

CAPNOPHOBIE Peur de la fumée

Phobie spécifique, classifiée en tant que trouble anxieux défini dans le DSM-5 et la CIM-11
DSM-5 Phobie spécifique de type maladie/blessure ou trouble anxieux
CIM-11 6B03 — Phobie spécifique, ou 6B23 — Anxiété liée à la santé

Précision lexicale : le préfixe *capno-* (κάπνος, « fumée ») désigne ici la peur de la fumée, quelle qu'en soit la source. Le lexique médical emploie toutefois le même radical pour le dioxyde de carbone (capnie, capnographie, hypercapnie), d'où une ambiguïté. Je traite d'abord la capnophobie au sens étymologique, puis son articulation avec la sensibilité au CO₂. Je peux réorienter vers ce second versant si c'était l'objet.

1. Statut nosographique

Terme descriptif et non nosographique, la capnophobie relève de la phobie spécifique (DSM-5-TR ; CIM-11, 6B03). Selon la configuration, elle se rattache au type « environnement naturel » (par assimilation au feu), au type « autre », ou à un trouble de stress post-traumatique lorsque la fumée fonctionne comme rappel d'un événement. Elle se distingue de la pyrophobie, qui porte sur le feu lui-même, et de la tabacophobie, qui est une sous-modalité à forte composante olfactive et morale.

2. Phénoménologie

La fumée est un stimulus polysensoriel (olfactif, visuel, irritatif) et ambivalent : signal d'un danger proche (incendie), contaminant diffus (imprégnation des vêtements, des cheveux), agent d'obstruction respiratoire. La réponse anxieuse associe tachycardie, oppression thoracique, hyperventilation et sensation d'asphyxie imminente, avec évitement des lieux enfumés, des barbecues, des cheminées, des fumeurs, des espaces clos mal ventilés, voire vérification compulsive des détecteurs de fumée.

3. Étiopathogénie

- **Conditionnement et voies de Rachman** : exposition à un incendie domestique, enfermement dans un espace enfumé, ou apprentissage vicariant et informationnel (récits de catastrophes, campagnes de prévention).
- **Préparation évolutive** (Seligman) : la fumée, indice ancestral d'un danger vital, relève plausiblement d'une préparation biologique à l'acquisition de la peur, ce qui expliquerait la rapidité du conditionnement et la résistance à l'extinction.
- **Suffocation false alarm** (Klein, 1993) : le système d'alarme anti-suffocation, sensible à l'élévation de la PCO₂, produit des fausses alarmes chez les sujets prédisposés. Cette hypothèse noue le versant « fumée » au versant « CO₂ », car l'air vicié et les espaces confinés élèvent la capnie ambiante et déclenchent la même hyperréactivité respiratoire.
- **Sensibilité à l'anxiété et interoception** : la dyspnée provoquée par la fumée est interprétée de façon catastrophique, selon le modèle cognitif de Clark du trouble panique.

- **Sensibilité au dégoût** : mobilisée par la dimension d'imprégnation, elle infléchit la clinique vers la répulsion et les rituels de nettoyage.

4. Diagnostic différentiel

On écartera le trouble panique avec agoraphobie (où la fumée n'est qu'un contexte déclencheur), le TOC de contamination, le TSPT, l'anxiété de maladie, ainsi que les causes organiques : asthme, BPCO, hyperréactivité bronchique, hyperosmie, allergies.

5. Prise en charge

La TCC par exposition graduée (in vivo, olfactive, éventuellement en réalité virtuelle) reste la référence, avec prévention des comportements de sécurité. Lorsque la composante interoceptive domine, l'exposition interoceptive (hyperventilation provoquée, respiration à travers une paille) cible directement la sensibilité à l'anxiété. En contexte traumatique, on privilégie l'exposition prolongée ou l'EMDR. Le travail de restructuration doit préserver la discrimination entre une vigilance adaptative devant un risque d'incendie réel et une alarme phobique.

Trois pistes d'approfondissement avec Claude IA

1. *La confrontation du modèle de la suffocation false alarm avec les données issues des épreuves de provocation au CO₂ (inhalation à 35 %) dans la phobie de la fumée.*
2. *La question de la préparation biologique appliquée à un stimulus à la fois ancestral (le feu) et culturellement reconfiguré (la fumée de tabac).*
3. *L'articulation entre sensibilité au dégoût et sensibilité interoceptive dans la formation de profils phénotypiques distincts de capnophobie.*