

LA CONSCIENCE DES TROUBLES, DES ORIGINES À AUJOURD'HUI

I. HISTORIQUE DE LA NOTION DE CONSCIENCE

Le concept de conscience des troubles est ancien et particulièrement complexe. Il trouve ses origines aux confins de plusieurs spécialités et ainsi de courants théoriques différents, se dotant donc de plusieurs définitions. Cette multiplicité de disciplines s'étant saisie de ce phénomène est responsable du développement de nombreux concepts concernant la conscience, allant du plus généraliste au plus spécifique. Certains concepts vont partager des traits communs lorsque d'autres sembleront expliquer des phénomènes tout à fait différents.

La diversité des termes concernant la conscience des troubles provient en premier lieu du domaine d'expertise de l'auteur qui l'étudie. Aujourd'hui, chaque discipline utilise un terme qui lui est propre, pouvant entraîner de la confusion au travers de la substitution des termes.

Toutefois, il est important de noter que cette difficulté est majorée en raison de la terminologie anglophone. En effet, cette dernière dispose d'un champ lexical que l'on ne retrouve pas dans la langue française, ce qui pose dès lors d'autres problèmes tels que la traduction claire et précise des concepts sous-jacents à chaque discipline. Cette ambiguïté narrative a ainsi nécessité le maintien de certains termes en anglais afin de simplifier et de mieux circonscrire le concept en question.

Des noms illustres ont ainsi mis en exergue ce phénomène grâce à des observations cliniques et expérimentales dont il est encore difficile aujourd'hui de saisir toutes les subtilités.

Que ce soit Freud (1891, cité par Bauer & Rubens, 1985), Pick (1908, mentionné par Gerstmann, 1942) ou encore Babinski (1914), tous ces auteurs ont considérablement contribué à la réflexion autour des altérations de la conscience de l'homme, c'est-à-dire la possibilité pour un individu de se rendre compte de changements, de modifications de ses capacités propres, qu'elles soient mentales ou comportementales.

L'historique de l'émergence du concept de *conscience* ainsi que l'intérêt croissant autour de son origine et de ses mécanismes sont de cette manière riches de toutes les disciplines qui l'ont perçue comme un élément non négligeable dans l'étude de l'individu.

Aujourd'hui déclinée sous plusieurs termes, la conscience reste pourtant une entité aux contours variables, parfois flous, faisant se recouper nombre de modèles et de théories, émanant d'un ensemble de disciplines variées et parfois hétéroclites. En France, quatre termes sont ainsi couramment utilisés et parfois substitués les uns aux autres. Ceci ne reflète pas avec exactitude la terminologie anglophone qui dispose de huit termes plus ou moins différents et ne référant pas nécessairement aux mêmes phénomènes, toujours selon les disciplines concernées (voir Tableau 1).

Tableau 1 : Correspondance des termes concernant les études sur la conscience selon les terminologies anglo-saxonne et française.

Discipline concernée	<i>Neurologie, neuropsychologie, psychologie cognitive</i>				
	<i>Psychanalyse</i>				
	<i>Psychiatrie</i>				
Termes en français	Déni	Conscience de soi	<i>Insight</i>	Conscience des troubles	Anosognosie
Termes en anglais	<i>Denial</i>	<i>Self-consciousness</i>	<i>Insight</i>	<i>Consciousness</i> <i>Unconsciousness</i> <i>Awareness</i> <i>Unawareness</i>	<i>Anosognosia</i>

Le Tableau 1 permet de comprendre le croisement des disciplines et la substitution des termes. Il est intéressant de constater que la terminologie regroupe des termes positifs et d'autres plutôt privatifs. Les conceptions philosophique, psychanalytique et psychiatrique se concentrent autour de la notion d'une conscience existante à propos de soi ou du monde, tandis que la neurologie ou la psychologie se placent davantage dans le manque ou l'absence de conscience. Les unes étudient intrinsèquement la conscience comme un phénomène ; les autres considèrent les facteurs responsables de la perte de conscience au sein d'une pathologie. Cette différence de conceptualisation va impliquer des modes d'étude particuliers, ce qui n'est pas sans conséquence sur la portée des résultats générés par ces études.

Ainsi, l'*Insight* n'aura pas la même signification selon que l'on se place dans une approche psychiatrique ou neurologique, et souvent le concept particulier auquel ces approches réfèrent n'est pas doté d'une définition claire. Ainsi, il est parfois difficile de comprendre quel référentiel théorique et donc quels phénomènes exacts sont en jeu. La confusion est importante car, pour certains auteurs, l'anosognosie, par exemple, ne renvoie pas seulement à une absence de reconnaissance mais y ajoute également le déni de la maladie, en confondant les deux concepts. Dans la littérature, on passe d'une considération étroite de la conscience (Feher, Mahurin, Inbody, Crook, & Pirozzolo, 1991) à une conception plus large incorporant différents types de consciences mis en rapport avec les multiples altérations des pathologies (notamment relatives à la démence ; Vasterling, Seltzer, Foss, & Vanderbrook, 1995) en allant jusqu'au concept de conscience de soi (Gil et al., 2001).

Étymologiquement, la conscience provient du latin *cum* signifiant « avec » et *scire* signifiant « savoir », ce qui a donné le terme *consciousness*. Ainsi, la conscience n'est pas seulement le fait de « savoir » mais également le fait de « savoir avec », c'est-à-dire en prenant en compte l'état particulier dans lequel nous sommes et ses déclinaisons possibles. Concrètement, cela implique qu'un individu peut avoir conscience d'avoir un trouble (de mémoire par exemple) mais sans en mesurer l'étendue réelle dans sa vie quotidienne.

Frederiks (1969) distingue alors ces deux composantes en une conscience objective « J'ai un problème de mémoire » et une conscience subjective « J'en comprends la signification et les conséquences ». La définition du terme *awareness* renvoie également à cette dualité. La conscience correspond ici à la perception objective du Soi (une situation, un objet, une interaction) comme si quelqu'un d'autre l'évaluait de l'extérieur. Il faut y associer l'interprétation subjective de l'expérience en question, renvoyant aux émotions et aux processus cognitifs de haut niveau.

Malgré la subjectivité et la difficulté de concevoir une définition claire et exhaustive, les fonctions cognitives de haut niveau sont désignées majoritairement comme étant en lien avec cette conscience et ses perturbations sans que ce lien ne soit encore clairement établi.

Un souvenir conscient peut exister au minimum avec une représentation du Soi, c'est-à-dire explicitement connectée à tout ce qui est fait, pensé ou expérimenté par l'individu lui-même. Une information décontextualisée ou dénuée de détails ne prive pas l'individu de l'expérience de cette information. L'individu devient alors un élément à part entière de l'évènement perçu.

II. LA CONSCIENCE AU TRAVERS DES DISCIPLINES

A. La conscience de Soi comme axiome philosophique

Le concept de conscience n'est pas nouveau. Le premier à l'avoir clairement délimité comme phénomène est Descartes au XVII^e siècle. Il distingue alors la conscience comme étant une connaissance sur le soi-même liée à la pensée. La conscience que l'on peut alors nommer *conscience de Soi* est appréhendée comme une partie d'un système global indissocié de la pensée ou des expériences vécues par un individu (Descartes, 1648/1937 ; Locke, 1700/1979). C'est seulement deux siècles plus tard avec les philosophes des Lumières que l'on commence à dissocier les expériences de la pensée et celles de la conscience de Soi.

L'hypothèse était alors centrée sur deux concepts majeurs : d'une part, l'introspection, ou la capacité d'un sujet à s'observer au travers de ses propres expériences (Mead, 1934), une compétence que l'on acquiert en prenant conscience d'autrui (Boring, 1953) ; et, d'autre part, la compréhension – notamment développée par Freud et Husserl – qui reflète la compréhension et l'évaluation du Soi mais également l'ensemble des états mentaux y compris inconscients (Berrios, 1992). La conscience est alors considérée comme un phénomène complexe représentant à la fois le savoir sur Soi et sur le monde et les mécanismes permettant d'acquérir ces connaissances. Pour avoir conscience de lui-même, un individu doit en premier lieu vivre des expériences, interagir avec le monde ou apprendre de nouvelles informations. Une fois ces expériences assimilées, l'individu pourra non seulement prendre conscience de leur existence propre mais également en comprendre la valeur pour lui-même.

Dans la lignée des travaux de Descartes, Husserl a pour ambition de transformer la philosophie en une science rigoureuse (Husserl, 1931/1992). Au travers de la phénoménologie qui a pour but un retour « aux choses mêmes », Husserl place la conscience au centre de cette science.

Toutefois, la conscience est ici conçue par rapport au principe d'*intentionnalité*, c'est-à-dire que la conscience est orientée sur un objet. Cette conception se distingue des travaux de Descartes dans le sens où la conscience n'est pas seulement une conscience de soi, ni un simple résumé de savoirs, mais elle intègre également la manière intentionnelle de perception quelque soit l'objet considéré.

Leibnitz jette les premiers jalons de la possibilité d'une altération de conscience au travers du concept d'« aperception » (McRae, 1982). Le philosophe sous-entend l'existence d'une perception sensorielle d'informations, informations qui seraient toutefois trop subtiles et continues pour être *aperçues*, donc accessibles au champ de la conscience.

B. Introspection et compréhension : piliers de la conscience en psychanalyse

À la suite des travaux des philosophes des Lumières, le concept de compréhension est débattu à son tour dans le champ psychanalytique. La psychanalyse se distingue des travaux de Descartes, pour se rapprocher de ceux du philosophe Locke (1689/2001, 2006), lequel considère la conscience au-delà de son sens moral, comme constitutive de l'identité et donc du Soi. Pour cela, la conscience s'appuie sur la mémoire afin de maintenir une continuité du Soi dans le temps au fur et à mesure des expériences vécues. James (1890/1964) reprendra cette notion de continuité en définissant la conscience comme un phénomène continu, sélectionnant spécifiquement les informations à intégrer.

La notion de conscience se retrouve alors directement dans les modèles tripartites freudiens. Pour Freud, le rôle de la conscience se situe à deux niveaux : le niveau perceptif qui rend compte de la présence d'une perception ou d'une pensée et le niveau qualitatif –considéré comme une sensation consciente – apparié aux affects liés à cette perception ou pensée (Lechevalier, & Lechevalier, 2007).

Le concept d'aperception développé par Leibniz va trouver une évolution majeure avec les travaux de Freud. Jusqu'alors seules les sensations pouvaient échapper au seuil de perception consciente, dorénavant, il est possible que des représentations mentales ne puissent être détectées par la conscience.

Dans sa célèbre « Interprétation des rêves » (1900), Freud met en avant que la conscience de soi n'est pas une évidence même pour une personne sans détérioration cérébrale. Les pensées et donc les perceptions pourraient ainsi ne pas atteindre le champ de la conscience pour des raisons psychologiques. On entend ici l'implication de facteurs motivationnels – à comprendre comme non lésionnels ou neurologiques – à savoir de déni de la maladie dans son sens psychanalytique de mécanisme de défense. Les symptômes d'une pathologie vécus comme angoissants seraient alors bloqués hors de la conscience pour maintenir une image du Soi correcte et acceptable. Toutefois, l'explication de l'altération de conscience des déficits se situe dans une perspective psychodynamique qui n'entre pas dans le champ des pathologies neurologiques, sans toutefois être incompatible avec ces dernières (Lechevalier, & Lechevalier, 2007). Il existerait ainsi un système de filtre qui bloquerait les pensées négatives sur le Soi hors de la conscience.

Une connaissance de Soi est alors en prise directe avec des mécanismes conscients, préconscients et également inconscients (Richfield, 1954). La connaissance des processus mentaux inconscients va alors constituer le niveau le plus profond de la connaissance de Soi et ainsi la conception la plus consensuelle dans les travaux psychanalytiques. Selon Richfield, l'*Insight* se détermine principalement par la méthode selon laquelle un individu accède à la connaissance et non par la nature-même de cette connaissance. L'implémentation de ces connaissances sur l'expérience se fait de manière très progressive (Segal, 1991) au travers, d'une part, des connaissances objectives (*Insight descriptif*) et, d'autre part, des émotions et du sens qui y sont rattachés (*Insight ostensif*). Les mouvements internes provoqués par l'intégration au Soi de ces informations vont être perçus par l'individu et lui permettre d'atteindre l'*Insight*.

Le phénomène d'*Insight* est conçu alors comme actif car il nécessite la participation de l'individu et comme créatif dans le sens où l'accès à l'*Insight* implique une restructuration, créant une version améliorée du Soi (Segal, 1991).

La description empirique d'états de conscience altérée se retrouve dans les travaux de Charcot (1886) dans une perspective où les patients ne sont porteurs *a priori* d'aucune lésion cérébrale. Charcot rapporte des cas de patients présentant des symptômes d'allure neurologique sans atteinte corticale, notamment au travers des cas de « paralysie hystérique ». Ces symptômes seraient alors responsables d'une dissociation de la conscience où le souvenir de la crise hystérique resterait dans l'inconscient. Cela a permis de mettre en évidence la façon dont la perception consciente d'un individu – la manière dont ce dernier se voit – est affectée par les perturbations psychiques et neurologiques.

Après une longue domination de cette théorie, les études sur la conscience se sont raréfiées notamment par le caractère abstrait et difficilement opérationnalisable de cette altération mais également par la progressive domination des théories cognitivistes, comportementales et neuropsychologiques, rendant compte de ce tel phénomène sous un angle nouveau et opposé.

C. Étude du contenu de la conscience par la psychologie cognitive

La fin du XIX^e siècle marque l'avènement de la psychologie expérimentale qui étudie les rapports entre phénomènes psychiques et substrats organiques. Après la conceptualisation de nombreuses notions autour de la conscience – introspection, compréhension, aperception –, cette branche de la psychologie s'est intéressée à la description des contenus de conscience. La psychologie expérimentale soutient que les faits de conscience sont une représentation du cerveau et du monde extérieur (Wundt, 1886).

Les théories émergentes de psychologie cognitive critiquent et se distinguent de la psychologie expérimentale en contribuant à la théorisation de la conscience et au développement de son évaluation expérimentale.

Si la branche comportementaliste rejette l'idée de l'introspection au début du XX^e siècle car considérée comme trop subjective, la théorie gestaltiste soutient, quant à elle, le phénomène de *conscience* comme résultant de l'intégration non seulement des situations spécifiques auxquelles est confronté un individu, mais également des relations fonctionnelles qui les composent. Ainsi, la conscience est comprise comme une compréhension profonde d'une situation en en extrayant tous les tenants et aboutissants. La spécificité de la notion de conscience dans la théorie gestaltiste est alors très marquée contrairement aux autres disciplines. La conscience renvoie principalement à un évènement discret, délimitable dans sa structure et dédié à la résolution de tâches (donc n'appartenant pas directement à l'individu) qui pourrait se traduire comme une « révélation » soudaine (Duncker & Lees, 1945 ; Sternberg & Davidson, 1995). Pour ces auteurs, la restructuration initiée par la résolution des problèmes apparaît comme la condition nécessaire à l'apparition de l'*Insight*.

La psychologie cognitive a emboîté le pas à la théorie gestaltiste quant au développement du concept de conscience principalement pour les syndromes organiques cérébraux et ont permis de dégager d'autres finalités de concepts telles que la conscience implicite, l'évaluation empirique ou encore le rôle de la métacognition. À partir des années 1970, les travaux de Tulving ont distingué les deux systèmes de mémoire principaux : la mémoire épisodique et la mémoire sémantique (Tulving, 1972).

La mémoire sémantique fait référence à la notion de conscience *noétique*, terme directement issu des travaux phénoménologiques de Husserl. L'individu accède au souvenir d'un évènement en particulier et de ses caractéristiques principales, sans toutefois avoir la possibilité de le situer dans le temps. Ainsi, nous avons conscience d'avoir en mémoire une information sémantique telle que « Paris est la capitale de la France », sans être capable de resituer le contexte dans lequel nous avons acquis cette information.

La mémoire sémantique est alors indissociable de la conscience noétique qui représente une structuration du monde, permettant d'acquérir de nouvelles connaissances, dont nous pourrions avoir conscience et ainsi de suite.

Par opposition, la mémoire épisodique est rattachée directement à la conscience *autonoétique* qui permet la reviviscence consciente d'un événement vécu avec l'ensemble de son contexte d'apprentissage. En d'autres termes, nous sommes capables de nous souvenir avec exactitude d'un événement qui nous concerne en voyageant mentalement dans le passé. Ainsi, le souvenir « J'ai passé mon permis le 5 mars 1995 à Lille » permet de revenir au jour du passage du permis – son contexte temporel – avec tous les détails tels que la couleur de la voiture, les erreurs réalisées lors de l'examen et éventuellement les conditions météorologiques.

La conscience auto-noétique fait référence à l'identité d'un individu et de son existence (Perretti, & Chopin, 2009) ; par extension, cela supporte la constitution du *Self*. Une atteinte de la mémoire épisodique altère la possibilité de se projeter dans la conscience auto-noétique, provoquant une fragilité du *Self*. Tulving (1995) ajoutera à cette modélisation la mémoire procédurale associée à la conscience anoétique, concernant cette fois des procédures automatisées échappant au champ de la conscience.

Tulving propose ainsi une modélisation de plusieurs niveaux de conscience reliés aux différents systèmes mnésiques, permettant de renouer les liens entre mémoire, conscience et identité (Tulving, 1985, 1993 ; Desgranges et Eustache, 2011).

D. L'*Insight* ou la conscience du changement et de ses conséquences

À l'heure actuelle, la conceptualisation de la conscience en psychiatrie se distingue particulièrement des autres disciplines.

La notion de Soi élaborée par les philosophes a eu une influence notable sur la caractérisation de la pathologie mentale à la fin du XIX^e siècle et donc sur la notion de conscience nommée *Insight* au sein de la psychiatrie générale. La conceptualisation de l'*Insight* repose alors sur les deux mécanismes centraux que sont l'*introspection* et la *compréhension* dans la lignée des travaux des philosophes des Lumières. L'*Insight*, ou plutôt un défaut d'*Insight*, est intrinsèquement lié à la conception de la folie, ce qui a notamment permis de rompre avec la notion binaire de la folie du XIX^e siècle (Esquirol, 1838). Cette évolution, acceptant la possibilité d'une conscience à degré variable, a révolutionné l'étude des maladies mentales et déclenché un véritable intérêt de la recherche sur la conscience. Dès lors, cela est considéré comme un facteur de pronostic (Billod, 1870). Le terme d'*Insight* sera entériné à la fin du XIX^e siècle grâce à Pick (1882).

La psychiatrie se basera ainsi sur une double conception de la conscience. L'*Insight* représente à la fois la conscience du changement (de la maladie mentale, notamment) et également le jugement concernant ce changement (Jaspers, 1948). En effet, l'*Insight*, dans les pathologies psychiatriques, doit être compris comme la possibilité pour un individu d'avoir conscience de ses troubles, davantage que d'avoir conscience de lui-même. Le fait qu'une personne puisse se rendre compte, tout du moins en partie, de sa maladie a considérablement modifié la façon d'appréhender les psychoses et de les modéliser.

La nouveauté dans cette conceptualisation de la conscience réside dans la prise en compte des conséquences sur le Soi que peut avoir le vécu de la maladie sur un individu. Contrairement à Jaspers, une nouvelle vague d'auteurs va appréhender l'*Insight* dans une perspective multidimensionnelle et continue comme une sous-dimension de la conscience de Soi (Marková et Berrios, 1992, 1995a, 1995b). Cela va contraster avec l'idée que l'altération de l'*Insight*, dans les psychoses et notamment dans la schizophrénie, est liée directement au déni, comme l'a défini Freud.

La distinction des deux notions va permettre une nouvelle modélisation, principalement grâce aux travaux d'Amador considérant l'*Insight* comme issu d'une étiologie plurielle et non purement lié aux mécanismes de défense (Raffard et al., 2008).

Wciorka (1988) définit trois « caractéristiques des attitudes envers la maladie » pour caractériser l'*Insight* dans la schizophrénie, à savoir (1) l'identification par la personne de la maladie comme lui appartenant, (2) l'évaluation de la maladie et (3) la volonté de réflexion sur cette maladie. Amador et son équipe (1991, 1994) reprennent les travaux de Wciorka considérant l'*Insight* autour de deux dimensions principales qui deviennent dominantes, à savoir la conscience de la maladie et la capacité d'attribuer une cause à la maladie. Pour parler de conscience des troubles et donc de défaut d'*Insight*, Amador et al. (1991) précise que les deux dimensions doivent être déficitaires simultanément. En d'autres termes, un individu doit montrer une absence de conscience à propos de ces déficits lorsqu'on l'y confronte ; et, parallèlement, ne pas considérer que ces troubles ainsi que leurs conséquences soient imputables à une maladie mentale.

L'intérêt pour la notion d'*Insight* est ainsi présent depuis la caractérisation clinique de ce phénomène et la recherche s'en est saisie afin de rendre le concept opérationnalisable en pratique clinique. L'enjeu des études empiriques est alors de déterminer la nature de cet *Insight* ; à savoir, s'il est un composant de la maladie en elle-même ou une réaction face à la maladie, mais également, s'il est possiblement affecté par des variables personnelles ou environnementales.

Les études sur l'*Insight* se sont focalisées sur les relations entre *Insight* et des variables démographiques, neuropsychologiques ou médicales, et particulièrement dans les psychoses où la notion de conscience est centrale. La notion d'*Insight* a néanmoins bénéficié de ces recherches notamment au travers de son évaluation qui a évolué d'une conception binaire concernant un domaine large (tel que la perception de la maladie) à une conception plus dynamique, dimensionnelle et continue.

Les contraintes liées à cette conception ont également évolué, rendant l'évaluation plus qualitative et par conséquent complexifiant la comparaison de personnes ou de groupes de personnes. Les outils créés ne sont pas toujours adaptés à la pratique clinique générale. Pour autant, l'utilisation partielle de ces outils peut refléter des spécificités de la conscience, sans toutefois en rendre compte de manière exhaustive.

E. « Absences de conscience » en neurologie

À la suite du développement des études sur l'*Insight* et la *conscience*, la neurologie a emboîté le pas à la psychiatrie et à la psychologie cognitive concernant les syndromes organiques cérébraux. Cependant, si les travaux se sont orientés sur la présence d'un certain degré de « lucidité » en psychiatrie, les recherches en neurologie ont, quant à elles, porté sur l'absence de cette perception consciente concernant un trouble ou un symptôme organique particulier, sans tenir compte des potentiels jugements de l'individu sur le déficit en question.

Historiquement, les premières descriptions en neurologie datent de la toute fin du XIX^e siècle avec les notions d'états « d'absence de conscience » par Anton, neurologue et psychiatre (1899) puis par Pick en 1908. Les patients décrits par Anton et Pick présentent une hémiplégie pour laquelle ils développent une ignorance totale, allant même jusqu'à l'absence de considération pour l'hémicorps entier (asomatognosie). Ce manque de conscience est alors envisagé suite à une lésion focale par opposition à une atteinte cérébrale et donc cognitive globale.

Weinstein et Kahn publient en 1955 une revue des articles publiés à la toute fin du XIX^e et début du XX^e siècle et permettent ainsi de comprendre la conceptualisation de cette absence de conscience à cette époque. Cette altération de conscience est considérée selon les théories contemporaines à la fois comme un trouble du « schéma corporel », une forme du syndrome de Korsakoff (Redlich, 1908) ou encore d'un point de vue plus psychanalytique comme un mécanisme d'évitement d'une réaction catastrophique lié à des problèmes de raisonnement abstrait (Goldstein, 1939).

Ce sont les hypothèses théoriques majeures de la fin du XIX^e siècle qui ne trouvent pas d'opposition franche ni de changement profond avant le milieu du XX^e siècle. Durant cette période, l'anatomopathologie s'est également fortement développée, permettant de relier un nombre plus important de neuropathologies à une atteinte sous-corticale, pariétale ou encore thalamique.

Ainsi, le terme d'*anosognosie* est inventé en 1914 par Babinski à la suite de la poursuite des travaux d'Anton. Ce terme appartenant donc au registre neurologique se définit alors comme une inconscience, un manque de connaissance ou un déni d'un déficit, à savoir dans ce cas de l'hémiplégie après un accident vasculaire cérébral. Par la suite, le terme d'anosognosie est utilisé pour d'autres syndromes cérébraux tels que la cécité corticale (von Monakow, 1885 ; Anton, 1889), les syndromes amnésiques (McGlynn, Schacter, & Glisky, 1989) puis plus récemment les démences (Marková & Berrios, 2000).

La conscience doit être comprise dans son sens le plus basique à savoir une perte de perception concernant les changements. Cette définition est plus limitée en structure par le champ neurologique, elle renvoie à un sens étroit et spécifique qui est parfois éloigné du sens plus large de l'*Insight* ou de la *conscience de Soi*. Ainsi, la plupart des études se sont focalisées sur le lien entre anosognosie et d'autres variables cliniques comme la sévérité de la maladie, sur les mesures d'évaluation spécifiques et sur les mécanismes neurologiques et neuropsychologiques l'étayant. À l'image de la recherche en psychiatrie, nombre de résultats peinent à être comparés compte tenu des méthodologies variées et des conceptions utilisées.

Il ne faut toutefois pas réduire le concept d'*anosognosie* en neurologie à une définition unique et fermée, ni à une manifestation ponctuelle et rudimentaire. Pour décrire ce phénomène, de nombreuses définitions ont vu le jour sous-tendues par des modèles théoriques différents. .

Le behaviorisme ne considérant pas la conscience comme un phénomène concret d'auto-observation – et ce d'autant plus qu'il s'agissait d'un sujet d'intérêt majeur de la psychanalyse – les études sur la conscience déclinent lentement jusqu'à l'arrivée des nouvelles théories neuropsychologiques. Les travaux de Luria (1966) déclenchent un second souffle pour la recherche sur la conscience notamment en lien avec les fonctions cognitives de haut niveau.

Dans la lignée de ces travaux, Stuss et Benson (1986) objectivent la correspondance fonction-localisation concernant certaines fonctions exécutives dites de haut niveau tel que la planification ou le *monitoring* au niveau des régions antérieures, donc localisées dans le lobe frontal. Parallèlement, ces auteurs évoquent l'émergence d'une conscience de soi, alors identifiée comme la plus éminente activité intégrative des fonctions cérébrales de haut niveau. À partir de là, la conscience redevient réellement un objet de recherche privilégié dans le champ de la neurologie et de la nouvelle discipline qui se démarque : la neuropsychologie.

En effet, la recherche en neuropsychologie met rapidement en évidence la présence de perturbations spécifiques de la conscience reliées à des atteintes particulières du fonctionnement cognitif, ceci ayant pour conséquence un engouement important pour la recherche depuis ces vingt dernières années.

De nombreux processus semblent échapper au focus de la conscience et pourtant ils se produisent sans entrave, notamment les comportements non-verbaux ou la mémoire procédurale. Une activité cognitive importante a ainsi lieu en dehors du champ de la conscience, ce qui peut avoir des conséquences à la fois positives et négatives. En effet, certains processus n'ont pas besoin qu'on leur alloue des ressources attentionnelles particulières pour se dérouler, libérant de l'espace pour d'autres tâches dans le cas d'un individu sans lésion cérébrale. En cas d'atteinte des fonctions attentionnelles, ces processus peuvent toujours subvenir car ils ont été automatisés. Toutefois, ce nonaccès à la conscience rend ces processus indescriptibles explicitement par l'individu qui les met en place mais également indétectables en mémoire.

Il est important de ne pas créer de catégories avec d'une part, les fonctions ou processus accessibles pleinement à la conscience et d'autre part, les processus qui ne le sont pas. Tout ou partie de chaque processus peut ainsi se trouver dans le faisceau de la conscience lorsqu'il nécessite un contrôle volontaire. En revanche, le processus peut parfois se produire ou se poursuivre en dehors de ce faisceau en cas de complexification de la procédure cognitive en cours.

Les travaux sur cet aspect de la conscience dépassent rapidement le domaine des syndromes organiques cérébraux. L'apparition des premières recherches sur les démences suscite un intérêt croissant et la notion d'anosognosie s'impose comme thème de recherche. Parallèlement, le développement de la neuropsychologie a facilité l'émergence de nouveaux modèles théoriques ; cette discipline est aujourd'hui d'un apport majeur dans la caractérisation clinique des démences. Les démences représentent une entité particulière des syndromes cérébraux et l'étude de l'anosognosie s'est révélée rapidement complexe et tout à fait singulière au sein même de ce domaine ce qui sera détaillé au chapitre suivant.