



LE SYNDROME DE CHARLES BONNET : À PROPOS D'UN CAS

INTRODUCTION

Le syndrome de Charles Bonnet (SCB) se caractérise par l'apparition d'hallucinations visuelles complexes chez des patients présentant une perte visuelle sévère, en l'absence de troubles psychiatriques ou neurocognitifs associés. Décrit pour la première fois en 1760 par le philosophe suisse Charles Bonnet, ce syndrome reste souvent méconnu et sous-diagnostiqué en pratique clinique. Pourtant, il peut provoquer une souffrance psychique importante et altérer significativement la qualité de vie des patients âgés malvoyants.

OBJECTIF

Rapporter un cas typique de syndrome de Charles Bonnet survenant chez un patient âgé atteint de cécité complète et discuter des stratégies de prise en charge.

CAS CLINIQUE

Il s'agissait d'un patient âgé de 83 ans, atteint d'un glaucome bilatéral ancien ayant évolué vers une cécité complète, adressé en psychiatrie pour des hallucinations visuelles récurrentes survenues depuis six mois. Il décrivait la perception nette et détaillée de personnages aux morphologies variées (enfants, personnes âgées, animaux fantastiques) apparaissant silencieusement dans son domicile, parfois immobiles, parfois en mouvement. Ces visions, survenaient principalement en fin de journée ou dans l'obscurité, durent de quelques secondes à plusieurs minutes.

Conscient de l'irréalité de ces perceptions (« je sais bien que ce n'est pas réel »), le patient ne présentait aucun antécédent psychiatrique, aucun trouble cognitif objectif et aucun symptôme psychotique associé (pas de délire, pas d'hallucinations auditives). Cependant, la persistance et l'imprévisibilité de ces hallucinations entraînaient chez lui une anxiété marquée, une humeur dépressive réactionnelle et des troubles du sommeil avec insomnies d'endormissement.

Le bilan neurocognitif complet avait exclu un syndrome démentiel. L'imagerie cérébrale (IRM) était normale pour l'âge, et l'évaluation psychiatrique structurée ne révélait aucun trouble psychotique. Aucune cause médicamenteuse ou toxique n'a été identifiée. Ces éléments, combinés au contexte de cécité corticale liée au glaucome, ont permis de poser le diagnostic de syndrome de Charles Bonnet.

Une prise en charge psychiatrique ambulatoire a été mise en place, comprenant une éducation thérapeutique approfondie (explication du mécanisme de « libération » visuelle), une réassurance systématique et des conseils pratiques (augmentation de l'éclairage, stimulation sociale, routines structurées). Devant la persistance d'une tristesse de l'humeur et d'une anxiété invalidantes, un traitement par quétiapine à faible dose à visée thymorégulatrice et anxiolytique a été introduit. L'évolution à trois mois a montré une atténuation notable de l'anxiété, une amélioration du sommeil et une meilleure tolérance psychologique des hallucinations, qui ont persisté mais n'entaient plus sources de détresse majeure.

CONCLUSION

Ce cas illustre l'importance de diagnostiquer le syndrome de Charles Bonnet chez les patients malvoyants, en l'absence de pathologie psychiatrique ou neurocognitive. Une approche multidisciplinaire impliquant ophtalmologues, gériatres et psychiatres est indispensable pour poser le diagnostic, rassurer le patient et prévenir la dégradation de la qualité de vie sans oublier l'importance de l'éducation thérapeutique dans ce contexte.