

ANOSMIAPHOBIE Peur de perdre l'odorat

**Phobie non officielle, non reconnue, non spécifique,
non classifiée en tant que trouble anxieux défini dans le DSM-5 et la CIM-11**

L'**anosmie** désigne la perte totale de l'odorat, qu'elle soit temporaire ou définitive. Ce trouble ne doit pas être confondu avec l'*hyposmie*, qui correspond à une diminution partielle de la capacité à sentir.

Origines et typologies

On distingue principalement deux grandes formes d'anosmie selon leur mode d'apparition :

- **L'anosmie acquise** : Elle survient au cours de la vie. Ses causes les plus fréquentes incluent les infections virales (comme un rhume, la grippe ou la Covid-19), une inflammation des sinus (sinusite, polypes nasaux), un traumatisme crânien, ou encore le développement de maladies neurodégénératives (maladie de Parkinson ou d'Alzheimer).
- **L'anosmie congénitale** : Très rare (environ 1 naissance sur 10 000), elle est présente dès la naissance en raison d'un défaut de développement du système olfactif.

Conséquences au quotidien

L'odorat joue un rôle fondamental qui dépasse la simple perception des parfums :

- **Altération du goût** : Environ 80 % à 90 % de ce que nous percevons comme la "saveur" d'un aliment provient de l'olfaction (par rétro-olfaction). Une personne anosmique continue de distinguer le sucré, le salé, l'acide et l'amer par la langue, mais perd la subtilité des arômes.
- **Risques de sécurité** : L'anosmie empêche de détecter des signaux de danger vitaux, tels qu'une fuite de gaz, de la fumée d'incendie ou la péremption d'un aliment.
- **Impact psychologique** : Ce trouble peut mener à de l'anxiété, un sentiment d'isolement social ou un état dépressif.

Dans de nombreux cas d'anosmie acquise, notamment après un virus, la rééducation olfactive quotidienne et précoce peut aider à stimuler la récupération du nerf olfactif.

L'anosmiaphobe

L'anosmie ne relève pas de la simple privation d'un sens « mineur » : elle désorganise plusieurs strates de l'existence à la fois, ce qui explique que la crainte qu'elle suscite excède de beaucoup la perte sensorielle strictement considérée.

1. Une perte de la saveur plutôt que du goût. La gustation proprement dite (cinq modalités, médiées par les papilles) demeure intacte ; mais la flaveur, résultante de l'olfaction rétronasale, s'effondre. L'aliment devient une texture et une température. Le plaisir alimentaire, et par suite une part de la sociabilité commensale, s'appauvrit, avec un risque documenté de dénutrition, de perte de poids ou, inversement, de surconsommation de sel et de sucre pour compenser.

2. Une désactivation du système d'alerte chimique. L'anosmie ne détecte plus les fuites de gaz, les fumées, les aliments avariés, les émanations toxiques. C'est une vulnérabilité physique réelle, que seuls des dispositifs prosthétiques (détecteurs, dates de péremption scrupuleuses) compensent imparfaitement.

3. Une atteinte à la mémoire autobiographique. L'olfaction projette de façon quasi directe vers l'amygdale et l'hippocampe, sans relais thalamique obligatoire. L'effet proustien n'est pas une métaphore littéraire mais une propriété neuroanatomique : les odeurs sont des déclencheurs privilégiés de souvenirs épisodiques à forte charge affective. Leur disparition érode l'accès à ce registre mnésique et, avec lui, une forme d'ancrage dans sa propre histoire.

4. Une dépossession de l'intimité olfactive. L'odeur d'un proche, d'un enfant, d'un lieu, participe de l'attachement et de la reconnaissance. Il existe aussi un volet social : l'incertitude quant à sa propre odeur corporelle engendre une anxiété d'hygiène, parfois un retrait relationnel. La sphère de la sexualité et du lien conjugal est également affectée, l'olfaction intervenant, quoique de façon débattue chez l'humain, dans l'attraction.

5. Un retentissement thymique. La littérature clinique associe l'anosmie à une prévalence accrue de symptomatologie dépressive, d'anhédonie et d'isolement. L'hypothèse est celle d'un appauvrissement global de la valence hédonique du monde perçu.

6. Une invisibilité sociale et nosologique. Contrairement à la cécité ou à la surdité, l'anosmie est peu reconnue, souvent banalisée, ce qui aggrave la détresse : le sujet est dépourvu de légitimité à se plaindre. La pandémie de COVID-19 a partiellement modifié cet état de fait, en rendant le trouble épidémiologiquement massif et en suscitant des protocoles de rééducation olfactive (*smell training*).

7. Un possible marqueur neurodégénératif. Une hyposmie ou une anosmie idiopathique précède fréquemment de plusieurs années les manifestations motrices de la maladie de Parkinson, et s'observe aussi dans la maladie d'Alzheimer. La crainte peut donc porter, au-delà de la perte elle-même, sur ce qu'elle signale.

Notons un point de nuance : l'anosmie post-virale présente un pronostic de récupération souvent favorable (partielle ou totale, sur des mois), ce qui tempère la dimension d'irréversibilité qu'on lui prête spontanément.

Trois pistes d'élaboration possibles avec Claude IA

1. **Phénoménologique** : en quoi l'anosmie révèle-t-elle une dimension atmosphérique et *pré-réflexive* de l'être-au-monde (Merleau-Ponty, Tellenbach, Fuchs), que les autres sens ne suppléent pas ?
2. **Neurobiologique** : les mécanismes de la plasticité du neuroépithélium olfactif et leur exploitation thérapeutique (PRP, corticoïdes, rééducation), en regard des échecs de récupération.
3. **Psychosociale et éthique** : la question de la reconnaissance du handicap olfactif et de l'invisibilité des déficits sensoriels « discrets » dans les dispositifs de santé publique.