

L'échelle de Contenu des Expériences de Mort Imminente (C-EMI)

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

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

Choix de réponse :

0 - Pas du tout ; absence

1 - Légèrement

2 - Moyennement

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

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

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

18. Vous avez eu l'impression de mourir et/ou d'être mort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Vous avez vu ou êtes entré(e) dans une zone de passage (par exemple, un tunnel ou une porte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Vous avez l'impression de ne pas disposer des mots adéquats pour décrire votre expérience	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>