

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2017

N° 102

THESE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de Psychiatrie

par

Sonia HAKIMI

née le 11 Novembre 1990 à Toulon (83)

Présentée et soutenue publiquement le 18 mai 2017

LA FOLIE DU ROI CHARLES VI : ANALYSE CLINIQUE EN FAVEUR D'UN
TROUBLE DE L'HUMEUR

Présidente : Madame le Professeur Marie GRALL-BRONNEC

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Jean-Marie VANELLE

Remerciements

Aux membres de mon jury de thèse,

Monsieur le Professeur Vanelle,

Merci monsieur de m'avoir fait l'honneur d'être mon directeur de thèse et d'avoir soutenu le choix de ce sujet atypique. Je ne vous remercierai jamais assez de votre disponibilité, que ce soit dans le cadre du travail de thèse ou lors de mon stage au CAPP. Enfin, merci pour l'ensemble des enseignements dont j'ai pu bénéficier pendant vos cours ainsi que dans votre service, et pour ceux dont je bénéficierai de nouveau, j'en suis certaine, lors de mon semestre recherche.

Madame le Professeur Grall-Bronnec,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en ayant accepté de juger ce travail ainsi qu'en présidant le jury. Je vous assure de ma profonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur Camus,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Brisseau,

Je vous remercie monsieur du vif intérêt que vous avez porté vis-à-vis de mon travail, avant même que celui-ci ne soit rédigé. C'est un immense plaisir de vous avoir dans mon jury.

Anne,

Merci d'avoir accepté, sans hésiter, de juger ce travail. J'ai par ailleurs adoré te cotoyer pendant ce semestre en liaison. Tes conseils, toujours pertinents, et ta bonne humeur sont des plus agréables.

A Guillaume, merci d'être mon compagnon dans toutes ces aventures. Ton soutien indéfectible a été mon meilleur allié pendant la préparation de ce travail.

A ma famille, et plus spécifiquement, à ma maman, merci de m'avoir transmis le goût de l'histoire et à mon papa, celui des sciences. A mes frères, Yann et Léo, pour leurs petites attentions qui ont ponctué ces derniers mois.

Merci à mes beaux-parents, et tout particulièrement à Géraldine, pour sa correction pertinente de ma syntaxe malheureuse.

A mes amis d'enfance, Emeline, Mathilde S., Alexandre pour leur prévenance et leur fidélité. Mais aussi à ceux, formidables, que la médecine a mis sur mon chemin au fur et à mesure de mon parcours Nelly, François, Sarah L, Manon, Adrien, Sarah D, Lucie, Koro, Mathilde F, Delphine, et Clotilde. Merci à chacun d'entre vous pour ces précieux moments passés ensemble.

Aux équipes des services dans lesquels je suis passée, pour m'avoir tant appris que ce soit dans le domaine clinique ou dans les rapports humains. Merci, dans l'ordre chronologique, aux équipes du Tricotin, de Matisse, du CAPPÀ-liaison et de Minéo. Merci plus spécifiquement à Marie-Laure, Nathalie, Edouard, Marie, Samuel pour votre pédagogie et vos regards bienveillants. Merci tout particulièrement à Emilie pour l'ambiance formidable lors de ce semestre avec toi.

Table des matières

Introduction	7
1. Controverse autour de la maladie du roi	9
1.1 La schizophrénie, un diagnostic bien ancré.....	9
1.2 Un retour aux sources nécessaire	10
2. Contexte historique	12
2.1 La Guerre de Cent Ans.....	12
2.1.1 <i>Les préquelles du conflit</i>	12
2.1.1.1 <i>La Guyenne, source de tension</i>	12
2.1.1.2 <i>Crise de succession au trône de France</i>	13
2.1.2 <i>Le début de la guerre</i>	14
2.1.3 <i>Evolution jusqu'en 1380</i>	15
2.1.4 <i>La Guerre de Cent Ans sous Charles VI</i>	16
2.2 Les guerres civiles.....	16
2.2.1 <i>Les révoltes antifiscales</i>	16
2.2.2 <i>Conflit entre Armagnacs et Bourguignons</i>	17
2.3 Le grand Schisme d'Occident	18
2.3.1 <i>Source du conflit</i>	18
2.3.2 <i>Début du Schisme</i>	20
2.3.3 <i>Vers la réconciliation</i>	20
2.4 Géopolitique occidentale sous Charles VI.....	21
3. Anamnèse familiale	23
3.1 Héritéité en psychiatrie ?	23
3.2 Ascendants du roi	25
3.2.1 <i>Jeanne de Bourbon</i>	25
3.2.2 <i>Louis II de Bourbon</i>	26
3.3 Descendants du roi.....	28
3.3.1 <i>Première génération</i>	28

3.3.1.1	<i>Michelle de Valois</i>	31
3.3.1.2	<i>Charles VII</i>	32
3.3.1.2.1	Etat de stress post-traumatique . . .	33
3.3.1.2.2	...et épisode dépressif caractérisé.....	34
3.3.1.2.3	Controverse autour de la mort de Charles VII.....	34
3.3.2	<i>Deuxième génération</i>	36
3.3.2.1	<i>Louis XI</i>	36
3.3.2.1.1	Accès hypomanes	36
3.3.2.1.2	Délire de persécution en fin de vie	38
3.3.2.2	<i>Henri VI</i>	39
3.4	Synthèse familiale	42
4.	Enfance royale	43
4.1	Les jeunes années du roi	43
4.1.1	<i>Education de Charles VI</i>	43
4.1.2	<i>Roi et régence</i>	44
4.1.3	<i>L'émancipation</i>	46
4.2	Une maladie à début précoce ?.....	46
4.2.1	<i>Trouble psychiatrique à début précoce et état mental à risque</i>	46
4.2.2	<i>Etat de santé général de Charles VI</i>	48
5.	La folie du roi	50
5.1	Première crise de folie.....	50
5.1.1	<i>Début effectif de la maladie</i>	50
5.1.2	<i>L'épisode de la forêt du Mans</i>	51
5.1.3	<i>Analyse clinique de la crise</i>	53
5.2	Le Bal des Ardents	54
5.3	Une maladie mentale chronique	55
5.3.1	<i>Des décompensations bruyantes</i>	56
5.3.2	<i>Une polarité double</i>	59
5.3.3	<i>Temporalité</i>	61
5.3.4	<i>Capacités cognitives</i>	63
5.3.4.1	<i>Restauration cognitive ad integrum en intercritique</i>	63

5.3.4.2 <i>Evolution au long cours</i>	65
5.4 Critères importants pour le diagnostic différentiel.....	69
5.4.1 <i>Arguments cliniques</i>	69
5.4.1.1 <i>Des symptômes thymiques au premier plan</i>	69
5.4.1.2 <i>Absence de critères en faveur d'un trouble du spectre schizophrénique</i>	70
5.4.1.2.1 Absence de symptômes positifs.....	70
5.4.1.2.2 Absence de symptômes négatifs.....	71
5.4.2 <i>Insight</i>	72
5.4.3 <i>Evolution au long cours</i>	74
6. Thérapeutique au Moyen-Age	76
6.1 Les médecins	76
6.1.1 <i>L'impuissance des physiciens</i>	76
6.1.2 <i>Connaissances médicales aux XIV^e et XV^e siècles</i>	77
6.2 Les sorciers	79
6.3 Les religieux	81
Conclusion	83
Bibliographie	86
Annexes	91

Introduction

De son décès à la première moitié du XIX^e siècle le roi de France, Charles VI, est surnommé le *Bien-Aimé* en dépit de la maladie mentale qui l'affecte. La folie du roi, dans le contexte instable et violent de la Guerre de Cent Ans, de la guerre civile entre Armagnacs et Bourguignons, mais aussi du schisme qui court au sein de l'église chrétienne depuis 1378, est vécue comme une punition divine à l'encontre du royaume de France. Les français admirent, de ce fait, le courage de leur *bon Roi* qui, en tant que garant de son peuple, cristallise sur sa personne la colère de Dieu.

Ce n'est qu'à la fin du XIX^e siècle, alors que les travaux sur les maladies mentales se multiplient et que ces dernières ne sont plus considérées comme des châtements divins, que Charles VI, *Le Bien-Aimé*, devient *Le Fol*.

L'intérêt porté à sa maladie va être réactivé par de nombreuses publications dans les années 1970. Dans cette période charnière entre la dislocation de la psychiatrie au sens psychanalytique du terme (disparition de la psychose et de la névrose en tant qu'entités nosographiques) et la naissance du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) III où la schizophrénie trouve ses lettres de noblesse, la folie de Charles VI est utilisée pour illustrer de façon chevaleresque cette pathologie. Après tout, le XX^e siècle n'est-il pas, pour reprendre les propos de l'historien et psychiatre Jean Garrabé, « *du point de vue de l'histoire culturelle de la folie, le siècle de la schizophrénie* » [1] ?

En psychiatrie, à la différence d'autres disciplines médicales, l'enquête étiologique, et, dans sa forme la plus aboutie, le diagnostic, sont avant tout affaire de clinique. Ce sont la qualité de l'examen clinique et le temps d'observation soignant du patient qui nous orientent vers une étiologie et donc sur une thérapeutique possible.

Comment rendre alors une clinique juste si le patient n'est pas consultable ? Si nous n'avons pas un accès direct aux symptômes ? C'est avant tout à cette difficulté que se soumet le travail de la psychiatrie historique puisque, dans ce cas, le travail est intégralement rétrospectif.

Par ailleurs, s'essayer à la psychiatrie historique, c'est aussi faire de l'ethnopsychiatrie tant l'époque influe sur la culture, l'éducation et donc sur la construction psychique des sujets. Les

valeurs, les interdits, mais aussi les concepts de normalité ou de pathologie sont des constructions sociétales. Il paraît indispensable de garder cette notion à l'esprit car elle peut expliciter l'absence de trace écrite concernant certains symptômes, qui, à défaut d'être réellement absents, auraient pu être écartés car jugés acceptables à ce moment de l'Histoire. L'interprétation diagnostique que nous déduisons grâce à cette recherche, est forcément empreinte de notre lecture sémiologique actuelle, elle-même imputable à une culture et une éducation tout à fait différentes de celles de la période étudiée, et peut-être qu'une toute autre lecture pourrait en être faite dans quelques années.

C'est en gardant à l'esprit ces nombreuses difficultés que nous tenterons de répondre à cette épineuse question : compte tenu de nos connaissances actuelles dans le domaine de la psychiatrie, de quelle maladie mentale a souffert Charles VI ?

Afin de répondre au mieux à cette problématique, nous nous pencherons dans un premier temps sur les raisons qui ont motivé ce travail de thèse. Puis nous nous questionnerons sur l'anamnèse psychiatrique familiale après avoir défini le contexte historique qui vit naître le roi. Nous étudierons par la suite la jeunesse de Charles VI avant de nous consacrer à sa maladie. Nous nous intéresserons enfin aux thérapeutiques proposées par les contemporains du roi.

1. Controverse autour de la maladie du roi

1.1 La schizophrénie, un diagnostic bien ancré

La majorité des écrits relatifs à la folie de Charles VI conclut à une schizophrénie, et ceci indépendamment de l'érudition des sources consultées. Il suffit pour cela de lire le Larousse des Rois de France (« *On pense aujourd'hui qu'il devait être atteint d'une maladie grave, la schizophrénie* » [2]), de se munir d'un ouvrage médical portant sur les maladies mentales à travers l'histoire, ou encore d'ouvrir la page Wikipédia concernant le souverain.

Les origines de cette croyance tiennent de l'époque où elle a été émise, comme des fondations sur lesquelles elle repose.

En effet, les analyses sémiologiques effectuées par les psychiatres dans les années 1970 s'appuyaient sur des biographies réalisées par des historiens, avec, de ce fait, une distorsion importante de la symptomatologie. Ceci explique, en partie, le diagnostic que l'on prêtait au roi. Les descriptions restaient axées sur les symptômes psychotiques présentés par le monarque, et la thymie était complètement occultée de la description clinique.

Or, symptomatologie psychotique ne rime pas systématiquement avec schizophrénie ou trouble du spectre schizophrénique, et trop de critères de ces pathologies sont absents chez Charles VI pour confirmer un tel diagnostic.

De plus, la méconnaissance des symptômes prodromiques par les historiens explique également pourquoi seule est considérée la clinique bruyante des accès de folie. Si nous prenons par exemple la première crise de folie du roi décrite par les historiens, la maladie ne débute que le 5 août 1392 par la fameuse crise de folie dans la forêt du Mans. Pourtant, en reprenant avec minutie les témoignages des proches du roi, nous percevons dès le premier août 1392 des modifications de son état psychique annonciatrices de la maladie à venir. Ces éléments ont été largement occultés par les historiens, et le furent de ce fait par un grand nombre de médecins ne prenant pas leurs sources dans les textes d'origine.

C'est pourquoi un travail de fond reposant sur une étude sémiologique réalisée à partir des écrits des contemporains du roi nous paraissait indispensable afin de cerner, au mieux, la maladie de Charles VI.

1.2 Un retour aux sources nécessaire

Afin de réaliser l'analyse sémiologique la plus fiable possible, nous nous sommes exclusivement reposés sur des témoignages de contemporains.

La plupart des éléments cliniques que nous avons utilisés sont extraits des chroniques du religieux de Saint-Denis qui occupait la fonction d'historiographe officiel du roi. Nous avons également utilisé comme support de recherche les écrits de Juvénal des Ursins qui était chancelier, de Froissart, de Christine de Pisan, et de Pierre de Frémin, historiens, mais également du pape Pie II qui a été diplomate dans ses jeunes années. Ces auteurs, qui ont largement évoqué la maladie de Charles VI, sont tous contemporains, ou enfants de contemporains du roi.

La seule dérogation à cette règle de temporalité que nous nous sommes permis concerne le travail sur l'anamnèse familiale. Nous nous sommes pour cela inspiré du pertinent travail d'Auguste Brachet, élève d'Emile Littré, qui a rédigé une généalogie médicale des Valois à partir de documents d'époque. Cependant, toutes les allégations qu'affirme Auguste Brachet, dans son ouvrage, ont été vérifiées ou infirmées en les recoupant par nos soins avec les témoignages d'origine.

Il faut néanmoins faire preuve de prudence dans l'analyse et l'importance accordées aux témoignages, y compris parmi les contemporains.

Froissart, par exemple, n'était présent lors d'aucun des faits qu'il énonce. C'est pourtant le plus grand pourvoyeur d'anecdotes et de détails concernant Charles VI. Son travail historique est avant tout une œuvre de romancier, modifiant et édulcorant des faits portés à sa connaissance par d'autres, et perdant ainsi souvent en justesse historique. Juvénal des Ursins, lui, rédige l'histoire de Charles VI à partir de l'année 1431, soit a posteriori de la fin du règne du roi fou qui se termine en 1422. De plus, ses chroniques découlent du témoignage de son père Jean Jouvenel et ne sont donc pas faites *de visu*.

D'autre part, la circonspection s'impose face à la partialité de certaines sources. En pleine Guerre de Cent Ans opposant le royaume de France à celui de Grande Bretagne, le travail de Froissart, réalisé grâce à un mécénat principalement anglais, doit être considéré avec prudence. De la même façon, certaines allégations de Juvénal des Ursins dont le père était un fervent défenseur des Armagnacs (alors que le royaume de France souffre de la guerre civile entre Armagnacs et Bourguignons) doivent être mesurées et corroborées avec d'autres témoignages avant d'être estimées comme acquises.

C'est pourquoi, nous avons accordé davantage de crédit à l'œuvre du religieux de Saint-Denis, qui en plus d'assurer la charge officielle d'historiographe du roi, accompagnait ce dernier dans une partie de ses déplacements et de ses campagnes. Nous savons, par exemple, que lors de la première crise de folie de Charles VI, dans la forêt du Mans, le religieux est présent. Son témoignage est donc direct, au contraire de tous les autres chroniqueurs. Peut-être perdrons-nous de ce fait, en nombre, d'hypothétiques signes cliniques, mais leur valeur qualitative n'en sera que meilleure.

Précisons néanmoins, par souci de transparence, que les chroniques du religieux de Saint-Denis sont rédigées en latin dans leur version d'origine. Ne maîtrisant pas cette langue morte, nous nous sommes permis d'utiliser comme support de travail plusieurs traductions effectuées entre le XVII^e siècle et la première moitié du XIX^e siècle.

Nous avons ainsi pu recueillir un certain nombre de faits qui représentent autant de symptômes potentiels et variés de la maladie de Charles VI.

Il est néanmoins fondamental, pour avoir une exacte appréciation de ces textes, d'en travailler l'étymologie. Il paraît tout à fait évident que certains termes puissent avoir évolué au cours de six siècles de changements tant linguistiques que médicaux...

Il convient désormais de faire table rase des idées reçues quant à la maladie du roi afin de nous réapproprier les documents d'époque.

2. Contexte historique

Avec trente années de maladie au cours de quarante-deux ans de règne, il est inévitable que la folie de Charles VI ait eu un impact géopolitique majeur tant en France que sur l'ensemble du monde chrétien. Réciproquement, l'analyse des symptômes dont a souffert Charles VI ne se conçoit qu'en tenant compte du cadre historique et des enjeux politiques inhérents à sa fonction de roi.

Il nous paraît donc indispensable de définir, de façon simplifiée, le contexte historique tumultueux qui l'a vu naître pour en saisir les objectifs et les répercussions au cours de son règne, un des plus longs de l'histoire de France.

La figure 1 qui se situe en annexe, illustre de façon chronologique et simplifiée les règnes des différents chefs d'états européens de 1368 à 1422 que nous exposons dans cette partie.

2.1 La Guerre de Cent Ans

De multiples facteurs ont contribué à l'éclosion de cette guerre mal nommée puisqu'elle a duré cent seize ans. Nous exposons dans cette partie les motifs de ce conflit et son déroulement, qui couvre l'ensemble du règne de Charles VI.

2.1.1 *Les préquelles du conflit*

2.1.1.1 *La Guyenne, source de tension*

Avant d'être un état souverain, le royaume de France fonctionne selon un système féodal. Le royaume est alors subdivisé en de nombreuses seigneuries qui prêtent allégeance au roi de France. L'allégeance engage les seigneurs à un respect et une obéissance envers le roi dont l'autorité supplante celle du vassal. En contrepartie, le roi doit une protection à ses vassaux, et assure aux duchés des ressources financières annuelles pour permettre leur bon

fonctionnement. Dans ce système hiérarchique de seigneuries, les duchés occupent le sommet de la pyramide. Les ducs, plus que de simples nobles, ont le plus souvent un lien de parenté direct avec le roi, d'où leur nom de princes de sang.

Cette hiérarchie est l'objet de tensions entre les royaumes de France et d'Angleterre. En effet, depuis les secondes noces d'Aliénor d'Aquitaine avec Henri II Plantagenêt en 1152, le duché de Guyenne, qui correspond pratiquement au territoire qu'occupe actuellement l'Aquitaine, est une possession anglaise. De ce fait, le roi d'Angleterre est également le duc de Guyenne et, comme ce duché se situe sur le royaume de France, cela fait de lui *ipso facto* un vassal du roi de France.

Au motif d'un refus d'allégeance de la part de son vassal, le roi de France, Charles IV, se saisit en 1324 de la Guyenne. Il envoie à cet effet une armée qui ne rencontre aucune résistance de la part de la population locale. Edouard II, roi d'Angleterre, est incapable de soumettre par les armes ces aquitains qui se sentent davantage français qu'anglais. Il finit donc par répondre à la soumission attendue et, moyennant quelques avantages financiers, son duché lui est restitué en 1325.

Cependant, plus qu'un simple incident, ces tensions traduisent un rejet global de la population de Guyenne et plus généralement de la population française. La possession de ce duché par l'Angleterre est vécue comme une invasion du royaume de France par l'ennemi. Et malgré les accords de façade, les traités négociés tentent systématiquement d'amputer une partie du territoire de part et d'autre.

2.1.1.2 Crise de succession au trône de France

Le 1^{er} février 1328, Charles IV décède à l'âge de trente-trois ans, laissant son épouse Jeanne d'Evreux enceinte. Dans l'attente d'un héritier masculin, le trône de France reste vacant jusqu'au premier avril de la même année, date à laquelle Jeanne met au monde une petite fille, Blanche de France.

Charles IV ne laisse donc derrière lui aucun descendant mâle ni frère vivant, situation qui n'était jamais advenue auparavant dans l'Histoire de France. C'est ce cas de figure inédit qui va servir de substrat à la guerre de Cent Ans.

En effet, pendant les derniers mois de grossesse de la reine douairière, un débat s'ouvre autour de l'identité de l'héritier à la couronne de France dans l'hypothèse où l'enfant attendu serait une fille. L'épineuse question de cette succession est illustrée par l'arbre généalogique qui se trouve en annexe (figure 2).

La règle de succession du royaume à cette époque, en France, est celle de la primogéniture masculine. Pourtant, sur le plan strictement légal, rien n'interdit à une femme de transmettre le pouvoir royal à défaut de l'exercer directement.

De ce fait, au niveau législatif *stricto sensu*, en l'absence d'héritier mâle, la couronne de France peut transiter par la sœur du défunt roi, Isabelle de France. Cette dernière s'empresse dès lors de revendiquer, en vertu de ce flou législatif, la couronne pour son fils. Or, Isabelle a épousé le roi d'Angleterre Edouard II, et a eu de cette union Edouard III, lui-même roi d'Angleterre. Le risque était de voir ainsi la couronne de France rattachée à celle d'Angleterre sous le règne d'Edouard III.

C'est donc pour éviter l'annexion à la couronne anglaise de celle de France, que la loi salique est exhumée par les juristes. Ce texte, qui remonte à la dynastie des Mérovingiens, instaure légalement la primogéniture masculine et la transmission du pouvoir exclusivement par le biais d'un homme. Il a d'ailleurs donné naissance au fameux adage « *les lys ne filent pas la laine* ».

De ce fait, à l'annonce de la naissance d'une petite fille, c'est un cousin du défunt souverain, Philippe de Valois, qui devient roi de France sous le nom de Philippe VI, écartant ainsi du pouvoir français Edouard III d'Angleterre. La branche des Valois, capétiens indirects, va régner sur la France jusqu'à la mort d'Henri III en 1589.

2.1.2 Le début de la guerre

Dans ce contexte de revendications à la couronne de France par les anglais et de querelles frontalières, a lieu toute une série d'événements qui va attiser les discordes et engendrer un conflit armé entre les deux puissances.

La tension monte entre les deux royaumes dès 1333, lorsqu'en vertu de l'alliance entre français et écossais, Philippe VI, roi de France, accueille en Normandie le roi d'Ecosse que les anglais ont chassé. Comme la France assure également un soutien financier important aux

écossais dans leur campagne militaire contre les anglais, Edouard III, roi d'Angleterre, commence à redouter une invasion armée de son pays sur les fronts écossais et maritimes.

Puis, dans un climat miné par les pressions fiscales que le royaume de France fait peser sur la Flandre, les anglais établissent un embargo sur leur laine en 1337. Or, le commerce et donc les revenus flamands reposent essentiellement sur la draperie, elle-même dépendante de la laine anglaise. Financièrement tributaire des anglais, la Flandre qui fait partie du duché de Bourgogne et donc du royaume de France, se révolte contre le roi de France en 1337.

Dans ce contexte conflictuel en Guyenne, en Flandre et en Ecosse, Edouard III en profite pour raviver ses prétentions au trône de France. Philippe VI ne cherche pas à apaiser les tensions. Au contraire, il répond en confisquant la Guyenne pour trahison le 24 mai 1337. La réponse anglaise ne tarde pas à suivre, avec la revendication officielle d'Edouard III à la couronne de France et la déclaration officielle de la Guerre de Cent Ans.

La figure 3, en annexe, indique les possessions territoriales en 1337, au début de la Guerre de Cent Ans.

2.1.3 Evolution jusqu'en 1380

La première partie de ce conflit voit Edouard III d'Angleterre étendre considérablement ses possessions autour du duché de Guyenne comme l'illustre la figure 4, en annexe.

Après vingt-trois ans de combats, elle se conclut par la signature du traité de Brétigny en 1360 qui lègue aux anglais le Poitou, le Périgord, le Limousin, l'Angoumois, la Saintonge, toutes les terres du comté d'Armagnac ainsi que Calais, le Ponthieu et le comté de Guînes. En échange de ce legs de la moitié du royaume de France, Edouard III accepte de renoncer au duché de Normandie et surtout à ses prétentions à la couronne de France.

Ce traité est rompu, après plus de huit ans de trêve, par le roi de France, Charles V. A son arrivée au pouvoir, il réussit, par un jeu minutieux d'alliances et de conquêtes, à rétablir les anciennes frontières. A son décès, vingt ans après la signature du traité de Brétigny, le territoire anglais se limite à nouveau à un duché de Guyenne amputé ainsi qu'à Calais et Cherbourg.

La figure 5, située en annexe, retrace le découpage géographique au moment du décès de Charles V, en 1380.

2.1.4 La Guerre de Cent Ans sous Charles VI

Charles VI hérite en 1380, d'un royaume de France restauré, approximativement, à ses frontières de 1337.

Les premières années de son règne correspondent à une alliance paisible avec son cousin, Richard II, roi d'Angleterre. Les deux souverains ont à cœur de rétablir la paix entre les deux puissances, conscients du coût pécuniaire et humain qu'engendre la guerre.

Mais Richard II est assassiné en février 1400 au cours d'une révolte, et son successeur au trône d'Angleterre, Henri IV, ne semble pas partager cet avis. Henri profite du conflit interne français entre Armagnacs et Bourguignons pour raviver les prétentions de l'Angleterre à la couronne de France. Il offre pour cela son aide successivement à chacune des factions, ce qui facilite ses incursions dans le royaume français.

Tout comme son père, Henri V d'Angleterre met à profit le désordre lié à la guerre civile pour faire son entrée en France. Et après le désastre d'Azincourt et la signature du traité de Troyes, le royaume de France est amputé d'une grande partie de son territoire.

La figure 6 qui se trouve en annexe, révèle l'état des possessions françaises et anglaises en 1422 au moment du décès de Charles VI.

2.2 Les guerres civiles

Le règne de Charles VI a également été marqué par une série de querelles intestines qui ont déchiré le royaume de France.

2.2.1 Les révoltes antifiscales

La révolte de La Harelle, la révolte des Maillotins, ou encore celle de la Flandre constituent autant de foyers de résistance à l'égard de l'autorité royale et ont pour cause la

réinstauration des fouages et d'autres impôts. En effet, le système féodal n'autorise la levée exceptionnelle d'impôts qu'en temps de guerre, afin de permettre le financement de l'armée. L'instauration, en dehors de ce cadre, de prélèvements fiscaux entraîne une contestation générale puis des révoltes au sein de la population française. Toutes sont matées dans le sang, et des exécutions publiques sont ordonnées pour rappeler au peuple les risques encourus lorsque l'autorité royale se voit défiée.

Ces révoltes surviennent à partir de 1382, alors que le roi n'a pas encore quatorze ans. Elles sont donc le reflet de la politique exercée par la régence de ses oncles paternels Louis d'Anjou, Jean de Berry et Philippe de Bourgogne.

2.2.2 Conflit entre Armagnacs et Bourguignons

Quelques temps plus tard, la guerre civile entre Armagnacs et Bourguignons va déchirer le pays durant plusieurs générations. Ce conflit prend sa source dans la rivalité politique opposant Louis d'Orléans, frère cadet du roi, à Philippe de Bourgogne, un de ses oncles paternels.

Le premier est un réformateur soutenant le pape d'Avignon et est un fervent défenseur de la reconquête française des territoires occupés par les anglais. Le second est à la tête du duché le plus puissant du royaume, il soutient le pape de Rome, et, en qualité de duc, il défend à tout prix le système féodal.

Au décès de Philippe, son fils, Jean Sans Peur lui succède à la tête du duché de Bourgogne. Louis d'Orléans profite de la mort de son oncle pour prendre les commandes du gouvernement de l'Etat pendant les décompensations de la maladie mentale de son frère aîné. Une lutte de pouvoir s'ouvre ainsi entre les deux cousins, chacun profitant des moments de folie de Charles VI pour appliquer une politique en faveur de son duché respectif. Ceci conduit à l'assassinat de Louis d'Orléans, commandité par Jean Sans Peur, en plein centre de Paris, le 23 novembre 1407.

Ce règlement de compte entre princes inaugure la guerre civile entre Armagnacs, partisans du défunt duc d'Orléans, et Bourguignons, partisans du duc de Bourgogne.

Puis, c'est au tour de Charles le Dauphin (le futur Charles VII), Armagnac convaincu, de faire assassiner Jean Sans Peur le 10 septembre 1419. Cet acte sert de justification, au niveau légal, à la destitution du Dauphin à la couronne de France par le traité de Troyes.

Plus qu'un simple conflit d'égos et de pouvoir, cette guerre est le reflet de l'opposition de deux idéologies, l'une profondément réformatrice sur les plans politique et social, l'autre attachée au système féodal et à ses traditions.

Par ailleurs, Armagnacs et Bourguignons s'opposent également dans leurs croyances religieuses. La première faction soutient la légitimité du pape d'Avignon alors que la deuxième prêche allégeance au pape de Rome.

Cette opposition dans tous les domaines conduit chacun des partis à faire appel, à un moment ou à un autre du conflit, au soutien financier et militaire des anglais. Ce qui, bien entendu, exacerbe les prétentions anglaises au trône de France et relance une Guerre de Cent Ans qui s'était pourtant apaisée sous l'impulsion de Charles VI.

2.3 Le grand Schisme d'Occident

Cette crise pontificale scinde l'Eglise catholique en deux factions rivales pendant près de trente-neuf ans. Elle oppose de 1378 à 1417 le pape de Rome à celui d'Avignon.

2.3.1 *Source du conflit*

Jusqu'au règne de Philippe IV, le Bel, les rois chrétiens se soumettent à l'obédience du pape. Ce dernier, en tant que garant de l'autorité spirituelle, considère les rois comme des vassaux. Les rois sont, quant à eux, garants de l'autorité physique, dite temporelle, sur leurs royaumes dans la mesure où cette dernière ne s'oppose pas à l'autorité spirituelle. En cas de désaccord, la menace de l'excommunication du roi et donc de l'ensemble de son peuple, a généralement bien vite fait de ramener le contestataire dans le droit chemin.

Le roi de France, Philippe le Bel, lève en 1295 un impôt dénommé la décime visant à taxer le clergé qui était jusqu'à présent exempté de charges. Pour la première fois, un roi corporel outrepassa le privilège de l'Eglise dans la mesure où, auparavant, seul le pape avait autorité afin de taxer les religieux.

Le pape, Boniface VIII manifesta rapidement son mécontentement en ordonnant au roi de France d'annuler sa décision. Ce dernier s'y refuse, arguant que le clergé vivant sur son territoire se doit également de participer à l'effort de guerre puisqu'il bénéficie de la protection du roi, au même titre que les autres habitants du royaume. La menace d'excommunication des clercs français qui se soumettraient à l'autorité du roi de France est posée, en réponse, par le pape. Philippe le Bel riposte immédiatement en interdisant toute exportation de biens et de valeurs depuis la France vers Rome.

Le bras de fer entre les deux souverains se poursuit ainsi pendant plusieurs années. Philippe le Bel refuse de se soumettre malgré les diverses bulles papales accroissant la menace ultime d'excommunication. En 1302, Boniface VIII fait publier une énième bulle qui affirme pour la première fois, de façon claire et officielle, ce qui relevait jusqu'à présent d'un accord tacite, à savoir la supériorité du chef de l'Eglise sur un chef d'état et la nécessité pour ce dernier de se soumettre à son autorité. La guerre est officiellement déclarée entre la France et Rome et le pape proclame finalement l'excommunication du souverain français.

Boniface VIII décède peu après ces événements et le concile prend alors la décision d'élire un pape plus disposé à la cause française afin d'apaiser le conflit. Benoît XI est choisi. Il meurt, quelques mois après sa prise de fonction, en ayant pris le temps d'annuler toutes les bulles proclamées par son prédécesseur à l'encontre du roi de France.

L'élection de son successeur, teintée de conflits internes entre les cardinaux, aboutit au choix d'un pape extérieur au Sacré Collège. Clément V, un pape de nationalité française est retenu. Il renonce au fait de se rendre à Rome afin de ne pas être entravé dans ses prérogatives par les intrigues locales. Favorable à la cause de Philippe Le Bel, il finit par transférer, officiellement de façon transitoire seulement, la cité pontificale en Avignon en 1309, l'installant ainsi aux portes du royaume de France.

Cette délocalisation du Saint-Siège est fort mal tolérée par les grandes familles romaines dont étaient issus jusque-là les papes. De par la distance géographique, le sentiment commun de

voir leur puissance diminuée se développe, et ce d'autant plus que les papes et cardinaux qui se succèdent sont désormais de nationalité française.

2.3.2 Début du Schisme

Le schisme à proprement parler débute en 1378, un peu moins de soixante-dix ans après le transfert du Saint-Siège en Avignon.

Une partie des cardinaux fait le déplacement jusqu'à Rome pour élire un nouveau pape, suite au décès de Grégoire XI en 1378. L'élection se déroule précipitamment en raison d'une émeute provoquée par les romains, soucieux d'obtenir l'élection d'un pape romain ou italien. Urbain VI est choisi dans ces conditions houleuses, ce qui suscite de multiples débats autour de sa légitimité à la fonction de pape.

Urbain VI, pourtant sélectionné pour sa modération, instaure rapidement une politique de retour à la rigueur religieuse, à l'étonnement de tous. Il nomme par ailleurs de nouveaux cardinaux, en prenant soin de choisir uniquement des italiens.

Les cardinaux français, restés en Avignon réclament alors le soutien de Charles V, le roi de France, pour réunir le Sacré Collège et élire un pape qui leur paraîtrait davantage légitime et disposé à leur cause. Le 20 septembre 1378, Clément VII est élu comme pape en Avignon. Le schisme, soutenu par la France, est officiellement consommé.

Ce schisme subdivise l'Europe en deux blocs répondant à deux obédiences distinctes. Bien entendu, dans ce contexte de Guerre de Cent Ans, les royaumes de France et d'Angleterre s'opposent également sur le plan religieux. Fait intéressant, si le duché de Bourgogne, dépendant pourtant du royaume de France, donne son allégeance officielle au pape d'Avignon, les flamands continuent de soutenir le pape de Rome, officieusement.

2.3.3 Vers la réconciliation

A partir de 1394, de nombreuses tentatives de réconciliation sont amorcées par les rois chrétiens.

Pour cela, la politique de soustraction d'obédience est mise en œuvre. Elle consiste à retirer son allégeance aux deux papes afin d'entraver leurs pouvoirs et prérogatives et ainsi, de façon pacifique, à les contraindre d'abdiquer au profit d'un pape unique. Ce recours, utilisé à deux reprises par le royaume de France, n'a strictement aucune influence sur le schisme.

C'est la volonté des cardinaux de mettre fin à cette scission qui permet le retour à une église unique.

Un premier congrès des religieux européens se tient, en 1409, à Pise. Le concile de Pise aboutit à la décision de démettre les deux papes rivaux de leurs fonctions et d'en élire un nouveau, unique. Mais loin de se soumettre, les papes de Rome et d'Avignon prononcent la sanction d'excommunication à l'encontre du nouveau pape. La chrétienté se trouve désormais subdivisée en trois obédiences...

Entre 1414 et 1418, la ville de Constance accueille les cardinaux en un nouveau concile qui décide, de nouveau, de la réunification. Le pape d'Avignon refuse un fois de plus de se soumettre, mais les deux autres abdiquent face à la décision de mettre un terme à la désunion. Martin V est alors élu et reconnu comme seul pape en 1418, en dépit du refus de Benoît XIII de renoncer à sa fonction.

2.4 Géopolitique occidentale sous Charles VI

Le règne de Charles VI s'inscrit dans une période de remaniement profond de la société du Moyen Âge. Le système féodal commence à se fissurer, nous laissant entrevoir progressivement les fondations du sentiment d'unité nationale et donc la naissance de l'état français à proprement parler.

A tous les niveaux, des clivages, puis des changements interviennent : au sein même du royaume de France, dans l'affrontement territorial entre les deux grandes puissances que sont la France et l'Angleterre, et surtout dans l'opposition de l'Église et de ce fait des blocs alliés soutenant chacun une autorité religieuse différente.

C'est donc à une période charnière de l'Histoire que survient la maladie du roi de France, Charles VI. L'instabilité politique française et européenne doit en partie sa source aux

affrontements entre factions pendant les décompensations du roi. Et il est légitime de postuler que sans cette maladie, l'Europe n'aurait peut-être pas le même visage.

3. Anamnèse familiale

Tout examen médical rigoureux comprend une anamnèse personnelle et familiale. La composante génétique et donc l'hérédité permettent d'orienter les hypothèses diagnostiques. Pour cette raison, il paraît fondamental d'entreprendre une recherche sur l'anamnèse psychiatrique au niveau familial si l'on souhaite déterminer l'origine potentielle de la folie du roi Charles VI.

3.1 Hérité en psychiatrie ?

Les pathologies psychiatriques sont reconnues comme étant multifactorielles, composites de facteurs génétiques, psychosociaux et environnementaux. Cependant, de nombreuses études tendent à mettre en évidence des vulnérabilités familiales. C'est notamment le cas en ce qui concerne la bipolarité ou encore la schizophrénie.

Parmi les nombreuses publications en ce sens, citons par exemple, une méta-analyse canadienne [3]. Celle-ci mettait en évidence un risque 2,7 fois plus important de développer une maladie mentale chez des apparentés au premier degré de patients bipolaires. Et plus spécifiquement, elle retrouvait un risque quatre fois plus important de présenter un trouble de l'humeur.

En ce qui concerne la schizophrénie, la même corrélation a été mise en évidence. En effet, si la prévalence de cette maladie dans la population générale est d'environ 0,7 %, le risque de présenter cette maladie chez un jumeau monozygote dont le frère est atteint de schizophrénie s'élève à 40 % [4].

Les antécédents familiaux peuvent constituer, à ce titre, un argument supplémentaire en faveur d'une pathologie psychiatrique bien précise, sans pour autant en signifier, à eux seuls, la présence.

Il convient également de signaler un facteur important de sélection de « tares génétiques » dans l'hérédité des trônes européens. La consanguinité est de coutume à l'époque puisqu'on scelle une alliance géopolitique par un mariage entre deux princes de

sang. Si l'on ajoute à cette habitude une conception bien compartimentée de castes sociales à l'intérieur desquelles les unions doivent se faire, le brassage génétique s'en trouve limité, faute d'intervenants extérieurs.

Or, chez les Capétiens, il ne s'agit pas seulement d'une alliance unique entre cousins germains, mais bien de successions d'unions intrafamiliales sur plusieurs siècles. Ce procédé explique pourquoi, en remontant près de deux siècles en amont du roi Charles VI, il n'existe que des mariages entre cousins du premier, du deuxième ou du troisième degré. Auguste Brachet, dans sa *Pathologie Mentale des Rois de France*, détaille plus précisément cette lourde consanguinité « *La folie de Charles VI trouve sa cause initiale dans le fait qu'il est descendant de deux frères, fils de Louis VIII, mariés à deux sœurs, et qu'aucun des mariages pendant ces deux cent trente-cinq ans ne s'est exercé hors de cette famille de Saint-Louis (sauf un Bonne de Luxembourg, qui encore est parente)* » [5].

Cette stratégie de recherche d'hérédité a également été effectuée par les partisans du diagnostic de trouble du spectre schizophrénique. On retrouve au premier plan de cet argumentaire d'une hérédité psychotique, deux figures historiques : Robert de Clermont et Henri VI d'Angleterre.

Le premier, fils de Saint-Louis, est le trisaïeul de Charles VI. En explorant les documents d'époque, il s'avère que sa folie résulte d'un traumatisme crânien provoqué par un coup de massue reçu au cours d'un tournoi... Avant cet événement, le malheureux Robert était parfaitement sain d'esprit. Si l'on ajoute au contexte traumatique, le fait que lien de parenté est lointain (il remonte à quatre générations en amont), l'argument d'une hérédité psychotique primaire devient caduc. La génétique de cet ancêtre n'a donc pas sa place dans l'étiologie de la folie de Charles VI, contrairement à ce que l'on peut lire dans certains ouvrages.

En ce qui concerne Henri VI, les recherches que nous avons effectuées nous permettent de faire l'hypothèse d'un trouble de l'humeur avec catatonie plutôt que d'une psychose. Notre théorie est explicitée plus bas.

Par ailleurs, il paraît important de mentionner qu'un certain nombre d'éléments peut avoir échappé aux historiens et chroniqueurs pour peu qu'ils soient relatifs à des femmes. En effet, à cette époque les femmes sont pratiquement occultées des récits historiques et n'apparaissent la plupart du temps qu'à travers les descriptions de leur mari. Par exemple, la

« folie » de Jeanne de Bourbon est mentionnée seulement parce qu'elle afflige son auguste mari, Charles V, le roi de France.

Qu'en est-il alors des épouses dont les maris sont indifférents ? Pas grand-chose à vrai dire, l'histoire est tristement avare en informations. Il est bien difficile dès lors d'obtenir une anamnèse riche et documentée de ces épouses, ces mères, ces filles. Une pathologie mentale, si elle ne s'illustre pas par un tableau bruyant, peut tout à fait avoir été ignorée des chroniques.

Dans cette étude anamnétique, nous avons établi le listing des pathologies mentales sur trois générations en amont comme en aval de Charles VI.

3.2 Ascendants du roi

L'anamnèse psychiatrique du côté paternel, c'est-à-dire relative au roi Charles V, est indemne de pathologie mentale sur les trois générations précédant Charles VI.

Du côté de la mère du roi malade, Jeanne de Bourbon, nous retrouvons au sein de la même génération deux cas de pathologie mentale avérés. Nous n'avons pas trouvé de trace de maladie mentale au sein des deuxième et troisième générations, mais les documents sur cette branche généalogique sont pauvres, et se contentent d'énumérer des faits politiques.

3.2.1 *Jeanne de Bourbon*

Jeanne de Bourbon naît le 3 février 1338, au château de Vincennes, au même endroit et seulement quelques jours après la naissance de son cousin Charles, le futur roi de France.

Les destinées des deux cousins sont étroitement liées puisqu'ils sont mariés à l'âge de douze ans. Jeanne devient reine de France en 1364, lorsque son époux, Charles, cinquième du nom, monte sur le trône. Le couple royal est décrit par les chroniqueurs comme étant très uni. Neuf enfants naissent de leur mariage, dont seulement deux vont atteindre l'âge adulte, le futur Charles VI et son frère cadet Louis d'Orléans.

Jeanne de Bourbon décède à l'âge de quarante ans, trois jours après avoir donné naissance à une petite Catherine, de ce qui semble être une infection du post-partum.

Les sources historiques dont nous disposons décrivent un épisode psychiatrique unique qui correspond, de par sa temporalité, à une maladie mentale du post-partum.

La reine, qui est alors âgée de trente-cinq ans, donne naissance en 1373 à son huitième enfant, une petite Isabelle. La *Chronique des quatre premiers Valois* décrit qu'à la suite de cet accouchement Jeanne de Bourbon a souffert d'un « accès d'aliénation mentale » au cours duquel elle « perdit son bon sens et son bon mémoire » [6].

Les écrits ne permettent pas de distinguer de façon certaine s'il s'agit d'une dépression ou d'une psychose du post-partum. Cependant, les médecins du bas Moyen Age sont suffisamment familiers avec la symptomatologie d'un épisode dépressif sans symptôme psychotique pour que le diagnostic de « mélancolie » soit posé dans le cas d'un trouble de l'humeur unipolaire simple. La circonspection des médecins au sujet de Jeanne de Bourbon nous permet de postuler, par élimination, qu'elle a souffert d'une dépression du post-partum avec symptômes psychotiques ou d'une psychose puerpérale.

Ce qui est néanmoins sûr, c'est que l'épisode dure plusieurs mois avant que la reine ne guérisse progressivement. La détresse de son époux qui entreprend plusieurs pèlerinages auprès de saints anti-vésaniques (saints réputés pour soigner la folie), afin d'obtenir la guérison de sa femme, atteste de la rupture brutale avec son état psychique antérieur.

Si la date exacte de rémission n'est pas connue, sa nomination comme régente du royaume par son époux en 1374 témoigne d'une récupération complète de ses capacités psychiques et donc de sa guérison.

De nombreuses études ont révélé une forte association entre les maladies mentales du post-partum et la bipolarité. Qu'il soit question d'une dépression ou d'une psychose puerpérale, la majorité de ces troubles survient sur un terrain de prédisposition au trouble bipolaire ou chez des femmes atteintes préalablement de ce trouble [7] [8].

3.2.2 Louis II de Bourbon

Louis II de Bourbon naît le 4 février 1337. En tant que frère aîné de Jeanne de Bourbon, il est donc l'oncle, du côté maternel, de Charles VI.

Si au cours de sa vie Louis II est réputé pour son inexpugnable bonne humeur et sa libido excessive, il meurt « mélancolique », selon ses contemporains.

Dans sa *Chronique du bon duc Loys*, Jehan de Chateaumorand nous laisse un témoignage retranscrit par Cabaret d'Orville: « *il print une grande mélancolie en sa teste, qui lui avança bien sa mort, car oncques puis n'eut guère de joie, tant qu'il en perdit le dormir, qui fort l'affoiblit.* » [9].

D'un point de vue sémiologique, la mélancolie au sens d'Hippocrate se définit par une profonde tristesse, un état de langueur et des troubles du sommeil. Louis II manifeste donc en fin de vie, une thymie triste qui rompt avec son état antérieur ainsi qu'une altération de l'élan vital avec une apathie. Le fait qu'il « *n'eut guère de joie* » confirme l'altération thymique mais peut aussi faire référence à une anhédonie. Il est aussi constaté une altération majeure des fonctions instinctuelles avec des insomnies et une perte de poids probablement liée à une anorexie. Le « *joyeux duc* » manifeste les premiers signes de cette maladie en 1409 et décède le 19 août 1410, de la cachexie subséquente.

Ajouté aux signes cliniques sus-cités, l'argument de la durée de l'épisode, qui est supérieure à deux semaines, nous permet de suspecter un épisode dépressif majeur d'intensité sévère.

L'utilisation des critères diagnostiques du DSM-5 sur l'épisode dépressif caractérisé, listés dans le tableau 1, en annexe, permet de confirmer le diagnostic. Nous retrouvons, en effet, les symptômes correspondant aux intitulés numéros 1, 2, 3, 4 et 6 et les critères de A à E sont bien remplis.

Nous n'avons retrouvé aucun critère clinique en faveur d'une mélancolie comme définie par le DSM-5, ou de symptômes psychotiques associés à l'épisode thymique.

Par ailleurs, le tempérament hyperthymique est intégré par certains auteurs dans le spectre de la bipolarité au rang de trouble bipolaire de type IV, lorsqu'une décompensation thymique survient. Ce tempérament se définit par une sociabilité importante, une hyperexcitabilité, un optimisme persistant, une confiance en soi excessive, une exubérance et une impulsivité majeure.

Si un tempérament du registre hyperthymique ne signe pas la présence d'un trouble de l'humeur, il est néanmoins reconnu comme étant un état de vulnérabilité aux troubles bipolaires [10]. Le contenu clinique des décompensations thymiques est alors bien spécifique chez ces personnes à risque. On retrouve notamment un âge de survenue plus tardif des épisodes dépressifs [11] et une prévalence plus importante des critères de mixité.

C'est bien à ce cluster que semble appartenir Louis II. Les différentes sources décrivent effectivement un tempérament du registre hyperthymique qui présenta à la fin de sa vie un authentique trouble de l'humeur.

3.3 Descendants du roi

Comme nous l'avons fait pour les ascendants de Charles VI, notre exploration de l'anamnèse de ses descendants s'est concentrée sur trois générations en aval.

3.3.1 *Première génération*

Nous étudierons ici l'anamnèse psychiatrique des enfants de Charles VI. Nous nous sommes permis de distinguer les enfants nés du couple royal avant et pendant la maladie mentale du roi.

En effet, si aucun doute sur la légitimité des enfants conçus pendant la maladie du roi n'a été émis avant la rédaction du traité de Troyes, des rumeurs commencent à circuler a posteriori, remettant en cause la fidélité de la reine Isabeau de Bavière à son époux, Charles VI, lorsque ce dernier était malade.

Rappelons brièvement que le traité de Troyes est rédigé en 1420 et destitue de la succession à la couronne de France le Dauphin, futur Charles VII, au profit d'Henri V d'Angleterre. A ce moment, les anglais tiennent sous leur coupe le couple royal, à Paris. Le Dauphin, quant à lui, se voit dans l'obligation de fuir la capitale pour mener une révolte contre les anglais.

Au moment de sa rédaction, les arguments avancés dans le traité de Troyes pour justifier la transmission de la couronne française au roi d'Angleterre, sont de deux sortes.

Un premier argumentaire stipule que le Dauphin, Charles, par sa conduite déshonorante n'est plus apte à recevoir la couronne de France. Le critère majeur de cette apologie réside dans le fait qu'il a commandité l'assassinat de son cousin Jean Sans Peur, duc de Bourgogne au cours de la guerre civile opposant les Armagnacs et les Bourguignons. Quant à la seconde ligne argumentaire, elle explicite de quelle façon Henri V d'Angleterre est un prétendant légitime à la couronne de France, par son mariage avec Catherine de France, une des filles de Charles VI et d'Isabeau de Bavière.

Or, à cette période où une illégitimité pour cause de bâtardise aurait constitué une aubaine pour appuyer cet acte de succession, aucun avocat, aucun légiste et surtout aucun chroniqueur n'en fait état. La première évocation d'hypothétiques infidélités de la reine a lieu quelques années après la signature du dit traité, prenant a priori source dans les rumeurs anglaises, ce qui nous permet de douter très sérieusement de leur véracité.

Précisons par ailleurs que les rumeurs d'infidélité stipulent une liaison entre la reine et Louis d'Orléans, le propre frère de Charles VI. L'analyse de la descendance s'avère donc, dans tous les cas, pertinente, puisque la composante héréditaire demeure toujours valable.

Nous avons néanmoins, par acquis de conscience, décidé de scinder les naissances en fonction de l'apparition de la maladie du roi pour nous pencher plus spécifiquement sur son état mental au moment de la conception.

Sur les douze enfants royaux, cinq sont conçus avant les premières manifestations de la folie de Charles VI :

- Charles, né en 1386 et mort avant l'âge d'un an.
- Jeanne, née en 1388 et morte à l'âge de deux ans.
- Isabelle, née en 1389 et morte en 1409, à l'âge de dix-neuf ans.
- Jeanne, née en 1391 et morte en 1433, à l'âge de quarante-deux ans.
- Charles, né en 1392 et mort en 1401 à l'âge de huit ans.

En ce qui concerne les sept enfants nés après le déclenchement de la maladie mentale de Charles VI, nous nous sommes penchés sur le mois de naissance, ce qui nous permet de déduire si le roi était en crise ou en rémission au moment de la conception. Les rumeurs d'infidélité de la reine portant essentiellement sur son inconstance aux moments des accès de maladie de Charles VI, l'étude de son état de santé est significative.

Nous estimons la date de conception en fonction de la viabilité d'un nouveau-né à cette époque où l'obstétrique et la médecine en général, ne permettent pas aux prématurés de survivre :

- Marie, née le 24 août 1393 et morte en 1438, sans postérité. Marie a donc été conçue entre fin novembre 1392 et début janvier 1393 ce qui correspond à une période au cours de laquelle le roi était en parfaite santé.

- Michelle, née le 11 ou 12 janvier 1395 et morte en 1422 à l'âge de vingt-sept ans. La conception a dû avoir lieu entre mi-avril 1394 et fin mai 1394. A cette période, le roi est en rémission.
- Louis, né le 22 janvier 1397 et mort en 1415 à l'âge de dix-huit ans. Il est conçu entre fin avril 1396 et début juin 1396, ce qui correspond également à un moment où Charles VI est en bonne forme.
- Jean, né le 31 août 1398 et mort en 1417 à l'âge de dix-huit ans. La conception a lieu entre fin novembre 1397 et début janvier 1398, encore une fois au cours d'une période où le roi est bien portant.
- Catherine, née le 27 octobre 1401 et morte en 1437 à l'âge de trente-cinq ans. C'est le premier enfant du couple royal qui aurait pu être conçu pendant un épisode de maladie du roi. En effet, Charles VI est malade de la fin du mois de janvier à la fin du mois de février 1401, alors que Catherine, elle, est conçue entre fin janvier et début le début du mois de mars 1401.

Par ailleurs, du fait de la courte durée de la décompensation du roi, nous n'avons pas d'indication sur la polarité de la crise.

- Charles VII, né le 22 février 1403 et mort en 1461. Il est donc conçu entre fin mai et début juillet 1402. Nous savons, d'après les chroniques, que Charles VI est malade de la mi-mai au début du mois de juin 1402.

Tout comme pour Catherine, sa sœur aînée, il n'est pas certain que la conception ait eu lieu au cours d'un accès de maladie mentale de Charles VI. Compte-tenu de la courte durée de cette décompensation, nous n'avons que peu d'informations sur le contenu de la crise et le religieux de Saint-Denis mentionne simplement que la rechute est corrélée à des excès du roi au cours de tournois (argument potentiel en faveur d'un accès maniaque mais bien entendu insuffisant, à lui seul, pour l'affirmer).

- Philippe, né et mort en novembre 1407. Il est a priori conçu en février pendant que le roi se porte bien.

Les allégations d'illégitimité des princes et princesses paraissent donc d'autant plus erronées que sur les douze enfants royaux, seulement deux ont, peut-être, été conçus à un moment où le roi était souffrant.

En ce qui concerne l'anamnèse psychiatrique, nous nous sommes focalisés sur l'étude des enfants royaux ayant vécu suffisamment longtemps pour avoir un profil psychologique et

psychiatrique documenté, soit seulement cinq enfants. Nous n'avons par ailleurs retrouvé aucune trace d'un état prémorbide chez les enfants décédés précocement, bien qu'ils ne fussent guère les sujets des chroniques.

Nos recherches ont donc porté sur Jeanne qui est née avant la folie du roi, et sur Marie, Michelle, Catherine et Charles pour la période post-maladie. Leurs descendances respectives ont bien entendu fait l'objet d'une investigation et sont étudiées ci-dessous.

Il nous faudrait ajouter à cette recherche d'anamnèse psychiatrique Marguerite, l'enfant illégitime que Charles a eu avec sa maîtresse, Odette de Champdivers, et sa descendance. Mais n'étant pas une princesse légitime, les vies de Marguerite et de ses enfants sont passées sous silence, hormis les dates de naissance, de mariage et de décès.

3.3.1.1 Michelle de Valois

Michelle de Valois naît le 11 ou le 12 janvier 1395. Elle est le septième enfant de Charles VI et d'Isabeau de Bavière. Elle épouse en 1409, Philippe le Bon, qui devient duc de Bourgogne à partir de 1419. Elle a une fille de cette union, morte en bas-âge.

Le chroniqueur Chastellain écrit, dans *Œuvres de Georges Chastellain*, que Michelle de Valois décède le 8 juillet 1422, à l'âge de vingt-sept ans, d'une « mélancolie ». Citons notamment deux extraits de son œuvre : « *Sy est vray que ceste dame Michielle estoit première espouse à ce duc de Bourgongne Philippe, qui cordialement l'aymoit et l'avoit aimée tousjours. Depuis, la noble dame, dès que elle s'estoit perçue de la fausse et criminelle mort du duc Jehan, laquelle on imputoit à son frère le dauphin, et dont elle doutoit que son seigneur et mary à tousjours ne la tinst à despecte et contre-cœur, certes, pleine de mélancolye, devint malade à Gand, là où elle avoit sa résidence; et fiuahlement chut en lit, où elle paja son dû* » et, à la page suivante « *car disoient les aucuns, comme j'ai dit, que mélancolye du cas advenu la mena à langueur par doute qu'elle forma contre elle, que son mary dès lors en avant ne la vist à regret* » [12].

La lecture sémiologique des termes employés par Chastellain ne présente ici aucune difficulté. Le chroniqueur évoque une rupture avec l'état antérieur de la santé psychique de Michelle de Valois. L'élément qu'il relate comme déclencheur de la maladie nous permet de dater le début des troubles au mois de septembre 1419. Michelle aurait éprouvé une immense culpabilité

suite à l'assassinat de Jean Sans Peur (le père de son époux Philippe le Bon) par son frère, le futur Charles VII. La durée des troubles est longue, Michelle reste malade pendant près de deux ans et demi.

En ce qui concerne les symptômes présentés par la princesse, nous avons affaire à une tristesse de l'humeur via le terme de « *mélancolie* », à une altération de l'élan vital traduit par la « *languueur* » et « *chut en lit* », et à une probable altération des fonctions instinctuelles avec une anorexie puisque le décès de Michelle fait suspecter une dénutrition. Précisons que la languueur au sens clinique de l'époque correspond à un abattement général. En vocabulaire clinique actuel, la triade anhédonie – apathie – aboulie en serait la traduction la plus fidèle.

Le diagnostic d'épisode dépressif majeur d'intensité sévère semble approprié. Si l'on se réfère au tableau 1 qui se trouve en annexe, nous retrouvons l'ensemble des critères nécessaires au diagnostic selon le DSM-5.

Nous pouvons même aller plus loin dans le diagnostic en suspectant une mélancolie au sens clinique actuel puisque les idées de culpabilité semblent centrales et envahissantes chez Michelle de Valois. Par ailleurs, si l'on utilise les critères de mélancolie du DSM-5 qui sont répertoriés dans le tableau 2 en annexe, la fille de Charles VI y répond largement puisqu'elle manifeste, au minimum, les items A et B (1, 5 et 6).

3.3.1.2 Charles VII

Charles VII naît le 22 février 1403. Il est le onzième enfant de Charles VI et d'Isabeau de Bavière. Charles VII connaît des débuts tumultueux dans la vie politique française puisqu'il doit se battre pour récupérer le trône que son père a été contraint de livrer au roi d'Angleterre.

Destitué de son titre de Dauphin, surnommé le *petit Roi de Bourges* par moquerie pour désigner le piètre territoire sur lequel il règne, Charles est accusé d'être un bâtard par les ennemis anglais. Mais le jeune Charles se révèle en réalité être un jeune homme combatif et volontaire, prêt à user de la force pour retrouver ce qu'il estime lui revenir de droit : le trône de France.

3.3.1.2.1 Etat de stress post-traumatique...

Les contemporains de Charles VII décrivent un changement subit dans le comportement du Dauphin, que l'on pourrait qualifier de rupture avec son état antérieur, à la fin de l'année 1422.

Cette modification de son état psychique fait suite à un accident survenu à La Rochelle quelques semaines auparavant, le 11 octobre 1422. Le plancher de la pièce dans laquelle se trouvaient le futur roi et ses proches s'est effondré, tuant une partie de l'assemblée dans la chute et blessant légèrement Charles.

On retrouve à partir de cet événement des signes cliniques de conduites d'évitement avec un refus systématique des situations aux cours desquelles la situation traumatique pourrait être réactivée. Charles évite par exemple les ponts, ou les lieux surélevés sous toutes leurs formes par peur de les voir céder sous son passage. Chastellain évoque clairement cette peur qui perdure chez le roi : « *Ne s'osoit logier sur un planchier* » [13] ou encore « *N'osoit passer un pont de bois à cheval, tant fust-il bon* » [13].

Nous pouvons par ailleurs supposer l'existence d'un syndrome de répétition ainsi que d'une hypervigilance. En effet, le jeune Charles VII présente, à partir de cette même date, des troubles du sommeil. Juvénal des Ursins évoque spécifiquement une somnolence diurne anormale chez lui : le Dauphin dort mal la nuit et somnole beaucoup en journée. Ces symptômes nous évoquent une lutte active contre le sommeil, peut-être liée à un état d'hypervigilance voire à des cauchemars. Monstrelet évoque également les terreurs qu'éprouve le roi, même à distance de l'accident, qui nous font également suspecter un syndrome de répétition avec des flashes ou des reviviscences.

La triade associant des conduites d'évitement, une hypervigilance et un syndrome de répétition, dans ce contexte où Charles a frôlé la mort, est évocatrice d'un authentique état de stress post-traumatique.

L'utilisation des critères du DSM-5 concernant l'état de stress post-traumatique répertoriés dans le tableau 3 en annexe, nous permet de confirmer le diagnostic. En effet, Charles VII a vécu un événement traumatique au cours duquel il a été directement confronté à la mort (critère A). Plusieurs symptômes intrusifs liés au traumatisme sont présents, avec au minimum des souvenirs récurrents de l'accident comme l'attestent ses proches (critère B.1), et une détresse psychologique importante (critère B.4) à tel point que la personnalité du jeune

Charles en est altérée. Des conduites d'évitement aux rappels externes sont relevées (critère C.2) ainsi que des altérations négatives des cognitions et de l'humeur (critères D.4 et D.5). Enfin, nous notons une hypervigilance et des troubles du sommeil invalidants (critères E.3 et E.6). Quant au critère de durée d'au moins un mois, ce dernier est largement respecté compte-tenu de la longue durée des troubles, sur plusieurs années.

3.3.1.2.2 ...et épisode dépressif caractérisé

Dans les suites de ces premières manifestations symptomatiques, Auguste Brachet, dans son travail s'appuyant sur les textes des chroniqueurs évoque « *un affaissement complet et inexplicable* » de l'humeur du roi, associée à une apathie totale [14]. Charles VII, apparaît alors triste et indifférent à tout ce qui l'entoure, y compris aux décisions d'Etat qu'il honorait pourtant avec ferveur jusqu'alors. Il délègue toutes les tâches et est également indifférent aux défaites au cours des campagnes militaires qu'il avait initiées pour récupérer son trône. Les troubles du sommeil perdurent au long cours.

Du Fresne de Beaucourt décrit un isolement du futur roi, qui refuse sciemment tout contact avec ses semblables à travers des « *retraites impénétrables à ses sujets* » [15]. Il évoque par ailleurs une amélioration progressive de l'état du Dauphin à partir de 1429 et quasiment concomitante à l'arrivée de Jeanne d'Arc.

Dans un deuxième temps, nous notons sur le plan clinique, une perte de l'élan vital avec une apathie et une aboulie, ainsi qu'un affaissement thymique et une altération des fonctions instinctuelles. La durée de l'épisode est également longue, de plusieurs années.

A ce stade, la maladie de Charles VII répond aux critères de l'épisode dépressif majeur qui vient se greffer sur l'état de stress post-traumatique préexistant.

3.3.1.2.3 Controverse autour de la mort de Charles VII

Par ailleurs, un grand nombre d'historiens ont évoqué une « crise de folie » de Charles VII dans le mois précédant sa mort. Certains en ont conclu que Charles VII a souffert de la même maladie mentale que son père.

Il paraît indispensable de se pencher plus spécifiquement sur les circonstances exactes de son décès avant de parvenir à de telles conclusions.

Le chroniqueur officiel du roi, Jean Chartier, religieux de Saint-Denis, nous relate que Charles VII souffre depuis plusieurs années (de 1457 à 1461 pour être exact) d'une ostéite de la jambe. Puis, à partir de 1458, le roi se plaint d'une hyperesthésie douloureuse de la mâchoire, qui fait suspecter à ses médecins, l'existence d'une localisation infectieuse secondaire au niveau maxillaire.

Auguste Brachet, évoque à partir de cette période une dégradation progressive de l'état de santé général du roi. Début juillet 1461, un abcès maxillaire est constaté par les médecins de Charles VII, et le 9 juillet l'accroissement de l'abcès conduit à l'avulsion d'une dent. Malgré ce geste chirurgical, le roi n'est pas soulagé et continue de se dégrader sur le plan général. Il est tout à fait légitime de penser que le stade du sepsis est rapidement atteint dans ce contexte.

A partir du 15 juillet 1461, et pour une durée d'une semaine, Charles VII refuse de s'alimenter au prétexte qu'on tente de l'empoisonner. Le climat entre le roi et le Dauphin (le futur Louis XI) est alors on ne peut plus tendu, ce dernier étant à l'origine de nombreuses rébellions à l'encontre de son père, ce qui vient majorer le délire de persécution. De plus, la présence d'un abcès ayant été évacué dans la bouche pourrait expliquer une altération du goût voire même de l'odorat qui aurait pu inquiéter le roi et alimenter le processus délirant interprétatif.

Au bout d'une semaine, le 21 juillet 1461, Charles VII, encouragé par ses médecins, accepte de s'alimenter, mais n'en est plus physiquement capable. A ce stade-là, nous pouvons seulement spéculer sur une avancée locale de l'infection qui, par un trismus ou une compression œsophagienne, aurait rendu impossible le passage alimentaire. Il décède le 22 juillet 1461, probablement des suites de l'infection.

Jean Chartier décrit précisément cet épisode dans les *Chroniques de Charles VII* : « *L'an mil quatre cent soixante et ung, environ le commencement du mois de Juillet, fut semé certain langage par gens plains de zizanie, et disoit-on que on vouloit empoisonner le roy très chrestien Charles VIIe de ce nom, luy estant à Meun sur Yèvre. De laquelle chose après qu'il fut informé, fucha tellement ledit empoisonnement en son cœur, que oncques puis n'eult joye ne santé. Mais pour ce qu'il fut adverti par ung capitaine qui moult l'aymoit, y adjousta telle foy et se desconforta tellement qu'il délaissa le mengier par l'espace de huit jours ou environ, pour ce qu'il ne s'osoit fier à nul de ses gens. Ne pour chose que ses physiciens lui dissent il ne vouloit menger ne prendre aucune réfection, et jusques à ce que ses fusiciens lui dirent*

que s'il ne mangoit il estoit mort. Et adonc mist paine de menger, maiz ne peult, car ses conduits estoient jà tous retraitz. » [16].

L'étiologie somatique des propos délirants semble toute indiquée, que ce soit dans le contexte du sepsis seul, ou du fait d'une localisation infectieuse secondaire cérébrale. Les rumeurs sur une tentative d'empoisonnement ont probablement contribué à enkyster le processus délirant chez le malade.

L'hypothèse d'une psychose primaire est donc fallacieuse compte tenu du contexte somatique du roi au moment des faits.

De ce fait, nous retenons, en ce qui concerne Charles VII, la seule hypothèse d'un état de stress post-traumatique ainsi que d'un épisode dépressif caractérisé. Nous n'avons pas retrouvé d'argument en faveur d'un trouble bipolaire, ni d'élément psychotique imputable à une cause psychiatrique (la psychose étant organique).

3.3.2 Deuxième génération

La deuxième génération des descendants du roi correspond aux petits-enfants de Charles VI.

3.3.2.1 Louis XI

Louis naît le 3 juillet 1423 dans une France tourmentée. Son père, le futur Charles VII, est en disgrâce et domine alors un royaume amputé de moitié. Louis entretient une relation conflictuelle avec son père, ce qui lui vaut de prendre de nombreuses fois part à des décisions allant à l'encontre de la volonté royale. Il devient roi de France à l'âge de trente-huit ans, en 1461.

3.3.2.1.1 Accès hypomanes

De nombreux éléments, tout au long de la vie de Louis XI, nous permettent de suspecter l'existence d'accès hypomanes.

Ainsi en est-il de ces nombreuses semaines de bizarrerie dans le comportement du roi en 1468. En effet, le 19 novembre 1468, Louis XI émet un décret qui réquisitionne, pour sa convenance personnelle, tous les oiseaux, et, quelques jours plus tard, tous les animaux de « *plein air* » de la ville de Paris, comme en atteste le Journal de Jean de Roye : « *Et, ce mesmes jour, furent prises pour le roy, [...], toutes les pyes, jays, chouetes estans en cage ou autrement et estant privées, pour toutes les porter devers le roy.* » [17].

Notons qu'il n'est pas seulement question de l'absolutisme habituel du roi puisque le peuple en est surpris et courroucé, comme le relèvent les chroniqueurs.

A cette même période, le roi demande à ce qu'un registre soit tenu, contenant l'énoncé de tout ce que les oiseaux, dits savants, sont capables de répéter, et notamment les grossièretés. Les documents, bien curieux à lire, énumèrent de ce fait des listes de perroquets grivois et les injures qu'ils profèrent. En voici un petit aperçu consigné par Jean de Roye : « *Et estoit escript et enregistré le lieu où avoient esté prins lesdiz oiseaulx et aussi tout ce qu'ilz savoient dire, comme : Larron ! Paillart ! Filz de putain ! Va hors, va ! Perrete, donne moy à boire ! et plusieurs autres beaux motz que iceulx oiseaux savoient bien dire et qu'on leur avoit aprins.* » [17].

Les symptômes ici présents correspondent à une légère exaltation thymique et à une désinhibition. Cette altération du comportement habituel du roi dure plusieurs jours (comme en atteste la durée entre les différents décrets) sans engendrer un retentissement marqué sur sa capacité à assurer les fonctions royales.

Commynes, en étudiant les comptes royaux, témoigne d'achats démesurés à certaines périodes (notamment pour des animaux exotiques) compte-tenu de l'avarice habituelle du roi. En plus d'achats qualifiés d'inutiles, Louis XI verse le double du prix de vente de l'objet convoité, sans que cela soit réclamé par le vendeur. Des sommes astronomiques sont alors dépensées en quelques jours.

On retrouve ainsi des achats compulsifs divers et variés. Les lubies royales vont de la commande d'animaux à l'achat de quantité importante de chapeaux de luxe au cours de l'automne 1478. Entre le mois d'octobre 1478 et le début de l'année 1479, Louis XI dépense des sommes importantes en habits richement parés, qu'il distribue gratuitement à sa Cour. Commynes écrit : « *Il se vestoit richement, ce que jamais n'avoit accoustumé paravant ; et ne portoit que robes de satin cramoisy fourrées de bonnes martes ; et endonnoit à ceux qu'il vouloit, sans demander ; car nul ne luy eust osé demander, ni parler de riens.* » [18].

Ces périodes d'achats impulsifs et excessifs et de désinhibition modérée tranchent avec le comportement habituel du roi, dont le surnom est *Le Prudent* ou encore *L'araignée* tant sa politique relève d'un tissage méticuleux, patient, afin d'arriver à ses fins. L'ensemble de ces éléments ne sont pas sans évoquer des épisodes d'hypomanie, dont les critères diagnostiques sont exposés en annexe, dans le tableau 4, et donc un éventuel trouble bipolaire de type II (le diagnostic de trouble bipolaire de type I ne peut être posé ici puisque les symptômes n'entraînent pas une altération fonctionnelle suffisante).

Cependant, même si Louis XI présente au cours de sa vie de nombreux épisodes au cours desquels il s'isole complètement et se retire de la vie publique, nous n'avons pas retrouvé d'autre argument en faveur d'un épisode dépressif majeur chez le souverain. Or la présence d'un tel épisode est indispensable pour pouvoir affirmer un trouble bipolaire de type II selon le DSM-5 dont les critères sont indiqués en annexe, dans le tableau 6. Nous retenons donc, chez Louis XI, l'existence d'accès hypomanes sans pouvoir poser le diagnostic de trouble bipolaire de type II.

3.3.2.1.2 *Délire de persécution en fin de vie*

De nombreux aliénistes du début du XX^e ont utilisé les témoignages d'historiens pour établir l'existence d'une psychose dans les dernières années de la vie de Louis XI.

Il nous paraît important de mentionner qu'à partir du mois de mars 1480 et jusqu'à son décès le 30 août 1483, Louis XI est victime de plusieurs AVC (accidents vasculaires cérébraux) successifs. Commynes décrit distinctement la phase aigüe du premier événement neurologique : « *Il perdit de tous poincts la parole, et toute cognoissance et mémoire* », avant d'ajouter « *Il entendoit peu de ce qu'on luy disoit ; [...] il ne formoit guère de motz... Au bout de deux ou trois jours, la parole luy commença à revenir et le sens.* » [19]. Si l'aphasie est ici évidente, Commynes évoque à d'autres passages de son œuvre une hémiparésie chez le souverain.

Le délire de persécution si justement noté par les historiens, fait suite, chronologiquement, au deuxième AVC du roi. Les troubles neurocomportementaux et psychiatriques sont ici probablement séquellaires de cette étiologie organique et ne peuvent donc être avancés

comme un argument en faveur d'une psychose primaire (donc non organique), héréditaire, chez les Valois.

3.3.2.2 Henri VI

Henri naît le 6 décembre 1421. Il est le fils d'Henri V d'Angleterre et de Catherine de France, une des filles de Charles VI. Henri VI devient roi d'Angleterre en 1422 alors qu'il est âgé de seulement neuf mois.

Henri VI se distingue dès son jeune âge par sa grande vivacité intellectuelle et sa soif de connaissances, il préside d'ailleurs les débats parlementaires dès l'âge d'onze ans. Il est décrit par ses proches comme un homme pieux et calme, qui aspire à la paix. Son caractère est peu adapté à ce rôle de roi belliqueux que les Lords souhaitent le voir adopter. On lui reproche d'être trop pacifiste, de ne pas se battre suffisamment pour conserver le trône de France sous le joug anglais.

Aucun signe précurseur d'une maladie psychiatrique n'est noté avant l'épisode inaugural, bien que les historiens britanniques voient dans sa tempérance de caractère la marque d'un futur esprit malade. Nous n'avons notamment retrouvé aucun signe clinique en faveur d'un état mental à risque de psychose ou de symptôme dysthymique.

Le premier épisode de folie d'Henri VI se produit à la fin de l'été 1453, alors que le roi est âgé de trente et un ans. Alors qu'il se trouve en parfaite santé sur le plan physique et mental, on lui apprend la perte de Bordeaux, et donc la défaite des anglais au terme de la Guerre de Cent Ans. Il sombre, suite à cela, dans un profond état de tristesse qui dure plusieurs semaines puis présente brutalement un état catatonique avec une perte complète du contact, un mutisme, et une inhibition psychomotrice totale. Son état clinique est décrit par des membres du parlement qui étaient venus lui rendre visite : « *he was led between two men into the chamber where he lieth* » (« *il fut conduit entre deux hommes dans la chambre où il gît* ») avant d'ajouter que malgré leur prières et exhortations ils ne purent obtenir « *no answer, word nor sign; and therefore with sorrowful heart come there way* » [20] (« *aucune réponse, mot ou signe ; et c'est avec le cœur douloureux qu'ils repartirent* »).

A la fin de l'année 1453, Marguerite d'Anjou, son épouse, met au monde un fils. Lorsque le bébé lui est présenté, le roi reste impassible, immobile comme une statue.

Pendant près d'un an et demi, les soins de base sont assurés par ses serviteurs qui le transportent, le lavent, le nourrissent et l'hydratent.

Il n'arrive à prononcer ses premiers mots qu'en décembre 1454 et ses contemporains parlent de la guérison complète du roi en janvier 1455 (« *as well as ever he did* » [21] « *aussi bien qu'il ne l'avait jamais été* »). Il présente une amnésie complète des faits qui se sont déroulés pendant cette période à tel point que, surpris d'avoir un fils, il aurait demandé si ce dernier n'avait pas été conçu par l'opération du Saint-Esprit.

Cliniquement, Henri VI présente une rupture brutale avec son état psychique antérieur, avec comme élément déclencheur la perte de la Guerre de Cent Ans. La thymie s'altère à ce moment-là.

L'état catatonique, lui, est secondaire, avec :

- Une stupeur confirmée par le fait que le roi ne présente plus aucune activité motrice. L'inhibition psychomotrice est totale, le roi ne doit sa survie qu'aux soins minutieux qui sont procurés par ses serviteurs. Ceci correspond au critère A.1 de la catatonie dans le DSM-5 (tableau 7, en annexe).
- Un mutisme (critère A.4) puisque Henri ne prononce pas le moindre mot de la fin de l'été 1453 au mois de décembre 1454.
- Un négativisme (critère diagnostique A.5), qui correspond à l'absence de réponse à des instructions ou à des stimuli extérieurs.

La durée de l'épisode est longue, près d'un an et demi.

La guérison de cet épisode se traduit par une récupération totale de ses fonctions cognitives, tout comme chez son grand-père, Charles VI. Il est aussi bien portant qu'il ne l'était avant le début de la maladie selon ses proches. Il parle normalement et répond de façon sensée.

Quant à Henri VI, cette maladie aura surtout eu pour effet de renforcer sa piété. Il passe de nombreuses heures en prières et assiste, impuissant, à une guerre civile qui vise à le destituer et qui découle de la régence instaurée pendant sa maladie.

On sait également qu'Henri VI présente une crise de folie similaire au niveau clinique entre l'automne 1455 et le mois de février 1456. Néanmoins, les informations portant sur Henri VI sont davantage axées sur des événements politiques et occultent nettement le roi après les

premières manifestations de sa maladie mentale. Il apparaît cependant que cette dernière est chronique, tout en présentant de bons intervalles libres, sans symptôme résiduel notable.

Henri VI est destitué de son trône en 1465 et emprisonné pendant près de cinq ans dans la tour de Londres, avant d'être remis au pouvoir pour une courte période. Il aurait sombré dans la folie pendant la durée de son enfermement bien que nous n'ayons pas plus d'information clinique à notre disposition.

Le diagnostic de schizophrénie est posé rétrospectivement, à partir de 1975 par Clarke, un psychiatre britannique [22]. Celui-ci repose essentiellement sur une attitude particulière du roi, celle de lever les yeux au ciel lorsqu'il priaît. Il en a ainsi conclu que le roi devait présenter des hallucinations visuelles. D'autres voient dans cette attitude une simple marque de la grande piété du roi.

En ce qui nous concerne, en nous reposant seulement sur des éléments factuels, nous n'avons retrouvé aucun argument en faveur d'une schizophrénie. Il n'existe pas d'élément en faveur d'un délire paranoïde, d'une désorganisation psychique, d'un syndrome dissociatif quel qu'il soit, ou encore d'un repli autistique.

Les symptômes dont nous disposons relèvent davantage du registre thymique. La polarité semble unique avec des épisodes d'effondrement thymique, accompagnés, dans les manifestations les plus graves, d'une catatonie. Nous n'avons retrouvé aucune manifestation en faveur d'une exaltation thymique ou d'une agitation psychomotrice quelconque.

La maladie d'Henri VI conduit à des conflits internes au sein de deux grandes dynasties anglaises, afin de légitimer la régence. C'est le début d'une guerre civile en Angleterre, plus connue sous le nom de Guerre des Deux Roses : la rose rouge est le symbole de la maison des Lancaster dont Henri est issu contre la rose blanche, symbole de la maison des York.

Henri VI décède le 21 mai 1471, alors qu'il est emprisonné dans la tour de Londres, officiellement d'une mélancolie et officieusement assassiné sur les ordres du futur Edouard IV d'Angleterre. L'étiologie officielle de son décès a, en tout cas, paru suffisamment crédible pour légitimer son successeur sur le trône d'Angleterre. Cet argument conforte le diagnostic

d'un trouble de l'humeur avec des symptômes psychotiques plutôt que celui d'une psychose seule.

3.4 Synthèse familiale

La généalogie directe de Charles VI met en évidence une prévalence importante des troubles de l'humeur, et ce, sur plusieurs générations (quatre de façon certaine). Dans plusieurs cas, la polarité thymique du trouble est double.

On retrouve plus précisément :

- Un trouble psychiatrique du post-partum chez sa mère, sans que nous puissions déterminer de façon certaine s'il est question d'une dépression puerpérale avec symptômes psychotiques ou d'une psychose du post-partum.
- Un tempérament du registre hyperthymique et un épisode dépressif majeur d'intensité sévère chez son oncle maternel.
- Un épisode dépressif majeur, voire même une mélancolie sans symptôme psychotique franc retrouvé chez une de ses filles.
- Un état de stress post-traumatique et un épisode dépressif majeur d'intensité sévère chez un de ses fils.
- De nombreux épisodes hypomanes chez l'un de ses petits-fils.
- Un trouble de l'humeur unipolaire avec catatonie chez un autre de ses petits-fils.

Nous n'avons pas retrouvé de témoignage de maladie psychiatrique chez les ascendants de la deuxième et de la troisième génération ainsi qu'au sein de la troisième génération de ses descendants. Cela ne signifie pas pour autant qu'il n'y en ait pas eu, certains sujets étant complètement ignorés des chroniques.

Si la liste dressée ci-dessus n'est donc pas exhaustive, elle demeure déjà riche en sujets atteints d'un trouble de l'humeur. Il semble exister une vulnérabilité familiale aux troubles de l'humeur chez les Valois, et plus précisément une prédisposition au spectre bipolaire.

Mais qu'en est-il de la maladie mentale du roi Charles VI ?

4. Enfance royale

Il est pertinent de se pencher sur l'enfance de Charles VI ainsi que sur ses jeunes années, avant le début de sa maladie mentale. Cette période nous renseigne sur la personnalité du souverain, son éducation, ses valeurs.

Une étude approfondie permet par ailleurs de rechercher un état mental à risque de psychose ou des signes de dysthymie précoce.

4.1 Les jeunes années du roi

Charles VI naît le 3 décembre 1368 à Paris. Il est le cinquième enfant de Charles V, roi de France, et de Jeanne de Bourbon. Les chroniques sont pauvres en informations quand il est question de l'enfance de Charles VI. Loin d'être anormale, cette avarice en données cliniques s'explique par le fait que les enfants n'occupent guère d'importance aux yeux des historiens, à cette époque.

Par ailleurs, les éléments dont nous disposons quant à l'enfance royale, relèvent davantage de la description de l'éducation qu'il reçut, ainsi que de son caractère, plutôt que de la narration de tranches de vie, pourtant bien plus pourvoyeuses d'informations cliniques.

4.1.1 *Education de Charles VI*

La mortalité infantile au bas Moyen Age est très élevée, avec des taux évoluant entre 40 et 50 % selon les auteurs. Si l'on ajoute à cela les famines et la guerre, on obtient une espérance de vie de vingt-trois ans au cours de la première moitié du XV^e siècle [23]. Par exemple, au sein de la fratrie de Charles VI, seulement deux enfants atteignent l'âge adulte sur les neuf princes et princesses mis au monde.

Ces terribles chiffres expliquent pourquoi l'enfant, tout en ayant une place fondamentale dans la société, puisqu'il assure la pérennité d'une dynastie, est d'avantage considéré comme un objet, propriété exclusive de ses parents plutôt que comme un individu à part entière. Il

incombe alors à ces derniers de modeler leur progéniture en fonction des compétences que leur statut social exige.

Selon cette logique, les enfants royaux ne sont pas les sujets des chroniques. Leur éducation n'est même pas assurée par la cellule familiale ; se succèdent en effet autour de Charles VI, nourrices et précepteurs afin de le préparer au mieux à ses futures responsabilités royales.

Jusqu'à l'âge de douze ans, un certain Philippe de Mézières assure l'éducation du futur souverain. Il bénéficie d'un enseignement complet au cours duquel il étudie le latin, les sciences politiques, et les arts. Ses lectures scolaires sont consacrées à la Bible, aux auteurs antiques et aux traités de politique et d'histoire.

Au grand dam de son tuteur, le jeune Charles lit aussi des ouvrages plus légers comme les aventures du roi Arthur. Profondément chevaleresque, il voit en ce roi mythique le symbole de toutes les valeurs qu'il affectionne. Tout jeune, il manifeste déjà une volonté à toute épreuve pour s'illustrer en croisant le fer comme en témoigne cet extrait : « *le roi, son père [le texte fait référence à Charles V] fit un grand convict et moult beau dîner à Melun ; et après qu'on fut levé de table, fit apporter une moult belle et riche couronne, et un beau bassinet [le bassinet désigne un casque de guerre commun aux XIII^e et XIV^e siècles], et les montra à son fils Charles, et lui demanda lequel il aimait le mieux, ou être couronné roi de la couronne, ou avoir le bassinet, et être sujet aux périls et fortunes de guerre ; lequel répondit pleinement qu'il aimerait mieux le bassinet que la couronne* » [24].

Charles VI apprend également l'art de la diplomatie auprès de son père, Charles V, puis au décès de ce dernier, auprès de ses oncles dont Philippe le Hardi, duc de Bourgogne. Il reçoit ainsi tous les hôtes de marque et préside les cérémonies officielles avec brio.

Il pratique par ailleurs un grand nombre d'activités physiques. Charles est un chasseur émérite, il s'illustre en tirant admirablement bien à l'arbalète et joute inlassablement au cours de nombreux tournois.

4.1.2 Roi et régence

Charles VI perd sa mère à l'âge de dix ans et son père le 16 septembre 1380, alors qu'il n'en a pas tout à fait douze. Il devient ainsi roi de France et est sacré le 4 novembre 1380 dans la cathédrale de Reims.

En attendant que le jeune roi soit majeur, la régence est assurée par ses oncles paternels. Les conflits d'intérêt entre les frères du défunt Charles V donnent lieu à des guerres intestines afin de s'approprier le pouvoir. Philippe le Hardi, le puissant duc de Bourgogne, récupère plus spécifiquement la responsabilité de l'éducation de Charles VI et mène ainsi une politique favorable à son duché, en jouant le rôle de père de substitution auprès de son neveu. Malgré cela, le jeune roi prend une part active à la politique de son pays. Il préside les États Généraux à partir de douze ans, participe aux campagnes militaires qu'il supervise, assure la répression de plusieurs révoltes qui éclatent dans le royaume. Il n'hésite pas non plus à prendre la parole en vue de commuer des peines prononcées par la justice.

Lorsque Charles VI atteint l'âge de quinze ans, on s'évertue à lui trouver une épouse. Compte-tenu du contexte politique tumultueux, il est fondamental d'assurer la pérennité de la dynastie des Valois en ayant un héritier mâle le plus rapidement possible. L'alliance la plus pertinente est celle avec l'Allemagne, qui pourrait se révéler un allié précieux, à la fois politique et géographique contre les anglais.

Les oncles du roi retiennent comme candidates possibles trois jeunes princesses allemandes entre lesquelles ils n'arrivent pas à trancher. Le religieux de Saint-Denis nous informe qu'un peintre est alors envoyé sur place afin de dresser le portrait des prétendantes [25]. Le jeune roi, très pragmatique, jette alors son dévolu sur Isabeau de Bavière, qu'il trouve la plus jolie. Une fois l'accord oral passé, tout s'accélère : le roi rencontre sa fiancée à Amiens le 14 juillet 1385, et même si elle ne parle pas français, elle lui fait forte impression. Le mariage est précipité à la demande de Charles, impatient, qui refuse d'attendre plus de quelques jours. La cérémonie a lieu le 17 juillet 1385. Le roi est âgé de seize ans, son épouse de quinze ans. Le mariage est consommé dès la première nuit.

En février 1386, la nouvelle de la grossesse de la reine est rendue publique. Un garçon, prénommé Charles est mis au monde en 1386. L'enfant ne vit que quelques mois mais la royauté peut être rassurée, le couple est fécond. Avant le début de la maladie mentale de Charles VI, Isabeau met au monde cinq enfants, dont deux garçons. La légitimité de la branche des Valois semble ainsi assurée.

Cela n'empêche guère le roi de trouver satisfaction auprès d'autres femmes. Ses infidélités, même si discrètes, sont d'ailleurs le seul défaut mentionné dans les portraits du jeune roi.

4.1.3 L'émancipation

En novembre 1388, alors que Charles VI fête ses vingt ans, il remercie ses oncles pour les services rendus à l'Etat et les congédie, les renvoyant sur leurs terres respectives. Il s'affranchit de façon officielle de la régence et des conseils de ses oncles, et prend les pleins pouvoirs dans son royaume. Il entend de ce fait régner différemment et choisit de mener une politique nationale et internationale de paix, d'allègement des pressions fiscales et de proximité par rapport à ses sujets.

Pour former son gouvernement, il s'entoure des Marmousets. Ce surnom désigne des hommes choisis individuellement pour leur sens politique et diplomatique, qui s'illustrent par leurs compétences et non par leurs rangs ou leurs naissances puisqu'ils ne sont pas des princes de sang. Charles s'éloigne ainsi du système féodal et instaure les fondations d'un état français fort, annonciateur des monarchies absolues à venir.

Son règne débute donc sous les meilleurs auspices et la survenue en 1392 de sa maladie psychiatrique fait l'effet d'un coup de tonnerre dans le royaume de France.

4.2 Une maladie à début précoce ?

Aurait-on pu prédire la maladie mentale de Charles VI ? Existait-il des signes annonciateurs de cette crise de 1392, qui n'auraient pas été relevés par les historiens et les médecins ?

Dans cette partie, nous chercherons d'éventuels symptômes prémorbides au cours de l'enfance et de la jeunesse du roi.

4.2.1 Trouble psychiatrique à début précoce et état mental à risque

Si l'on utilise comme outil diagnostique la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent, nous pouvons exclure d'emblée, chez le jeune Charles VI, le cluster des psychoses précoces (appelées troubles du spectre autistique dans la classification DSM) et les troubles du développement.

Les écrits des contemporains nous révèlent un enfant qui ne rencontre aucune difficulté à se sociabiliser, sans trouble de l'interaction aux autres, et sans trouble des acquisitions ou altération des fonctions instrumentales. Par ailleurs, Charles ne manifeste aucune conduite à risque ou mise en danger quelle qu'elle soit. Nous ne retrouvons pas de trouble du comportement chez le jeune roi.

Nous n'avons pas d'argument en faveur d'une dépression infantile ou d'un trouble de l'humeur précoce. Il n'y a pas de signe de dysrégulation de l'humeur. Charles VI est un enfant agréable, on ne retrouve pas d'irritabilité ou d'agressivité chez lui. Même à la suite d'événements de vie difficiles, comme la perte de ses parents, il ne manifeste pas de période d'agitation ou à l'inverse de repli. Les activités habituellement investies le restent en permanence, sans perte d'intérêt. Nous ne retrouvons pas de trouble du sommeil dans ses jeunes années.

Il est également important de rechercher des signes cliniques en faveur d'une schizophrénie précoce. La schizophrénie précoce se caractérise par un début de la maladie survenant avant l'âge de dix-huit ans. Si le contenu symptomatique du trouble est similaire à celui de l'adulte, il existe une nette prépondérance des symptômes négatifs par rapport aux symptômes positifs de la maladie. On retrouve ainsi fréquemment associés des troubles du développement neurocognitif avec une altération des processus élémentaires et des fonctions instrumentales. Le développement psychomoteur et les interactions sociales se trouvent également entravés. Parmi les symptômes positifs présents, le tableau délirant est rarement floride. Les propos sont plutôt subdélirants, incohérents ou imaginatifs.

Or, aucune de ces manifestations n'est présente chez Charles VI, ce qui nous permet d'exclure l'existence d'une telle pathologie.

Enfin, à défaut d'une pathologie pédopsychiatrique constituée, il est important de rechercher l'existence d'un éventuel état mental à risque de psychose. Cette expression désigne l'état de vulnérabilité dans lequel se trouve un individu dont le fonctionnement, qui n'est pas encore pathologique, peut être le précurseur du glissement vers une psychose authentique.

Parmi les signes que l'on recherche, se trouvent :

- des symptômes positifs avec des troubles du contenu de la pensée, des idées bizarres, des anomalies de la perception, un discours désorganisé ;

- des symptômes négatifs avec des troubles du langage, une apathie, une anhédonie ;
- des altérations cognitives, au premier rang desquelles on trouve des troubles de l'attention et de la concentration ;
- des perturbations émotionnelles, avec un émoussement affectif, des affects inappropriés.

Les critères présents doivent relever d'un niveau de dysfonctionnement atténué par rapport à une psychose constituée.

Une fois de plus, Charles VI ne présente aucun de ces critères cliniques susceptibles de le classer en tant que sujet vulnérable.

Au total, il n'existe aucun élément au cours de l'enfance et de l'adolescence du roi qui puisse évoquer un début précoce de sa maladie mentale ou un état prémorbide.

4.2.2 Etat de santé général de Charles VI

Hormis sa santé psychique, qu'en est-il de la santé physique du roi ?

A ce sujet, les auteurs demeurent unanimes : le roi dispose d'une santé de fer de son plus jeune âge jusqu'à la fin de sa vie. La seule trace d'infection intercurrente qu'on retrouve lui coûte la vie le 21 octobre 1422.

Charles VI, dès son enfance, est grand et bien bâti. Il jouit d'une excellente condition physique. Il pratique d'ailleurs des activités physiques comme la chasse, l'équitation et le jeu de paume, et le fera jusqu'à son décès.

Nous n'avons aucun argument en faveur d'une étiologie organique de sa maladie mentale, ou d'une quelconque pathologie chronique somatique.

Dans ses chroniques rédigées a posteriori, Froissart évoque une infection que Charles aurait contractée vers la fin du mois de mars 1392. Alors que le roi est à Amiens pour parlementer avec les anglais, il aurait manifesté de la « *fièvre* » et une « *chaude maladie* » [26]. Monstrelet, dont le travail d'historien s'appuie sur celui de Froissart, et qui se présente comme son successeur, ajoute que l'inquiétude que Charles VI aurait éprouvée quant à son état de santé lui aurait fait tomber les ongles et les cheveux.

Si le sens du mot fièvre ne souffre aucune ambiguïté, il nous faut mentionner que la chaude maladie correspond aux convulsions. La convalescence aurait été longue, et le roi n'aurait été

parfaitement rétabli qu'à la fin du mois d'avril 1392. Il est important de noter qu'aucun symptôme psychiatrique ou neurocomportemental n'est mentionné, que ce soit au cours de la supposée phase aigüe de l'infection ou lors de la convalescence.

Cependant, dans les chroniques officielles du roi rédigées par le religieux de Saint-Denis, il n'est nullement mention d'une quelconque maladie de Charles VI à cette période. Il n'y a également, aucune trace de cette supposée maladie dans les écrits de Juvénal des Ursins. Il paraît d'autant plus étonnant qu'une maladie aussi invalidante ait pu échapper au religieux de Saint-Denis, que ce dernier prend soin d'indiquer des blessures de gravité moindre chez le roi. Tout un chapitre de ses chroniques est, par exemple, dédié à une blessure que Charles VI se fait à la jambe en chevauchant en 1412.

Si nous ne pouvons infirmer avec certitude l'existence d'une telle maladie infectieuse, nous ne pouvons pas non plus exclure qu'elle ait été ajoutée a posteriori par Froissart pour justifier la survenue d'une maladie mentale chez Charles VI.

5. La folie du roi

En 1392, alors qu'il est âgé de vingt-trois ans, Charles VI présente sa première décompensation d'une maladie mentale dont il a souffert pendant plus de trente années. L'analyse clinique de ses crises mais aussi une étude méticuleuse des capacités du roi pendant les rémissions ont fait l'objet de notre enquête et sont exposées dans cette partie.

5.1 Première crise de folie

5.1.1 Début effectif de la maladie

Lors de l'été 1392, Charles VI décide de mener une campagne punitive en Bretagne contre Pierre de Craon, un vassal du duc de Bretagne. Pierre de Craon avait, quelques mois auparavant, tenté de faire assassiner Olivier de Clisson, le connétable de France et un ami intime du monarque.

Ce contexte historique est le théâtre du premier épisode de folie du roi, qu'historiens et médecins datent, à tort, du 5 août 1392, en le définissant par le sobriquet de « la crise de folie du Mans ».

Pourtant, en y regardant de plus près, les premiers signes de maladie mentale de Charles VI se manifestent déjà au cours de la semaine précédant l'évènement spectaculaire.

En effet, Charles VI, entouré de ses troupes, quitte la région parisienne fin juillet pour guerroyer et prend la direction du Mans où il passe quelques jours avant de poursuivre son trajet plus à l'ouest. Pendant les cinq jours qu'il passe dans cette ville-étape, les témoignages de ses contemporains font état de prodromes de modification de son état psychique. Le religieux de Saint-Denis, présent aux côtés du roi, écrit d'ailleurs : « *Je m'estime d'autant plus incapable d'écrire de ce defastre, que i'estois à la fuitte de cette Armée, que i'en fus témoin, & que ie n'y puis penser qu'avec vne nouvelle frayeur, & avec vne interdiction de tous mes sens, qui rendoit ma plume immobile ; si ie ne m'étois engagé au récit de tout ce qui est arriué d'heureux & de malheureux sous le Regne de ce Prince infortuné. [...]* Il n'y auoit que les

Officiers qui l'approchoient le plus prez, qui commençassent à s'appercevoir de quelque desordre en sa conduite. Depuis le premier iour d'Aoult, il leur paroiſsoit tout idiot, il ne diſoit que des niaiseries, & gardoit dans ses gestes vne façon de faire fort meſſeante à la Majeſté ; neantmoins il n'en eſtoit pas moins abſolu » [27].

Si l'on traduit la symptomatologie évoquée par le religieux en signes cliniques, nous pouvons assimiler la tendance anormalement facétieuse dans les propos de Charles à une présentation ludique. De même ses gestes et sa tenue, malséants au regard de son statut royal, relèvent de la désinhibition. Le roi manifeste une toute-puissance plus marquée qu'habituellement, ce qui justifie l'emploi du terme « *absolu* ». A ce stade clinique, Charles VI présente déjà, dès le premier août, des propos et une attitude inadaptes, inauguraux de sa maladie...

5.1.2 L'épisode de la forêt du Mans

Le religieux de Saint-Denis, présent au moment des faits, nous a laissé un témoignage très riche de cette première manifestation bruyante de la maladie du roi.

Le 5 août 1392, l'expédition reprend. Le roi et ses troupes quittent Le Mans et chevauchent sous un soleil de plomb à travers la forêt entourant la ville. Ils se dirigent vers la Bretagne. Le roi monte en tête de la chevalerie, richement vêtu. Il semble fébrile depuis le début de la journée selon ses camarades, et tous prennent soin de ne pas l'indisposer en le laissant seul à l'avant.

Alors que la troupe avance, un vieil homme enguenillé sort de derrière un buisson et se jette à la bride du cheval du roi, qu'il empoigne, avant de mettre en garde le souverain « *Ne paſſe pas plus outre noble Roy, parce qu'on te va trahir. ' » [28].* La garde repousse l'inconnu à distance du roi, mais les chevaliers le laissent néanmoins suivre la chevauchée pendant près d'une demi-heure. Le roi est apeuré par l'avertissement qu'il vient de recevoir, ce qui n'empêche pas la troupe de poursuivre son chemin.

Un peu plus tard, sous une chaleur intense, un jeune page s'assoupit et laisse tomber sa lance qui tinte en tombant contre le casque en métal d'un autre soldat. Le roi entendant un bruit derrière son dos sursaute alors, dégaine son épée et tue deux hommes en s'écriant « *On me va liurer à mes ennemis ! » [28].* Puis il attaque son propre frère, qui échappe de peu à son assaut, avant de s'en prendre à d'autres soldats.

Le roi est décrit comme étant dans un état de « *fureur* » (« *furor* » dans la version originale en latin) par le religieux de Saint-Denis [29] et de « *frénésie* » par Juvénal des Ursins [30]. Il s'agit en tous sens, hurle des propos confus, et tente d'occire toute personne s'approchant de lui.

Cette scène chaotique dure plus d'une heure puisque le respect que doivent les sujets à la personne royale leur interdit de se défendre... Après avoir tué cinq hommes et en avoir blessé d'autres, Charles VI brise involontairement son arme. Un chevalier profite du fait que le roi soit désarmé pour le saisir et le contenir. Charles VI est alors immobilisé par ses hommes qui le ligotent sur un chariot afin de le ramener dans un endroit où il pourra bénéficier de soins. Il est ainsi transporté, sur une litière, jusqu'à l'Abbaye du Mans qui se trouve non loin de là. Des médecins sont rapidement dépêchés pour prendre en charge le roi.

Le tableau clinique s'inverse alors totalement et ses contemporains décrivent un Charles VI gisant pendant trois jours entiers dans sa couche de fortune, immobile et mutique. Le religieux de Saint-Denis écrit « *il fut deux iours entiers dans vn repos létargique, sans parler & sans remuër aucun de ses membres, & l'on n'apperceut en luy que fort peu de chaleur avec vne tiede & legere palpitation de cœur* » [28]. Les médecins royaux sont bien entendus circonspects face à cet état et évoquent même l'imminente mort du roi, lorsque celui-ci sort de sa torpeur au bout du troisième jour.

Il apprend alors avec effroi les événements qui se sont produits pendant son accès de folie et demande le pardon et l'absolution comme nous l'indique l'abbé « *Le troi*si*ème iour de la maladie, il commença à rentrer dans l'usage des sens, il aprit avec horreur le malheur qui luy estoit arriué, il demande pardon à tous ceux presens ou absens qu'il auoit mal-traitez durant la *fureur** » [31].

Charles VI consacre les semaines suivant sa récupération mentale à la prière, aux pèlerinages et aux confessions afin de « consolider » sa santé recouverte. La récupération se fait progressivement, puisque le roi quitte Le Mans seulement une fois parfaitement rétabli, c'est-à-dire au premier jour de l'automne, selon le religieux de Saint-Denis.

5.1.3 Analyse clinique de la crise

La première crise de folie peut-être subdivisée en deux phases distinctes. Une première est marquée par l'agitation psychomotrice et une seconde, au contraire, est définie par une inhibition psychomotrice totale.

La dualité de cet épisode est peu décrite dans les ouvrages actuels, bien qu'elle soit marquée dans les récits des contemporains.

La première partie de l'épisode débute par un tableau clinique évoluant à bas bruit pendant cinq jours, dont les premiers signes sont objectivés dès le premier août. Les symptômes s'ajoutent petit à petit avant de trouver leur apogée dans l'épisode de fureur maniaque dans la forêt du Mans.

On retrouve ainsi chez le roi une présentation ludique, une désinhibition, avec une humeur légèrement exaltée. De plus, si de nos jours la fébrilité désigne avant tout la fièvre au sens de l'hyperthermie, il ne faut pas pour autant perdre son sens premier. A savoir celui d'une agitation, d'une nervosité ou d'une excitation désordonnée. Les médecins ne notant pas de fièvre (nous entendons par là, de température élevée) chez le roi au cours de cet épisode de folie, il apparaît ainsi que le terme recouvre son sens comportemental. Nous pouvons donc ajouter à la liste des signes cliniques présentés initialement, l'excitation et l'agitation psychomotrice.

Enfin, le cinq août, nous constatons une crise clastique au cours de laquelle le roi tue plusieurs membres de sa chevalerie. Cet état aigu correspond à une agitation psychomotrice paroxystique accompagnée d'un délire paranoïaque (au sens du délire systématisé, par opposition au délire paranoïde), de mécanisme interprétatif et à thématique de persécution et d'un passage à l'acte hétéro-agressif. Les symptômes ne sont plus seulement du registre thymique, il existe également des symptômes psychotiques, congruents à l'humeur.

Notre lecture de cet épisode nous évoque un accès maniaque avec des symptômes psychotiques, et plus spécifiquement un tableau historique de fureur maniaque. Les critères diagnostiques de l'épisode maniaque selon le DSM-5 sont énoncés en annexe, dans le tableau 5.

Puis le tableau clinique change complètement, au profit d'un état catatonique qui dure plusieurs jours. Le roi présente un négativisme avec une perte du contact visuel et un mutisme total. L'inhibition psychomotrice est par ailleurs complète puisque pendant trois jours Charles VI ne bouge pas le moindre muscle. Il garde également une attitude figée, le critère de stupeur est donc présent.

Même si l'état catatonique à proprement parler se quantifie en jours, le roi sort extrêmement affaibli de cet épisode. La reprise d'une alimentation n'est que progressive et on attend qu'il ait recouvert l'ensemble de ses forces, qu'il ait suffisamment respiré l'air de la campagne, qu'il se soit suffisamment reposé à distance des affaires de l'Etat, avant de lui faire reprendre la route vers la capitale.

5.2 Le Bal des Ardents

De nombreux historiens, puis, tout autant de médecins se sont reposés sur un événement dramatique de l'histoire de France, le bal des Ardents, pour délimiter le glissement de Charles VI dans la maladie mentale chronique. Cette conclusion est portée à tort si l'on s'en tient aux témoignages de l'époque que nous exposons ci-dessous.

Les faits se déroulent le 28 janvier 1393 au cours d'un bal donné pour fêter le mariage d'une des dames de compagnie de la reine, Isabeau de Bavière. La fête bat son plein lorsque le roi et cinq nobles compagnons font irruption dans la salle, déguisés en sauvages. Pour cela, ils se sont entièrement enduits de poix et de poils d'animaux, et se sont attachés les uns aux autres. Ils poussent des cris d'animaux, dansent, chantent, au plus grand amusement de la foule présente.

Le religieux de Saint-Denis décrit avec horreur le drame qui s'en suivit : *« Pendant que les jeunes seigneurs ne songeaient qu'à se divertir, un des assistants, sans prévoir sans doute le mal qu'il pouvait faire, jeta une flammèche sur un de ceux qui faisaient partie de la mascarade. Aussitôt les vêtements inflammables des danseurs s'embrasèrent tous en un clin d'œil. Il eût fallu avoir un cœur de roche pour entendre sans frémir les cris affreux que poussèrent alors ces malheureux, pour les voir de sang-froid courir en désordre et dans les transports d'une frénésie qui n'était maintenant que trop véritable. La flamme dévorante s'élevait jusqu'au plafond; la poix liquéfiée ruisselait sur leur corps et pénétrait dans leurs*

chairs. Ils furent pendant près d'une demi-heure en proie à ces souffrances. En essayant d'éteindre le feu, en cherchant à déchirer leurs vêtements, ils se brûlèrent et se calcinèrent les mains. Le feu consuma aussi les parties inférieures de leur corps, et leurs membres virils qui tombaient par lambeaux inondèrent de sang le plancher de la salle. » [32].

Bilan des victimes, un homme décède sur le coup de ses brûlures, trois jeunes gens meurent de leurs blessures après plusieurs jours d'agonie, et un autre survit en ayant le réflexe de courir aux cuisines et de se jeter dans la cuve à vaisselle. Quant au roi, il ne doit son salut qu'à sa jeune tante par alliance, la duchesse du Berry, qui utilise sa traîne pour l'envelopper et ainsi étouffer le feu.

Malgré cet évènement traumatisant, et en dépit des récits romancés relatés par de nombreux auteurs des XIX^e et XX^e siècles quant au supposé état psychique désastreux du roi à la suite de cet épisode, les descriptions des proches du roi et des historiens de l'époque sont formelles : la santé mentale du roi n'est pas altérée. A peine le feu éteint, il s'enquiert de l'état de ses amis, se défait de son costume, s'habille des ornements royaux et s'empresse d'aller rassurer son épouse, enceinte, qui a fait un malaise en voyant le feu se propager. Les jours, semaines et mois suivants, il siège normalement aux conseils, supervise les messes qui sont données en mémoire de ses amis et se déplace même en Picardie où il entame de nouvelles négociations pour rétablir la paix avec l'Angleterre.

Nous avons ici une remarquable illustration d'une distorsion de faits historiques a posteriori, qui en plus d'amplifier le caractère tragique de l'évènement, devient le support d'une interprétation médicale erronée.

5.3 Une maladie mentale chronique

Dans cette partie nous tentons de déterminer les caractéristiques principales de la maladie mentale dont Charles VI a souffert.

5.3.1 Des décompensations bruyantes

Le deuxième épisode de « folie » royale se produit en réalité au mois de juin 1393 alors que le roi est à Abbeville.

Comme pour le premier accès de maladie mentale, les manifestations inaugurales sont peu bruyantes mais traduisent déjà de l'altération psychique du souverain. Le religieux de Saint-Denis écrit dans ses chroniques « *Les Medecins le flattoient d'une santé parfaite, & tout le monde en jugeoit de mesme par la disposition du corps, & par la force qui l'animoit, quand on s'apperceut sur le milieu du mois de Juin que l'esprit luy baiſſoit, qu'il diſoit des sottises, & qu'il auoit perdu dans ſes actions toute la bien-ſeance de la Majesté* » [33].

Nous assistons donc à une rupture avec l'état psychique antérieur qui se traduit par une présentation ludique, une désinhibition et une exaltation thymique du souverain.

Le religieux de Saint-Denis nous rapporte ensuite un déclin progressif mais extrêmement rapide de la santé mentale de Charles VI (« *petit à petit il perdoit la faculté des ſens extérieurs* » [34]) qui aboutit à une agitation psychomotrice importante, avec hyperactivité, au cours de laquelle le roi casse de nombreux objets. Une irritabilité importante est notée avec ce qui semble être une intolérance à la frustration.

Puis des symptômes d'un autre registre se manifestent : « *On auroit de la peine à croire qu'il eut méconnu ſa femme, mais c'eſt bien pis de dire qu'il niât qu'il fût marié, n'y qu'il eût des enfans, qu'il ſe faſchât qu'on le traitât de Roy, qu'il ſouſtint avec colere qu'il ne s'appelloit point Charles, & que non ſeulement il defaouât les fleurs de Lys, mais que par tout où il voyoit ſes armes où celles de la Reyne, il les biſſât iuſques à les gratter avec furie ſur la vaiſſelle d'or et d'argent.* » [34]. Charles prétend s'appeler Georges et de ce fait, ne pas être le roi ; il précise par ailleurs que ses armoiries sont constituées d'un lion transpercé d'une épée. Le religieux de Saint-Denis indique que les relations sociales sont intactes, hormis l'animosité que le roi éprouve à l'égard de la reine. Cette animosité est liée au fait qu'on lui certifie, contrairement à ce dont il est persuadé, qu'Isabeau est bel et bien son épouse.

Nous notons ici, dans un deuxième temps, la survenue de symptômes psychotiques avec un délire de négation d'identité. Charles VI prétend ne pas être le roi et même ne pas s'appeler Charles. Il nie le fait d'être marié et gratte les armoiries royales sur ses effets personnels... Tout en reconnaissant l'ensemble des personnes présentes à la cour puisqu'il peut nommer leur nom et fonction, comme nous l'indique le religieux de Saint-Denis : « *Il n'avait point*

d'abord cessé de reconnaître ses amis, ses familiers, les seigneurs de la cour et tous les gens de sa maison; il se souvenait même d'eux en leur absence, et les nommait par leurs noms. » [35]. Le délire que présente le roi est systématisé, avec une thématique délirante unique, de négation d'identité. Le mécanisme délirant est également unique et intuitif. Enfin, l'adhésion au délire est totale, sans aucune critique.

Comme pour le premier accès de folie, le tableau est évocateur d'un accès maniaque au cours duquel des symptômes psychotiques viennent se surajouter, dans un deuxième temps, aux symptômes thymiques.

La guérison est de nouveau progressive et le roi n'est en rémission complète qu'en janvier 1394.

Après un intervalle libre de plus d'un an et demi, la troisième décompensation survient en août 1395. Sur le plan clinique, les symptômes se calquent sur ceux des deux précédents épisodes.

Le roi est désinhibé, il déambule « *dansant d'une façon burlesque et inconvenante* » dans ses appartements [36]. Il court parfois des heures durant, attestant d'une hyperactivité motrice sans fatigue associée (« *Il épuisait souvent ses forces à courir ça et là dans son palais* » [36]). L'hyperactivité est telle que certains accès de ses appartements privés à l'Hôtel Saint-Paul sont murés pour éviter qu'il ne se blesse dans sa course (« *L'on eut peur qu'il ne luy arriuât quelques plus fa[cheux accident dans le tran]sport de ces actions [i mal-]eantes à [a dignité, & l'on mura pour ce [ujet toutes les entrées de l'Ho]stel Royal de S. Pol.* » [37]). L'examen des comptes royaux révèle également que de nombreux objets sont achetés pendant la maladie de Charles VI. Ces acquisitions sont effectuées pour remplacer les objets détruits, au cours de l'agitation psychomotrice et de l'hyperactivité du roi : Charles VI « *[autoit & s'élançoit avec violence* » [37] et casse alors des bibelots, déchire involontairement des vêtements, jette des livres au feu etc.

Puis, dans un deuxième temps, il tient de nouveau des propos stipulant qu'il n'est pas le roi et ne s'appelle pas Charles, tout en reconnaissant l'ensemble de son entourage. Le religieux de Saint-Denis nous évoque cette phase clinique : « *le Roy retomba dans [on mal, & fut autant que iamais enueloppé des nuages d'vne ignorance, qui auoit cela de merueilleux, qu'il n'oublia iamais aucun de tous ceux qui auoient accoûtumé de l'approcher, mais qu'il*

s'oublioit luy-me}me, & qu'il ne voulut iamais reconnoi}tre la Reine & }es enfans qui }e pre}entoient }ouuent deuant luy. » [37].

Les symptômes sont dans un premier temps du registre thymique avec une exaltation de l'humeur, une désinhibition, une accélération psychomotrice, une hyperactivité motrice, une insomnie, le tout sans asthénie associée.

Puis apparaissent des symptômes psychotiques avec un délire systématisé auquel le monarque adhère sans critique. La thématique est unique et porte sur son identité, comme au cours de la précédente décompensation. Sa capacité à reconnaître chaque membre de son entourage exclut aussi le seul syndrome confusionnel.

Cette même année 1395, le religieux de Saint-Denis décrit de « *bons interualles* » de lucidité au cours desquels ses proches en profitent pour « *le faire voir dans }on Con}eil, & tanto}t pour receuoir quelques Amba}ades, dont il s'aquittoit iu}ques à répondre par ordre & de bon }ens à tous les articles* » avant de manifester de nouveaux signes de maladie mentale [37].

Nous pouvons supposer que Charles VI ne souffre pas d'une seule décompensation de longue durée, mais probablement plusieurs épisodes distincts sur cette même période.

Au mois de février 1397, une nouvelle décompensation survient, toujours identique quant au contenu clinique et à la temporalité de la crise. Des symptômes thymiques, maniaques, précèdent la survenue de symptômes psychotiques, secondaires. Ces derniers apparaissent à l'acmé de la décompensation et ne sont pas prédominants pendant la durée totale de l'épisode. Le délire est encore systématisé, la thématique est toujours celle du déni de son identité.

Ces quatre premières décompensations, et plus généralement, celles qui vont survenir pendant la première dizaine d'année d'évolution de la maladie, sont extrêmement bruyantes d'un point de vue symptomatique. Les symptômes psychotiques sont d'ailleurs systématiquement présents au cours des accès maniaques même s'ils ne couvrent pas l'ensemble de la crise.

A partir de la deuxième moitié de l'évolution de la maladie royale, les symptômes, qu'ils soient thymiques ou psychotiques, deviennent de moins en moins florides. Les symptômes psychotiques, quant à eux, se font moins présents au gré des années. On assiste, globalement,

à un amoindrissement voire à une disparition des éléments psychotiques, et les symptômes thymiques, eux, bien que toujours présents, sont moins sévères.

5.3.2 Une polarité double

Si les cinq premières années de maladie se traduisent par des accès maniaques seuls, nous assistons rapidement à un changement de polarité des crises. En effet, à partir de 1397, la maladie revêt deux visages différents : si les premières décompensations sont définies par cette symptomatologie bruyante au cours de laquelle le roi s'agite, court, hurle, danse, ne dort plus, détruit un grand nombre d'objets dans sa fureur, nous assistons dès lors à un effondrement thymique brutal chez le monarque. La décompensation de 1397, qui a pourtant débuté par le tableau clinique maniaque sus-cité, change de contenu au cours du mois de juillet.

Le religieux de Saint-Denis écrit « *Le Samedy enfuiuant, luy-mefme [il s'agit bien entendu de Charles VI] se fentit extrauaguer ; il ordonna qu'on luy ofstât fon coûteau, il commanda au Duc de Bourgogne qu'on en fist autant à tous ceux de la Cour qui l'approcheroient, & il fut si mal mené, qu'il dit le lendemain au mesme Duc, la larme à l'œil, qu'il mourroit plus volontiers que de partir dauantage.* » [38]. Puis, le religieux nous relate la demande que Charles VI formule à ses proches quelques temps plus tard « *ie les conjure au nom de Iesvs-Christ de ne me pas tourmenter d'auantage, que ie ne languisse plus, & qu'ils acheuent bientoft de me faire mourir.* » [38].

Nous assistons à un effondrement thymique du souverain, ainsi qu'à la manifestation, pour la première fois, d'idées suicidaires. Dans un premier temps, Charles VI cherche à se protéger en mettant à distance les objets dangereux, avant de supplier son entourage de le faire mourir.

Cette thymie triste dénote avec l'état basal du roi et traduit d'une rupture de son état psychique antérieur. Nous n'avons pas de renseignement, au cours de cet épisode, sur une éventuelle altération des fonctions instinctuelles ou un ralentissement psychomoteur quel qu'il soit. Il semble néanmoins que le roi manifeste, ici, son premier épisode dépressif caractérisé. Notons également l'absence totale de symptôme psychotique au cours de cette décompensation.

Cette décompensation représente un tournant symptomatique dans la maladie du roi, puisqu'à compter de cette date, les crises présentent une alternance de cette double polarité, maniaque et dépressive. L'étude des livres de compte des dépenses royales, corroborée avec les témoignages des chroniques nous en assurent. En effet, sur certaines périodes, alors que le religieux de Saint-Denis fait mention de la maladie du souverain, nous retrouvons des dépenses quotidiennes allant d'un extrême à l'autre. Nous avons vu, dans la partie précédente, de quelle façon, au cours des accès maniaques, le mobilier doit par exemple, être changé. A l'inverse, nous observons des laps de temps de maladie au cours desquels les dépenses sont pratiquement réduites à néant. Après recoupage, il paraît évident que les accalmies brutales dans le train de vie du roi correspondent à des accès dépressifs.

Au cours des décompensations dépressives les plus sévères, des symptômes psychotiques, toujours congruents à l'humeur, font de nouveau leur apparition. Citons par exemple, l'année 1405, au cours de laquelle Charles sombre dans un accès dépressif grave. Les chroniques relèvent une altération majeure de la thymie du roi avec une perte totale de l'élan vital. L'inhibition psychomotrice est telle que Charles VI reste alité dans ses appartements des jours entiers. Aucune des fonctions vitales de base n'est assurée par le roi : le sommeil est altéré, il ne s'alimente pratiquement plus et ne se lave plus. Il est clinophile, incurique et opposant au moindre soin. Le religieux de Saint-Denis précise d'ailleurs qu' « *Il y avait cinq mois qu'il se refusait à tout cela, et déjà la crasse produite par des sueurs fétides avait fait venir des pustules sur plusieurs parties de son corps; il était tout rongé de vermine et de poux* » [39]. Charles VI fuit la présence de ses proches, disant que personne ne peut rien pour lui. Nous entrevoyons ici le sentiment d'incurabilité que le roi éprouve à plusieurs reprises, et qui correspond aux critères de mélancolie telle que nous l'entendons actuellement.

Face à l'état de santé du roi qui ne s'améliore pas, les ducs prennent la décision d'imposer des soins de base à Charles VI lorsque celui-ci traverse des accès dépressifs sévères. En novembre 1405, il est pour la première fois, déshabillé, lavé, changé, couché à des horaires fixes et alimenté contre son gré. Alors que ces soins sont effectués, Juvénal des Ursins décrit qu'en le changeant, ses serviteurs retrouvent une barre de fer « *au plus près de la chair [...] qui lui avait tout pourri la pauvre chair* » [40]. Juvénal des Ursins ne propose aucune explication à cette étrange trouvaille.

Le pape Pie II, qui avait été diplomate avant d'entamer une carrière de prélat, décrit dans ses *Commentarii*, la façon dont Charles VI, en proie à une dénégation d'organe, pense que ses os sont intégralement faits de verre. Il ajoute qu'il interdit aux autres de le toucher par peur de le briser, et demande parfois à ce qu'on lui barde les membres d'attelles de fer [41]. Il est donc fort probable que la décompensation de 1405 soit une mélancolie délirante à thématique corporelle, hypocondriaque, avec une dénégation d'organe (ici les os). Ces idées de négations sont associées à d'autres symptômes comme un refus d'alimentation, une opposition active, un ralentissement psychomoteur extrême. Charles VI répond ici aux critères d'un syndrome de Cotard. Une fois de plus, les éléments délirants sont systématisés et portent sur une thématique unique, la dénégation d'organe. Les propos délirants sont par ailleurs bel et bien congruents à l'humeur.

Comme pour les accès maniaques, les accès dépressifs sont moins spectaculaires au gré des années et il n'est plus fait mention de symptômes psychotiques. Les symptômes sont davantage ceux d'une perte totale de l'élan vital avec une apathie, une aboulie et une anhédonie.

5.3.3 Temporalité

Nous avons cherché à dénombrer les décompensations à partir du témoignage du religieux de Saint-Denis, pour en étudier l'évolution au fil des années. Nous avons ainsi recensé au moins cinquante-six décompensations distinctes qui s'étendent sur trente années de maladie. La frise qui se trouve en annexe (figure 7) illustre l'état de santé psychique de Charles VI entre 1392 et 1422, année de son décès.

Le premier constat que cette frise nous permet d'établir est que les décompensations ne suivent pas de rythme exact. Elles peuvent durer deux semaines comme plusieurs mois. Elles peuvent être entrecoupées de rémissions plus ou moins longues, qui peuvent durer jusqu'à plusieurs mois même au bout de trente années de maladie.

On observe néanmoins une tendance générale à l'intensification de la fréquence des crises au gré de l'évolution de la maladie du roi. En effet, les premières années sont marquées par des accès bruyants, d'une périodicité annuelle et d'une durée relativement longue. Au bout de sept années d'évolution, les rémissions se font moins fréquentes et moins longues, et, à l'inverse,

les décompensations sont plus nombreuses. Au cours de la seule année 1399, le religieux de Saint-Denis nous indique que le roi « *retomba six fois en démence* » [42]. Traduit dans notre langage clinique actuel, cela correspond à un trouble bipolaire à cycle rapide. En effet, ce cluster diagnostique est défini par une récurrence des accès thymiques supérieure ou égale à quatre sur une période de douze mois, ce qui est amplement le cas chez Charles VI.

Par ailleurs, comme nous l'avons évoqué précédemment, le contenu clinique des décompensations évolue également avec les années. Les premières sont marquées par une symptomatologie bruyante, qu'elle soit maniaque ou dépressive, et mobilisent tout l'entourage de Charles VI. Ce caractère bruyant et accaparant des symptômes explique aussi pourquoi le religieux de Saint-Denis s'épanche davantage sur les souffrances de son souverain pendant la première moitié de sa maladie.

Puis, les états d'agitation, d'hyperactivité, d'insomnies deviennent de plus en plus rares. Tout comme ceux où doit intervenir le personnel du roi pour lui procurer des soins de force. La maladie est toujours là, mais le roi ne nécessite plus une surveillance permanente et accrue.

Il en va de même des symptômes psychotiques. Si ces derniers sont pratiquement systématiques à l'apogée des décompensations pendant les premières années, il n'y en a que peu, voire pas à la fin de la vie du monarque.

Il nous paraît important de préciser que Charles VI a probablement souffert de plus de décompensations que ce que nous avons pu énumérer.

En effet, afin de maintenir une rigueur scientifique complète, nous nous sommes reposé sur les allégations directes du religieux de Saint-Denis pour établir ce décompte, à savoir les mentions « le roi se porte bien » ou à l'inverse « en sa maladie ». Ne rentrent donc pas dans ce total, les nombreuses fois où nous nous doutons de l'indisposition du roi sans qu'elle soit mentionnée telle quelle. C'est notamment le cas après plusieurs années d'évolution de la maladie de Charles VI, où, plutôt qu'une mention directe de son état de santé, le sujet de la phrase nous renseigne de façon informelle sur l'état psychique du roi. L'abbé de Saint-Denis emploie deux tournures de phrase très différentes selon les périodes : certaines spécifient que le roi ordonne, commande, supervise, et d'autres que les conseillers du roi ont décidé ou que la décision a été prise au nom du roi ou pour le roi.

La lecture des livrets des comptes royaux permet également un découpage supplémentaire des crises par rapport à celles qu'indique le religieux de Saint-Denis. En effet, ils nous permettent

fréquemment de morceler en plusieurs crises d'une polarité différente des décompensations décrites comme longues de plusieurs mois. On note ainsi une alternance de phases au cours desquelles le roi s'agite, brisant de nombreux objets qui sont remplacés aussitôt, puis d'autres phases de maladie au cours desquelles les achats de mobilier et de linge retrouvent un rythme normal en dépit de la maladie du roi.

5.3.4 Capacités cognitives

Il est important de garder à l'esprit que nous nous intéressons ici au capital cognitif d'un homme ayant souffert d'un trouble psychiatrique sévère, et n'ayant bénéficié d'aucun traitement médicamenteux approprié pendant trente années d'activité de sa maladie.

5.3.4.1 Restauration cognitive ad integrum en intercritique

Les chroniqueurs nous indiquent, à l'unanimité, que Charles VI est « absent » au moment des crises. Autrement dit, il ne dispose plus de ses facultés à régner. Le pouvoir est alors assuré par une régence qui se modifie au gré des luttes de pouvoirs entre Armagnacs et Bourguignons.

Pourtant, à peine remis de ses accès de maladie, il endosse de nouveau ses fonctions de roi qu'il assure efficacement. Dès qu'il se retrouve en « sa bonne mémoire », il assiste de nouveau aux messes, aux conseils. Il préside les réceptions, reçoit les ambassades, voire même supervise les campagnes militaires. Il revient sur des décisions importantes prises par le conseil de régence, et impose sa volonté en tant que roi.

Le religieux de Saint-Denis le rappelle à intervalles réguliers. Il écrit ainsi : « *Le roi, pendant les intervalles de raison qui lui permirent de vaquer au soin des affaires [...] Le roi reçut d'abord avec beaucoup d'égards des ambassadeurs* » [43], ou encore « *Pendant que le duc de Berri était spécialement investi du gouvernement du la Guienne, les deux autres princes [il s'agit de Louis d'Orléans et de Philippe de Bourgogne] avaient la direction des affaires du royaume, toutes les fois que le roi se trouvait par sa maladie hors d'état de s'en occuper.* » [44].

Après quinze années d'évolution de sa maladie mentale, le religieux nous indique toujours l'absolutisme de Charles VI : « *Le roi tint plusieurs conseils pour en délibérer* » [45]. Charles

est maître des décisions. En 1409, après dix-sept ans de maladie mentale, le religieux précise : « *Le mardi suivant, dernier jour du mois, le roi se rendit au Parlement, et prit place sur son trône, pour tenir le lit de justice, où il devait régler l'état des affaires, ainsi qu'il avait été convenu.* » [46]. Ou encore, en 1413, après plus de vingt ans de maladie mentale, au cours d'une rémission : « *Le 30 janvier, le roi assis sur son trône tint en son hôtel royal de Saint-Paul l'assemblée générale qui avait été décidée.* » [47].

Charles VI est aussi un roi pacifiste. Il met toute son énergie, lors de ses rémissions, pour tenter de maintenir la paix ou pour la restaurer, en dépit de la politique menée par les princes aux moments de ses incapacités. Par exemple, en 1410, alors que la guerre civile éclate officiellement entre Armagnacs et Bourguignons, Charles, qui recouvre ses esprits vers la mi-juillet, fait proclamer une série d'ordonnances pour désamorcer les conflits internes. Patiemment, il tente de ramener l'unité dans le royaume de France comme en témoigne le religieux de Saint-Denis en 1413 : « *Le roi [...] ordonna que le lendemain samedi ils [les princes, scindés en Armagnacs et Bourguignons] se rendissent tous dans la chambre verte du Palais, et que là, conformément à leurs promesses, ils jurassent publiquement et l'un après l'autre, sur les saints évangiles, sur leur parole de princes et sur le respect qu'ils lui devaient, d'observer fidèlement et inviolablement tout ce qui était contenu dans les articles de la paix.* » [48].

Charles VI reste un roi bienveillant, qui tient compte, tout au long de sa vie, de ses sujets. Il répond aux doléances du peuple, conscient de l'impact néfaste des conflits de pouvoir liés à sa maladie, sur les français. Les chroniques fourmillent d'anecdotes relatant l'émotion du roi face à la souffrance de ses sujets. Par exemple, en 1412 : « *Le roi, touché des plaintes de ses sujets, convoqua son conseil au commencement du printemps pour délibérer sur ce qu'il y avait à faire.* » [49].

Mais si Charles VI préfère la paix, il sait également défendre l'unité de son royaume et lutte âprement contre les guerres civiles et les avancées anglaises en territoire français. C'est pourquoi il s'érige contre le traité de Bourges conclu par les partisans des Armagnacs avec le roi d'Angleterre. Après avoir tenté, infructueusement, de ramener la quiétude entre les deux factions par des accords pacifiques, il finit par déclarer la guerre. Le religieux de Saint-Denis écrit : « *La conspiration des princes ayant été ainsi dévoilée en plein conseil, le roi, qui craignait d'exposer son royaume aux plus grands dangers en la laissant éclater, se décida à*

sacrifier les affections du sang à l'intérêt public; il résolut de les poursuivre en personne, comme rebelles et félons » [50]. Il mène d'ailleurs ses troupes en personne, en 1412, afin de mettre fin à la guerre civile. Il chevauche de longues heures et supervise la campagne : « *Cependant le roi, ayant partagé ses troupes en différents corps, se rendit de Melun à Sens.* » [51] et lorsqu'après s'être blessé à la jambe, ses proches lui conseillent de retourner au campement pour s'y reposer, « *Il s'y refusa, en disant que c'était le comble du déshonneur pour un général d'abandonner le commandement de ses troupes, et qu'il ne voulait pas être taxé de lâcheté.* » [51].

Si tous les témoignages concordent pour dire que la maladie de Charles VI évoluant, les rémissions se font de plus en plus rares, tous sont également d'accord sur la capacité du roi à régner en ces intervalles libres.

Legrand du Saulle, médecin du XIX^e siècle, résume habilement ce que les chroniques nous indiquent en terme de capital cognitif chez le roi : « *pendant la maladie de Charles VI, dès qu'il apparaissait un intervalle lucide, les pouvoirs du conseil de régence étaient suspendus. En revenant ainsi à la santé et en ressaisissant l'autorité, le roi apaisait les discordes qui déchiraient sa famille, réparait bien des malheurs et relevait l'Etat que les désastres de l'époque entraînaient vers l'abîme.* » [52]. Non seulement Charles VI est en possession de ses facultés psychiques, mais il ne présente aucun symptôme résiduel de sa maladie pendant les rémissions.

Mais qu'en est-il de ses capacités cognitives au long cours et plus particulièrement dans les dernières années de sa vie ?

5.3.4.2 Evolution au long cours

De nombreux écrits de médecins évoquent un désintérêt de Charles VI et sa perte de volonté, dans les cinq dernières années de sa vie. Quelles conclusions peut-on réellement tirer d'après les chroniques des contemporains et plus spécifiquement d'après celles du religieux de Saint-Denis ?

Il ressort de l'ensemble des sources dont nous disposons que la personnalité de Charles VI n'est pas altérée au cours des années d'évolution de sa maladie mentale. Il reste

bienveillant à l'égard de ses proches mais aussi de ses serviteurs. Il affectionne particulièrement certains d'entre eux, avec qui, il partage quelques jeux sportifs ou cérébraux. Le lien aux autres et les contacts sont maintenus et aisés. Le roi a une maîtresse, Odette de Champdivers, qui partage son quotidien. Il est proche de ses sujets et fait preuve de beaucoup de patience à l'égard de toute personne qui le sollicite.

Charles VI paraît fréquemment en public où le peuple note la majesté de son comportement. Il continue également de recevoir les ambassadeurs et les invités de marque en respectant à la perfection le protocole millimétré que lui impose sa fonction de roi.

Un autre argument en faveur du maintien de capacités cognitives efficaces du roi est sa participation, au cours de ses rémissions, à des tournois et plus particulièrement à des joutes. Ces activités nécessitent une réactivité physique et psychique que le roi fournit sans difficulté, même en 1415, après vingt-trois ans d'évolution de sa maladie.

On retrouve également de nombreux témoignages des grandes parties de chasse que Charles VI mène, y compris en 1422, l'année même de sa mort. Il tire aussi à l'arbalète avec succès et s'adonne au jeu de paume jusqu'à la fin de sa vie. Hormis lors d'épisodes cachectiques au cours des périodes d'effondrement thymique avec repli, il reste tout au long de sa vie vigoureux et adepte d'activités physiques en tout genre. Il joue également bien aux échecs, et le fera pendant toute son existence, passant de longues heures avec ses serviteurs à disputer des parties. Les jeux de carte occupent aussi une bonne partie de ses loisirs.

Comme nous l'avons vu précédemment, Charles VI entreprend de longues chevauchées au cours des campagnes militaires lors des périodes de rémission. A titre d'exemple, après vingt années d'évolution de la maladie, il mène une campagne guerrière contre le duc de Berry en 1412. Il surveille alors, en personne, l'ensemble des combats livrés et tient le siège des villes de Bourges, de Sens et de Soissons. Il se mobilise également en 1415, lorsque les anglais envahissent la France ; et en 1417, il prend la route de Senlis pour aller encourager ses troupes à tenir tête face aux importantes avancées anglaises.

Sa présence physique à ces événements en dit long sur le maintien de ses capacités physiques mais aussi cognitives puisqu'il assure lors de ces sièges un rôle de général et prend part à l'élaboration des stratégies militaires.

Compte-tenu de ce que nous venons d'évoquer, comment expliquer que des aliénistes aient pu voir, chez le roi, un désintérêt dans les affaires publiques suffisamment conséquent pour en tirer comme conclusion une altération cognitive significative ?

En premier lieu, il apparaît dans les chroniques que Charles VI n'a jamais de repos. Lorsque sa maladie mentale lui laisse un peu de répit, ce sont les courtisans et la famille princière qui se pressent autour de lui afin de lui restituer leurs visions biaisées des événements, qui se sont produits pendant son « absence ». L'objectif sous-jacent reste, bien entendu, d'obtenir des faveurs, des titres et surtout des décisions politiques favorables à leurs factions. Le roi se retrouve ainsi au centre d'une valse incessante de personnes tantôt indifférentes, puisqu'il n'est pas en mesure de leur être utile, tantôt aux aguets pour exploiter le plus efficacement possible la période de lucidité du roi et donc son pouvoir recouvert. Là où certains médecins ont cru déceler une avolition, nous décelons plutôt une détermination maintenue qui, justement, fait l'objet de toutes les tentatives de manipulation.

Par ailleurs, Charles VI, apparaît plus calme lors de ses décompensations. Il n'est plus muré dans ses appartements, et il n'est plus nécessaire de le rapatrier en urgence afin d'assurer une surveillance de tous les instants. Les symptômes dépressifs se manifestent davantage par une perte de l'élan vital et donc, un retrait du roi.

Habitué aux crises bruyantes d'un point de vue symptomatique, il n'y a qu'un pas à franchir avant que des historiens ou des médecins voient là une marque de sa perte d'efficience cognitive.

En outre, comme nous l'avons vu précédemment, les décompensations, devenues trop nombreuses, ne sont plus spécifiquement notées par le religieux de Saint-Denis et les autres chroniqueurs à la fin de son règne. Il faut donc savoir lire entre les lignes pour en déduire l'état psychique du souverain.

Dans les chroniques du religieux de Saint-Denis, nous distinguons deux types de tournure de phrases différentes en fonction de la santé de Charles VI. Plus précisément, l'abbé indique des moments où le roi ordonne, décide, reçoit (dans ces cas le roi est directement le sujet de l'action), et d'autres où les conseillers orchestrent les décisions « pour le roi » ou « au nom du roi ». Cette dichotomie est bien visible, par exemple, en 1417 (année au cours de laquelle le religieux ne mentionne pas formellement comment se porte le roi) : « *Mais Dieu permet que le roi assistât au conseil, et comme dans ses intervalles de raison il plaçait au premier rang de*

ses mérites de pratiquer la clémence ' Il est de notre devoir de roi, dit-il, de gouverner avec bonté les villes et sujets de notre royaume; en conséquence, nous décidons de notre autorité qu'il sera publié à son de trompe, à Paris et ailleurs, que tous ceux qui ont failli par erreur obtiendront, s'ils reviennent à l'obéissance, l'entier pardon de leurs fautes.' » versus, quelques lignes plus tard « *Un mois après, il fut proclamé publiquement et en son nom* » [53]. Ce silence sur son état de santé, qui doit désormais se lire de façon plus subtile, explique probablement pourquoi il a été prêté au roi une perte cognitive définitive plutôt qu'une énième décompensation de sa maladie.

Certains médecins, pour justifier du déclin cognitif de Charles VI, placent en premier lieu l'argument de la signature du traité de Troyes par ce dernier. Les psychiatres, y ont vu, a posteriori, la marque d'un esprit influençable, faible, et dénué de toute volonté propre.

Il nous paraît donc indispensable de rappeler le contexte historique face à une telle interprétation. En premier lieu, la récurrence accrue de ses accès de maladie ne laisse à Charles VI que de courts laps de rémission à la fin de sa vie. C'est donc la régence qui assure la première force décisionnelle au niveau politique, la majeure partie du temps. Et cette régence fait l'objet d'une guerre civile entre deux factions opposées.

Suite aux alliances successives entre les Armagnacs puis les Bourguignons, avec les anglais, ces derniers envahissent la France. La résistance s'organise alors, Charles VI supervise à distance la lutte armée. Il réclame d'ailleurs pour cela l'aide de l'ensemble des duchés dont les chefs semblent davantage préoccupés par les luttes internes de pouvoir que par les incursions anglaises. Après la cuisante défaite d'Azincourt, les anglais ne trouvent plus guère de résistance en France. Il faut dire que l'armée française, pourtant en sureffectif lors de cette bataille, a été décimée. Les anglais finissent, en 1420, par s'emparer de Paris... où se trouvent Charles VI et la reine.

Littéralement retenu prisonnier dans la capitale par les anglais, en l'absence de tout soutien militaire ou financier, Charles VI a-t-il encore seulement la possibilité de s'opposer ? Il signe, à ce moment, le traité de Troyes qui accorde la régence du royaume de France au roi d'Angleterre. Officiellement, Charles VI est destitué de son pouvoir. A partir de ce moment, puisqu'il n'occupe plus le devant de la scène politique française, Charles VI n'est mentionné qu'à de rares occasions dans les chroniques.

Dans la mesure où il ne détient plus le pouvoir, n'est-il pas normal d'assister à un recul de l'intérêt du roi dans les décisions politiques ? En effet, comment penser qu'un homme dont le rôle politique n'est plus que fictif puisse encore se donner la peine d'assurer une fonction de chef fantoche ? Ce désintérêt peut tout aussi bien s'expliquer par la conscience qu'à Charles de sa situation. Cela ne l'empêche d'ailleurs pas de conserver un rôle diplomatique efficace et de recevoir des ambassades.

L'hypothétique perte d'intérêt de Charles VI ne concernerait donc que les décisions politiques d'Etat mais ne touche ni la diplomatie, ni les loisirs, ni les liens sociaux qui demeurent intacts comme l'indique le religieux de Saint-Denis dans les rares mentions qu'il fait du souverain. Peut-être est-ce justement la lucidité du roi qui l'amène à assurer sa fonction différemment. Au lieu de régner par son autorité, il règne par sa piété, ses marques d'affection envers son peuple mais par la dignité de son comportement et le suivi strict de l'étiquette diplomatique lorsqu'il reçoit les ambassades.

5.4 Critères importants pour le diagnostic différentiel

Dans la partie précédente, nous nous sommes intéressés aux manifestations cliniques de la maladie mentale de Charles VI. Dans cette partie, notre objectif est d'exploiter au mieux ces éléments pour tenter de poser un diagnostic.

5.4.1 Arguments cliniques

5.4.1.1 Des symptômes thymiques au premier plan

Le point central de la maladie psychiatrique du roi est la constance des symptômes du registre thymique au cours des accès. Comme nous l'avons vu précédemment, les symptômes thymiques sont présents de façon systématique et ce pendant toute la durée de l'épisode.

La polarité de la thymie est double avec une nette alternance de phases d'exaltation de l'humeur avec une agitation psychomotrice et d'épisodes d'effondrement thymique avec ralentissement psychomoteur.

Nous retrouvons également présents des symptômes psychotiques. Ils ne sont néanmoins pas systématiques, puisqu'ils sont totalement absents au cours de certaines décompensations. De surcroît, lorsqu'ils sont présents, ils se trouvent restreints à une durée limitée de l'épisode clinique qui correspond à l'acmé de la décompensation (plus ou moins longue selon la durée de l'épisode thymique).

Le contenu des symptômes psychotiques plaide également en faveur d'un trouble de l'humeur. En effet, il s'agit :

- Au cours des phases maniaques : d'un délire à thématique unique (de persécution au cours de la crise du Mans et d'identité lors des décompensations ultérieures) et de mécanisme unique (interprétatif dans la première crise, plutôt intuitif par la suite). Le délire est systématisé, les propos sont congruents à l'humeur. L'adhésion au délire est totale, il n'existe aucune critique.
- Au cours des phases dépressives : d'un délire à thématique corporelle, hypocondriaque, de négation d'organe. Dans ce cadre aussi, le délire est congruent à l'humeur et la participation affective est majeure.

Dans les deux cas, les symptômes psychotiques viennent se greffer sur les symptômes thymiques qui sont au centre de la pathologie mentale. Il est intéressant de relever que la thématique délirante, qu'elle concerne les accès maniaques comme dépressifs, est celle d'une négation (dans le cas des accès maniaques, il est question d'une négation d'identité, et dans le cas de la mélancolie, d'une négation d'organe). Il existe donc un continuum entre les symptômes psychotiques en dépit de la polarité de l'accès thymique.

5.4.1.2 Absence de critères en faveur d'un trouble du spectre schizophrénique

Au-delà des symptômes présents, il nous paraît indispensable de nous appesantir sur l'absence de certains d'entre eux pour définir la maladie dont Charles VI a souffert. Pour cela, nous nous sommes aidés des critères diagnostiques du DSM-5 de la schizophrénie et du trouble schizo-affectif, qui se trouvent en annexe (tableau 8 et 9).

5.4.1.2.1 Absence de symptômes positifs

Dans la schizophrénie, les symptômes positifs ou productifs, tels que définis par la neuropsychiatre Nancy Andreasen, désignent les symptômes éprouvés par le patient qui

s'ajoutent à l'expérience de la réalité. Ce sont donc des signes cliniques surnuméraires par rapport à un comportement considéré comme normal. Parmi ces symptômes positifs, on retrouve au premier rang le délire paranoïde et la fréquence des hallucinations.

Nous l'avons vu précédemment, le délire que présente le roi au décours de certaines de ses décompensations est un délire de type paranoïaque et non paranoïde. La thématique et le mécanisme du délire sont uniques par opposition au délire paranoïde du schizophrène. Le délire est toujours systématisé chez le roi.

Par ailleurs, aucun argument ne nous permet de suspecter l'existence d'hallucinations, qu'elles soient auditives, cénesthésiques ou intrapsychiques, chez Charles VI. Il n'est nullement mentionné dans l'histoire de la maladie mentale du roi, l'existence de « visions » ou d' « apparitions », termes qui auraient pu nous orienter vers un processus hallucinatoire visuel. Pourtant ces dernières sont tout à fait tolérées dans ce contexte historique très pieux où elles sont considérées comme un message divin, saint. Nombreux sont les religieux, les ermites, ou les vierges à prétendre avoir eu une apparition porteuse d'un message céleste. Ces personnes sont dans le meilleur des cas respectées, comme le sera une certaine Jeanne d'Arc, contemporaine du fils de Charles VI, ou dans le pire des cas, gentiment moquées.

Par ailleurs, il n'existe pas de symptôme dissociatif franc pendant la maladie du roi. S'il y a bien une accélération psychomotrice et des symptômes psychotiques, la congruence à l'humeur est un critère important pour le diagnostic différentiel, en faveur d'un trouble bipolaire plutôt que d'une schizophrénie dysthymique ou d'un trouble schizo-affectif. En l'occurrence, il n'y a pas de dissociation idéo-affective chez Charles VI. Nous n'avons pas d'argument en faveur d'une discordance idéique.

5.4.1.2.2 Absence de symptômes négatifs

Les symptômes négatifs ou déficitaires de la schizophrénie, relèvent quant à eux, d'une altération qualitative de facultés considérées comme normales. On retrouve ainsi le déclin des fonctions cognitives, l'altération et plus spécifiquement l'appauvrissement des émotions, ainsi que le repli autistique (dans lequel on retrouve une altération qualitative des relations sociales). Ce sont généralement ces symptômes qui prédominent au long cours ainsi

que lors des périodes intercritiques, chez les patients souffrant d'un trouble du spectre schizophrénique.

Si l'on constate effectivement une perte de l'élan vital chez Charles VI avec une apathie, une aboulie et une anhédonie au cours de certaines décompensations thymiques, aucun de ces symptômes n'est présent en intercritique ou au long cours. De la même façon, l'incurie que Charles présente au cours de certains accès mélancoliques ne perdure pas en dehors des dits épisodes.

Le roi n'est pas apragmatique, il affectionne un grand nombre de loisirs physiques et intellectuels dans lesquels il excelle. Il n'y a donc pas d'anhédonie ou d'athymhormie, puisqu'il prend plaisir à ces activités au quotidien. Il n'y a pas non plus d'émoussement affectif en dehors des périodes de décompensations thymiques. Charles VI est affecté par la perte du royaume, par le décès de ses proches, par la souffrance de son peuple, c'est un roi empathique.

Rappelons, par ailleurs, que le capital cognitif est suffisamment préservé, pour que le roi puisse disputer de longues parties d'échecs seulement quelques mois avant son décès.

Les liens sociaux demeurent également intacts. Charles VI reste proche de ses serviteurs, de sa maîtresse, de ses sujets.

L'absence de symptômes déficitaires, après plus de trente années d'évolution d'une maladie psychiatrique sévère et non traitée sur le plan médicamenteux, est un argument robuste en défaveur d'un trouble du spectre schizophrénique.

5.4.2 Insight

L'insight désigne, en psychiatrie, la conscience que le malade a de son trouble. Un bon niveau d'insight correspond à la reconnaissance qu'a un patient de souffrir d'une maladie mentale ainsi qu'à une capacité d'identification efficace des symptômes qui la caractérisent. L'insight est souvent mis en opposition avec le déni, bien que ce dernier relève davantage d'un mécanisme de défense psychique. Il paraît plus judicieux, d'un point de vue sémantique, de l'opposer à l'anosognosie.

Chez Charles VI, le niveau d'insight est excellent. Le roi a parfaitement conscience de sa maladie et il en identifie, seul, les prodromes et les symptômes. Il le démontre à plusieurs reprises en prenant des dispositions pour se mettre à l'abri lorsqu'il sent sa maladie mentale s'exprimer de nouveau.

Nous l'avons vu précédemment, en 1397, Charles ordonne le retrait de tous les objets tranchants de ses appartements pour ne pas se faire de mal. Il interrompt également des événements d'Etat lorsqu'il sent sa santé décliner. Par exemple, lorsqu'au cours d'un banquet somptueux il reçoit Wenceslas l'Ivrogne, roi de Bohême, à Reims le 25 mars 1398 et qu'il ressent les prodromes de sa maladie, Charles VI organise son retour à Paris en urgence dès le lendemain matin. Le religieux de Saint-Denis nous explicite que « *Les fêtes auraient duré encore plusieurs jours si le roi n'eût commencé à se ressentir de son mal [...] et partit le lendemain pour Paris.* » [54].

La conscience de sa maladie est telle que Charles VI prend des dispositions rapides pour assurer l'efficacité d'une régence qu'il va renforcer à de nombreuses reprises. Ainsi, en mars 1402, il fait publier une ordonnance octroyant les pleins pouvoirs à son épouse, Isabelle de Bavière, en cas d'incapacité de sa part. Pour cela, il « *assembla son conseil le 1^{er} juillet [...]. Dans ce conseil, il rappela en peu de mots qu'étant sans cesse repris d'un mal qui l'empêchait de s'occuper comme il le devait des affaires publiques, il avait surtout besoin du secours de ses plus proches parents.* » [55]. En 1408, il redéfinit la régence pour limiter les conflits internes en diminuant les pouvoirs dont disposent les princes : « *Là, selon ce qui avait été convenu, maître Jean Juvénal, avocat du roi, exposa dans un éloquent et long discours que le roi venait de confier à la reine et à son fils, par lettres scellées de son sceau royal, l'exercice du souverain pouvoir et le soin d'administrer les affaires du royaume, toutes les fois qu'il serait malade.* » [56]. Cet ajustement des prérogatives confiées à la régence est effectué à de nombreuses reprises par Charles VI, ce qui montre qu'il a conscience de l'impact que sa maladie mentale a sur les luttes internes de pouvoir et révèle sa volonté d'en protéger le royaume.

La première étude de grande envergure portant sur l'insight dans la schizophrénie a été réalisée par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1973. Elle mettait en évidence, ce que chaque professionnel de la psychiatrie peut constater dans son exercice quotidien, à savoir la piètre conscience de leur maladie chez les patients souffrant de schizophrénie. Dans l'étude en

question, 70 % des patients présentaient un faible niveau d'insight [57], ce qui fait de la schizophrénie la pathologie mentale ayant le plus mauvais niveau d'insight.

D'autres études comparatives entre les différents clusters de pathologie ont suivi. Toutes rapportent une conscience de la maladie mentale bien plus élevée chez les patients souffrant de trouble bipolaire versus ceux souffrant de schizophrénie ou de trouble du spectre schizophrénique. Citons par exemple cette étude de 2014, qui retrouve un niveau d'insight deux fois plus efficient chez les patients souffrant de trouble bipolaire que chez les patients schizophrènes [58].

L'excellent niveau d'insight de Charles VI, offre un argument supplémentaire en faveur d'un trouble de l'humeur plutôt que d'un trouble du spectre schizophrénique.

5.4.3 Evolution au long cours

Rappelons que, malgré trente années de maladie mentale sévère, et en l'absence de tout traitement médicamenteux efficient, Charles VI ne présente aucun symptôme résiduel de sa maladie pendant les rémissions et aucune altération cognitive notable à la fin de sa vie.

Du fait de son évolution marquée par la prégnance des symptômes déficitaires, la schizophrénie a fait l'objet d'un grand nombre d'études sur son pronostic au long cours.

Une méta-analyse réalisée à travers quatorze pays sur les incapacités associées aux affections physiques et mentales, a classé la schizophrénie et les troubles du spectre schizophrénique au troisième rang des maladies pourvoyeuses de handicap, avant la paraplégie et la cécité [59].

En effet, les antipsychotiques que l'on trouve à l'heure actuelle sur le marché, ont une efficacité antiproductive (donc efficace sur les symptômes positifs de la maladie) indéniable. Mais ils n'ont, malheureusement, que peu de prise sur les symptômes négatifs, ce qui explique la prévalence de la dégradation cognitive chez les patients souffrant de schizophrénie, y compris avec un traitement antipsychotique à posologie efficace.

En ce qui concerne l'évolution au long cours de la bipolarité, de récentes études ont mis en exergue une dégradation cognitive après des années de maladie active. On retrouve fréquemment des difficultés d'apprentissage, de l'attention soutenue, de la mémoire verbale et de travail, des fonctions exécutives et de la vitesse de traitement de l'information. A l'inverse,

l'intelligence générale, l'attention sélective et les fonctions motrices demeurent intactes. L'altération cognitive perdurait, par ailleurs, en période de stabilité thymique. Pour autant, cette dernière est moins sévère, quantitativement et qualitativement, que dans la schizophrénie ou le trouble schizo-affectif [60]. Une fois de plus, le pronostic au long cours semble être en faveur d'un trouble bipolaire chez Charles VI.

Ainsi, que l'on se repose sur un faisceau d'arguments cliniques au moment des décompensations, sur l'évolution de la maladie mentale de Charles VI au long cours, ou encore sur les critères cliniques en faveur d'un diagnostic différentiel absents chez le roi, tout converge indéniablement vers l'existence d'un trouble de l'humeur, bipolaire, avec des symptômes psychotiques plutôt que vers un trouble du spectre schizophrénique.

Mais à l'aune du Moyen Age, comment la maladie mentale du roi a-t-elle été appréhendée et traitée ?

6. Thérapeutique au Moyen-Age

La maladie mentale de Charles VI et sa prise en charge ne sont pas une affaire privée. Le statut de souverain ne le permet pas.

Les stratégies thérapeutiques se construisent donc sur un double niveau. La prise en charge est à la fois individuelle, à l'échelle seule de la personne du roi et via l'intervention de divers médecins, et, à l'échelle du royaume, par le biais de la religion.

Les outils thérapeutiques utilisés nous éclairent sur les espoirs de guérison qu'entretiennent le peuple et les princes. Et si l'importance des médecins et des sorciers dans le suivi de la maladie du roi s'abrase au gré du temps, celle de la religion va croissante.

6.1 Les médecins

6.1.1 *L'impuissance des physiciens*

Même lorsqu'il est bien portant, un roi dispose d'un panel de médecins attachés à son service. Deux ou trois assurent cette fonction de façon officielle, et s'appellent pour cela « premier physicien » ou « deuxième physicien », etc. D'autres sont consultés ponctuellement pour confirmer ou infirmer l'avis des précédents. C'est pourquoi, pour la seule crise de folie du Mans, pas moins de sept physiciens différents sont consultés.

Outre le premier médecin officiel du roi, qui intervient initialement, les autres spécialistes dépêchés sont les physiciens des grands princes du royaume. Ils sont mandés devant la perplexité du premier physicien face à la catatonie du roi et se déplacent jusqu'au Mans pour dispenser leurs conseils avisés.

Leur incompréhension de la maladie de Charles VI pousse à requérir l'avis d'un autre spécialiste, Maître Guillaume de Harcigny. On ne badine pas avec la santé du monarque. Il préconise une cure de repos et du grand air, évoquant une « faiblesse de tête » due à un épanchement de bile noire. A la mort de Guillaume de Harcigny, quelques mois plus tard, divers professionnels, plus ou moins compétents vont se succéder au chevet royal.

Lors de la crise de 1393, ce ne sont plus sept médecins mais vingt-deux qui sont consultés ! La perplexité est totale. Personne ne comprend de quoi souffre le bon roi.

Maitre Regnault Fréron, le premier physicien du roi, est même chassé de la Cour en 1395 en raison de son incapacité à soigner la folie de son souverain. Un médecin lyonnais prend alors le relais et tente de soigner Charles VI en « purgeant » sa tête, autrement dit, en pratiquant des saignées au niveau de la tête. Toujours aucun résultat favorable sur la maladie de Charles VI. On réunit alors en collègue la Faculté de Médecine de Paris en 1399. Toute l'élite de la médecine parisienne s'y retrouve. Pourtant rien n'y fait, le roi reste toujours malade, et, pire encore, les accès de maladie sont de plus en plus fréquents. La valse des médecins continue de plus belle, pendant encore cinq années, sans succès.

A partir de 1405, les médecins s'avouent vaincus et jugent incurable la maladie qui afflige le roi. Leurs conseils se limitent alors à des recommandations d'hygiène, d'air frais et de repos. Ils se contentent en quelque sorte de maintenir des règles hygiéno-diététiques qui relèvent du bon sens.

D'un point de vue nosographique, la folie pose problème depuis l'antiquité. Longtemps réservée aux théologiens, puisqu'apparentée à une maladie de l'âme, les médecins « du corps » la redoutent du fait des difficultés qu'ils rencontrent à la traiter.

Mais quelles sont, pendant le bas Moyen Age, les connaissances médicales relatives aux maladies mentales ?

6.1.2 Connaissances médicales aux XIV^e et XV^e siècles

Les connaissances médicales au Moyen Age découlent de la théorie des humeurs d'Hippocrate et n'ont guère évolué depuis l'Antiquité.

Ces humeurs sont au nombre de quatre : le sang, la phlegme, la bile noire et la bile jaune. Elles correspondent chacune à un organe : le cœur, le cerveau, la rate et le foie. Et elles constituent chacune un tempérament du sujet : sanguin, lymphatique ou flegmatique, atrabiliaire et colérique. Un excédent ou un défaut d'une ou plusieurs humeurs conduit invariablement à une maladie et la cause de cet excédent ou défaut peut-être exogène comme endogène.

Dans le corpus hippocratique, les maladies mentales revêtent des formes diverses et variées. On y trouve la phrénitis (aussi connue sous le nom de frénésie), la manie, la mélancolie et

l'épilepsie par exemple. La frénésie se distingue de la manie par la présence de fièvre en plus des symptômes psychiatriques. Toutes se caractérisent par une atteinte du cerveau liée à un excédent d'une ou plusieurs humeurs.

Par exemple, Guillaume de Harcigny, explique la catatonie de Charles VI par un épanchement de bile noire (duquel découle la mélancolie) qui aurait été échauffé par la colère du roi au cours de sa crise clastique, et qui aurait atteint le cerveau.

C'est pourquoi la base de tout traitement médical réside dans l'équilibrage de ces humeurs. Lorsqu'un excédent apparaît, il convient de purger le malade du trop-plein d'humeur. Pour cela on préconise des diètes (des régimes alimentaires restrictifs) ou des purges directes des fluides (la saignée est la plus connue des purges et vise à évacuer l'excédent de sang, mais on trouve également des traitements émétiques, diurétiques etc.). L'air frais a aussi des indications régulières pour refroidir le corps et donc les échauffements de bile. A l'inverse, lorsque certaines humeurs sont déficitaires, il faut compenser ce défaut par un apport exogène. On préconise alors du vin chaud, des aliments appropriés, de l'exercice physique.

Les maladies mentales n'échappent pas à la théorie des humeurs.

La mélancolie au Moyen Age résulte d'un excès de bile noire dont elle tire son nom, puisque *mélas* et *khōlé* désignent chacun de ces deux termes en grec ancien. La mélancolie, au sens hippocratique et donc au Moyen Age, est un état associant diverses caractéristiques : la tristesse, la langueur, les troubles du sommeil, en sont les signes cardinaux. Comme nous l'avons vu dans les parties précédentes, on pourrait, selon les critères cliniques en vigueur à l'heure actuelle, l'apparier à l'épisode dépressif majeur. La langueur, quant à elle, désigne des symptômes de ralentissement voire d'inhibition psychomotrice ainsi qu'un abattement général. Le rapprochement le plus pertinent avec notre sémantique est celui de la perte de l'élan vital, soit une anhédonie, une apathie et/ou une aboulie. Il est important de préciser qu'au bas Moyen Age la mélancolie est une maladie, et non un concept romantique qui traduit la grandeur de l'âme, comme elle le devient à partir de la Renaissance.

A l'inverse, la frénésie correspond à de la bile jaune en surplus. Elle revêt initialement la même symptomatologie psychiatrique que la manie mais comporte en plus, le critère de la fièvre. Petit à petit, la présence de la fièvre n'est plus indispensable pour parler de frénésie et celle-ci désigne alors, non plus une entité diagnostique à part entière, mais un symptôme comportemental qui s'intègre dans la manie. Elle se caractérise par un état d'agitation psychomotrice extrême, avec une exaltation thymique. Le malade ne dort plus, est désinhibé,

et, peut dans certains cas tenir des propos délirants voire même présenter des hallucinations. Au Moyen Age, la manie est considérée comme un état aigu et ne s'intègre pas dans une pathologie chronique de l'humeur.

Par ailleurs, l'intrication entre la mélancolie et la manie en tant que folie circulaire ou périodique est totalement ignorée au bas Moyen Age. Cela explique probablement pourquoi les médecins se sont trouvés si démunis face à cette forme de maladie mentale, inconnue, que manifeste Charles VI.

Même si la génétique n'existe pas encore, le concept d'hérédité n'est pas ignoré pour autant puisque Guillaume de Harcigny corrèle l'état de santé mentale du roi à celui de sa défunte mère, Jeanne de Bourbon. Le physicien déclare au sujet de Charles VI qu' « il tient trop de la moiteur de sa mère ».

L'hérédité découle une fois de plus de la théorie des humeurs, puisque les tempéraments peuvent être transmis à un enfant par l'un de ses parents.

6.2 Les sorciers

Pour le peuple, si les médecins ne comprennent pas de quoi souffre Charles VI, c'est que cela vient au mieux d'un sortilège, ou du poison et au pire d'une punition divine. Dans tous les cas, la maladie est une œuvre diabolique et n'est pas le fait de causes inhérentes au roi.

Dès la première crise de folie, l'opinion publique estime que le roi a été empoisonné ou ensorcelé. Rien ne peut expliquer la perte de son entendement sinon une de ces deux causes. La rumeur de l'empoisonnement est pourtant rapidement écartée grâce à quelques braves pages qui acceptent de goûter les mets et le vin consommés par le roi plus tôt dans la journée, sans répercussion aucune sur leur santé.

On fait donc venir à la cour un sorcier, Arnaud Guillaume, tout droit arrivé de Guyenne. Ce dernier prétend pouvoir aisément guérir le roi. Pour cela, Guillaume affirme être aidé de son grimoire, nommé le *Smagorad*, qui aurait été dicté par Dieu à Adam et transmis entre mortels depuis... Plusieurs vains traitements sont tentés : des purges de la tête au cours desquelles le crâne royal est badigeonné de diverses décoctions, des potions à boire etc. Nouvel échec.

Guillaume se justifie en expliquant que le sortilège lancé est bien trop puissant pour être rompu.

Deux moines augustins, Pierre et Lancelot, proposent alors leurs services. Après deux années infructueuses à essayer diverses potions et invocations du diable pour lever le maléfice touchant le roi, ils se permettent d'accuser Louis d'Orléans, le propre frère de Charles VI, d'en être l'instigateur. C'en est trop, ils sont condamnés à mort, décapités, et leurs têtes sont exposées en place publique afin de prévenir d'éventuels charlatans du risque encouru à vouloir faire de la maladie du monarque une source de fortune.

Le religieux de Saint-Denis explicite avec moult détails la façon dont les deux hérétiques sont punis : « *Ils furent arrêtés et mis en prison. Forcés d'avouer la vérité [probablement sous la torture], ils déclarèrent enfin qu'ils avaient méchamment imaginé un si détestable mensonge, qu'ils étaient idolâtres, invocateurs de démons, apostats et sorciers [...] Quand la cérémonie de la dégradation fut achevée, on livra les deux criminels aux sergents du prévôt de Paris, qui, après leur avoir rasé la tête, les promenèrent ignominieusement par les rues de la ville. [...] Les deux apostats obtinrent qu'on leur donnât un prêtre, et après s'être confessés longuement, ils furent décapités. Le bourreau planta leurs têtes au bout de deux piques et les plaça dans un endroit élevé; leurs membres furent coupés en morceaux et suspendus au-dessus des principales portes de la ville. Leur tronc fut porté au gibet. C'est ainsi que ces deux misérables expièrent leurs iniquités, et servirent d'exemple aux traîtres et aux malfaiteurs.* » [61].

Les princes utilisent également leurs deniers personnels pour soigner Charles VI. C'est par exemple le cas de Philippe de Bourgogne qui finance deux sorciers nommés Poinson et Briquet. Ces derniers, en 1403, engloutissent des sommes colossales dans des rites bien mystérieux supposés révéler la cause de la maladie du roi et l'identité de ceux qui lui veulent du mal. Après avoir attendu patiemment sept mois que les promesses des deux hommes se réalisent, le duc et les bourgeois bourguignons perdent patience et Poinson et Briquet sont condamnés au bûcher.

Sur les trente années de maladie du roi, onze sorciers et sorcières, recrutés à travers tout le royaume, se succèdent pour tenter de conjurer le mauvais sort.

Leur point commun est, qu'en plus de ne pas être parvenus à guérir le roi, ils font les frais de sanctions judiciaires pour avoir abusé de la confiance des princes. Certains sont brûlés vifs, d'autres écartelés, plusieurs enfin, décapités. Plus simplement tous paient leur incompetence à

soigner Charles VI, de leur vie, au prétexte d'avoir fait ce pour quoi ils avaient été recrutés, c'est-à-dire de la sorcellerie.

En tout état de cause, à partir de l'année 1407, les sorciers et désenvoûteurs en tout genre ne sont plus sollicités. Pour l'opinion publique, le roi est incurable et seul Dieu peut désormais apaiser sa peine puisqu'il est également l'instigateur de tous ses maux.

6.3 Les religieux

Pendant le Moyen Age et jusqu'à la révolution française, le régime en France est celui d'une monarchie de droit divin : l'autorité royale est légitimée par Dieu. Ce principe, dont le sacre est le symbole, est à la base de l'absolutisme monarchique et place le roi en interface directe entre le peuple et Dieu. En frappant le roi de folie, c'est l'ensemble du peuple français qui est sanctionné pour les décisions politiques adoptées et les guerres menées.

Cette croyance populaire est transcrite sous la plume de Juvénal des Ursins : « *Couroient divers langages entre le peuple, en disant que la maladie du roy estoit punition divine, pour les grandes exactions qui se faisoient sur le peuple, sans rien en employer au faict de la chose publique.* » [62].

La prégnance des croyances religieuses dans l'espoir d'une guérison est aussi fondamentale. C'est pourquoi dès les premiers signes de maladie, les villes font donner des messes et organisent des processions auxquelles les princes participent. Les notables entreprennent des pèlerinages, le peuple prie pour la santé du roi, fait pénitence parfois. On expulse les Juifs à qui on reproche d'être hérétiques et d'attirer de ce fait le malheur sur le royaume. Les diverses dévotions occupent ainsi des pages et des pages dans les chroniques que les contemporains nous ont laissé.

Le roi, quant à lui, se confesse, sollicite la miséricorde divine. Le sixième enfant du couple royal est prénommé Marie pour apaiser la colère de Dieu. La petite fille est conduite par ses parents au monastère de Poissy à l'âge de quatre ans afin d'y consacrer sa vie. Le roi est toujours aussi malade. Puisque cela n'a pas suffi à satisfaire Dieu, le septième enfant du couple est prénommé Michelle. Elle porte ainsi le nom de l'archange auquel Charles VI est

allé rendre grâce pour une de ses rémissions, en accomplissant un pèlerinage au Mont-Saint-Michel.

Plus les années passent, plus les mesures deviennent coercitives et l'austère politique de l'aïeul de Charles VI, Saint-Louis, est ainsi restaurée. Des ordonnances officielles interdisent les péchés les plus communs : la prostitution, le blasphème, le jeu d'argent. La rigueur est de retour pour expier les pêchés des français.

Nous l'avons vu plus haut, le roi en tant que monarque de droit divin est le représentant direct de son peuple auprès de Dieu. Et toucher le roi de France, c'est toucher l'ensemble du peuple français. Si les français l'ont bien compris, le message se répand rapidement à travers l'Europe. Le mécontentement de Dieu est ainsi exposé, de façon publique, à l'ensemble des pays chrétiens.

C'est pourquoi la maladie du roi remet aussi en question la légitimité du schisme d'occident, puisque, rappelons-le, ce dernier avait été opéré sous l'impulsion française.

La folie de Charles VI a donc un impact géopolitique majeur puisque qu'à partir de cette période, des démarches sont entreprises pour rétablir l'unité de l'Eglise. La France se retire même de l'obédience du pape d'Avignon, pensant pouvoir faire pression sur ce dernier afin de négocier les conditions de la réunification.

Par ailleurs, les anglais, dans ce contexte de Guerre de Cent Ans, voient dans la maladie de Charles VI la marque de l'appui divin en faveur d'une annexion du royaume de France à celui d'Angleterre.

Plus généralement, à l'échelle européenne, la maladie du roi agit comme un catalyseur de tous les conflits.

Conclusion

A travers ce travail médico-historique, nous souhaitons souligner l'importance d'une enquête clinique minutieuse, pratiquement policière, dans la démarche diagnostique relative à un patient souffrant de maladie mentale. Cette enquête doit comporter une exploration efficace des antécédents familiaux et de l'enfance du patient. Elle doit également rechercher non seulement les signes cliniques en faveur du diagnostic positif évoqué, mais également ceux en défaveur des potentiels diagnostics différentiels.

Nous voyons dans ce cas clinique médiéval, à quel point il est indispensable pour le psychiatre de savoir interroger, à nouveau, le diagnostic qui a pu être posé, en s'appuyant sur les signes cliniques rencontrés.

En ce qui concerne Charles VI, il n'est pas seulement question d'un seul critère en faveur d'un trouble de l'humeur, mais de tout un faisceau d'arguments cliniques qui nous oriente vers cette étiologie. En effet, l'étude des chroniques des contemporains révèle un éventail riche de critères cliniques et de symptômes qui nous permet d'évoquer sérieusement un trouble bipolaire de type I avec des symptômes psychotiques.

Parmi ces arguments, se trouvent : la composante héréditaire avec une anamnèse familiale riche en pathologies de l'humeur, l'absence de symptôme prémorbide au cours de l'enfance de Charles VI, le contenu clinique des accès (avec des symptômes thymiques présents pendant toute la durée de la décompensation, et des critères psychotiques, congruents à l'humeur qui se manifestent à l'acmé de l'accès), l'absence de symptôme résiduel au cours des rémissions, le maintien d'un capital cognitif efficient y compris au long cours, ainsi que le niveau d'insight élevé.

Par ailleurs, nous avons été étonné de ne pas voir apparaître l'hypothèse d'un trouble schizo-affectif chez Charles VI dans les ouvrages et articles que nous avons consulté pour la préparation de ce travail. Ceci d'autant plus que le trouble schizo-affectif semble être un diagnostic différentiel plus pertinent au trouble bipolaire de type I, que celui de la schizophrénie.

La maladie mentale de Charles VI pose également la question de la nosographie en psychiatrie.

En effet, l'entité nosographique de « trouble bipolaire » prend son origine dans le DSM III, publié en 1980. Ce manuel américain de l'American Psychiatry Association se réclame athéorique et pour cela, il démantèle les clusters diagnostiques qui découlent de la psychanalyse. Ainsi, la névrose et la psychose disparaissent des ouvrages internationaux de référence et le trouble bipolaire apparaît dans la catégorie des troubles de l'humeur.

Avant ce tournant nosographique en psychiatrie, il fallait regarder au chapitre portant sur les psychoses pour y trouver la « psychose maniaco-dépressive », ancêtre du trouble bipolaire de type I.

Si l'on se penche sur l'historique des traitements médicamenteux en psychiatrie, une corrélation apparaît nettement entre la découverte et l'usage des premiers antipsychotiques et thymorégulateurs et la restructuration, quelques années plus tard, de la nosographie dans cette discipline.

Le premier antipsychotique, la chlorpromazine, est synthétisé en France en 1950 par le chimiste Paul Charpentier d'après des résultats intéressants qu'Henri Laborit avait obtenus en travaillant sur les anesthésiants. Laborit initie alors une série de travaux autour de cette molécule et pense rapidement à l'intérêt qu'elle pourrait avoir sur les patients souffrant de maladie mentale. Il demande à cet effet à Jean Delay et Pierre Deniker de tester cette molécule sur leurs malades à l'hôpital Saint-Anne en 1952. Les résultats sont spectaculaires, à la fois chez les patients souffrant de schizophrénie et sur les patients maniaques. La chlorpromazine se répand avec succès en Europe et aux Etats-Unis.

En ce qui concerne l'usage des thymorégulateurs, les bénéfices des sels de lithium chez les patients maniaco-dépressifs sont objectivés dès le XIX^e siècle. Néanmoins, le risque de toxicité lié à un surdosage en lithium rend son usage rare jusqu'à ce que des protocoles efficaces d'introduction à posologie réduite soient mis place. En 1967, l'intervalle thérapeutique actuel est proposé par une équipe danoise afin d'obtenir une efficacité optimale de ce traitement, tout en limitant les effets indésirables. A partir de 1971, les sels de lithium deviennent le traitement de référence de cette pathologie.

L'usage systématique de traitements médicamenteux efficaces a certainement contribué à atténuer des tableaux cliniques bruyants dans les maladies mentales. Plus spécifiquement, l'introduction d'une couverture thymorégulatrice de fond, ponctuellement associée lors des

décompensations à l'usage d'un antipsychotique, a permis une diminution de l'intensité des symptômes psychotiques, à la fois dans leur durée mais aussi dans leur expression.

Ce recours pharmacologique systématique a peut-être contribué au remaniement nosographique survenu dans le DSM III, en abrasant efficacement les symptômes psychotiques dans la psychose maniaco-dépressive.

Or le cas clinique historique qu'est la maladie de Charles VI nous illustre ce qu'était la pathologie maniaco-dépressive avant le recours aux traitements médicamenteux. Dans ce cas, c'est bien la « vieille » nomenclature diagnostique de psychose maniaco-dépressive qui explique le mieux la maladie du roi, et ce particulièrement dans les premières années d'évolution.

En effet, il n'est pas seulement question de symptômes appartenant au registre thymique mais également de tout un faisceau de symptômes psychotiques, présents dans les crises indépendamment de leur polarité et s'amendant complètement en période intercritique. Cette illustration clinique rend compte de l'enchevêtrement qui existe entre ce trouble de l'humeur et la notion même de psychose.

Le diagnostic de schizophrénie, fréquemment prêté à Charles VI, s'explique peut-être en partie par l'existence de symptômes psychotiques à une période où la bipolarité ne se définit plus par ces mêmes symptômes.

Enfin, l'étude de cas cliniques historiques en psychiatrie nous permet de retourner aux sources même de notre discipline, en axant notre travail sur l'analyse clinique.

Bibliographie

- [1] Garrabé J, 1992 ; Histoire de la schizophrénie, éditions Seghers.
- [2] Le Petit Larousse des Rois de France, 2013 ; chapitre Charles VI Le Fou, pages 162-165.
- [3] Lapalme M, Hodgins S, Laroche C, 1997 ; Children of Parents with Bipolar Disorder: A Metaanalysis of Risk for Mental Disorders, Canadian journal of psychiatry.
- [4] Krebs MO, mai 2014 ; Dossier Inserm, Schizophrénie.
- [5] Brachet A, 1903 ; Pathologie Mentale des Rois de France, page CXXXVII.
- [6] Chroniques des quatre premiers Valois, 1862, auteur anonyme, page 244.
- [7] Chaudron LH, Pies RW, 2003 ; The Relationship Between Postpartum Psychosis and Bipolar Disorder: A Review, J Clin Psychiatry 2003;64(11):1284-1292.
- [8] Freeman MP, KECK PE, MacElroy SL, April 01 2001 ; Postpartum Depression With Bipolar Disorder, Published online.
- [9] D'Orville Cabaret, 1876 ; Chronique du bon duc Loys, éditions Chazaud, page 293.
- [10] Akiskal US, Hirschfeld R, Yerevanian B, 1983 ; The Relationship of Personality to Affective Disorders: A Critical Review, Arch Gen Psychiatry. 1983;40(7):801-810.
- [11] Hantouche Elie, 2006 ; Troubles bipolaires, obsessions et compulsions: Les reconnaître et les soigner, éditions Odile Jacob, page 74.
- [12] Chastellain G, 1871 ; Œuvres de Georges Chastellain, tome 1, chapitre CXI, pages 341-342.
- [13] Chastellain G, 1871 ; Œuvres de Georges Chastellain, tome 2, chapitre XLIII, page 185.
- [14] Brachet A, 1903 ; Pathologie Mentale des Rois de France, page 81.
- [15] Du Fresne de Beaucourt G, 1881 ; Histoire de Charles VII, tome I, page 230.
- [16] Chartier J, 1858 ; Histoire de Charles VII, éditions Vallet de Viriville, tome III, page 112.

- [17] De Roye J, 1894 ; Journal de Jean de Roye : connu sous le nom de Chronique scandaleuse, 1460-1483, éditions B. De Mandrot, tome 1, page 220.
- [18] De Commynes P, 1850 ; Mémoires, éditions Dupont, tome 2, page 232.
- [19] De Commynes P, 1850 ; Mémoires, éditions Dupont, tome 11, page 21.
- [20] Rotuli Parliamentorium (Rolls of Parliament), 1783; Volume 5.
- [21] Thompson E, 1892 ; The Wars of York and Lancaster 1450–1485. English History by Contemporary Writers.
- [22] Clarke B, 1975 ; Mental Disorders in Earlier Britain, University of Wales Press.
- [23] Vovelle M, 2009 ; Le problème de la vieillesse pour un historien de la mort, Cliniques Méditerranéennes, numéro 79.
- [24] Nicolet HG, 1999 ; Histoire de Melun, éditions de la Tour Gile, page 565.
- [25] Religieux de Saint-Denis, 1839 ; Chronique du Religieux de Saint-Denys : contenant le règne de Charles VI, de 1380 à 1422, tome 1, page 359.
- [26] Froissart J ; Chroniques de Froissart, tome 13, chapitre 27, page 45.
- [27] Religieux de Saint-Denis, 1663 ; Histoire de Charles VI, roy de France, tome 1, pages 218-219.
- [28] Religieux de Saint-Denis, 1663 ; Histoire de Charles VI, roy de France, tome 1, page 219.
- [29] Religieux de Saint-Denis, 1840 ; Chronique du Religieux de Saint-Denys : contenant le règne de Charles VI, de 1380 à 1422, tome 2, page 21.
- [30] Juvénal des Ursins J, 1614 ; Histoire de Charles VI, roy de France, et des choses mémorables advenues de son règne, dès l'an MCCCLXXX jusques en l'an MCCCCXXII, page 113.
- [31] Religieux de Saint-Denis, 1663 ; Histoire de Charles VI, roy de France, tome 1, page 220.
- [32] Religieux de Saint-Denis, 1840 ; Chronique du Religieux de Saint-Denys : contenant le règne de Charles VI, de 1380 à 1422, tome 2, pages 67 et 69.

[33] Religieux de Saint-Denis, 1663 ; Histoire de Charles VI, roy de France, tome 1, pages 241-242.

[34] Religieux de Saint-Denis, 1663 ; Histoire de Charles VI, roy de France, tome 1, page 242.

[35] Religieux de Saint-Denis, 1840 ; Chronique du Religieux de Saint-Denys : contenant le règne de Charles VI, de 1380 à 1422, tome 2, page 87.

[36] Religieux de Saint-Denis, 1840 ; Chronique du Religieux de Saint-Denys : contenant le règne de Charles VI, de 1380 à 1422, tome 2, page 405.

[37] Religieux de Saint-Denis, 1663 ; Histoire de Charles VI, roy de France, tome 1, page 325.

[38] Religieux de Saint-Denis, 1663 ; Histoire de Charles VI, roy de France, tome 1, page 365.

[39] Religieux de Saint-Denis, 1841 ; Chronique du Religieux de Saint-Denys : contenant le règne de Charles VI, de 1380 à 1422, tome 3, page 349.

[40] Juvénal des Ursins J, 1614 ; Histoire de Charles VI, roy de France, et des choses mémorables advenues de son règne, dès l'an MCCCLXXX jusques en l'an MCCCCXXII, page 220.

[41] Pii II, 1614 ; Commentarii, page 164.

[42] Religieux de Saint-Denis, 1840 ; Chronique du Religieux de Saint-Denys : contenant le règne de Charles VI, de 1380 à 1422, tome 2, page 685.

[43] Religieux de Saint-Denis, 1840 ; Chronique du Religieux de Saint-Denys : contenant le règne de Charles VI, de 1380 à 1422, tome 2, page 687.

[44] Religieux de Saint-Denis, 1841 ; Chronique du Religieux de Saint-Denys : contenant le règne de Charles VI, de 1380 à 1422, tome 3, page 13.

[45] Religieux de Saint-Denis, 1841 ; Chronique du Religieux de Saint-Denys : contenant le règne de Charles VI, de 1380 à 1422, tome 3, page 429.

[46] Religieux de Saint-Denis, 1842 ; Chronique du Religieux de Saint-Denys : contenant le règne de Charles VI, de 1380 à 1422, tome 4, page 283.

- [47] Religieux de Saint-Denis, 1842 ; Chronique du Religieux de Saint-Denys : contenant le règne de Charles VI, de 1380 à 1422, tome 4, page 737.
- [48] Religieux de Saint-Denis, 1844 ; Chronique du Religieux de Saint-Denys : contenant le règne de Charles VI, de 1380 à 1422, tome 5, page 151.
- [49] Religieux de Saint-Denis, 1842 ; Chronique du Religieux de Saint-Denys : contenant le règne de Charles VI, de 1380 à 1422, tome 4, page 625.
- [50] Religieux de Saint-Denis, 1842 ; Chronique du Religieux de Saint-Denys : contenant le règne de Charles VI, de 1380 à 1422, tome 4, page 629.
- [51] Religieux de Saint-Denis, 1842 ; Chronique du Religieux de Saint-Denys : contenant le règne de Charles VI, de 1380 à 1422, tome 4, page 637.
- [52] Legrand de Saulle H, 1879 ; Etude médicolégale sur les testaments contestés pour cause de folie, page 244.
- [53] Religieux de Saint-Denis, 1852 ; Chronique du Religieux de Saint-Denys : contenant le règne de Charles VI, de 1380 à 1422, tome 6, page 147.
- [54] Religieux de Saint-Denis, 1840 ; Chronique du Religieux de Saint-Denys : contenant le règne de Charles VI, de 1380 à 1422, tome 2, page 571.
- [55] Religieux de Saint-Denis, 1841 ; Chronique du Religieux de Saint-Denys : contenant le règne de Charles VI, de 1380 à 1422, tome 3, page 37.
- [56] Religieux de Saint-Denis, 1842 ; Chronique du Religieux de Saint-Denys : contenant le règne de Charles VI, de 1380 à 1422, tome 4, page 91.
- [57] Carpenter WT, Strauss JS, Bartko JJ, 1973 ; Flexible system for the diagnosis of schizophrenia: report from the WHO international pilot study of schizophrenia, Science 1973;182:1275
- [58] Othemana Y, Doufiqb J, Kasouatic J, 2014 ; Comparative study of insight and factors influencing it in schizophrenia and bipolar disorder in a population of Moroccan hospitalized patients, Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique Volume 172, Issue 5, July 2014, pages 363–368.

- [59] Üstün TB, Rehm J, Chatterji S, 1999 ; Multiple-informant ranking of the disabling effects of different health conditions in 14 countries. WHO/NIH Joint Project CAR Study Group, Lancet. 1999 Jul 10;354(9173):111-5.
- [60] Green MF, 2006 ; Cognitive Impairment and Functional Outcome in Schizophrenia and Bipolar Disorder, J Clin Psychiatry 2006;67(suppl 9):3-8.
- [61] Religieux de Saint-Denis, 1840 ; Chronique du Religieux de Saint-Denys : contenant le règne de Charles VI, de 1380 à 1422, tome 2, pages 665 et 669.
- [62] Juvénal des Ursins J, 1614 ; Histoire de Charles VI, roy de France, et des choses mémorables advenues de son règne, dès l'an MCCCLXXX jusques en l'an MCCCCXXII, page 411.
- [63] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition, DSM-5, 2013.

Annexes

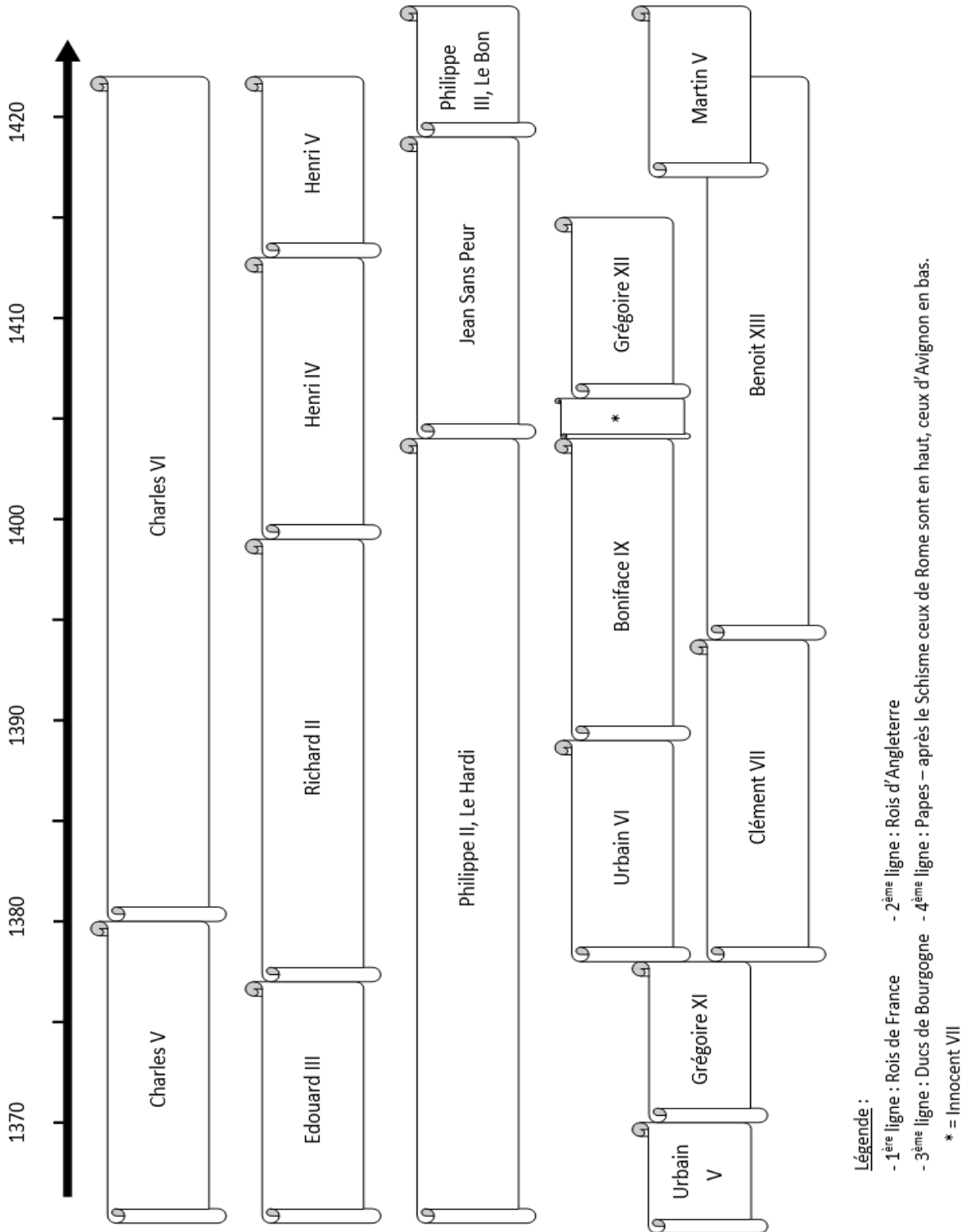
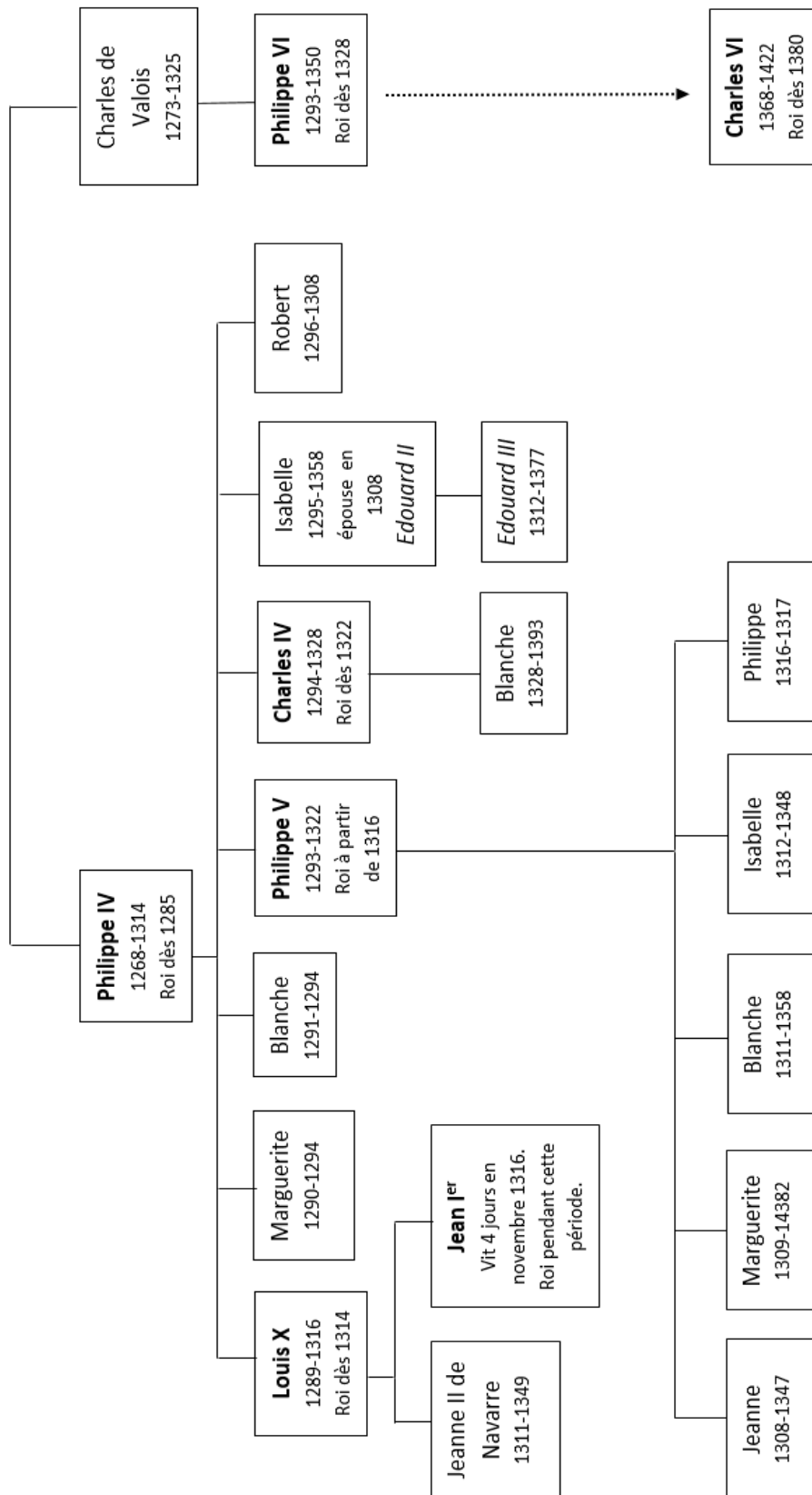


Figure 1 : Chefs d'état européens de 1368 à 1422



Légende :

- **en gras**, les rois de France
- *en italique*, les rois d'Angleterre

Figure 2 : Crise de succession au trône de France

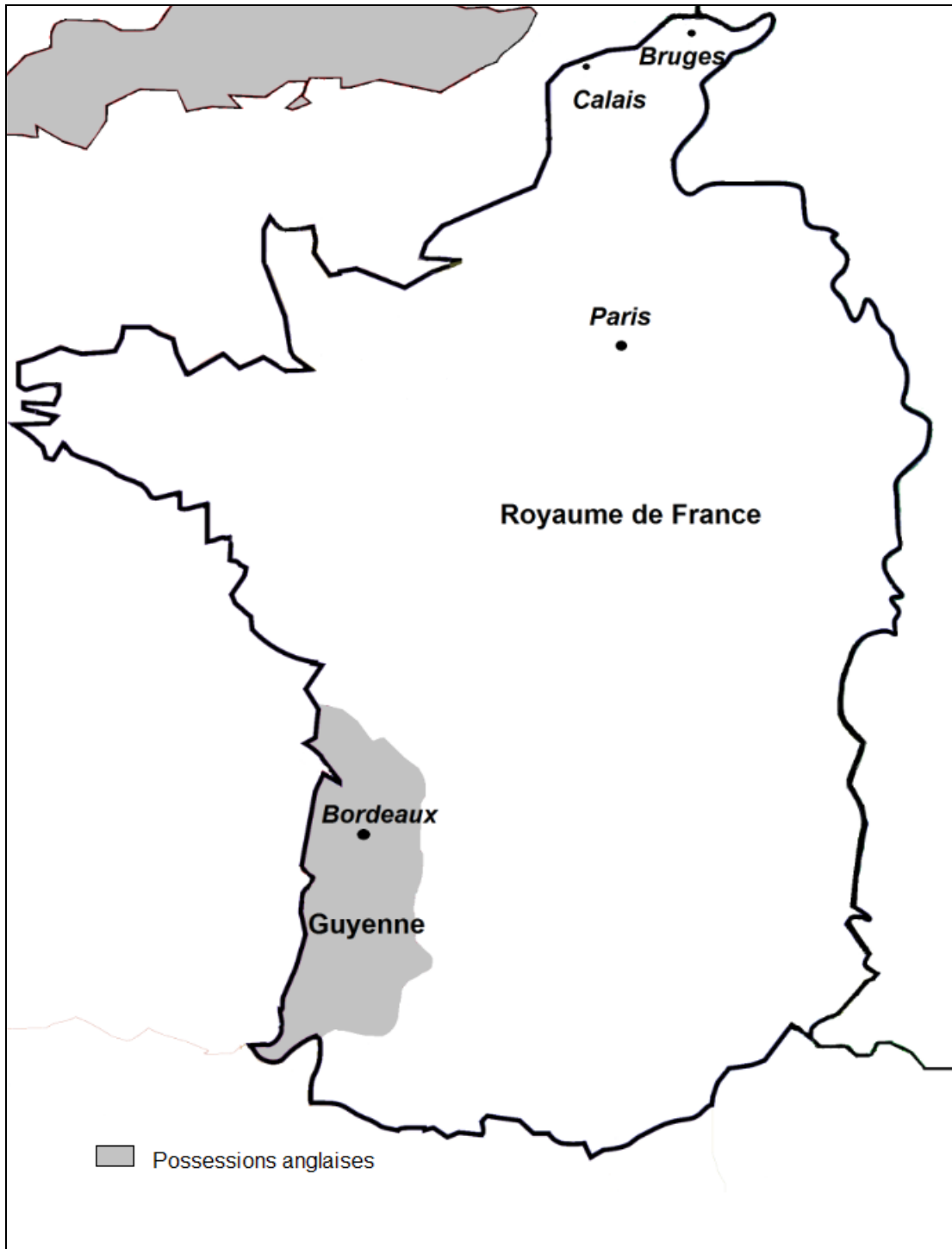


Figure 3: Possessions françaises et anglaises en 1337

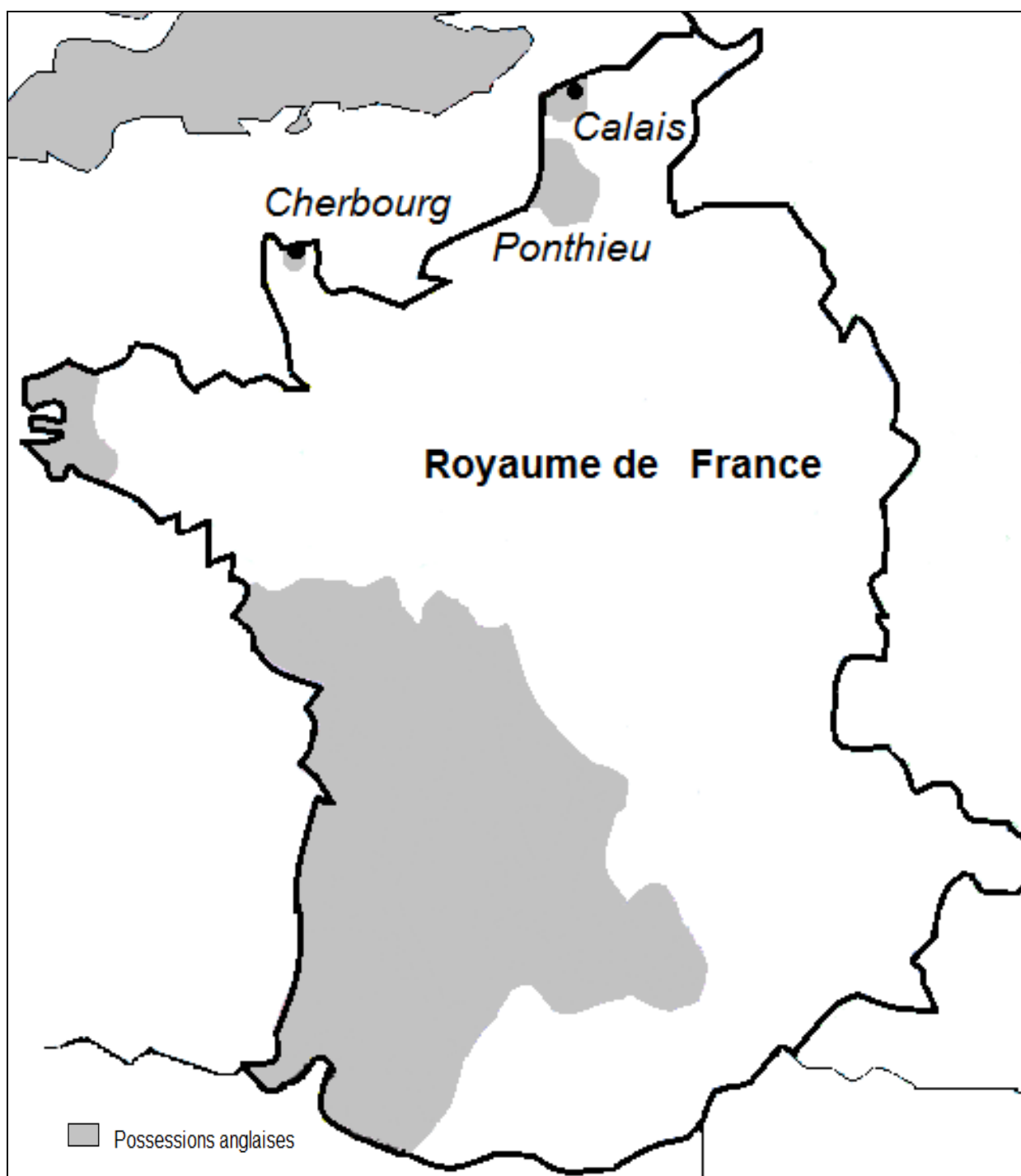


Figure 4 : Possessions françaises et anglaises en 1360

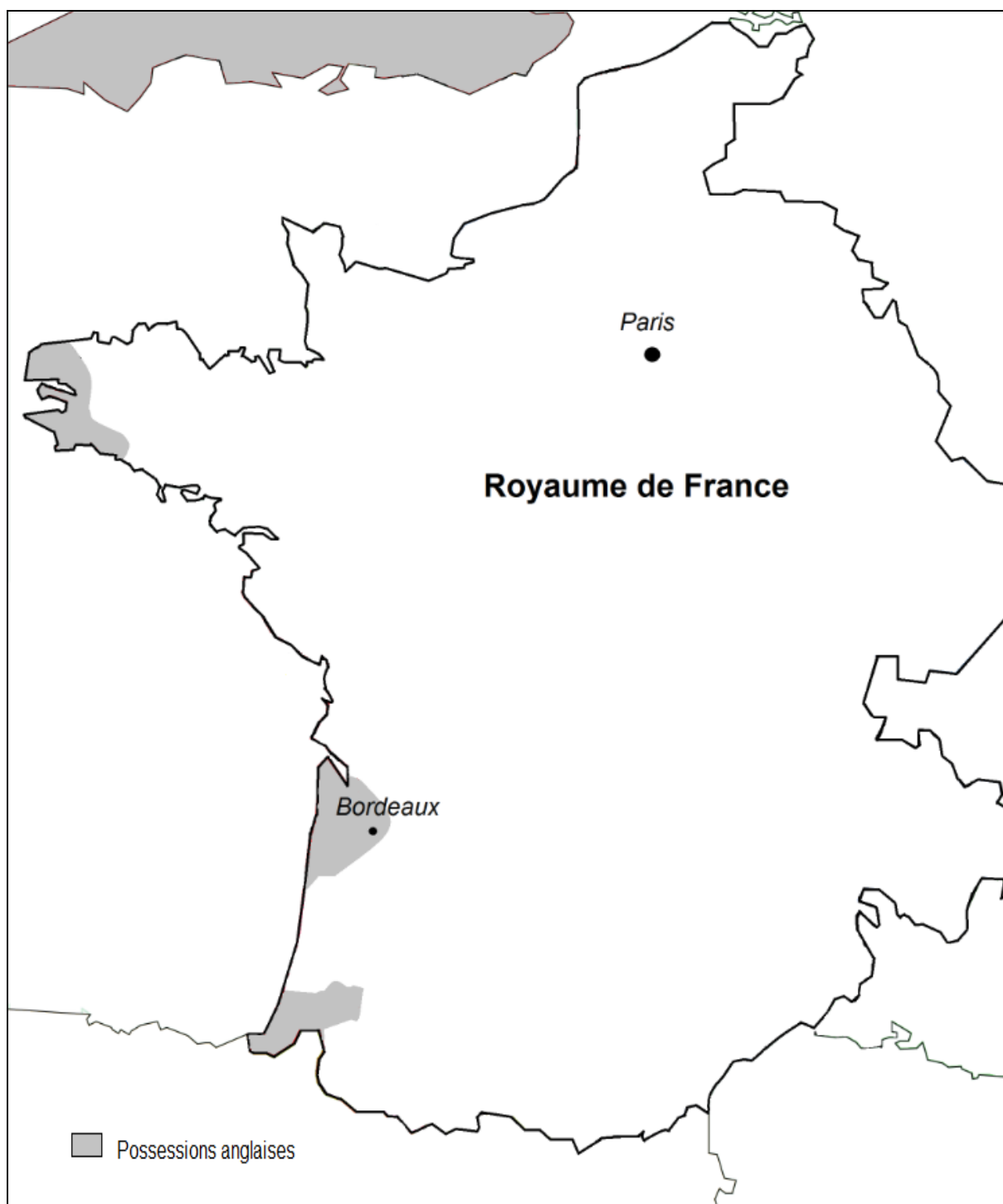


Figure 5 : Possessions françaises et anglaises en 1380

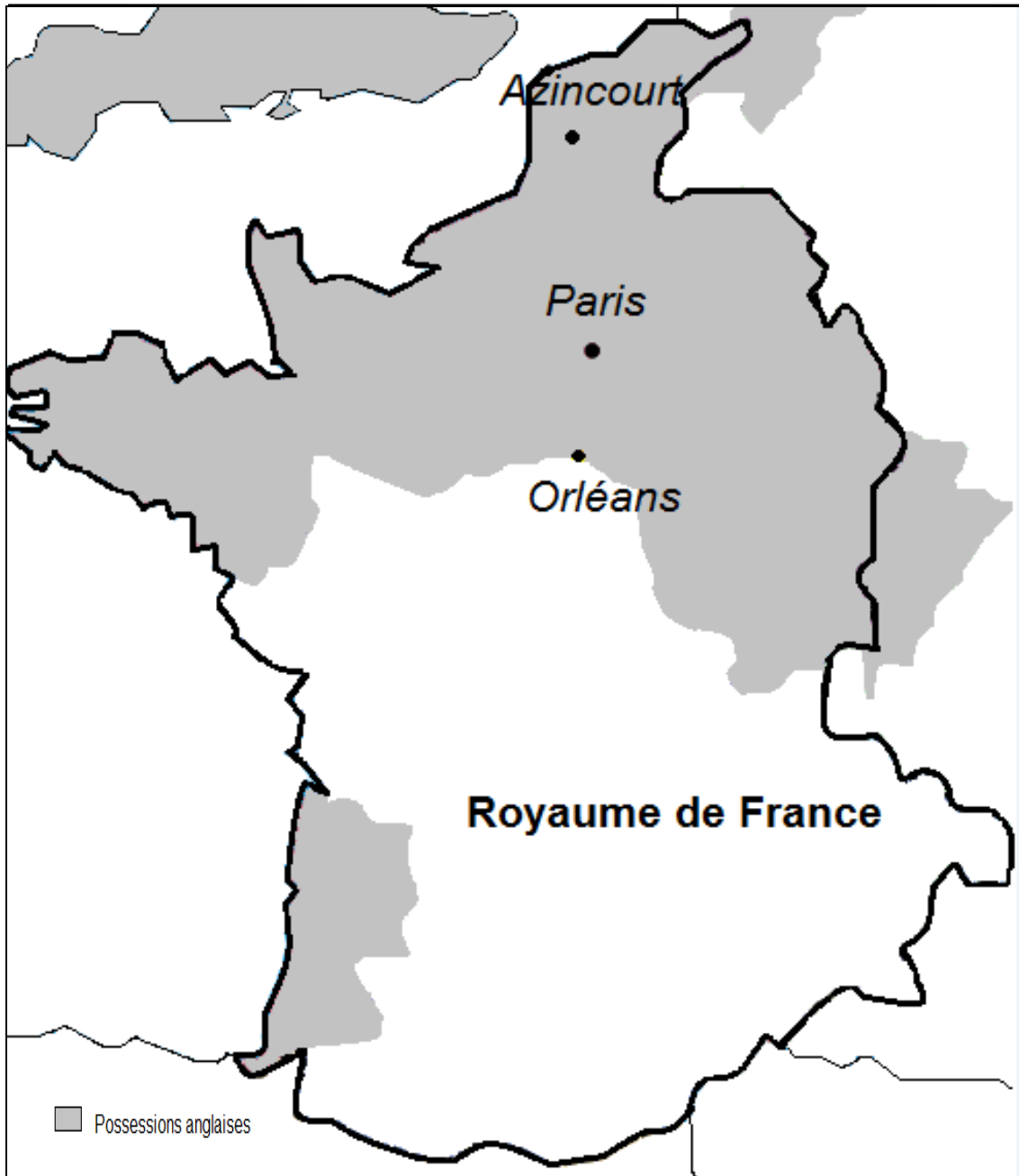


Figure 6 : Possessions françaises et zones d'influence anglaises en 1422

Tableau 1 : critères diagnostiques du DSM-5 pour l'épisode dépressif majeur [63]

<p>A. Au moins cinq des symptômes suivants ont été présents durant la même période de deux semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement précédent : au moins un de ces symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Humeur dépressive présente la plus grande partie de la journée, presque tous les jours, comme signalée par la personne ou observée par les autres.2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes, ou presque toutes, les activités, la plus grande partie de la journée, presque tous les jours.3. Perte de poids significative en l'absence de régime ou gain de poids, ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (observable par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée presque tous les jours.8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours.9. Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
<p>B. Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.</p>
<p>C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale.</p>
<p>D. L'apparition de l'épisode dépressif majeur n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble du spectre schizophrénique et un autre trouble psychotique.</p>
<p>E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou d'épisode hypomaniaque.</p>

Tableau 2 : critères DSM-5 d'un accès dépressif mélancolique [63]

<p>A. Un des critères suivants est présent au cours de la période la plus sévère de l'épisode actuel :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Perte de plaisir pour toutes ou presque toutes les activités.2. Manque de réactivité aux stimuli habituellement agréables.
<p>B. Au moins trois des critères suivants :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Une qualité distincte de l'humeur dépressive caractérisée par du découragement profond, du désespoir, et/ou de la morosité ou par un vide de l'humeur.2. Il ne s'agit pas que d'une simple aggravation matinale de la dépression pendant la majorité des jours.3. Réveil matinal précoce (c'est-à-dire au moins deux heures avant le réveil habituel).4. Agitation ou ralentissement psychomoteur marqué.5. Perte d'appétit significative ou perte de poids.6. Culpabilité excessive ou inappropriée.

Tableau 3 : critères diagnostiques du DSM-5 pour l'état de stress post-traumatique [63]

Le diagnostic de stress post-traumatique ne peut être posé qu'un mois après l'exposition à un ou des événement(s) traumatique(s).

<p>A. Exposition à la mort, à des blessures graves, ou à la violence sexuelle, effectives ou potentielles, d'une (ou plusieurs) des façons suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Vivre directement l'événement traumatique.2. Être témoin, en personne, de l'événement vécu par d'autres.3. Apprendre que l'événement traumatique a été vécu par un membre de la famille proche ou un ami proche.4. Vivre une exposition répétée ou extrême aux détails pénibles de l'événement traumatique (par exemple, les premiers intervenants ou les policiers).
<p>B. Présence d'un (ou plusieurs) des symptômes intrusifs suivants associés à l'événement traumatique, ayant débuté après ce dernier :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Souvenirs pénibles récurrents, involontaires, et envahissants de l'événement traumatique.2. Rêves répétitifs pénibles dans lesquels le contenu et/ou l'affect sont liés à l'événement traumatique.3. Réactions dissociatives (flash-backs, par exemple) dans lesquelles l'individu se sent ou agit comme si l'événement traumatique se reproduisait.4. Détresse psychologique intense ou prolongée à l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique.5. Réactions physiologiques marquées à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique.
<p>C. Évitement persistant des stimuli associés à l'événement traumatique ayant débuté après ce dernier, comme en témoigne(nt) une ou les deux manifestations suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, les pensées ou les sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à, l'événement traumatique.2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, lieux, conversations, activités, objets, situations) qui éveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à, l'événement traumatique.
<p>D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à l'événement traumatique,</p>

ayant débuté ou s'étant aggravées après ce dernier, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations suivantes :

1. Incapacité de se rappeler un aspect important de l'événement traumatique (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non d'autres facteurs tels que blessure à la tête, alcool ou drogues).
2. Croyances ou attentes négatives persistantes ou exagérées à propos de soi-même, des autres, ou du monde (par exemple, « Je suis mauvais », « On ne peut faire confiance à personne », « Le monde est complètement dangereux »).
3. Cognitions persistantes et déformées concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatique qui amènent l'individu à se blâmer ou à blâmer autrui.
4. État émotionnel négatif persistant (par exemple, peur, horreur, colère, culpabilité ou honte).
5. Diminution marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités significatives.
6. Sentiment de détachement ou d'éloignement des autres.
7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (par exemple, incapacité à éprouver du bonheur, de la satisfaction ou des sentiments affectueux).

E. Altérations marquées dans l'activation et la réactivité associées à l'événement traumatique, ayant débuté ou s'étant aggravées après ce dernier, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations suivantes :

1. Comportement irritable et crises de colère (avec peu ou pas de provocation) généralement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
2. Comportement imprudent ou autodestructeur.
3. Hypervigilance.
4. Réaction de sursaut exagérée.
5. Problèmes de concentration.
6. Troubles du sommeil.

F. La durée de la perturbation (critères B, C, D, et E) est de plus d'un mois.

G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les domaines sociaux, professionnels, ou autres domaines importants.

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre condition médicale.

Tableau 4 : critères diagnostiques du DSM-5 pour un épisode d'hypomanie [63]

A. Une période nettement délimitée, d'au moins quatre jours consécutifs, d'humeur anormalement élevée, expansive ou irritable, et d'augmentation anormale de l'activité ou de l'énergie, la plus grande partie de la journée, presque tous les jours.
B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'énergie ou d'activité accrue, trois (ou plus) des symptômes suivants (quatre si l'humeur est seulement irritable) ont persisté, ont représenté un changement notable par rapport au comportement habituel et ont été présents à un niveau significatif : <ol style="list-style-type: none">1. Estime de soi exagérée ou idées de grandeur.2. Besoin réduit de sommeil.3. Plus grande loquacité que d'habitude ou désir de parler constamment.4. Fuite des idées ou expérience subjective que les pensées s'emballent.5. Distractibilité rapportée ou observée.6. Augmentation de l'activité orientée vers un but (sociale, professionnelle, scolaire ou sexuelle) ou agitation psychomotrice (activité sans but).7. Engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables (par exemple, s'engager dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).
C. L'épisode s'accompagne de modifications indiscutables du fonctionnement, qui diffèrent de celui de la personne hors période symptomatique.
D. La perturbation de l'humeur et le changement dans le fonctionnement sont manifestes pour les autres.
E. La sévérité de l'épisode n'est pas suffisante pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou social, ou pour nécessiter une hospitalisation. S'il y a des caractéristiques psychotiques, l'épisode est, par définition, maniaque.
F. L'épisode n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

Tableau 5 : critères diagnostiques du DSM-5 pour un épisode de manie [63]

<p>A. Une période nettement délimitée d'au moins une semaine (ou n'importe quelle durée si une hospitalisation est nécessaire) d'humeur anormalement élevée, expansive ou irritable et d'augmentation anormale de l'activité ou de l'énergie dirigée vers un but, de façon persistante, la plus grande partie de la journée, presque tous les jours.</p>
<p>B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'énergie ou d'activité accrue, trois (ou plus) des symptômes suivants (quatre si l'humeur est seulement irritable) sont présents à un niveau significatif et représentent un changement notable par rapport au comportement habituel :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Estime de soi exagérée ou idées de grandeur.2. Besoin réduit de sommeil.3. Plus grande loquacité que d'habitude ou désir de parler constamment.4. Fuite des idées ou expérience subjective que les pensées s'emballent.5. Distractibilité rapportée ou observée.6. Augmentation de l'activité orientée vers un but (sociale, professionnelle, scolaire ou sexuelle) ou agitation psychomotrice (activité sans but).7. Engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables (par exemple, s'engager dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).
<p>C. La perturbation de l'humeur est suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement social ou professionnel ou pour nécessiter une hospitalisation (afin d'éviter de se nuire à soi-même ou aux autres), ou il y a présence de caractéristiques psychotiques (idées délirantes, hallucinations et trouble de la pensée formelle).</p>
<p>D. L'épisode n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.</p>

Tableau 6 : critères diagnostiques du DSM pour le trouble bipolaire [63]

Trouble bipolaire de type I :

- A. Les critères d'au moins un épisode de manie doivent être rencontrés.
- B. La survenue d'épisode(s) de manie et de dépression majeure n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble du spectre schizophrénique et un autre trouble psychotique.

Trouble bipolaire de type II :

- A. Les critères d'au moins un épisode d'hypomanie ET d'au moins un épisode de dépression majeure, actuels ou passés, sont rencontrés.
- B. Il n'y a jamais eu d'épisode de manie.
- C. La survenue des épisode(s) d'hypomanie et de dépression majeure n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble du spectre schizophrénique et un autre trouble psychotique.
- D. Les symptômes de dépression ou l'imprévisibilité causée par la fréquente alternance entre périodes de dépression et d'hypomanie provoquent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les domaines sociaux ou professionnels ou d'autres domaines importants.

Tableau 7 : critères diagnostiques du DSM-5 pour la catatonie [63]

A. Le tableau clinique est dominé par au moins trois des symptômes suivants :

1. Stupeur (absence d'activité psychomotrice).
2. Catalepsie (maintien contre la gravité de postures imposées par l'examineur).
3. Flexibilité cireuse (résistance légère et constante à la mobilisation passive).
4. Mutisme (absence ou quasi-absence de réponse verbale, exclure si secondaire à une aphasie connue).
5. Négativisme (opposition ou absence de réponse à des instructions ou à des stimuli extérieurs).
6. Prise de posture (maintien actif, contre la gravité, d'une posture adoptée spontanément).
7. Maniérisme.
8. Stéréotypie.
9. Agitation, non influencée par des stimuli externes.
10. Expression faciale grimaçante.
11. Écholalie.
12. Échopraxie (reproduction des mouvements d'un autre).

B. La catatonie est :

- Soit liée à un autre trouble mental (trouble du spectre schizophrénique, bipolaire ou dépressif).
- Soit un diagnostic associé en cas de trouble organique.

Tableau 8 : critères diagnostiques du DSM-5 pour la schizophrénie [63]

<p>A. Deux (ou plus) des symptômes suivants ont été présents une partie significative du temps pendant une période d'un mois. Au moins l'un d'entre eux doit être (1), (2) ou (3) :</p> <ol style="list-style-type: none">1. des idées délirantes2. des hallucinations3. un discours désorganisé4. un comportement excessivement désorganisé ou catatonique5. des symptômes négatifs (expression émotionnelle diminuée ou avolition).
<p>B. Pour une partie significative du temps depuis le début de la perturbation, le niveau de fonctionnement dans un ou plusieurs domaines importants, tels que le travail, les relations interpersonnelles, ou les soins personnels, est nettement en dessous du niveau atteint avant le début.</p>
<p>C. Des signes continus de la perturbation persistent pendant au moins six mois. Cette période de six mois doit inclure au moins un mois de symptômes qui remplissent le critère A (c'est-à-dire, les symptômes de la phase active) et peuvent inclure des périodes de symptômes prodromiques (avant-coureurs, précurseurs) ou résiduels. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes de la perturbation peuvent se manifester par des symptômes négatifs seulement ou par deux ou plus des symptômes énumérés dans le critère A présents dans une forme atténuée.</p>
<p>D. Le trouble schizo-affectif et le trouble dépressif ou bipolaire avec <i>caractéristiques psychotiques</i> (idées délirantes, hallucinations ou trouble de la pensée formelle) ont été écartés parce que soit 1) aucun épisode dépressif majeur ou maniaque n'a eu lieu en même temps que les symptômes de la phase active, ou 2) si des épisodes de trouble de l'humeur ont eu lieu pendant les symptômes d'une phase active, ils ont été présents pour une minorité de la durée totale des périodes actives et résiduelles de la maladie.</p>
<p>E. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre condition médicale.</p>
<p>F. S'il y a des antécédents de trouble du spectre de l'autisme ou d'un trouble de la communication apparu dans l'enfance, le diagnostic supplémentaire de schizophrénie est posé uniquement si des idées délirantes ou des hallucinations prononcées, en plus des autres symptômes requis de la schizophrénie, sont également présentes pendant au moins un mois (ou moins si traitées avec succès).</p>

Tableau 9 : critères diagnostiques DSM-5 du trouble schizo-affectif [63]

A. Période ininterrompue de maladie caractérisée par la présence simultanée, à un moment donné, soit d'un épisode dépressif majeur, soit d'un épisode maniaque, et de symptômes répondant au critère A de la Schizophrénie.
B. Des idées délirantes ou des hallucinations ont été présentes pendant au moins deux semaines, en l'absence de symptômes thymiques avérés (dépressif ou maniaque) sur l'ensemble de la durée de la maladie.
C. Les symptômes qui répondent aux critères d'un trouble majeur de l'humeur sont présents pendant une partie conséquente de la durée totale des périodes actives et résiduelles de la maladie.
D. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

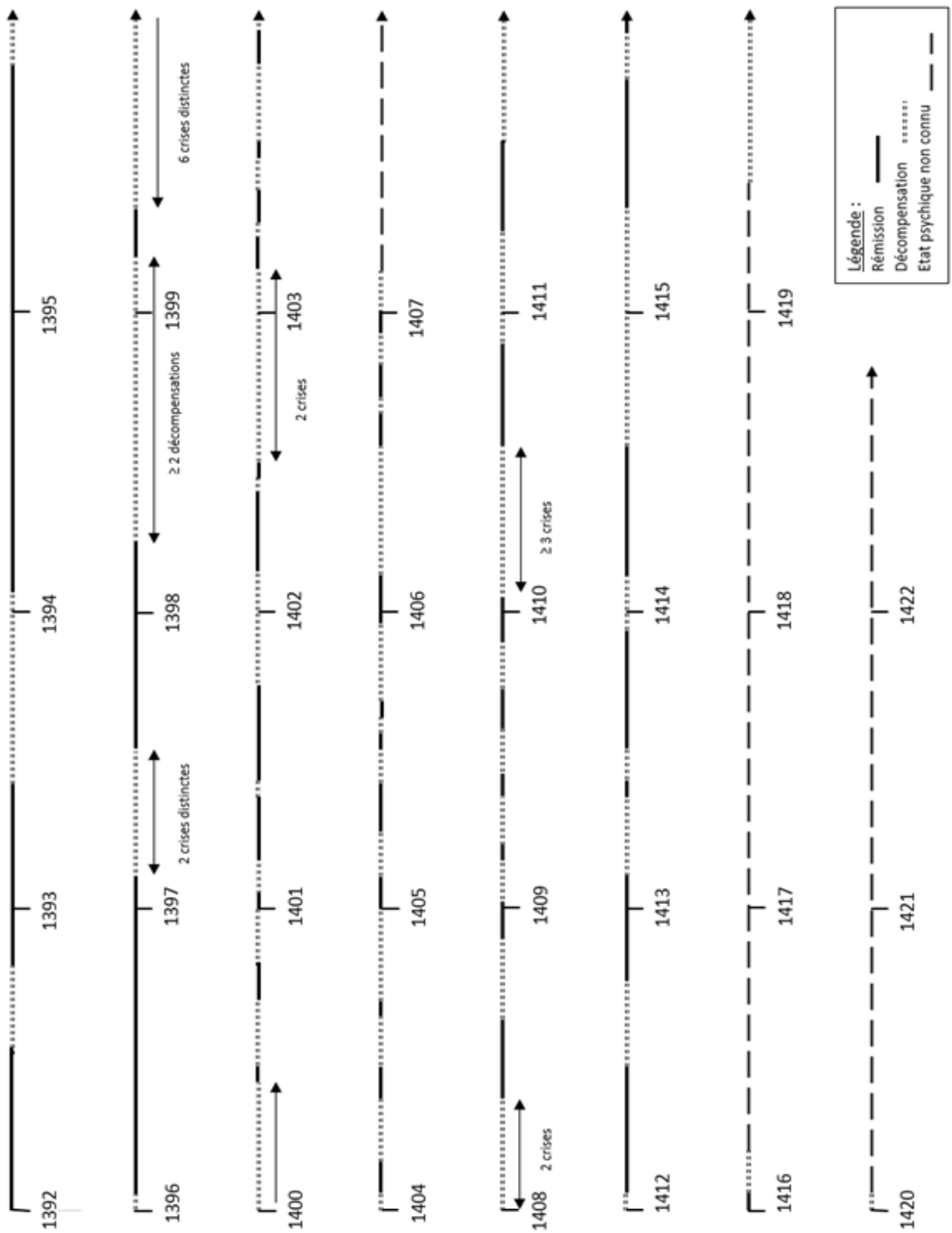


Figure 7 : Etat psychique de Charles VI de 1392 à son décès

Le serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Vu, le Président du Jury,
(tampon et signature)

Vu, le Directeur de Thèse,
(tampon et signature)

Vu, le Doyen de la Faculté,
(tampon et signature)

NOM : HAKIMI

PRENOM : SONIA

Titre de Thèse :

La folie du roi Charles VI : analyse clinique en faveur d'un trouble de l'humeur

RESUME

Le roi de France Charles VI a souffert de maladie mentale pendant trente ans. On lui prête fréquemment le diagnostic de schizophrénie, pourtant, si l'on se fonde exclusivement sur les chroniques de contemporains, un trouble bipolaire de type I semble mieux expliquer sa maladie. En effet, de nombreux critères vont en ce sens : une anamnèse familiale riche en pathologies de l'humeur, l'absence de symptôme prémorbide, le contenu clinique des décompensations (avec des symptômes thymiques présents pendant toute la durée de l'accès, et des critères psychotiques, congruents à l'humeur qui se manifestent à l'acmé de la crise), l'absence de symptôme résiduel au cours des rémissions, le maintien d'un capital cognitif efficient y compris au long cours, ainsi que le niveau d'insight élevé.

MOTS-CLES

CHARLES VI, ROI, FOLIE, TROUBLE DE L'HUMEUR, TROUBLE BIPOLAIRE, DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL, SCHIZOPHRENIE.