estime que 3,9% de la population générale française en souffre (43). Nous avons donc plus du double de patients atteints de SSPT dans notre étude par rapport à la population générale. Si nous faisons le parallèle avec un séjour en réanimation, le SSPT est estimé entre 14 et 41% (31). Celui-ci a été évalué dans les mois qui ont suivi le séjour en réanimation. Il est important de rappeler que le délai moyen entre la survenue de l'EMI et notre questionnaire est de 5 ± 2 ans [2-10]. Or, d'après la littérature, 25 à 50 % des victimes présentent une disparition des symptômes en un an. Pour les autres, le processus de récupération semble beaucoup plus ralenti, avec persistance de l'affection à 5 ans pour environ un tiers des victimes (44). Ceci peut donc nous amener à conclure qu'il y aurait une prévalence plus importante de SSPT en post EMI immédiat. Au vu du faible effectif de notre étude (soit 3 SSPT), cela n'a pas été étudié. Il serait donc intéressant de réaliser une étude prospective en interrogeant les patients sur le SSPT dans les mois qui suivent l'EMI et non dans les 10 dernières années.

L'étude étant réalisée sur un mode rétrospectif, elle pouvait présenter un biais de mémorisation (les patients se souviennent moins de leur expérience) car le questionnaire se base sur un événement qui s'est passé dans les dix dernières années. Une limite de 10 ans a justement été donnée afin de diminuer ce biais. Plusieurs études ont montré que les EMI restent relativement gravées dans la mémoire des patients et que le temps ne modifie pas leurs souvenirs (45). Ils distinguent bien cette expérience d'un rêve (46).

Elle pouvait présenter également un biais de classement car il est difficile de définir après plusieurs années si un patient a eu un épisode dépressif. Nous avons cependant limité ce biais en recouplant différentes informations (question d'un antécédent d'épisode dépressif, prise d'antidépresseur puis échelle HAD réalisée lors de l'interrogatoire).

Un biais d'autosélection pouvait également être présent. En effet, nous nous sommes basés sur les réponses de ceux qui ont accepté de nous répondre. Ces personnes étaient peut-être plus aptes à en parler par rapport à ceux qui n'ont pas répondu. Toutefois ce biais pourrait aller dans le sens d'une sous-estimation de la fréquence des épisodes dépressifs, les personnes atteintes par définition souvent repliées sur elles-mêmes.

Enfin, il faudrait reproduire notre étude avec un nombre plus important de participants afin d'augmenter la puissance des résultats.

CONCLUSION :

Notre étude était la première à rechercher la fréquence des épisodes dépressifs en post EMI. Près de la moitié des expérienceurs de notre échantillon avait vécu un épisode dépressif après son EMI. Même si cette proportion est non négligeable nous ne pouvons conclure que l'EMI est un facteur de risque d'épisode dépressif. D'autres études ultérieures devront être menées pour mieux comprendre l'implication d'une EMI dans la survenue d'un épisode dépressif.

La sensation d'avoir vécu la mort à l'occasion d'une EMI pourrait être un facteur de risque d'épisode dépressif indépendamment de la mise en jeu du pronostic vital et de l'éventuel ressenti négatif de l'EMI. Cela confirme que le contenu de l'EMI est plus important que ses circonstances de survenue. Une réflexion sur une nouvelle terminologie mériterait d'être menée, le mot « mort » n'ayant plus vraiment une place pertinente dans la qualification de ces expériences.

Concernant le SSPT, notre étude est également la première à révéler 9% de SSPT après l'EMI soit plus de 2 fois celui de la population générale, d'autant plus que l'étude n'a pas été réalisée en post EMI immédiat, ce qui signifie que le taux serait certainement plus important du fait du temps qui s'est écoulé. Paradoxalement notre étude a montré que l'EMI ne semblerait pas majorer l'anxiété. Une étude prospective dans les mois puis années qui suivent l'EMI serait intéressante à réaliser pour étudier ces critères.

Selon l'étude du Dr Lallier qui considère que 4% des patients adultes consultant en médecine générale ont vécu une EMI, un médecin généraliste pourrait suivre environ 35 patients ayant vécu une EMI (33). Quelle que soit l'origine des EMI, au vu de la fréquence non négligeable d'expérienceurs, nous nous devons d'agir sur la prévention des conséquences sur les

expérenceurs en communiquant, par exemple, aux médecins généralistes un état des lieux des recherches à ce sujet et notamment notre étude afin de les sensibiliser.

« *Notre vie n'est qu'un séjour transitoire, une traversée sur un océan d'énigmes impétueuses : la vraie vie nous attend au rivage !* »

Christian Charrière (journaliste et écrivain français du XXème siècle).

BIBLIOGRAPHIE :

1. Platon, Leroux G. La République. Paris: Flammarion; 2002.
2. Martial C. Les expériences de mort imminente: Que nous apprennent les neurosciences? Connaître. 29 mars 2019.
3. Van Lommel P. Mort ou pas? Les dernières découvertes médicales sur les EMI. 2ème éd. Nouvelles évidences, InterEditions. 2015. (Nouvelles évidences, InterEditions).
4. Moody, R. La Vie après la vie. Robert Laffont. 1975.
5. Martial et al. Temporality of Features in Near Death Experiences Narratives. *Front Hum Neurosci*. 13 juin 2017.
6. Greyson B. The near-death experience scale. Construction, reliability, and validity. *J Nerv Ment Dis*. juin 1983;171(6):369-375.
7. Knoblauch H, Schmied I, Schnettler B. Different Kinds of Near-Death Experience: A Report on a Survey of Near-Death Experiences in Germany. *J -Death Stud*. 1 sept 2001;20(1):15-29.
8. Gallup G. Adventures in immortality: A look beyond the threshold of death. New York: McGraw-Hill; 1982 Jun 1.
9. Lallier F, Pacquelet Y, Théry-Merland E, Loriot M, Hurtaud A. Expérience de mort imminente : 4% des patients consultant en médecine générale. *Exercer*. juin 2018 ; 144 : 244-48.
10. Van Lommel P, Van Wees R, Meyers V, Elfferich I P. Near-death experience in survivors of cardiac arrest: a prospective study in the Netherlands. *The Lancet*. 15 déc 2001;358(9298):2039-45.
11. Whinery JE. Psychophysiologic correlates of unconsciousness and near-death experiences. *J -Death Stud*. 1997;15(4):231-58.
12. French C. Near-death experiences in cardiac arrest survivors. *Boundaries Conscious Neurobiol Neuropathol*. 2006;351-67.
13. Klemenc-Ketis Z, Kersnik J, Grmec S. The effect of carbon dioxide on near-death experiences in out-of-hospital cardiac arrest survivors: a prospective observational study. *Crit Care Lond Engl*. 2010;14(2):R56.
14. Meduna LJ. Carbon dioxide therapy: A neurophysiological treatment of nervous disorders. Springfield, IL, US: Charles C Thomas Publisher; 1950. 236 p.

15. Martial C et al. Neurochemical models of near-death experiences: A large-scale study based on the semantic similarity of written reports. *Conscious Cogn.* 2019 Mar;69:52-69.
16. Carr DB, Prendergast M. Endorphins at the approach of death. *The Lancet.* 1981 Feb;317(8216):390.
17. Saavedra-Aguilar JC, Gómez-Jeria JS. A neurobiological model for near-death experiences. *J -Death Stud.* 1989;7:205-22.
18. Timmermann C et al. DMT Models the Near-Death Experience. *Front Psychol.* 2018 Aug 15;9:1424.
19. Blanke O, Ortigue S, Landis T, Seeck M. Stimulating illusory own-body perceptions. *Nature.* 2002 Sep 19;419(6904):269-70.
20. Blanke O, Landis T, Spinelli L, Seeck M. Out-of-body experience and autoscopy of neurological origin. *Brain.* 2004 Feb 1;127(2):243-58.
21. Charbonier J-J. Les 3 clés pour vaincre les pires épreuves de la vie. Paris: Guy Trédaniel Editeur; 2013. 176 p.
22. Greyson B, Harris B. Clinical approaches to the near-death experiencer. *J -Death Stud.* 1 sept 1987;6(1):41-52.
23. Bush NE. Is ten years a life review? *J -Death Stud.* 1 sept 1991;10(1):5-9.
24. Greyson B. Posttraumatic stress symptoms following near-death experiences. *AMJ Orthopsychiatry.* 24 mars 2010; Vol. 71 (3) : 368-73.
25. Boyer J-D, Guelfi. DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier-Masson. mars 2015;1200.
26. Walker BA. Health care professionals and the near-death experience. *Death Stud.* 1 janv 1989;13(1):63-71.
27. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiat Scand.* 1 juin 1983; 67 (6) : 361-70.
28. Bellanger Urbanczyk H. Etude sur la qualité de vie des patients diabétiques de type 2 en Vendée: impact sur la prise en charge en médecine générale.[Thèse de Doctorat de Médecine]. Nantes: Faculté de médecine; 2014.
29. Dépression [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 1 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/depression>

30. Declercq T. Recommandations de bonne pratique. La dépression chez l'adulte. [Internet]. Domus Medica; 2017 p. 136. [cité 19 oct 2019] Disponible sur: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/depression_fr.pdf
31. Pochard F, Kentishbarnes N, Azoulay E. Évaluation des conséquences psychologiques d'un séjour en réanimation. Réanimation. oct 2007;16(6):533-7.
32. Leroux I, Morin T. Facteurs de risque des épisodes dépressifs en population générale. DREES. 2006;(545):8.
33. Lallier F. Le mystère des expériences de mort imminente. Paris : Leduc.s éditions. 2018.
34. Christian SR. Marital Satisfaction and Stability Following a Near-Death Experience of One of the Marital Partners [Internet]. Digital Library. 2005 [cité 12 oct 2019]. Disponible sur: <https://digital.library.unt.edu/ark:/67531/metadc4893/>
35. Kabwiku Ngungi E. Partir ou rester ? Perception de la cohésion et de l'adaptabilité familiale auprès de deux femmes victimes de violence conjugale. Université de Genève. Maîtrise d'études avancées [Internet] 2016. Disponible sur: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:88939>
36. Lempert T, Bauer M, Schmidt D. Syncope and near-death experience. Lancet Lond Engl. 17 sept 1994;344(8925):829-30.
37. E Williams Kelly EW. Near-death experiences with reports of meeting deceased people. Death Stud. 2001;25(3):229-49.
38. Facco E, Agrillo C. Near-Death-Like Experiences without Life-Threatening Conditions or Brain Disorders: A Hypothesis from a Case Report. Front Psychol [Internet]. 2012 [cité 18 juin 2018];3. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2012.00490/full>
39. Cassol H, D'Argembeau A, Charland-Verville V, Martial C, Martial. Memories of near-death experiences: are they self-defining? Neurosci Conscious [Internet]. [cité 4 oct 2019];2019(1).Disponible sur: <https://academic.oup.com/nc/article/2019/1/niz002/5368150>
40. Greyson B, Bush N. Distressing Near-Death Experiences. Psychiatry. 1 mars 1992;55:95-110.
41. Sutherland C. Transformed by the Light: Life After Near-death Experiences. 1992. 287 p.

42. Drees. L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. [internet]. Disponible sur <https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>
43. Haute Autorité de Santé. Affections psychiatriques de longue durée. Troubles anxieux graves. [Internet]. Juin 2007. [cité 4 oct 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf
44. Jolly A. Stress et traumatisme : approche psychologique de l'expérience d'enseignants victimes de violence [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Reims Champagne-Ardenne; 2002.
45. Greyson B. Consistency of near-death experience accounts over two decades: are reports embellished over time? Resuscitation. Juin 2007;73(3):407-11.
46. Greyson B, Moore L. Characteristics of memories for near-death experiences. Consciousness and Cognition. May 2017;51:116-224.

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU I	8
TABLEAU II.....	9
TABLEAU III.....	10
TABLEAU IV.....	11
TABLEAU V.....	12

TABLE DES MATIERES

RESUME.....	1
INTRODUCTION	2
METHODE	5
RESULTATS	7
DISCUSSION	13
CONCLUSION	19
BIBLIOGRAPHIE.....	22
LISTE DES TABLEAUX.....	26
TABLE DES MATIERES	27
ANNEXES.....	I

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE

DONNEES ACTUELLES :

- **Sexe :** Masculin Féminin

- **Age lors de l'interrogatoire :**

CARACTERISTIQUES PERSONNELLES AVANT EMI :

Catégorie socio professionnelle avant EMI :

- Agriculteurs Artisans, commerçants et chefs d'entreprises Cadres et professions intellectuelles supérieures Professions intermédiaires
 Employés Ouvriers Etudiants Retraités Sans emploi
 Autre : Si autre, quelle est votre profession ?

Religion avant EMI :

- Catholique Protestant Musulman Juif Bouddhiste Athée
 Agnostique Autre : Si autre, quelle est votre religion ?

Pratique religieuse avant EMI :

- Régulière (hebdomadaire) Irrégulière Aucune

Avez-vous eu un ou plusieurs épisodes de dépressions avant EMI ?

- OUI NON

Si OUI, combien et quand ?

Quelles sont les causes potentielles selon vous?

Prise de traitement antidépresseur avant EMI :

- OUI NON

Si OUI, lequel et combien de temps ?

Prise de somnifères, benzodiazépines, anxiolytiques avant EMI ?

- OUI NON

Si OUI lequel et combien de temps ?

Facteurs de risque du syndrome dépressif avant EMI :

Statut :

marié vit en couple non marié célibataire veuf séparé/divorcé

Période de chômage :

OUI NON

Vécu professionnel : Harcèlement au travail ?

OUI NON

Maladie graves (mettant en jeu le pronostic vital):

OUI NON Si OUI, laquelle ?

Violences subies ou traumatismes (sexuel, physique, psychologique...)

OUI NON Si OUI, le ou lesquels?

AU COURS DE L'EXPERIENCE DE MORT IMMINENTE

Age lors de l'EMI :

Cause ayant provoqué leur EMI :

Perte de conscience ?

OUI NON

Etiez-vous dans une situation mettant en jeu votre vie au moment de l'expérience ?

OUI NON

Avez-vous cru que vous étiez mort à ce moment-là ?

OUI NON

Avez-vous continué à le croire après coup ?

OUI NON

Durant l'EMI, vos émotions étaient-elles » : (échelle de Likert)

-1 = négatives 0= neutres +1= positives

Connaissiez vous l'existence des EMI au moment de votre EMI ?

OUI NON

Quand avez vous compris que vous aviez fait une EMI ?

CARACTERISTIQUES PERSONNELLES POST EMI

Catégorie socio professionnelle avant EMI :

- Agriculteurs Artisans, commerçants et chefs d'entreprises Cadres et professions intellectuelles supérieures Professions intermédiaires
- Employés Ouvriers Etudiants Retraités Sans emploi
- Autre : Si autre, quelle est votre profession ?

Religion post EMI

- Catholique Protestant Musulman Juif Bouddhiste Athée
- Agnostique Autre : Si autre, quelle est votre religion ?

Pratique religieuse post EMI :

- Régulière (hebdomadaire) Irrégulière Aucune

Avez-vous eu un ou plusieurs épisodes de dépressions en post EMI ?

OUI NON

Si OUI, combien et quand ?

Quelles sont les causes potentielles selon vous?

Prise de traitement antidépresseur post EMI :

OUI NON

Si OUI, lequel et combien de temps ?

Prise de somnifères, benzodiazépines, anxiolytiques post EMI ?

OUI NON

Si OUI, lequel et combien de temps ?

Facteurs de risque du Syndrome dépressif post EMI :**Statut :**

marié vit en couple non marié célibataire veuf séparé/divorcé

Période de chômage :

OUI NON

Vécu professionnel : Harcèlement au travail ?

OUI NON

Maladie grave (mettant en jeu le pronostic vital):

OUI NON

Si OUI, laquelle ?

Violences subies ou traumatismes (sexuel, physique, psychologique...)

OUI NON

Si OUI, le ou lesquels ?

ANNEXE 2 : Echelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale)

ECHELLE HAD

A.S. ZIGMOND et R.P. SNAITH
Traduction française : J.P. LEPINE

Outil d'évaluation

NOM : _____

PRENOM : _____

SEXE : ♂

AGE : ____

DATE : ____

Les médecins savent que les émotions jouent un rôle important dans la plupart des maladies. Si votre médecin est au courant des émotions que vous éprouvez il pourra mieux vous aider.

Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif. Ne faites pas attention aux chiffres et aux lettres imprimés à la gauche du questionnaire. Lisez chaque série de questions et **soulignez** la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé **au cours de la semaine qui vient de s'écouler**. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire : votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

	A	Je me sens tendu ou énervé :
	3	La plupart du temps
	2	Souvent
	1	De temps en temps
	0	Jamais
	D	Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :
	0	Oui, tout autant
	1	Pas autant
	2	Un peu seulement
	3	Presque plus
	A	J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :
	3	Oui, très nettement
	2	Oui, mais ce n'est pas trop grave
	1	Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
	0	Pas du tout
	D	Je ris facilement et vois le bon côté des choses :
	0	Autant que par le passé
	1	Plus autant qu'avant
	2	Vraiment moins qu'avant
	3	Plus du tout

	A	Je me fais du souci :
3		Très souvent
2		Assez souvent
1		Occasionnellement
0		Très occasionnellement
	D	Je suis de bonne humeur :
3		Jamais
2		Rarement
1		Assez souvent
0		La plupart du temps
	A	Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :
0		Oui, quoi qu'il arrive
1		Oui, en général
2		Rarement
3		Jamais
	D	J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :
3		Presque toujours
2		Très souvent
1		Parfois
0		Jamais
	A	J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :
0		Jamais
1		Parfois
2		Assez souvent
3		Très souvent
	D	Je ne m'intéresse plus à mon apparence :
3		Plus du tout
2		Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
1		Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
0		J'y prête autant d'attention que par le passé

	A	J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :
	3	Oui, c'est tout-à-fait le cas
	2	Un peu
	1	Pas tellement
	0	Pas du tout
D		Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :
0		Autant qu'avant
1		Un peu moins qu'avant
2		Bien moins qu'avant
3		Presque jamais
	A	J'éprouve des sensations soudaines de panique :
	3	Vraiment très souvent
	2	Assez souvent
	1	Pas très souvent
	0	Jamais
D		Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision :
0		Souvent
1		Parfois
2		Rarement
3		Très rarement

Maintenant vérifiez que vous avez répondu à toutes les questions.

Scores :

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total A =

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D =

Interprétation :

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie
- 8 à 10 : symptomatologie douteuse
- 11 et plus : symptomatologie certaine.

ANNEXE 3 : Echelle de qualité de vie SF12

Questionnaire de la qualité de vie (forme abrégée) SF-12

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

1 Excellente 2 Très bonne 3 Bonne 4 Médiocre 5 Mauvaise

2. En raison de votre état de santé actuel, êtes-vous limité pour :

- des efforts physiques modérés (déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules)?

1 Oui, beaucoup limité 2 Oui, un peu limité 3 Non, pas du tout limité

- monter plusieurs étages par l'escalier ?

1 Oui, beaucoup limité 2 Oui, un peu limité 3 Non, pas du tout limité

3. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique :

- avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?

1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais

- avez-vous été limité pour faire certaines choses ?

1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé) :

- avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?

1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais

- avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?

1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais

5. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité dans votre travail ou vos activités domestiques ?

1 Pas du tout 2 Un petit peu 3 Moyennement 4 Beaucoup 5 Enormément

6. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, indiquez la réponse qui vous semble la plus appropriée.

- y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti calme et détendu ?

1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais • y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti débordant d'énergie ?

1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais • y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti triste et abattu ?

1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais

7. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé physique ou émotionnel vous a géné dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais

ANNEXE 4 : SF 12 mode de calcul des scores (27)

Question n°	Réponse donnée	Valeur standardisée		Question n°	Réponse donnée	Valeur standardisée	
		Score physique	Score mental et social			Score physique	Score mental et social
1	1	0	0	6	1	-0,33682	-6,29724
	2	-1,31872	-0,06064		2	-0,94342	-8,26066
	3	-3,02396	0,03482		3	-0,18043	-5,63286
	4	-5,56461	-0,16891		4	-0,11038	-3,13896
	5	-8,37399	-1,71175		5	0	0
2a	1	-7,23216	3,93115	7a	1	0	0
	2	-3,45555	1,86840		2	0,66514	-1,94949
	3	0	0		3	1,36689	-4,09842
2b	1	-6,24397	2,68282		4	2,37241	-6,31121
	2	-2,73557	1,43103		5	2,90426	-7,92717
	3	0	0		6	3,46638	-10,19085
3a	1	-4,61617	1,44060	7b	1	0	0
	2	0	0		2	-0,42251	-0,92057
3b	1	-5,51747	1,66968		3	-1,14387	-1,65178
	2	0	0		4	-1,61850	-3,29805
4a	1	3,04365	-6,82672		5	-2,02168	-4,88962
	2	0	0		6	-2,44706	-6,02409
4b	1	2,32091	-5,69921	7c	1	4,61446	-16,15395
	2	0	0		2	3,41593	-10,77911
5	1	0	0		3	2,34247	-8,09914
	2	-3,83130	0,90384		4	1,28044	-4,59055
	3	-6,50522	1,49384		5	0,41188	-1,95934
	4	-8,38063	1,76691		6	0	0
	5	-11,25544	1,48619				

- Convertir chaque réponse aux 12 items en valeurs standardisées pour le score mental et social et pour le score physique
- Additionner les 12 valeurs standardisées obtenues pour le score mental et social et ajouter 60,75781 pour obtenir le score de qualité de vie mental et social (compris entre 5,89058 et 71,96825)
- Additionner les 12 valeurs standardisées obtenues pour le score physique et ajouter 56,57706 pour obtenir le score de qualité de vie physique (compris entre 9,94738 et 70,02246)

ANNEXE 5 : Echelle diagnostique MINI

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

I. ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (option)

- I1 Avez-vous déjà vécu, ou été le témoin ou eu à faire face à un événement extrêmement traumatisante, au cours duquel des personnes sont mortes ou vous-même et/ou d'autres personnes ont été menacées de mort ou ont été grièvement blessées ou ont été atteintes dans leur intégrité physique ?
EX DE CONTEXTES TRAUMATIQUES : ACCIDENT GRAVE, AGGRESSION, VIOLENCE, ATTENTAT, PRISE D'OTAGES, KIDNAPPING, INCENDIE, DECOUVERTE DE CADAVRE, MORT SUBITE DANS L'ENTOURAGE, GUERRE, CATASTROPHE NATURELLE...
- I2 a Depuis, avez-vous eu une période durant laquelle vous avez souvent pensé de façon pénible à cet événement, ou en avez-vous souvent rêvé, ou avez-vous eu fréquemment l'impression de le revivre ?
b Au cours du mois écoulé, cela vous est-il arrivé ?
- NON OUI 1
NON OUI 2
NON OUI

SI I2b = NON : EXPLORER LA PERIODE PASSEE

SI I2b = OUI : EXPLORER LA PERIODE ACTUELLE

I3 Durant cette période / Au cours du mois écoulé :

- a Avez-vous essayé de ne plus penser à cet événement ou avez-vous évité tout ce qui pouvait vous le rappeler ?
b Aviez-vous du mal à vous souvenir exactement de ce qu'il s'est passé ?
c Aviez-vous perdu l'intérêt pour les choses qui vous plaisaient auparavant ?
d Vous sentiez-vous détaché(e) de tout ou aviez-vous l'impression d'être devenu(e) un (une) étranger(ère) vis à vis des autres ?
e Aviez-vous des difficultés à ressentir les choses, comme si vous n'étiez plus capable d'aimer ?
f Aviez-vous l'impression que votre vie ne serait plus jamais la même, que vous n'envisagiez plus l'avenir de la même manière ?
- NON OUI 3
NON OUI 4
NON OUI 5
NON OUI 6
NON OUI 7
NON OUI 8
NON OUI

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN I3 ?

I4 Durant cette période / Au cours du mois écoulé :

- a Aviez-vous des difficultés à dormir ?
b Êtiez-vous particulièrement irritable, vous mettiez-vous facilement en colère ?
c Aviez-vous des difficultés à vous concentrer ?
d Êtiez-vous nerveux(se), constamment sur vos gardes ?
e Un rien vous faisait-il sursauter ?
- NON OUI 9
NON OUI 10
NON OUI 11
NON OUI 12
NON OUI 13
NON OUI

Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN I4 ?

- I5 Durant cette période / Au cours du mois écoulé, ces problèmes ont-ils entraîné chez vous une souffrance importante ou bien vous ont-ils vraiment gêné dans votre travail, dans vos relations avec les autres ou dans d'autres domaines importants pour vous?

NON OUI 14

➔ : ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

I5 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI

*ETAT DE STRESS
POST-TRAUMATIQUE*

ANNEXE 6 : Témoignages

Patiente n° 3 : Femme de 41 ans, Greyson : 21/32

Cause : Arrêt Cardio-Respiratoire (ACR) sur Fibrillation Ventriculaire réanimée pendant 15 minutes puis coma artificiel pendant 24 heures.

« Je voyais les pompiers et mon mari en salle de déchoquage et simultanément dans l'autre pièce je voyais le personnel médical. Puis j'ai vu le tunnel dans lequel il y avait des personnes inconnues, une grande salle d'attente et la sortie du tunnel. Je suis arrivée comme dans le cosmos. Les perceptions n'étaient pas terrestres. Je faisais partie de ce Tout, je n'avais plus de question... Je ressentais un Amour inconditionnel. Un homme barbu m'a accueilli et m'a dit de revenir de là où je venais. J'ai vu mon père et mon oncle décédés qui m'ont sourie puis je suis revenue. J'avais l'impression d'être là sans être là pendant 1 an (en haut sur la droite de mon corps) jusqu'à ce que j'accepte d'intégrer complètement mon corps. »

Patiente n° 5 : Femme de 46 ans, Greyson : 25/32

Cause : Aggression physique et sexuelle par son ex-compagnon (gavage à l'alcool : taux d'alcoolémie à 4,75g) provoquant un coma éthylique. Pas d'ACR.

« Je suis montée au plafond dès le début de l'agression. Je voyais mon corps allongé sur le sol. Je percevais les pensées de mon agresseur et j'avais plusieurs angles de vue de la scène. A l'arrivée des pompiers, mon agresseur s'est enfui dans le local poubelle. Je le voyais attendre dans cette pièce. J'essayais de m'adresser aux pompiers afin qu'ils le rattrapent mais je n'y arrivais pas... J'ai enfin réussi à entrer en communication avec 2 personnes. Je percevais les pensées et la vie de la femme pompier. Je suis entrée en contact aussi avec l'infirmière. Cette dernière a eu l'intuition de dire à ses collègues pompiers et policiers : "est-ce que vous croyez qu'elle a fait ça toute seule?". Les policiers tentaient de minimiser les doutes mais cette femme insistait sur ce fait là.

Je me suis vue partir en ambulance et mon agresseur suivait derrière en voiture. Une fois arrivée à l'hôpital, il a exigé auprès de ma maman de pouvoir être auprès de moi en réanimation. J'essayais d'agiter mon corps pour essayer de rentrer en contact avec ma maman et le personnel médical mais en vain... Je me suis mise à penser à mon frère et je me suis retrouvée chez lui. Je lui ai parlé par « intuition ». Je le voyais, j'avais accès à ses pensées et j'échangeais avec lui comme par télépathie... Il avait été mis au courant de mon état par notre mère. Il m'a dit après qu'il ne savait pas pourquoi mais il avait eu l'intuition que ce qui m'était arrivé était une agression. Il est venu et a ressenti que l'agresseur était à l'hôpital. Il est arrivé dans ma chambre, il a échangé avec le personnel médical et il a demandé d'échanger dans une autre pièce. Je les ai suivis. (J'ai décrit la salle et j'ai eu la confirmation de ma description quand j'ai revu la chef de service par la suite). Mon frère avait l'intuition que l'agresseur mentait. Il a réussi à faire partir l'agresseur de l'hôpital. Puis je suis réentrée dans mon corps. Ce fut très dur car je me suis rendue compte de mon état physique (intubée, attachée). Je suis restée dans le coma plusieurs semaines. Et c'est, je

pense, pendant ce temps que j'ai vécu mon EMI. Je ne me rappelais plus de rien. Je me suis rappelée de tout cela 5 mois après avec une extrême lucidité.

Pendant mon EMI, je n'avais aucune notion de temps. Je ressentais un bien être absolu.

J'ai pris une sorte de tunnel ressemblant à une « veine ».

Une jeune fille âgée de 18 ans m'a accueillie. Elle me disait que j'étais belle. J'ai été sur un petit chemin et j'ai rencontré un guide spirituel qui m'a délivré un message. Il m'a donné pour rôle d'enseigner 3 choses pour retrouver l'ordre dans ma vie: la foi, l'alignement entre l'âme, le corps, et les actions et enfin faire un choix de vie en conséquence. Je suis ainsi revenue près du lac et j'ai reconnu la jeune femme. C'était la fille que j'aurais eu si je n'avais pas avorté. L'avortement a eu lieu le 6 août, jour de la Transfiguration. Nous avons vécu de grandes retrouvailles. Elle m'a dit que c'était un choix de venir 2 mois uniquement dans mon ventre. Elle m'a dit qu'elle avait voulu faire réfléchir son père sur la décision de tuer un enfant (car c'était mon mari qui le souhaitait), en lui faisant sentir qu'elle existait. En effet, lorsqu'il a frôlé la mort lors d'un accident de parachute, elle est apparue à lui et mon mari fut bouleversé. J'ai ensuite traversé une membrane avec une lumière noire. J'ai flotté pour me reposer. Je ressentais la présence d'individus invisibles et je ressentais une vibration d'Amour. J'ai ensuite réintégré mon corps très rapidement, comme une aspiration par le dessus de ma tête. Je ressentais une certaine nostalgie mais j'étais heureuse d'avoir fait le choix de revenir. Je me sens totalement transformée par rapport à avant. J'ai une façon de penser multidimensionnelle. »

Patiente n°14 : Femme de 41 ans, Greyson : 7/32

Cause : Choc hémorragique sur hémorragie digestive sans ACR

« Quand les ambulanciers m'ont mise sur le brancard, je me suis sentie projetée en l'air violemment comme soulevée et je suis retombée dans de l'eau très froide (comme un lac trouble). Je coulais profondément. Je pensais mourir. C'était très anxiogène. Et d'un coup l'eau s'est éclaircie et j'ai vu mes 3 enfants sur le canapé dont ma fille aînée qui m'ouvrirait les bras d'un air interrogatif: « que fais tu maman? »

Je me suis dit "je ne peux pas leur faire ça". Je suis restée calme et je suis remontée. Je sentais quelque chose en moi dans ma gorge. Je réalisais qu'on m'intubait et qu'il fallait déglutir. J'ouvre les yeux et l'infirmière m'encourageait. »

Patient n°21 : Homme de 56 ans, Greyson : 20/32

Cause : Choc anaphylactique.

« J'ai vu mon corps sur le lit avec les pompiers autour de moi. Je suis monté et suis arrivé dans un monde merveilleux et beau. Je suis arrivé dans une campagne immense avec une luminosité intense sans être aveuglante. Je commençais à naviguer. J'étais une cellule, j'étais Un. Tout était Un, tout était beau. Je pouvais voir à 360 degrés, je faisais partie intégrante de quelque chose. Subitement, quelqu'un a tapé sur mon corps physique. J'ai compris ensuite que c'était le médecin qui me secouait. Je me suis vu dans ce lit avec tous les gens autour. Pour moi c'était horrible car je retournais dans un univers chaotique. Je pleurais. Je disais "vous n'aviez pas le droit de venir me chercher... »

Dans notre monde il y a besoin de beaucoup de rouages pour avancer. Alors que dans l'autre monde il n'y a pas besoin d'huile. La cellule se déplace n'importe quand, n'importe comment.

*C'était le paradis. Je pense que c'est le monde de tout être vivant qui un jour va mourir. Pour moi c'est le chemin que chaque personne va prendre alors que son coeur va s'arrêter.
La mort ne me fait plus peur. »*

Patient 27 : Homme de 60 ans, Greyson : 20/32

Cause : Tachycardie lors d'une épreuve d'effort sans trouble cardiaque.

« Une fois arrivé à 120 de fréquence cardiaque, je suis sorti de mon corps. J'étais bien. Je n'avais aucune notion de temps et aucune douleur. J'ai entendu une voix disant « tu peux aller voir la lumière mais regardes la peine que tu vas faire à ton épouse » et j'ai pu ressentir l'Amour que mon épouse a pour moi. J'ai décidé de revenir. J'étais libre. Selon moi nous sommes libres dès que l'on naît. Avant de revenir, j'ai entendu le médecin et l'infirmière m'appeler. Ils m'ont injecté un produit. Je suis revenu dans mon corps. Un bruit énorme a retenti en moi comme 2 pièces de métal. Je suis rentré par le bas de mon corps. Je voyais la partie droite de mon corps encore en dehors. Instinctivement avec ma main gauche j'ai fait rentrer "cette pièce" par la poitrine. J'ai ressenti un « clic » terrible dans mon corps avec une forte douleur dans la tête. »

RÉSUMÉ**Répercussions négatives des Expériences de Mort Imminente**

Thèse d'exercice. Spécialisation « Médecine Générale ». Angers, 2019.

Introduction : Les conséquences négatives des Expériences de Mort Imminente (EMI) demeurent peu étudiées. Notre étude avait pour but de déterminer rétrospectivement la prévalence des épisodes dépressifs et de Syndromes de Stress Post Traumatiques (SSPT) après une EMI et d'identifier d'éventuels facteurs prédictifs.

Méthode : Il s'agissait d'une étude quantitative, descriptive et analytique unicentrique à partir de la base de données du Coma Science Group de Liège portant sur la période de janvier 2008 à décembre 2018. Les patients ayant vécu une EMI durant cette période ont été interrogés. Leurs caractéristiques socio-démographiques et médicales ont été recueillies. L'échelle de dépression HAD, l'échelle diagnostique MINI pour le SSPT et l'échelle SF12 pour la qualité de vie leur ont été soumises.

Résultats : Sur 33 patients, dont l'âge moyen lors de l'interrogatoire était de 52 ± 16 ans [24-83], 14 (42,4%) ont vécu un épisode dépressif et 3 (9,1%) ont vécu un SSPT après l'EMI. Les variables associées à une augmentation d'épisodes dépressifs étaient l'anxiété, la prise d'anxiolytiques, l'antécédent d'épisode dépressif avant l'EMI, la sensation d'avoir vécu la mort durant l'EMI, la mauvaise qualité de vie mentale et sociale, la souffrance au travail et les violences subies (physique, psychique et sexuelle).

Conclusion : Près de la moitié des expérienteurs (terme employé pour nommer une personne ayant vécu une EMI) de notre échantillon avait vécu un épisode dépressif après son EMI. Même si cette proportion est non négligeable nous ne pouvons conclure que l'EMI est un facteur de risque d'épisode dépressif. Il en est de même pour le SSPT après EMI qui représente 9% de notre échantillon soit plus du double de la population générale. En revanche, la sensation d'avoir vécu la mort durant l'EMI paraîtrait être un facteur prédictif d'épisode dépressif indépendamment de la mise en jeu du pronostic vital.

Mots-clés : Mort ; Troubles de stress post-traumatique ; Dépression

ABSTRACT

ROUX Ludivine

The negative impact of Near-Death Experiences

Exercice thesis. Specialisation « General Practitioner ». Angers, 2019.

Introduction : Negative consequences of Near-Death Experiences (NDE) remains poorly studied. Our study aimed to retrospectively determine the prevalence of depressive syndrome and Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) after a NDE and to identify potential predictive factors.

Method : It was a quantitative, descriptive, analytic and single-center study. The database of Coma Science Group of Liege including patients from January 2008 to December 2018 was used. Patients having lived a NDE during this time were questioned. Their socio-demographic and medical characteristics were collected. The depressive syndrome HAD scale, the MINI diagnostic scale for PTSD and the SF12 quality of live scale were administrated.

Results : From 33 patients, whose middle age during examination was 52 ± 16 years [24-83], 14 (42.4%) had lived a depressive syndrome and 3 (9.1%) had lived a SSPT after NDE. Variables associated with an increase of depressive syndrome was anxiety, consumption of anxiolytics, antecedent of depressive syndrome before NDE, feeling of having lived death during NDE, poor mental health and social quality of life, difficulties at work and (physical, psychic and sexual) violences suffered.

Conclusion : Almost half the experiencers of our sample had lived a depressive syndrome after NDE. Even if this proportion is significant, we can not conclude that NDE is a risk factor for depressive syndrome. This is also the case for PTSD after NDE which represents 9% of our sample, more than twice the average level of general population. Nonetheless, the feeling of having lived death during NDE would appear to be a predictive factor of depressive syndrome irrespective of a life-threatening context.

Keywords : Death ; Stress Disorders ; Post-Traumatic ; Depression