

Les sens, essence de la vie

Houdayer Armel

Résumé :

Comment l'ergothérapie peut-elle permettre la pleine incarnation des habitudes de vie, chez des personnes atteintes de *Dysosmie et/ou dysgueusie* ?

L'homme est un être sensoriel, il est un fait, nous vivons à travers nos sens. Sont abordés dans cet article le goût et l'odorat, deux sens boudés par la rééducation. Comment sont-ils considérés par les corps médicaux et paramédicaux ? Quels moyens pour répondre aux attentes des personnes dans ce type de handicap ? Suivant une démarche hypothético-déductive, un questionnaire en ligne auprès des personnes déficitaires est proposé pour mieux comprendre.

Mots clefs: dysosmie, dysgueusie, incarnation, activité de vie quotidienne, émotions, rééducation, moyens de compensation.

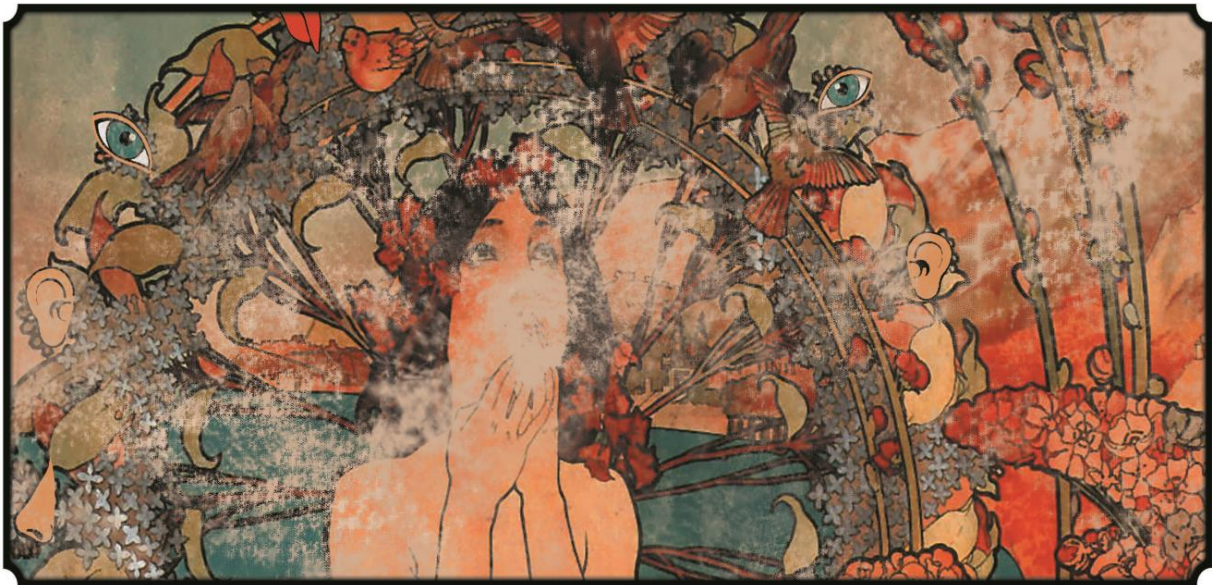


Figure 1 : Réinterprétation représentative de cette recherche d'une affiche d'Alfons Mucha.

Prérequis

Le monde médical d'aujourd'hui aimerait aborder tous les champs du possible et regroupe ainsi de nombreux spécialistes et spécificités des plus cartésiens au plus ésotériques. Dans ce monde paramédical, chacun s'affère à ses domaines de compétences tout en ne perdant pas de vue qu'un individu ne se résume pas à une fonction, mais à un tout. L'ensemble de nos systèmes et organes sensoriels se réfère à un spécialiste et c'est cette compartimentation qui fait que chacun se veut pointu tout en s'éloignant de cette globalité qui fait de tout un chacun une complexité inhérente. En effet, une problématique est indissociable de ses environnements humains et matériels, tout comme, un être ne peut se détacher de son aspect charnel, de son monde psychique. L'un s'influencent sur l'autre dans une perpétuelle quête d'équilibre. Soumis à cette évidence que l'homme est un être sensoriel, nous appréhendons et jugeons notre environnement par les différentes grilles de lecture que composent nos sens. [1]

Les individus accordent à la vue la première place du classement, vient ensuite l'ouïe et le toucher. Nos sens agissent pourtant en symbiose, composant alors la conscience intracorporelle et extracorporelle, ils permettent de se définir de l'intérieur, mais également par rapport aux autres, aux mondes environnants, et forment alors un présupposé inévitable.

Cet article tente ainsi d'aborder les déficits de goût et d'odorat, deux sens peu appréhendés dans nos domaines et dont on mésestime les rôles et impacts. Le préalable étant qu'à défaut ou perte de goût et/ou d'odorat il n'existe aucun rééducateur attitré, aucune rééducation, de rares tests ou bilans étalonnés et validés et aucune réponse apportée.

Spécialiste de l'activité dans sa globalité, nous, ergothérapeutes, nous nous voulons au plus proches de la réalité écologique de la personne que nous suivons, c'est pourquoi, munit de nombreuses méthodes et outils, notre approche se veut globale et centrée sur la personne, ses habilités et ses problématiques. L'ergothérapeute peut alors répondre à ces déficits par leur évaluation sur le quotidien, mais aussi par la proposition d'aides techniques et moyens de compensations permettant de pallier au mieux ces déficits. [2]

Le goût et l'odorat sont, entre autres, mais de façon primordiale, des sens défensifs nous permettant d'éviter les intoxications tant alimentaires qu'environnementales. Ils interviennent également dans la modulation de nos humeurs quotidiennes. Ils jouent

également un rôle dans le bon déroulement de la digestion, l'odorat dans une phase préparatoire et le goût dans une stimulation propre. [3]

Ils offrent également aux sujets une porte d'accès à la mémoire sensorielle, elle-même reliée à la mémoire rétrograde. Elle permet aux individus de se remémorer, de partager, de comprendre, par le pouvoir de « se mettre à la place » des autres. La comparaison entre nos expériences sensorielles et celles d'autrui induit alors un aspect de perméabilité empathique. Comparables à un véritable « agenda de notre histoire personnelle » [4], les souvenirs sensoriels permettent une singularisation de l'individu, car ils fondent notre identité et offrent un réel outil de plaisir psychique à travers la valeur hédonique du souvenir. Le fait d'avoir de multiples expériences sensorielles qui nourrissent notre banque de données permet aux individus une plus grande souplesse d'esprit avec ses pairs au sein de sa société [5]. Il s'avère que, plus on possède un système de pensée flexible, plus l'individu est épanoui, car un système de référence figé se confronte, affronte, se heurte et se blesse dans sa rigidité. Cette souplesse s'entretient au quotidien par des expériences physiques et mentales. La singularisation du souvenir, le fait de le faire sien, est essentielle et doit avoir une saveur émotionnelle alliée fondamentalement à une dimension sensorielle. [6]

« Les premiers souvenirs culinaires sont intimes, charnels, dans l'enfance, ils fixent des tranches de vie » [7]

Aux origines, in utero, le fœtus est soumis au régime maternel et fonde ses premières préférences gustatives. [8] L'odorat est également un sens très actif dans la prime enfance, il permet à la fois l'établissement de la relation mère/enfant [3] mais également de réguler ses émotions. Il promeut également les premiers apprentissages. Il construit l'entité psychique de l'enfant, toutefois son utilisation spontanée se perd petit à petit, laissant place aux autres sens prédominants dans nos sociétés urbaines.

Ces sens peuvent également être le terreau de discussions, de partage d'émotion et de sentiment, ils offrent à l'homme un support de dialogue. Comme on parle de la pluie et du beau temps, parler des goûts et odeurs est source de partage. Le goût se rapporte dans l'imaginaire collectif au plaisir hédoniste, à l'appétit tant primaire de la nécessité de se sustenter, qu'aux préférences et traits de personnalité de chacun. L'olfaction participerait à une communication basée notamment sur un dialogue hormonal méconnu. De plus, l'organe vomérien situé au-dessus des fosses nasales, permettant la perception des phéromones chez les mammifères, serait atrophié chez l'homme. Nous éloignant ainsi un peu plus de notre ancienne, mais néanmoins réelle, animalité.

L'utilité et l'importance d'une fonction peuvent se mesurer lors de leurs disparitions. On observe alors en négatif l'espace anciennement occupé. Lors d'une altération, l'organisation sensorielle globale de la personne est mise à mal. De ce constat allons plus loin.

Sujet d'étude

Les visées de cette étude découlent du besoin de mieux cerner les préoccupations réelles des personnes porteuses de ces handicaps. Les objectifs sont, de sonder les ressentis individuels, mais également de mesurer l'impact fonctionnel de ces déficits sur les activités de la vie quotidienne ainsi que la satisfaction dans la réalisation de celles-ci. Ces objectifs découlent également de la curiosité d'évaluer l'intérêt de cette population concernant la mise en place d'éventuels moyens de compensation.

Inscrit dans une démarche hypothético-déductive, le questionnaire est choisi comme outil méthodologique. Néanmoins, il est recherché un aspect qualitatif par l'intermédiaire de questions ouvertes. Ce dernier vise à interroger les personnes dysosmiques et dysgueusiques dont le(s) déficit(s) sont inné(s) ou acquis.

Méthode

Un questionnaire anonyme en ligne construit via Google drive est proposé aux personnes dysosmiques et dysgueusiques [9]. L'inconvénient principal est qu'il ne permet pas la prise de contact avec les personnes interrogées, et impose aussi un « tri », à la fois biais et choix, concernant la population capable de répondre via l'outil internet.

Le questionnaire se compose de plusieurs parties :

- Une première partie concerne les données d'ordre démographique - sexe, âges, trouble(s), étiologie, durée. (Questions n°1-2-3-4-5) -.
- Une seconde partie aborde la prise en charge médicale et paramédicale des troubles - Professionnels diagnostiqueurs, prise en charge rééducative, outil de diagnostic. (Questions n°6-7-8-9-10) -.
- Une troisième partie interroge les personnes dans leurs manières d'aborder leur(s) trouble(s) au quotidien (questions n°11-12-13-14-15-16-17). Trois thèmes sont proposés :
 - Le premier : Les ressentis

Six émotions sont évaluées sur une échelle de 1 (« pas du tout ») à 4 (« beaucoup »), n'offrant pas de juste milieu. Elles sont sélectionnées en respectant l'équilibre négatif/positif.

Elles ont été choisies, car elles sont représentatives des grands groupes d'émotions dites « de base » : Tristesse ; Satisfaction ; Sentiment d'échec ; Stimulation ; Perte de plaisir ; Bénéfice. Dans la phase d'appréhension des résultats, la comparaison entre les différents sentiments est faite par le biais de la somme totale récoltée pour chacun d'entre eux.

- Le second : Le quotidien :

Ici, c'est l'impact fonctionnel de ce(s) déficit(s) lors de la réalisation des A.V.Q qui est abordé. Une cotation similaire - pour ne pas troubler les réponses - de 1 à 4 est utilisée, de l'activité « peu gênée », à celle « extrêmement gênée » par ce(s) déficit(s). Les activités courantes abordées sont tirées de la MHAVIE (outil de Mesure des Habitudes de vie) :

- « Nutrition », reformulée en « Cuisine » pour une meilleure compréhension.

- « Condition corporelle », appelée « soins corporels, liés à la toilette » afin de permettre une bonne distinction avec l'activité « Soins personnels », suivent les activités « Communication », « Habitation », reformulée en « Gestion de l'habitat », « Relations interpersonnelles », reformulée en « Vie sociale », « Éducation », « Travail », « Loisirs ».

Il est ensuite demandé aux interrogés de sélectionner, dans cette même liste d'A.V.Q, les trois activités les moins satisfaisantes.

- Le troisième thème : Les « trucs et astuces »

Il correspond à la tentative de recensement des moyens mis en place individuellement pour pallier au(x) déficit(s). Il est demandé aux interrogés de coter sur une échelle de 1 « pas vraiment » à 4 « énormément », l'intérêt qu'il porterait à des moyens de compensations si ils leurs étaient proposés.

- Sont abordées, en fin de questionnaire, les idées complémentaires que peuvent avoir les personnes consultées.

Le lien vers le questionnaire est posté sur le site d'une association d'utilisateur nommée Olfac - Forum d'anosmique et d'agueusique où beaucoup d'échanges se créent -. Il est également distribué à un centre d'expertise en olfactométrie, ainsi qu'aux professionnels rééducateurs exerçant dans trois centres de rééducation français accueillant des répondants potentiels. De par un aspect simple de participation et de transmission, il est également espéré une participation parallèle due au bouche-à-oreille potentiellement réalisé par les répondants.

Résultats

Cinquante et une personnes ont répondu au questionnaire sur une période de 8 mois (entre le 08/03/2014 et le 08/10/2014).

Données démographiques et diagnostic

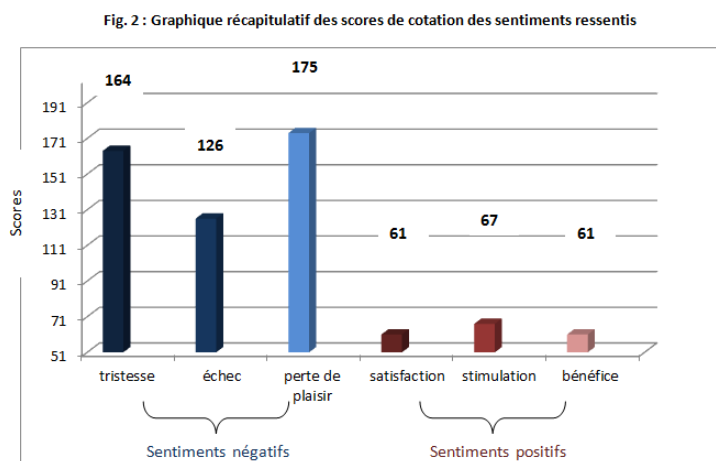
Les répondants sont majoritairement des femmes (62 %) et la moyenne d'âge de l'échantillon est d'environ 40 ans. On note qu'une majorité (60 %) souffre des deux types de déficits, aucun n'a uniquement une dysgueusie, et 40 % sont strictement anosmique.

Ces troubles sont surtout issus d'autres causes que celles proposées (35%), comme faisant suite à une cause idiopathique, inflammation ou encore iatrogène. La seconde place étiologique est traumatique (23%) et 20% sont d'origine congénitale. Une majorité (53 %) possède ces troubles « depuis plus de 5 ans » et 17 % il y a « moins de 1 an ». 70 % des personnes ont été diagnostiquées par un médecin O.R.L. et 27% n'ont pas eu de diagnostic. 45 % ont eu un diagnostic posé à la suite d'une observation et seulement 33% par le biais d'un bilan. Les 22% répondant « autre » transmettent principalement le scanner comme outil d'imagerie médicale d'investigation. Une majorité de 66 % a jugé leur outil de diagnostic approprié à leurs déficits. 78 % n'ont reçu aucune rééducation spécifique à leurs troubles, rares sont les rééducateurs cités au travers des 22 % restant, on y trouve seulement un acupuncteur, ce dernier étant considéré comme une médecine parallèle non comme une prise en charge rééducative.

Ressentis face aux troubles

Il est ici demandé l'évaluation des sentiments ressentis suite à ce(s) trouble(s) selon une échelle de 4 niveaux. La cotation maximale étant de 4 points, avec 51 participations, la somme maximale est de 204 points. La cotation minimale étant de 1 point, avec 51 participations, la somme minimale est de 51 points.

Le graphique ci-après montre une forte tendance à coter entre 4 et 3 les sentiments dits « négatifs » pour l'ensemble des répondants. La « perte de plaisir » est la plus fortement cotée, suivie de près par le sentiment de « tristesse ».



A contrario, ce sont les sentiments de « satisfaction » et de « bénéfice » qui sont les moins représentés.

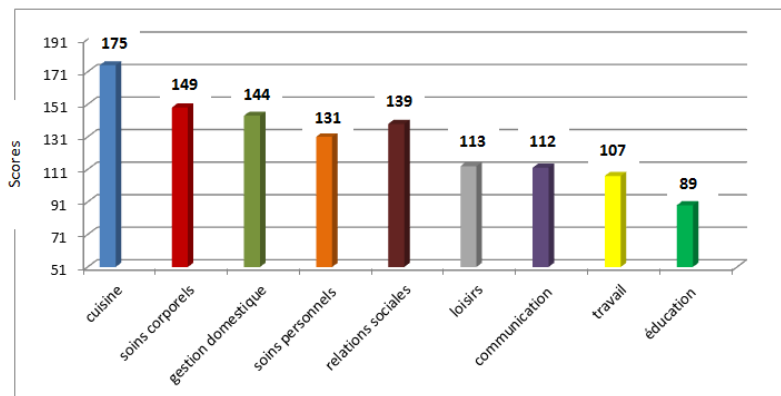
Chez les personnes dont le(s) trouble(s) sont inné(s), leur ressenti s'inscrit dans une tendance quasiment similaire, mais néanmoins de façon moins tranchée. L'écart de réponse entre les sentiments négatifs et ceux positifs est plus émoussé que la tendance générale.

Les troubles au quotidien

Selon la même échelle d'évaluation sur 4 niveaux, il est demandé aux interrogés de coter dans un premier temps l'impact fonctionnel et dans un second temps la satisfaction liée à leur(s) déficit(s) sur les six activités de la vie quotidienne.

Pour l'ensemble des répondants, c'est l'activité « cuisine », qui possède l'impact fonctionnel le plus fort avec 175 points comptabilisés. Vient ensuite, les « soins corporels », la « gestion domestique de l'habitat », puis « les relations sociales ».

Fig. 3 : Graphique récapitulatif des scores de cotation de l'impact fonctionnel sur les A.V.Q lors de dysosmie et/ou dysgueusie



Les trois activités de la vie quotidienne les moins satisfaisantes suite à leur(s) déficit(s) sont position de tête, l'activité « cuisine », vient ensuite « les soins corporels », « les relations sociales » puis les « soins personnels ». Trois personnes sur les cinquante et une au total ont transmis, au travers du choix « autre », une insatisfaction vis-à-vis des rapports intimes.

On observe une corrélation entre les scores d'impact fonctionnel et celui d'insatisfaction ressentie seulement dans les deux premières activités arrivant en tête des classements. Cependant, ce sont « les relations sociales » qui sont jugées comme insatisfaisantes en troisième position, alors que concernant l'impact fonctionnel c'est l'activité « gestion de l'habitat » qui occupe cette place.

Trucs et astuces

Une large majorité (70%) n'utilise pas de « trucs et astuces » pour combler la situation de handicaps générée par leur(s) trouble(s). Malgré tout, diverses démarches sont transmises, comme « ne pas hésiter à parler de ses troubles » où, concernant l'activité « cuisine » à

sursolliciter d'autre sens. L'ouïe est ainsi surutilisée et l'aspect visuel aiguisé, misant sur la stimulation visuelle au travers de « couleur », de « belles présentations », mais aussi lors de la vérification notamment des aliments. Une sursollicitation du goût est également évoquée par l'utilisation de « différentes textures », une augmentation l'aspect « salé, sucré, épicé... », « la moutarde ». Une compensation sensorielle s'exerce ainsi pour pallier aux situations de handicaps rencontrées, certains répondants déclarent même utiliser lors de leurs activités de loisir, « un appareil photo automatiquement lors des promenades afin de profiter d'une autre manière de la nature », développant, ici aussi, le visuel pour profiter autrement d'une activité ou il utilisait « énormément l'olfaction ».

Il est également relevé une attitude d'hyper vigilance, ou la personne va éviter toute situation où elle pourrait sentir mauvais, soit par prise de douche excessive : « trois fois par jour », ou encore, en cas de doute, un changement de vêtement plus que quotidien. La perte d'odorat devient ainsi une situation anxiogène par peur de polluer le nez d'autrui.

À la question, « pensez-vous utile de chercher des moyens de compensation et/ou d'aides techniques ? », la somme totale est de 131 points. L'intérêt est donc jugé significatif, car cette dernière est supérieure au 50% de la somme maximale (soit > à 102 points).

En réponse à cet intérêt pour rechercher des aides techniques et moyens de compensation, il ressort, en grande majorité, l'idée selon laquelle il est impossible de compenser « l'impact émotionnel » de ces deux déficits. Une grande partie des réponses consiste en l'achat de détecteur de fumée et/ou gaz pour palier à la dysosmie, ainsi qu'un détournement par l'aspect visuel pour compenser la dysgueusie. Les épices sont elles aussi soulevées comme moyen de compensation possible ainsi que la sollicitation de tout autre plaisir annexe pour minimiser l'impact de la perte de ces sens.

C'est via la dernière question, laissant libre le répondant de noter ce qui lui paraît important et/ou complémentaire que les déclarations ce sont faites plus intimes. Ces deux déficits insufflent à leurs porteurs un sentiment d'exclusion ainsi qu'un besoin de reconnaissance plusieurs fois déclaré. Il est également perçu un impact émotionnel majeur quant à « la sensation de vide », la « dépression », la « tristesse », ou encore le sentiment d'être « bancale » ou sans « plaisir » lorsque l'on est atteint de tels déficits sensoriels. La résignation vers une vie sans ou aux saveurs et odeurs déformées est perçue comme « difficile » et on ressent le fait de « combler avec les autres sens » comme complexe. Il est également déclaré des conséquences intimes de par des relations sociales et charnelles aux

plaisirs détériorés chez plusieurs des répondants. Il est également relevé par un répondant « une mémoire moins performante », appuyant le rôle mnésique de ces sens.

Discussion

À la lumière de cette enquête, on constate que la population de dysosmique et/ou dysgueusique n'est pas anecdotique, c'est pourquoi un approfondissement porte du sens.

Les liens

Notons que 78% des répondants n'ont pas eu de prise en charge rééducative. La question se pose alors : les 22% restant n'ont pas argumenté leur réponse, par méconnaissance du titre de leur rééducateur ou parce que ce dernier était leur médecin O.R.L ? Outre cette méprise entre soins et rééducation spécifique, aucun rééducateur à proprement parlé est spécifié. Ce terrain serait donc vacant.

Vis-à-vis des questions se rapportant aux ressentis émotionnels, c'est de façon prépondérante que ressortent les sentiments dits « négatifs ». Il est intéressant de comparer deux groupes d'individus concernant ces résultats. Ceux des personnes dont le déficit est acquis et ceux dont le trouble est inné. Ces derniers n'ayant pas de schéma avant/après ni de sentiment de perte, il est supposé qu'elles perçoivent émotionnellement leurs troubles d'une manière moins obscure. Comme si, par méconnaissance d'un sens, il serait plus supportable de ne pas le posséder. Les résultats entre les deux groupes sont quantitativement différents dans l'écart des deux groupes sentimentaux, mais la tendance est semblable, l'impact serait ainsi analogue.

Il n'existe pas, aux yeux de ces résultats, une concrète corrélation entre la durée post acquisition du ou des troubles, et l'utilisation d'aide technique ou moyen de compensation. Le temps ne permettrait donc pas nécessairement aux personnes atteintes de mieux pallier artificiellement aux conséquences de leur(s) trouble(s). On note, de plus un besoin réel de reconnaissance vis-à-vis de ces troubles « invisibles » couplé à un intérêt visible concernant la proposition éventuelle d'aides techniques et/ou moyens de compensations.

Les limites et biais de l'enquête

L'outil de recherche via l'informatique par le canal de transmission qu'est internet, est un biais inévitable. L'accessibilité du questionnaire - via l'association de patients - nécessite une implication dans ce milieu associatif. Il est important de souligner que la population ayant

répondu à ce questionnaire s'inscrit dans une démarche de partage. Le fait lui-même de répondre au questionnaire implique un biais, de par cette motivation et envie de partage. Sont dès lors très peu représentées toutes les personnes dont le(s) déficit(s) n'ont guère d'importance à leurs yeux. D'autres biais, d'ordre linguistique, sont identifiables, il est noté une faible distinction entre les différents troubles. Sont représenté seulement trois troubles globaux : dysosmiques, dysgueusiques, ou les deux. Seulement une personne atteinte de cacosmie par exemple, qui correspond, rappelons-le, à une perception erronée des odeurs perçues comme désagréables (intégré dans le terme dysosmies), n'a, in fine, pas réellement les mêmes problématiques. Dans une position de fuite des stimuli olfactifs, leur principale préoccupation n'est pas la compensation. Une distinction plus fine améliorerait alors la lecture des résultats.

Idée connexe : Une potentielle prise en charge ergothérapique

Aux regards de ces activités de vie quotidienne significativement impactées fonctionnellement, et au travers des problématiques réelles mises en évidence par ce questionnaire, on pourrait suggérer plusieurs types de réponses.

Tout d'abord, rechercher l'existence de ces troubles de manière systématique dans les établissements de santé serait chose intéressante. Il serait alors nécessaire d'attirer des professionnels dans cette détection (orthophoniste, ergothérapeute...), afin que les rôles soient clairement déterminés. Dans le cadre de l'appréhension de ces troubles, il est indispensable d'opérer avec une méthode et des outils. La mise en exergue des activités de vie quotidienne impactée par le(s) déficit(s) olfactif et/ou gustatif pourrait être établie au travers d'un support « type » permettant reproductibilité et fiabilité.

Il pourrait s'en suivre une prise en charge centrée sur les besoins établis par l'utilisateur en partenariat avec le thérapeute. Les potentielles réponses ergothérapiques peuvent être :
Vis-à-vis de l'activité « cuisine », première des AVQ notées comme peu fonctionnelle et non satisfaisante, certaines aides techniques pourraient être pertinentes à préconiser. Par exemple, un détecteur de gaz et de fumée à incendie pour les personnes atteintes de dysosmie offrirait un cadre plus sécurisé. Des dosettes à épices ou encore une aide technique qui indiquerait les aliments périmés, permettraient aux personnes agueusiques de proposer des plats en toute tranquillité. Dans cet esprit, beaucoup d'autres idées peuvent être pensées en partenariat avec les personnes atteintes.

Concernant les « soins corporels », seconde au même classement, on pourrait également imaginer une aide technique permettant à l'utilisateur de détecter la présence de molécule, source de mauvaise odeur. Outre sa deuxième place, l'idée est également transmise via la question ouverte n°15 : « un détecteur capable de dire « ça pue » me rassurerait pas mal dans la vie de tous les jours ». Cet attrayant projet a été soumis à des chercheurs spécialisés du CNRS de Lyon.

Pour les « relations sociales », la prise en charge serait plus d'ordre de la compensation. Car au travers de cette activité, c'est la participation sociale qui est remise en cause. Concernant une éventuelle technique ergothérapique, elle pourrait s'apparenter à une prise en charge spécifique autour de la sollicitation de sensations résiduelles. Fixée autour d'objectifs centrés sur les problématiques de la personne, elle permettrait de réapprendre à exercer une activité autour d'autres sens tels que la vue, l'ouïe ou le toucher. Permettant de nourrir l'activité d'expériences sensorielles, elle redonnerait de la matière en tentant de minimiser le vide laissé par le sens perdu, émoussé ou détérioré.

Pour aller plus loin

En permanence soumis à cette boucle sensorielle, constituante de notre existence, nous tentons une véritable quête vers l'équilibre gérant tant notre monde intérieur qu'extérieur. Avec ou sans déficit, ce défi reste le même, bien qu'il arbore des angles différents selon les sensibilités et capacités de chacun.

Les conséquences de ces déficits sur la participation et la réalisation propre des activités de vie quotidienne sont clairement établies au vu des résultats de l'enquête précédemment exposée. Même si la taille de l'échantillon est modeste, les tendances sont assez clairement établies pour qu'elles aient, je l'espère, une portée. Cependant, il serait intéressant d'aller plus loin dans l'analyse, en tentant de toucher un maximum de personnes afin d'en rendre les résultats probants. La considération de ces déficits sensoriels serait peut-être plus grande et porteuse de changement.

Des tests olfactifs normés pour la population française existent depuis quelques années, [10] on peut espérer une diffusion au sein des centres de rééducation. Mais des questions subsistent : Qui sera habilité à le faire passer ? Bien que le diagnostic soit du

domaine du médecin, pourquoi, si peu de professions paramédicales s'attachent à une tâche rééducative et/ou réadaptative vis-à-vis de ces handicaps ?

Les orthophonistes, ayant un rôle prépondérant dans l'évaluation des troubles de la déglutition, s'attardent-ils sur l'évaluation de la fonction gustative ? On peut également songer aux diététiciens pour les mêmes raisons. Pour la fonction olfactive, l'évaluation physiopathologique serait aujourd'hui faite majoritairement par les médecins O.R.L. concernant l'aspect plus thymique que ces troubles impliquent, l'intervention de spécialiste tel que sont les psychiatres et psychologues devrait également être soulignée. Mais concernant l'impact fonctionnel au quotidien, vis-à-vis des moyens de compensation possibles, c'est bien évidemment à l'ergothérapeute que l'on pense. Le lien entre l'environnement de la personne, ses attentes et ses restrictions de participations ne peut être établi qu'au travers de nos yeux de spécialiste de l'activité. Il paraît ainsi primordial d'aborder les problématiques qu'engendrent ces déficits d'un point de vue interdisciplinaire.

Ces troubles ne sont que très peu reconnus comme handicaps sensoriels. En effet, sauf en cas de situation professionnelle impactée par ce(s) déficit(s), la MDPH (Maison Départemental des Personnes Handicapées) n'accorde de reconnaissance que très rarement. Pourtant, soumis à de fortes restrictions de participation et/ou nécessitant la présence d'un tiers pour la réalisation de certaines des AVQ, ces personnes en réelle situation de handicap ne font-elles pas face à une lacune administrative ?

À l'heure où les émissions culinaires pullulent et où les plaisirs authentiques sont un refuge rassurant, il est important de ne pas se désintéresser des problématiques et des conséquences que rencontrent ces personnes enfermées à plus ou moins long terme dans une bulle aux saveurs et saveurs détériorées.

Bibliographie :

[1] Varela, F., (1998), "Le cerveau n'est pas un ordinateur. On ne peut comprendre la cognition si l'on s'abstrait de son incarnation", La recherche, Puisseaux, pages 109-112. volume 337, pages 396 à 406. [2] Pibarot, I. (1982), « L'ergothérapie parmi les pratiques de soins », Journal d'Ergothérapie n° 4, Masson, Paris, pages 107 à 110. [3] Holley, A., (2007), « Regard biologique sur l'odorat et le goût », les cahiers Jungiens de la psychanalyse n°122, pages 15 à 27. [4] Jouvent, R., (2009), « Le cerveau magicien, de la réalité au plaisir psychique », Odile Jacob, Paris, 242 pages. [5] Céleste B et Schaal B., (2009), «handicap et sensorialité, quels rôles pour l'olfaction ? », dans le congrès « Sensorialité et handicap, olfaction : mémoire et apprentissage », [6] Niedenthal, P.M., Barsalou, L.W., Winkielman, P., Krauth-Grube, S., Ric, F., (2005), "Embodiment in Attitudes, Social

Perception, and Emotion", Personality and Social Psychology Review N° 3, Vol. 9, 211pages. [7] Onfray, M., (1995), « La raison gourmande », Edition Grasset et Fasquelle, 246 p. [8] Schaal.B dans un film de Thierry Berrod, « du baiser au bébé », 2005. 2009 [9] <https://goo.gl/cpxl8G> [10] Sicard, G., (2013), « Orthosmie : les jalons d'une rééducation olfactive », Othomagazine n°109, 3 pages.