

La cigarette en psychiatrie

Quand l'hôpital allume le feu plutôt qu'il ne l'éteint

| Article basé sur l'étude des Hôpitaux universitaires de Genève — actualisé et vulgarisé pour Parl.I ASBL

Le paradoxe du paquet caché

Voici une évidence qui dérange : les personnes suivies en psychiatrie fument beaucoup plus que les autres. Deux à dix fois plus, selon les études. Chez les personnes atteintes de schizophrénie, on atteint des taux de 60 à 90% de fumeurs. Dans les services d'addictologie, on dépasse allègrement les 70%.

Pourtant, curieusement, ce phénomène reste un peu comme ces paquets de cigarettes qu'on dissimule sous le bras en entrant à l'hôpital : on sait que c'est là, mais on fait semblant de ne pas voir.

Le chiffre qui tue (lentement)

Aux États-Unis, on estime que 44% du marché des cigarettes est consommé par des personnes vivant avec un trouble mental. Pas 10%, pas 20%. Quarante-quatre. Autant dire que si les fumeurs psychiatriques arrêtaient du jour au lendemain, l'industrie du tabac ferait faillite avant la fin de la semaine.

Pourquoi tant de fumée ?

La réponse courte : c'est compliqué. La réponse longue implique quatre pistes qui se croisent, s'enchevêtrent, et parfois se contredisent.

1. L'automédication qui fonctionne (un peu)

La nicotine n'est pas qu'une vilaine substance addictive. C'est aussi un psychoactif qui modifie la libération de plusieurs neurotransmetteurs : dopamine, sérotonine, noradrénaline, acétylcholine. Résultat : amélioration transitoire de l'humeur, réduction de l'anxiété, meilleure concentration.

Pour quelqu'un qui souffre de symptômes négatifs de la schizophrénie (retrait, manque de motivation, apathie), une cigarette offre un répit réel, même s'il ne dure que le temps de la fumer. C'est peu, mais c'est quelque chose dans une journée souvent vide de sensations positives.

2. Le tabac comme socialisateur

Dans un hôpital psychiatrique, où les activités peuvent être rares et le temps long, la cigarette structure le quotidien. Elle crée des rendez-vous : le café-cigarette du matin, la clope de l'angoisse avant l'entretien avec le psychiatre, le partage de feu entre patients qui devient échange, lien, reconnaissance mutuelle.

Fumer, c'est aussi sortir de sa chambre, de son isolement. C'est une excuse pour être dehors, pour croiser du monde, pour exister socialement sans avoir à trouver des sujets de conversation compliqués.

3. L'effet boule de neige génétique

Certaines études suggèrent que fumer précède parfois l'apparition des troubles. Les adolescents fumeurs développent plus souvent des dépressions ultérieurement. Les fumeurs ont des attaques de panique plus fréquentes. La nicotine « ouvrirait la porte » à d'autres vulnérabilités, comme si elle préparait le terrain neurologique aux troubles à venir.

4. Les médicaments qui demandent de la fumée

Voici un mécanisme moins intuitif : le tabac accélère l'élimination de nombreux médicaments psychiatriques. En induisant certaines enzymes du foie (le fameux cytochrome P450), la cigarette fait chuter les taux sanguins de neuroleptiques comme la clozapine, l'olanzapine ou l'halopéridol — parfois jusqu'à 50%.

Conséquence pratique : les gros fumeurs ont besoin de doses plus importantes

pour obtenir le même effet thérapeutique. Et inversement, arrêter brutalement de fumer peut provoquer un surdosage quand les taux de médicaments remontent. Un sevrage tabagique en psychiatrie n'est donc jamais anodin : il faut surveiller, ajuster, accompagner.

⚠ Attention, piège

Si vous suivez un traitement psychiatrique et que vous envisagez d'arrêter de fumer (bravo, au passage), prévenez votre médecin. Une adaptation des doses sera probablement nécessaire pour éviter les effets secondaires liés à la remontée des taux sanguins.

L'enquête genevoise : quand l'hôpital aggrave le problème

Les Hôpitaux universitaires de Genève — qui prônent un « hôpital sans fumée mais pas sans fumeurs » — ont mené une enquête dans leurs neuf unités de psychiatrie adulte. Les résultats sont à la fois attendus et dérangeants.

Population	Taux de fumeurs	Gros fumeurs (>20/jour)
Patients hospitalisés	72%	50%

Population	Taux de fumeurs	Gros fumeurs (>20/jour)
Soignants	31%	6%
Population générale (CH)	~25-30%	~10%

Déjà, le constat est saisissant : trois patients sur quatre fument, et la moitié d'entre eux sont des gros fumeurs. Mais le vrai problème ne s'arrête pas aux chiffres.

L'hospitalisation comme facteur de risque

Voici le résultat qui fait tiquer : 43% des patients augmentent leur consommation de cigarettes pendant les trois premiers jours d'hospitalisation. 31% la réduisent. Le reste stagne.

Autrement dit, l'hôpital psychiatrique — censé soigner — agit comme un facteur d'entretien de la dépendance. Pourquoi ?

- Le temps qui s'éternise : moins d'occupation, plus d'angoisse, plus de besoin de se calmer
- L'environnement : être entouré de fumeurs quand on fume déjà, c'est comme mettre un régime sec à quelqu'un en l'invitant à un buffet à volonté
- Le stress de l'admission : anxiété, perte de repères, besoin de retrouver un semblant de contrôle sur son corps
- La restriction paradoxale : limiter les accès cigarette crée une rareté qui renforce la valeur du tabac

Le paradoxe de la clope interdite : Plus on restreint l'accès au tabac dans un service, plus la cigarette devient un objet de convoitise, de tension, parfois de marchandage. Les soignants qui craignent l'agitation des patients si on leur refuse une cigarette finissent par céder — créant un climat de laxisme qui dessert tout le monde, fumeurs comme non-fumeurs.

Exposition passive : le malheur des uns fait le malheur des autres

Dans les unités genevoises, 46% des patients déclarent être exposés quasi en permanence à la fumée. Parmi les soignants, les infirmiers subissent une exposition moyenne de 4,6 heures par jour — contre 2,8 heures pour les médecins. (La hiérarchie a ses privilèges, même en respiratoire.)

Plus inquiétant : 20% des non-fumeurs et ex-fumeurs patients sont exposés 3 à 8 heures par jour à la fumée des autres. Alors qu'ils essaient de préserver leur santé — ou de la reconstruire — l'environnement hospitalier les y empêche.

La volonté d'arrêter existe — mais reste orpheline

Voici qui devrait rassurer ceux qui pensent que « les patients psychiatriques ne veulent pas arrêter » : un quart des patients aimeraient « beaucoup » ou « absolument » arrêter de fumer. Chez les soignants, c'est deux tiers.

Mais — et c'est un gros mais — seulement 5% des patients motivés ont un projet concret d'arrêt. Pourquoi ?

Les freins identifiés

- Manque d'information : seuls 9% des patients se sentent informés sur les aides disponibles (patchs, gommes, consultations tabacologie)
- Priorité aux autres soucis : quand on gère une psychose ou une dépression majeure, arrêter de fumer semble un luxe
- Peur du sevrage : anxiété, irritabilité, troubles du sommeil — les symptômes de manque rappellent parfois trop les épisodes précédents
- Absence d'offre adaptée : rares sont les services qui proposent un accompagnement tabacologie intégré au suivi psychiatrique

Demande exprimée par les patients dans l'enquête : la mise à disposition de

patchs nicotiniques, directement dans le service. Pas compliqué, pas coûteux, mais apparemment encore trop rare.

La question qui fâche : faut-il interdire ?

Le débat fait rage depuis des années. Interdiction totale ? Espaces fumeurs dédiés ? Tolérance zéro ou accompagnement progressif ?

Les auteurs de l'étude genevoise plaident pour une position nuancée — celle de leur slogan : « Pour un hôpital sans fumée mais pas sans fumeurs ». Ce qui signifie : protéger les non-fumeurs de l'exposition passive, mais sans culpabiliser ceux qui fument. Proposer des alternatives, mais sans imposer l'abstinence comme préalable à la prise en charge.

Ce que disent les données

Les expériences d'interdiction totale montrent que c'est plus facile quand les soins psychiatriques sont intégrés dans un hôpital général. Les services s'alignent alors sur le règlement global de l'établissement, sans traitement de faveur ni de défaveur.

Dans les hôpitaux psychiatriques isolés, la résistance est plus forte — par peur de l'agitation, par habitudes ancrées, ou par cette forme de résignation qui consiste à dire « de toute façon, ils ne vont pas arrêter ».

Le tabac comme révélateur de stigmat

Les auteurs de l'étude soulèvent un point délicat : le retard accumulé dans la gestion du tabagisme psychiatrique reflète peut-être la stigmatisation persistante des malades mentaux.

Se demander « peut-on motiver ces patients à arrêter ? », « vaut-il la peine de les aider ? », « peut-on leur interdire de fumer ? » — ces questions ne se posent pas pour d'autres populations. On n'interroge pas la légitimité d'aider un patient cancéreux ou cardiaque à arrêter de fumer. On ne se demande pas s'il est « capable » de le faire.

La cigarette devient alors un test : est-ce qu'on considère que ces patients méritent les mêmes soins de prévention que les autres ? Est-ce qu'on croit en leur capacité à changer ? Est-ce qu'on investit dans leur santé à long terme, ou on se contente de gérer la crise du moment ?

Ce qu'on peut faire, concrètement

Niveau d'action	Ce qui fonctionne
Organisation	Règlement clair, espaces ventilés et séparés, réduction de l'exposition passive pour tous
Environnement	Proposer des alternatives : activités, espaces de sociabilité non-fumeurs, occupation du temps

Niveau d'action	Ce qui fonctionne
Information	Sensibiliser patients et soignants, démystifier le sevrage, informer sur les aides disponibles
Clinique	Entretiens motivationnels, consultation tabacologie adaptée, patchs nicotiniques accessibles sur place
Médicamenteux	Surveiller les interactions tabac-psychotropes, ajuster les doses lors des sevrages (dans les deux sens)

Et si on commençait par les soignants ?

Un dernier mot sur les professionnels. Dans l'étude genevoise, 31% des soignants fument — contre moins de 25% dans la population générale suisse de l'époque. Deux tiers aimeraient arrêter. Seulement 39% se sentent informés sur les aides disponibles.

On ne demande pas aux soignants d'être des modèles irréprochables. Mais on peut remarquer que si l'hôpital ne prend pas soin de la santé de ses personnels, il aura du mal à légitimement s'occuper de celle des patients. Et que fumer avec ses patients — par solidarité, par proximité, par facilité — renforce une culture où la cigarette reste la norme sociale du service.

Fumer est souvent le dernier espace de

contrôle qu'il reste.

Proposer d'arrêter, c'est dire : vous méritez mieux que cette clope. Et surtout : on est là pour vous aider à y arriver, sans jugement, sans précipitation, mais sans non plus baisser les bras devant l'évidence des risques.

Parl.I ASBL — Parler, c'est déjà soigner.

Article vulgarisé d'après Eytan A., Keizer I., Etter M. (2003). Le tabagisme en psychiatrie.
Revue Médicale Suisse, 61(2450), 1750-1755.