

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

INTERROGER LA VISÉE PÉDAGOGIQUE DES SÉRIES TÉLÉVISÉES SUR LA SANTÉ MENTALE AU
QUÉBEC : ANALYSE NARRATOLOGIQUE ET THÉMATIQUE D'*AU SECOURS DE BÉATRICE*

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAITRISE EN SOCIOLOGIE

PAR

CAROLANNE MAGNAN-ST-ONGE

AOÛT 2024

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.12-2023). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je rédige ces remerciements sur le quai de la Station de biologie des Laurentides qui m'a accueillie lors des derniers milles. Mener à bout ce projet a été un exercice d'humilité, de persévérance, de courage et de compassion. Le mémoire m'a confrontée à la difficulté d'assumer et de porter ses intuitions par et pour soi-même et d'embrasser l'incertitude, le risque et l'imperfection. Il en aura fallu du temps pour en arriver à aujourd'hui et je me souhaite de réussir à être fière du chemin parcouru et du résultat, malgré les « j'aurais aimé » et « j'aurais dû ».

J'aimerais d'abord remercier ma directrice de recherche, Stéphanie Pache, pour son aplomb, sa confiance en moi et pour les magnifiques opportunités de recherche qu'elle m'a généreusement octroyées durant ces quatre années. Outre ma direction, je remercie également les autres membres du comité d'évaluation de ce mémoire, Stéfany Boisvert et Mélissa Roy, pour leur lecture approfondie, sensible et critique.

Merci Étienne pour ta solidité, ta constance, ta candeur, ton profond optimisme et ton amour fort et simple. Merci pour ce quotidien rempli de fous rires, de scénarios délirants, de chants en chœur. Merci d'être là pour la suite. Notre suite qui ne sera pas rythmée par l'angoisse de mon mémoire. Tu as trimé dur pour me sortir de « ma lune », comme tu le dis souvent, pour me relever et me soutenir jusqu'au bout du processus, malgré tes propres défis et responsabilités. J'en serai toujours reconnaissante. Je t'en dois une pour le doctorat. J'ai hâte à la suite des choses !

Merci Vivi, ma sœur, ma meilleure amie et mon repère. On est parfaitement à l'aise et c'est réconfortant de savoir que, peu importe ce qui arrive, on pourra toujours se déposer ensemble.

Merci à mes amies Marie, Adé, Aïda, Ophé et Marianne, à mes ami.e.s sociologiques Alex et Natacha, à ma collègue sociologue, CRIDAQienne et maintenant amie Camille, et à tout.e.s les autres qui m'entourent si bien depuis tant d'années. J'ai hâte de vous retrouver dans ce nouveau chapitre post-maîtrise !

Je tiens à remercier mes parents, Michel et Sylvie. Je suis privilégiée d'avoir grandi entourée de deux chercheur.e.s passionné.e.s qui m'ont donné le goût de la recherche, de l'écriture et de l'enseignement, qui ont accepté mes errances académiques, qui ont compris et calmé mes doutes et incertitudes et qui ont veillé à ce que l'argent ne soit jamais un obstacle à la poursuite de mes études.

Je remercie également le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH), la Faculté des sciences humaines de l'UQAM et la Caisse Desjardins du Plateau-Mont-Royal pour leur soutien financier.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	i
LISTE DES TABLEAUX.....	v
RÉSUMÉ	vi
ABSTRACT	viii
INTRODUCTION	1
« Toutes les séries parlent de santé mentale » : défis méthodologiques.....	3
Choix du matériau de recherche.....	5
Méthodologie retenue	11
Note épistémologique.....	14
Structure du mémoire.....	16
CHAPITRE 1 PROBLÉMATISER LES REPRÉSENTATIONS FICTIVES DE LA « SANTÉ MENTALE »	17
1.1 Contextualisation des définitions et modes de gestion de la « folie » au Québec.....	17
1.1.1 Période asilaire : prise en charge religieuse des « aliénés » (1880 - 1920)	18
1.1.2 L'hôpital psychiatrique : « médicalisation » de la maladie mentale (1918 – 1950)	18
1.1.3 L'âge d'or de la psychiatrie moderne (1945-1960)	19
1.1.4 De l'hôpital psychiatrique aux politiques de « désinstitutionalisation » (1960-1970) ..	20
1.1.5 De la psychiatrie à la « santé mentale » (1980-2000)	21
1.2 Élaborations sociologiques de l'objet « santé mentale ».....	28
1.2.1 La « santé » : une « notion », une « production » et une « construction sociale »	28
1.2.2 « Santé mentale » et normativité sociale	28
1.2.3 « Santé mentale » et rapports de pouvoir.....	34
1.3 « Santé mentale » et représentations culturelles et médiatiques.....	37
1.3.1 Approche « anti-stigmatisation » : perspective scientifique dominante.....	37
1.3.2 Critiques de l'approche « anti-stigmatisation »	40
1.4 Pallier l'évaluation du « réalisme » et de l'« exactitude » : approche des cultural studies..	45
1.4.1 Critique des « représentations-reflets » et déconstruction du « réalisme ».....	45
1.4.2 Alternative au « réalisme » : analyse des « rapports sociaux médiatisés ».....	47
1.5 Articuler femmes, féminismes, « folie » et fiction.....	48
1.6 Questions de recherche	53

CHAPITRE 2 UNIVERS NARRATIF DE LA SANTÉ MENTALE DANS AU SECOURS DE BÉATRICE	55
2.1 Écosystème d’Au secours de Béatrice : lieux, personnages et relations	56
2.2 Choix narratifs: variation entre récit principal et récit existentiel de Béatrice.....	57
2.3 Mise en scène de la psychothérapie : stratégie narrative du petit écran.....	58
2.4 Choix narratifs et construction des personnages « malades » : asymétrie narrative	59
2.4.1 Politiques formelles du récit de la « folie »: les études littéraires sur le handicap	60
2.4.2 Béatrice, sujet d’un mal-être complexe qui est le moteur de l’histoire	64
2.3.3 Personnages secondaires « malades »: aides à la narration périphériques.....	67
2.4 Conclusion : représenter la « folie », entre outil de sensibilisation et stratégie narrative ..	96
CHAPITRE 3 UNIVERS THÉMATIQUE DE LA SANTÉ MENTALE DANS AU SECOURS DE BÉATRICE... ..	98
3.1 Champs sémantiques et foyers de production de la « folie ».....	98
3.1.1 « Souffrance », « maladie » et diagnostic : catégories en circulation	99
3.1.2 Le « mal de vivre » : centralité du mal-être non-médical du sujet autonome	105
3.2 « Ce n’était pas comme aujourd’hui » : historiographie progressiste de la psychiatrie	108
3.3 Hypothèses étiologiques: psychodynamique versus neurobiologie	112
3.3.1 « Mal de vivre », poids du secret et quête d’une vérité enfouie : points focaux.....	115
3.3.2 Neurobiologie, hérédité et génétique : critique et exclusion	118
3.3.3 Annihilation symbolique : silence sur l’origine des pathologies psychiatriques.....	121
3.4 Mécanismes de légitimation des thérapeutes : psychologie, médecine et travail social ..	122
3.4.1 Un processus actif de légitimation de l’autorité du psychologue.....	122
3.4.2 Entre médicalisation et démedicalisation de la « folie ».....	129
3.4.3 Légitimation du travail social : cas graves, marginaux ou dangereux.....	131
3.4.4 Critique du développement personnel et affirmation de l’expertise institutionnelle	133
3.5 « Aller mieux »: un aboutissement post-féministe.....	136
3.6 Conclusion de l’analyse thématique	140
CONCLUSION	142
BIBLIOGRAPHIE	146

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 2.1 Principaux lieux de la série mentionnés dans l'analyse.....	56
Tableau 2.2 Personnages principaux et secondaires de la série mentionnés dans l'analyse.....	56

RÉSUMÉ

Un engouement pour la multiplication de séries télévisées à grand public qui offrent un portrait soi-disant réaliste, exact et positif de l'univers de la « santé mentale » et des « problèmes de santé mentale » est au cœur du paysage médiatique québécois des dernières années. De fait, plusieurs fictions télévisées récentes ont une visée explicite de sensibilisation à ces questions et sont reçues comme telles par le public et la critique. Au-delà de l'intention louable de lutte contre la stigmatisation, ces discours semblent reproduire l'idée qu'il y a une « vérité » sur la santé mentale et les problèmes de santé mentale, ainsi qu'une façon neutre et objective de les mettre en scène et d'évaluer sa représentation. Ce mémoire tente d'éclairer une tension entre, d'une part, la visée d'exactitude et de réalisme des séries télévisées et le caractère historique, politique, normatif et idéologique de la notion de santé mentale et, d'autre part, entre la forme de la fiction et la visée pédagogique ou didactique de sensibilisation. Il s'intéresse donc à la construction des représentations de la « santé mentale » et de la « maladie mentale » dans les séries télévisées québécoises à grand public récentes. Plus concrètement, il procède à une analyse narratologique et thématique du récit d'*Au secours de Béatrice* (Tougas, 2014-2018), une émission ayant un objectif pédagogique explicite, de grandes cotes d'écoute et reçu un excellent accueil de la critique. En premier lieu, il problématise la notion naturalisée de « représentation de la santé mentale ». Pour ce faire, il mobilise plusieurs travaux en histoire, sociologie et anthropologie critique de la santé qui situent la notion de « santé mentale ». Ces études l'inscrivent au sein de l'histoire conflictuelle des définitions sociales, des modes d'intervention et des modes de production de savoirs scientifiques de la « folie » au Québec, mettant en lumière son rapport avec la normativité sociale et les rapports de pouvoir. Ce mémoire fait également appel aux études critiques des médias et aux *Cultural studies* sur les images de la « folie » afin de développer une conception socioconstructiviste des représentations de la santé mentale. En deuxième lieu, il procède à une analyse formelle du récit de la série télévisée en mobilisant les outils narratologiques de Gérard Genette (1982) et les études littéraires et culturelles sur le handicap qui s'intéressent aux fonctions de la « folie » et des personnages « fous » ou « folles » dans les œuvres de fiction. En dernier lieu, il fait une analyse thématique de la série télévisée, afin de dégager les

principaux points d'appui théoriques, idéologiques et normatifs des représentations de la santé mentale.

Mots-clés : séries télévisées, représentation, récit, télévision, santé mentale, problème de santé mentale, folie, Québec, santé publique, sociologie, communication

ABSTRACT

At the heart of the Quebec media landscape in recent years has been a craze for mass-market TV series that offer a supposedly realistic, accurate and positive portrait of the world of "mental health" and "mental health problems". In fact, a number of recent TV dramas explicitly aim to raise awareness of these issues and have been received as such by audiences and critics alike. Beyond the laudable intention of combating stigmatization, these discourses seem to reproduce the idea that there is a "truth" about mental health and mental health problems, a neutral way of portraying it and an objective way of judging and evaluating its representation. This thesis attempts to shed light on the tension between, on the one hand, the aim of accuracy and realism in TV series and the historical, political, normative and ideological nature of the notion of mental health, and, on the other, between the genre of fiction and the pedagogical or didactic aim of raising awareness. It is therefore interested in the construction of so-called realistic representations of "mental health" and "mental illness" in mass-audience Quebec television series. More concretely, it conducts a narratological and thematic analysis of the narrative of *Au secours de Béatrice* (2014-2018), a program with an explicit pedagogical objective, high ratings and excellent critical reception. First, it problematizes the naturalized notion of "mental health representation". To do so, it draws on several works in the history, sociology and critical anthropology of health, which situate the notion of "mental health" within the conflicting history of social definitions, modes of intervention and modes of production of scientific knowledge of "madness" in Quebec, highlighting its relationship with social normativity and power relations. It also draws on critical media studies and cultural studies on images of "madness", and more broadly on the notion of "representation", to develop a socioconstructivist conception of representations of mental health. Secondly, it conducts a formal analysis of the TV series' narrative, mobilizing the narratological tools of Gérard Genette (1982) and literary and cultural studies on disability, which focus on the functions of "madness" and "mad" characters in works of fiction. Lastly, it provides a thematic analysis of the TV series, to identify the main theoretical, ideological and normative underpinnings of representations of mental health.

Keywords: TV series, representation, television, mental health, mental illness, madness, Quebec, public health, sociology, communication

INTRODUCTION

Ce mémoire s'intéresse aux conventions narratives et thématiques de l'univers de la santé mentale dans les séries télévisées québécoises qui ont une visée pédagogique, c'est-à-dire qui cherchent à véhiculer des représentations dites adéquates, exactes ou réalistes des enjeux liés à la « santé mentale » et aux « problèmes de santé mentale ». Il tente d'éclairer un point de tension qui se situe entre cette visée et cette réception d'exactitude, de vraisemblance ou de réalisme et le caractère à la fois historique, culturel et politique de la santé mentale et de ses représentations au sein d'œuvres de fiction.

Mon intérêt pour ce projet de recherche est né d'un premier constat général : un discours médiatique québécois célèbre le fait que plusieurs séries télévisées récentes représenteraient mieux qu'avant l'univers de la « santé mentale ». De fait, en me fiant à une première revue de la programmation télévisuelle québécoise des dix dernières années, plusieurs séries de fiction ont non seulement la santé (et maladie) mentale pour thématique principale, mais adoptent une visée explicite de promotion de la santé mentale et de lutte contre la stigmatisation des problèmes de santé mentale (si l'on se fie aux propos de leurs créateur.rice.s dans les médias). Je pense notamment à *Lâcher prise*, *Au secours de Béatrice*, *Sortez-moi de moi* ou *Mon fils*. De plus, en portant une attention à la réception culturelle, ces mêmes séries aideraient à « démystifier » la « santé mentale » (Lemieux, 2020) et ce, en brisant notamment plusieurs « tabous » et « préjugés » qui entourent la consultation d'un.e psychologue et l'entreprise d'une thérapie (Roy, 2018 ; Therrien, 2018). À l'appui, des psychothérapeutes se prononcent sur la « vraisemblance » des représentations de leurs homologues fictifs au petit écran et de l'expérience d'un « trouble de santé mentale » ou participent à la démarche d'écriture, de réalisation et de production des émissions (Guy, 2015). Cette mise en scène dite exacte permettrait, selon certains journalistes, de « déstigmatiser » la « maladie mentale » et inciterait donc les téléspectateurs et téléspectatrices à « aller chercher de l'aide » auprès d'un.e thérapeute (Roy, 2018). Ces discours souscrivent à la croyance selon laquelle le stigma lié aux maladies mentales dérive de stéréotypes « erronés » que

véhiculent historiquement les médias, notamment les séries télévisées, et qu'il peut être réduit, voire éliminé, en présentant une image objective à leur propos. Les représentations « réalistes », « positives » et « exactes » seraient donc celles qui ne déforment pas la « réalité » des enjeux liés à la « santé mentale ». Cela étant, sans remettre en question l'importance de la lutte contre la stigmatisation des maladies mentales, j'interroge les impensés ou les angles morts de la célébration univoque de ces « nouvelles » représentations. En outre, aux premiers abords, ces discours semblent reproduire l'idée qu'il y ait une vérité sur les maladies mentales et la santé mentale, une façon objective, réelle, naturelle et neutre de les mettre en scène et qu'il y aurait un corps professionnel qui serait habilitée à en juger. Or, à la lumière des élaborations sociologiques, anthropologiques et féministes, la « santé (mentale) », n'est pas un fait de nature, mais une idéologie et une catégorie normative, un champ de professionnalisation et un domaine de production de connaissances qui sont traversés par des rapports de pouvoir (Pache, 2018). Par le fait même, comme le théorisent plusieurs auteur.rice.s en études des médias et en *Cultural Studies*, les représentations ne sont pas le « reflet » d'une réalité, mais des constructions qui participent à la reproduction, à la négociation ou à la reconfiguration de rapports sociaux en fonction de leur mode d'énonciation (Macé, 2001, 2000 ; Boisvert, 2017b). Les séries télévisées sont donc performatives, au sens où elles façonnent la perception et participent à la construction de ce qu'elles affirment « décrire », ici la santé et la maladie mentale. J'argue donc que les séries télévisées, par leur forme et leur contenu, participent à la normalisation et à l'exclusion de définitions de la « santé » et de la « maladie », de corps et sujets « fous », « malades » ou « souffrants » (et inversement de certains corps et sujets « sains » ou ayant une « bonne » « santé mentale ») ainsi que de conceptions de la gestion individuelle et collective de la santé et de la maladie. Ce mémoire problématise les rhétoriques de réduction de la stigmatisation des maladies mentales et de prévention/promotion/pro-action en matière de santé mentale. Pour ce faire, il analyse la construction formelle et thématique de l'univers de la santé et de la maladie mentale dans les séries télévisées québécoises à grand public récentes ayant une visée pédagogique et empathique.

« Toutes les séries parlent de santé mentale » : défis méthodologiques

Afin de circonscrire le matériau de recherche, j'ai effectué un survol des discours et représentations de la santé mentale au sein d'un corpus plus élargi de séries télévisées, ainsi que des articles de journaux et entrevues médiatiques en lien, pour établir un « palmarès » des thématiques qui sont traitées dans les récits et la réception du public (Macé, 2006). J'ai constaté que plusieurs séries télévisées québécoises contemporaines mettent en scène des situations et des personnages qui peuvent être, de près ou de loin, interprétés par leur public comme faisant partie de ce qui est communément perçu comme appartenant à l'univers de la « santé mentale ». Par exemple, lorsque je discutais de l'élaboration de mon projet de recherche avec mon entourage, certaines personnes m'ont suggéré d'analyser des séries qui, à leurs yeux, représentaient des personnages qui ont une « maladie mentale », un « problème de santé mentale » ou plus largement des enjeux de « santé mentale ». Un ami m'a mentionné qu'il avait tout de suite pensé à mon projet lorsqu'il a visionné la série québécoise *M'entends-tu ?* (Longpré, 2018-2021) et m'a vivement conseillé de l'inclure dans mon corpus d'analyse. Selon ses termes, l'émission met en scène un personnage, Ada, avec un « trouble d'opposition », un « trouble d'attachement » et un « trouble de la personnalité limite ». Or, curieusement, j'ai réalisé après l'avoir moi-même visionnée que le récit présentait les épreuves des trois personnages principaux, Carolanne, Fabiola et Ada, mais ne nommait en aucun cas des diagnostics psychiatriques, ni même les termes « santé mentale », « problèmes de santé mentale » ou « trouble de santé mentale ». De plus, après avoir écouté et lu les entretiens avec la créatrice de l'émission, Florence Longpré, j'ai noté qu'elle ne faisait jamais mention d'une volonté de traiter de la santé (ou maladie) mentale et qu'elle n'employait pas ce vocabulaire pour présenter les trois héroïnes de son récit. Une collègue, lorsque je lui ai expliqué que j'analyserai les discours sur la santé mentale dans les séries télévisées québécoises, s'est exclamée : « Mais c'est beaucoup trop large comme sujet! Toutes les séries parlent de santé mentale! Comment vas-tu sélectionner tes émissions? ». Ce propos témoigne à mon sens d'une conception élargie de l'objet « santé mentale » au sein de la population. En effet, la compréhension usuelle de la « santé mentale » ratisse large : elle englobe toute représentation de la souffrance, d'épreuves, de difficultés, d'émotions dites négatives (tristesse, colère, etc.) ou de comportements perçus comme hors-normes, marginaux ou étranges.

Compte tenu de l'étendue de la santé mentale dans le sens commun, il m'est avéré crucial de distinguer à la fois les intentions des scénaristes des séries télévisées, la forme et le contenu des récits et l'interprétation du public et de la critique (et également mon interprétation de chercheur.e). À ce sujet, certains travaux en sociologie critique de la santé mentale (Busfield, 2011) et en études des représentations de la « folie » et du handicap au théâtre, cinéma ou dans les séries télévisées (Sandahl, 2018; Donaldson, 2005; Beirne, 2019) mettent en garde contre les risques, en tant que public ou chercheur.e, de porter un jugement diagnostique sur les personnes ou les personnages de fiction. La sociologue Joan Busfield (2011) soutient qu'il importe pour les chercheur.e.s de définir le « terrain conceptuel » [traduction libre] de la santé et maladie mentale, ainsi que de choisir des termes dont on connaît la signification. L'enjeu : ne pas transformer, par exemple, une représentation d'un.e personnage qui vit des émotions et des situations souffrantes ou qui a des comportements dérangeants en quelqu'un.e qui a des « troubles de santé mentale » (15). Au sujet de cette politique du regard, la chercheure en études critiques du handicap Elizabeth Donaldson (2005) introduit la notion de « regard psychiatrique », qu'elle définit comme « un regard largement structuré par les concepts de la psychiatrie et de la psychologie clinique, mais non exclusif aux professionnels de la santé mentale » [traduction libre]. Ce concept souligne la participation des créateur.rice.s et des spectateur.trice.s à la vision diagnostique portée sur un.e personnage de fiction (32). Carrie Sandahl (2018), également chercheure en études critiques du handicap, définit le concept d'« énigme représentationnelle » [traduction libre] pour articuler les défis uniques et complexes que pose l'analyse critique des représentations du handicap dans les œuvres culturelles (130-1). Elle invite notamment les chercheur.e.s à dépasser l'identification et le jugement de l'authenticité diagnostique d'un.e personnage et l'évaluation de la concordance ou de la non-concordance des représentations fictives avec la situation des personnes dites réelles (133). De fait, Sandahl explique que les publics offrent souvent leurs propres hypothèses, en particulier lorsqu'ils ou elles perçoivent un.e personnage de fiction comme ayant un diagnostic et ce, même si l'auteur.trice ne mentionne jamais de diagnostic ou n'avait pas l'intention d'en faire une représentation (139). Ce faisant, une fois que le public établit un diagnostic, il compare souvent les symptômes du/de la personnage à une soi-disant « vérité » médicale, psychiatrique ou psychologique et statue sur la vraisemblance ou l'invraisemblance de la représentation (139). La

chercheure conclut son texte en racontant l'anecdote d'étudiant.e.s de son cours qui offrent des hypothèses diagnostiques au sujet du personnage de Nina dans le film *Black Swan* (Aronofsky, 2010):

Le film ne mentionne jamais de diagnostic, mais les étudiants, qui sont peut-être représentatifs de notre public général, se sentent néanmoins qualifiés pour la diagnostiquer comme « schizophrène » ou « bipolaire » avec un degré de certitude étonnant. Ils écrivent sur Nina comme s'il s'agissait d'une personne réelle, suggérant que "si seulement elle avait reçu de l'aide", les stéréotypes du film sur la maladie mentale pourraient être corrigés. Ils dénoncent la mauvaise représentation des personnes qui sont étiquetées avec ces diagnostics. (Sandahl, 2018 : 143) [traduction libre]

L'exemple ci-dessus illustre l'importance de tenir compte du genre fictionnel de l'œuvre, de prendre au sérieux les intentions des auteur.trice.s et des scénaristes, de faire une lecture attentive du récit, ainsi que de faire preuve de vigilance afin de ne pas interpréter les représentations avec des savoirs issus des disciplines psychiatriques, médicaux ou psychologiques.

Ainsi, tout en reconnaissant le rôle historique des médias de divertissement et des œuvres culturelles dans la (re)production de discours qui stigmatisent les personnes qui ont une maladie mentale grave et persistante, l'objectif de ce projet de recherche n'est pas de répondre à des questions sur la façon dont les enjeux de santé mentale devraient être étiquetés ou catégorisés, ni de porter un jugement diagnostique sur les personnages ou narrateurs et narratrices des récits. Pour s'en assurer, j'ai décidé d'interroger les représentations médiatiques grand public qui ont une visée explicite de sensibilisation aux enjeux de « santé mentale » et qui ont été reçues comme telles par le public et la critique.

Choix du matériau de recherche

À la lumière de ces réflexions, le matériau que j'ai choisi de soumettre à l'analyse est la série télévisée québécoise *Au secours de Béatrice* (ASB), créée par Francine Tougas, réalisée par Alexis Durand-Brault et produite par Sophie Lorain et Marleen Beaulieu (2014-2018). La raison qui justifie le choix de cette série de fiction est simple : l'œuvre focalise explicitement sur la sensibilisation aux enjeux de santé mentale et a été reçue comme telle par le public et la critique. La série s'avère donc être un cas représentatif ou typique du phénomène médiatique observé précédemment, soit

la multiplication de séries télévisées qui ont l'intention pédagogique de traiter de manière dite plus réaliste, adéquate et sensible de la « santé mentale » et de la « maladie mentale ». En effet, le synopsis, le site web officiel, les intentions de la scénariste, de la production et de la réalisation, ainsi qu'une part de la réception culturelle mettent de l'avant l'idée que la pédagogie de la « santé mentale » est une orientation thématique et narrative centrale de cette œuvre de fiction.

Cette série s'inspire du roman *Les mardis de Béatrice* de Francine Tougas et a été diffusée sur les ondes de TVA, chaîne publique généraliste francophone, de 2014 à 2018. Elle s'échelonne sur quatre saisons et totalise donc 88 épisodes. Elle a bénéficié d'une très grande popularité auprès de la population québécoise : les cotes d'écoute par épisode dépassent un million de téléspectateur.trice.s chaque semaine et elle est récipiendaire de trois prix Gémeaux (2015, 2016, 2017) du meilleur texte de série dramatique. L'histoire se centre autour d'un personnage-pivot : Béatrice Clément, une femme médecin urgentologue d'une quarantaine d'années et co-directrice de l'urgence d'un hôpital. Elle souffre de mystérieux problèmes digestifs et se résigne à aller consulter un psychologue, Monsieur P, pour trouver la raison de ses malaises. L'ensemble du récit est rythmé par les entretiens hebdomadaires entre Béatrice et Monsieur P. Au cours des épisodes, dans le bureau de Monsieur P, sa vie personnelle et professionnelle se mêle à celle des patient.e.s de l'urgence de l'hôpital. En effet, par le prisme de ses échanges avec son psychologue, la série met en scène la vie à l'urgence de l'hôpital Saint-Hyppolite (collègues de travail, patient.e.s) et la vie personnelle de l'entourage de Béatrice (les membres de la famille Clément, les ami.e.s de Béatrice, les voisin.e.s d'immeuble, etc.).

Un survol du contexte de production et de réception de la série *Au secours de Béatrice* éclaire les intentions pédagogiques et empathiques de ses créateur.rice.s ainsi que l'appréciation du public. L'autrice Francine Tougas, la productrice Sophie Lorain et le réalisateur Alexis Durand Brault affirment ouvertement que l'une des orientations thématiques centrales de l'émission est la « santé mentale » et que l'un de leurs objectifs est la sensibilisation du public québécois aux enjeux liés à la santé, la maladie mentale et la psychothérapie. La productrice et comédienne Sophie

Lorain, qui fait un retour sur la démarche de création d'ASB à l'émission « Culture Club » de la radio de Radio-Canada le 8 mai 2021, explique :

Quand j'ai fait *Au secours de Béatrice*, d'abord et avant tout ce qui m'a interpellée c'était ce que Francine Tougas avait écrit. C'était son roman *Les mardis de Béatrice*. Et je trouvais ça intéressant et on cherchait à le transposer dans un univers qui pourrait être télévisuel. Et c'est là que j'ai pensé à l'univers médical, parce qu'on avait lu Francine et moi que, à l'époque, les médecins prenaient un temps inouï quand ils étaient atteints d'un problème de santé mentale avant de consulter. Je me suis dit que ça allait être *le fun* d'exploiter ça et je me suis dit aussi : jusqu'à quel point on ose en parler de tout ça? (Lorain, 2021)

Comme Sophie Lorain, concernant l'observation d'un certain silence autour des « problèmes de santé mentale », le réalisateur Alexis Durand Brault ajoute :

Les problèmes de santé mentale, on a beau dire, mais... On en parle *fuck all*, dans le fond. On est aux premiers balbutiements. Tout le monde se fait *checker* pour la prostate ou dépister le cancer du sein. Mais le cerveau? Ça, non, ce n'est pas grave! On n'y va pas trop. Ça n'a aucun sens; c'est la partie de notre corps la plus complexe! Je m'en suis rendu compte avec l'émission. Les gens qui sont au pouvoir, qui m'ont parlé, m'ont dit à quel point on est à des millénaires, encore, d'être un petit peu plus évolués, là-dessus, que ça ne soit plus un gros tabou... (Roy, 2019)

Sophie Lorain et Alexis Durand-Brault mettent en exergue le caractère informatif et pédagogique de la série télévisée, qui traiterait d'enjeux peu connus et étudiés, voire tabous, actuellement au sein de la société québécoise. La Béatrice du roman de Francine Tougas n'était pas une urgentologue, mais une femme qui travaillait dans une agence de publicité du Plateau Mont-Royal. Pourquoi ce changement à l'histoire? Sophie Lorain explique que « les médecins sont souvent les derniers à accepter une aide psychologique. » La série fait donc « un détour pour nous montrer à quel point on peut être un cordonnier mal chaussé. » (Siag, 2014).

Selon les dires de ses créateur.rice.s, l'un des effets de la série de fiction est d'avoir fait « œuvre utile » auprès de son public (Roy, 2018). En outre, iels affirment que les téléspectateur.trice.s s'identifient et s'attachent au cheminement du personnage de Béatrice, participant d'un même coup à faire connaître la psychothérapie et donc à réduire les réticences à son endroit. À ce sujet, Sophie Lorain ajoute :

Ce qu'on n'avait pas prévu, ce qu'on avait vraiment sous-estimé, c'est l'impact que la thérapie allait avoir sur les gens. Ça été notre plus grande surprise. Ça reste encore tabou; il y a beaucoup de préjugés, beaucoup de tabous face à la thérapie. Et le fait qu'un médecin, qui ait résisté si longtemps, décide d'y aller, en désespoir de cause, en chignant et en grugeant son os, en étant de mauvaise foi tout du long, a, je pense, amené les gens à se dire : « Si, elle, elle passe au travers, je pense que je devrais aussi être capable ». Je pense qu'ils se sont rendus compte que ce n'était pas si épouvantable que ça, que c'était à la portée de tous et chacun et que, à travers ça, ils pouvaient projeter leur propre mal-être, leurs propres *bibittes*. Ils découvriraient qu'ils avaient un chemin à faire, et que des solutions existaient. Je pense que tout le monde a du mal-être en soi... (Roy, 2018)

Sophie Lorain soutient donc que la série a une portée universelle et qu'elle a eue des répercussions sur son public, à travers l'exemple de la situation de Béatrice.

En plus des épisodes hebdomadaires, le phénomène *Au secours de Béatrice* se compose également de « contenus numériques convergents » ou de « paratextes » disponibles sur le site web officiel de l'émission¹ ou sa page Facebook (Boisvert, 2017a). Dans une conférence intitulée « Les paratextes ont-ils un genre? », la spécialiste des études des médias Stéfany Boisvert, qui est par ailleurs la seule chercheuse à avoir étudié *Au secours de Béatrice*, suggère que les « contenus numériques convergents » d'une série télévisée ne sont pas « neutres » et ne servent pas seulement à des fins de promotion : ils témoignent de la volonté de valoriser certains modes de lecture ou expériences spectatorielles (Boisvert, 2017a). Boisvert affirme que les orientations stratégiques et créatives qui guident la création du contenu en ligne d'*Au secours de Béatrice* exploitent, en premier lieu, une « approche informative-pédagogique ». Cette approche met en relation la « réalité » et la « fiction » dans un objectif d'instruction et d'éducation et présente des données factuelles telles que des statistiques, des études scientifiques ou des ressources d'aide afin que l'internaute puisse s'instruire sur une thématique de la série (Boisvert, 2017a, 5m45 à 6m15). En deuxième lieu, le contenu en ligne mobilise aussi l'« approche identificatoire-affective ». Cette dernière met l'accent sur les émotions, les attitudes, l'expression identitaire et le vécu subjectif afin que l'internaute et le/la téléspectateur.rice développe une forme de réflexivité

¹Le site web officiel de la série n'est malheureusement plus disponible en date du 9 août 2023. Je me fie donc à mon souvenir du site, ainsi qu'aux réflexions de la chercheuse en études des médias Stéfany Boisvert (2017a) sur le sujet.

émotive, d'empathie ou de care par rapport aux personnages fictifs, ainsi qu'un sentiment d'appartenance à l'univers de la série (Boisvert, 2017a, 9m20 à 10m20). À l'appui, d'un côté, Boisvert explique que plusieurs paratextes encourageaient l'identification compassionnelle du public avec les personnages de l'émission ou avec des personnes « réelles » qui vivent des situations similaires. Le site web proposait notamment une websérie fictionnelle, *Retrouvez Arnaud*, qui focalise sur l'expérience du deuil vécue par Arnaud, l'un des personnages secondaires (Boisvert, 2017a, 10min35 à 10m55). De plus, le site présentait les pages « Découvrez Béatrice » qui offraient, sous la forme d'un « faux blog », une incursion dans l'intimité de Béatrice, le personnage principal de la série, à travers la diffusion de photos, citations, notes manuscrites et vidéos de patient.e.s de l'hôpital qui l'avaient marquée. Ces pages invitaient également les internautes à réagir aux matériaux diffusés sur la plateforme en leur posant des questions personnelles (par exemple : « êtes-vous d'accord avec le point de vue de cette patiente? ») (Boisvert, 2017a, 11min à 11min30). D'un autre côté, Boisvert affirme que la websérie *Retrouvez Arnaud*, qu'elle qualifie de « guide d'apprentissage aux relations d'aide », adopte un ton pédagogique, didactique et normatif au sujet des relations interpersonnelles. Elle remarque également que le site web présentait des capsules documentaires sur la vie de personnes qui vivent avec des troubles anxieux, « Accepter l'anxiété » (Boisvert, 2017a, 14min30 à 15min20) (*Au secours de Béatrice*, 28 janvier 2016). À ce sujet, dans une courte vidéo promotionnelle, le personnage de Béatrice se trouve à l'hôpital, vêtue de son habit d'urgentologue avec en arrière-fond la musique du générique de l'émission et interpelle les téléspectateur.trice.s en regardant directement la caméra. Elle dit :

Vous avez été très nombreux à nous écrire que la série *Au secours de Béatrice* vous avait aidée à mieux comprendre les troubles anxieux. Afin d'en savoir davantage sur le sujet, visitez notre site web chaque semaine et venez rencontrer des personnes inspirantes qui ont appris à vivre avec leur trouble. (*Au secours de Béatrice*, 16 septembre 2015)

La frontière entre la fiction et la « réalité » se brouille ici : Béatrice, interprétée par Sophie Laurin qui est aussi productrice de l'émission, est à la fois ancrée dans son personnage et son univers et dans une posture de productrice et de comédienne de l'émission. Cette mise en scène reflète

l'orientation instructive et pédagogique du personnage de Béatrice, ainsi que de l'ensemble de la fiction, tout en permettant au public de se sentir partie intégrante du récit et des thématiques abordées par l'émission. Enfin, Boisvert montre que le site web fournissait une liste de ressources d'aide en santé mentale pour les internautes. Ainsi, Stéfany Boisvert (2017a) mobilise l'expression « pédagogie du *care* », qui permet l'amalgame entre la dimension pédagogique et affective du site web, pour illustrer l'idée que la série *ASB* et ses paratextes ont une visée pédagogique sur les enjeux liés à la santé mentale qui se centre sur la communication de vécus subjectifs et l'affirmation identitaire. Cette caractéristique permet l'identification et l'attachement du public au dispositif, aux personnages et aux thématiques de l'émission.

Au secours de Béatrice, si l'on se fie aux articles de quotidiens publiés entre 2014 et 2018, a été reçue par une branche importante du public comme une émission « de qualité » (Baillargeon, 2014) qui aborde de façon « sensible », « intelligente » et « raffinée » le sujet de la santé mentale, de la maladie mentale et de la psychothérapie (Dumas, 14 mars 2018). Les critiques culturelles félicitent *Au secours de Béatrice* d'avoir traité « directement » du thème de la « santé mentale » à l'écran, d'avoir permis de « découvrir » et d'« apprivoiser » le cabinet d'une psychologue, d'éliminer les « tabous autour de la thérapie », et de « démystifier le rôle du psychologue dans notre société » (Roy, 2018). De plus, elles mettent de l'avant ses mises en scène dites adéquates de l'univers de la santé mentale et reconnaissent l'« acuité » et la « crédibilité » de l'écriture (Dumas, 2015). L'ancienne présidente de l'Ordre des psychologues du Québec, Rose-Marie Charest, interviewée pour commenter la représentation de son homologue fictif Monsieur P, se prononce au sujet de sa vraisemblance et dit :

Il pose de vraies questions, comme celle de vouloir quitter la thérapie, quand lui-même vit un problème éthique. C'est très intelligent et très sensible. On voit le processus, ce n'est pas juste une séance de temps en temps, on voit Béatrice se transformer dans tout ça. Elle est plus en contact avec elle-même, plus libre de ses émotions. Voir se déployer quelque chose qui était là, mais éteint, c'est ce qu'on voit de beau en thérapie. (Guy, 2015)

La mobilisation de praticien.ne.s ou de clinicien.ne.s par les journalistes témoigne de l'attente populaire envers la dite exactitude, réalisme et qualité de la série télévisée.

En somme, ce survol des discours des créateur.rice.s, du public et de Stéfany Boisvert (2017a) montre qu'*Au secours de Béatrice* est une série télévisée de fiction qui adopte une logique pédagogique et empathique pour offrir un portrait dit réaliste et exact de l'univers de la santé mentale.

Méthodologie retenue

Ma méthode consiste en une analyse narratologique et thématique des récits dits réalistes ou exacts des séries télévisées qui ont pour thématique centrale l'univers de la santé mentale, à travers l'étude de cas simple d'*Au secours de Béatrice*.

Bien sûr, plusieurs séries télévisées récentes, au Québec et ailleurs, ont comme thématique centrale l'univers de la santé mentale et de la maladie mentale. La série *Au secours de Béatrice* s'inscrit ainsi au sein de tendances culturelles et médiatiques nationales et transnationales. En effet, cette thématique est très populaire dans les productions audiovisuelles diffusées depuis le début des années 2000, notamment celles des chaînes câblées états-uniennes comme HBO, Showtime et AMC (*The Sopranos*, *Monk*, *Homeland*, etc.). Au Québec, en plus d'*ASB*, la thématique est explorée dans nombre de séries de fiction produites depuis 2005 (*En thérapie*, *Cerebrum*, *Sortez-moi de moi*, *Lâcher prise*, *Trop*, etc.). Cela dit, le choix de l'étude de cas unique de la série québécoise *Au secours de Béatrice* est motivé par la volonté d'inscrire mon analyse au sein d'un contexte sociohistorique spécifique, d'une part, et de mener une analyse compréhensive et approfondie des logiques narratives et thématiques de récits de fiction sur la santé mentale, d'autre part.

J'ai débuté ma recherche avec l'intention de mener une analyse thématique en continu des discours sur l'univers de la santé mentale dans *Au secours de Béatrice* en raison de la flexibilité de cette méthode, toute désignée pour les recherches à visées exploratoire et compréhensive (Paillé et Mucchielli, 2021). Toutefois, cette stratégie m'est rapidement apparue réductrice, car elle ne permet pas de tenir compte des spécificités des modes d'énonciation du genre télévisuel de la série de fiction. Je ne voulais pas envisager les séries télévisées comme de simples « véhicules » de thématiques pédagogiques au sujet de l'univers de la santé mentale. En effet, étudier une série,

ce n'est pas seulement en relever les principaux thèmes en fonction de leur récurrence. Une série télévisée est façonnée par une histoire, une narration, un récit et des personnages; éléments formels qui opèrent également quelque chose au niveau de la construction des représentations. Ainsi, la forme d'une série télévisée, ou de tout autre médium, influence les thématiques (et vice versa). Autrement, l'unique analyse thématique des discours sur la « santé mentale » d'un autre objet de la culture populaire, prenons par exemple la presse magazine, mènerait peut-être à des résultats et conclusions similaires que celle d'une série télévisée, bien que les deux médiums soient différents. Je n'envisage donc pas les séries télévisées comme n'importe quel médium accessible pour analyser un phénomène qu'elles ne feraient que véhiculer, ici les discours dits positifs, réalistes et adéquats sur la « santé mentale » et la « maladie mentale ». De fait, je souhaite analyser la façon dont les séries télévisées participent à leur façon, en fonction de leurs modes d'énonciation spécifiques, à leur construction.

Afin d'interroger à la fois la structure narrative et le contenu des récits des séries de fiction sur la santé mentale, j'ai développé une stratégie d'analyse personnalisée qui se déploie en deux temps : une analyse formelle à l'aide de la narratologie de Gérard Genette suivie d'une analyse de contenu à partir de l'analyse thématique en continu d'Alex Mucchielli et Pierre Paillé. Cette méthode permet, à mon sens, d'étudier la relation entre les formes, les fonctions et les thématiques de la « santé mentale » et de la « maladie mentale » dans les séries télévisées. Cependant, cette stratégie d'analyse compréhensive est chronophage : elle nécessite de se pencher d'abord sur l'ensemble du récit d'une série télévisée pour en présenter et interroger l'histoire, le récit, la narration et les personnages, et ensuite sur des scènes spécifiques pour en analyser le contenu thématique. Au fur et à mesure de l'analyse, j'ai donc confirmé la pertinence d'une étude de cas simple, afin de respecter les exigences et les échéances d'un mémoire de maîtrise.

Pour l'analyse narratologique et thématique d'*Au secours de Béatrice*, j'ai mobilisé les outils du théoricien de la narratologie Gérard Genette (1972). Sa conception de la narratologie permet d'éclairer le cadre formel et structurel et les mécanismes internes du récit de la série. Genette soutient qu'un jeu de trois niveaux narratifs crée la signification d'une œuvre : l'histoire, soit

l'enchaînement des événements qui constituent l'infrastructure du récit ; le récit, qui est l'énoncé tel qu'il se présente linéairement ; et la narration, qui est l'acte qui produit le discours et la situation fictive dans laquelle le récit prend place. Sa typologie comporte quatre catégories analytiques : le mode narratif, l'instance narrative, les niveaux narratifs et le temps du récit. L'identification des composantes d'un récit permet de comprendre les mécanismes de l'acte de narration et les choix techniques et méthodologiques des créateur.rice.s d'un texte – ici d'une série télévisée – pour façonner la représentation de l'histoire. L'utilisation de l'un ou l'autre de ces procédés narratologiques contribue à créer un effet de lecture chez le ou la téléspectateur.rice potentiel.le du texte. L'analyse narratologique, surtout descriptive, se penche sur l'ensemble du récit : elle m'a permis d'étudier les procédés narratifs qu'exploitent les créateur.rice.s d'*Au secours de Béatrice* pour relater une histoire sur l'univers de la santé mentale. Bien que l'analyse narrative se centre sur la structure du récit, ce premier volet de l'analyse m'a permis d'interroger la construction des personnages de l'émission, notamment de mieux saisir la façon dont les créateur.rice.s de la série donnent accès (ou non) à la souffrance psychique, la maladie mentale ou la folie d'un.e narrateur.rice ou d'un.e personnage.

J'ai aussi mené une analyse textuelle plus détaillée de certaines scènes de la série *ASB* à l'aide de l'analyse thématique du discours, telle que théorisée par Paillé et Mucchielli (2021). Ce deuxième volet de l'analyse met en exergue les fondements idéologiques des discours pédagogiques sur la santé et maladie mentale que construit la série télévisée. J'ai analysé les discours verbaux des personnages (dialogues et monologues autoréférentiels ou verbalisés par d'autres personnages) à l'aide de la théorisation en continu. Pour ce faire, j'ai sélectionné des extraits de l'émission en fonction de leur traitement plus poussé de thèmes en lien avec mes objectifs de recherche et de leur pertinence au sein du récit (événements, péripéties et caractéristiques récurrents ou spécifiques, événements centraux des protagonistes, concordances d'un épisode à l'autre, etc.). En effet, la recension des écrits, les ancrages théoriques et les questions de recherche ont permis de définir des orientations qui guident le choix du corpus de scènes et d'extraits qui font partie de l'échantillon : 1) champ sémantique et définition(s) de la maladie mentale, de la santé mentale ou du « bien-être »; 2) hypothèses étiologiques (ou sur les causes) de la souffrance psychique; 3)

représentations de l'autorité ou de l'expertise thérapeutique, pratiques(s) et technique(s) de soin prescrite(s) ou valorisée(s); et 4) conception(s) du rétablissement, de la guérison et de l'allermieux. De façon générale, ces repères identifient les points d'appui idéologiques sur lesquels se fondent les définitions de la « santé mentale » et de la « maladie mentale » dans la série de fiction. L'ensemble des extraits ou scènes choisis ont ensuite été transcrits dans le logiciel de traitement des données qualitatives NVivo. J'ai créé des ensembles thématiques de façon itérative selon leur saillance au regard des questions de recherche. Cette saillance rassemble : la récurrence de de thèmes répétitifs, la divergence (par exemple, des contradictions dans la narration), l'opposition, la convergence (par exemple, des extraits qui tendent vers une thématique commune), la complémentarité ou la parentalité.

Note épistémologique

Les notions de « santé mentale », de « maladie mentale » et de « problème de santé mentale » font aujourd'hui partie du sens commun et sont souvent mobilisées de façon interchangeable au sein du paysage médiatique et culturel québécois. Or, leur définition mobilise un référent théorique et normatif et s'inscrivent dans une histoire qu'il importe de dégager et d'explicitier. La sociologue de la santé mentale Joan Busfield (2011), dans l'ouvrage *Mental Illness*, définit les différents concepts en lien avec la « maladie mentale ». Busfield distingue notamment les expressions « folie », « maladie mentale », « trouble mental », « trouble psychiatrique », « trouble psychologique » et « détresse »/« souffrance » (psychologique ou émotionnelle) (15). En premier lieu, Busfield affirme que le terme « folie » est un concept profane qui désigne les processus mentaux perçus comme irrationnels ou perturbés (15). En deuxième lieu, le concept de « maladie mentale » reflète le contrôle médical du territoire des problèmes mentaux qui se serait établi aux XIXe et XXe siècles (12). Busfield ajoute que le terme maladie mentale suggère une forme de dégradation du fonctionnement « mental », et non « physique », de l'organisme qui n'est pas permanente (12). En troisième lieu, l'expression « trouble mental », qui est utilisée dans toutes les classifications psychiatriques depuis la Deuxième Guerre mondiale, est moins connotée médicalement, ne suppose pas un processus pathologique sous-jacent et englobe un plus grand nombre de conditions, telles que les troubles de la personnalité et du comportement (13). En

quatrième lieu, le « trouble psychologique » et le « trouble psychiatrique » illustrent respectivement le développement et le statut des disciplines psychologiques et psychiatriques (13). En dernier lieu, la notion de « détresse » ou de « souffrance », souvent suivie des qualificatifs « psychologique » ou « émotionnelle », définirait l'expérience subjective de la douleur, du chagrin et de l'angoisse (14). Busfield indique que la détresse n'est pas a priori pathologique, puisqu'une distinction est communément établie entre cette dernière et le trouble mental, mais qu'elle est souvent considérée comme en étant l'indicateur (14). Or, pour nuancer la position de Busfield, je considère que la « détresse » ou la « souffrance » ne sont pas uniquement des expériences subjectives; elles sont politiques. La « souffrance psychique », qu'on envisage aujourd'hui comme l'envers de la « santé mentale », est centrale pour penser les questions sociales : la subjectivité est une préoccupation publique récente dans les pays occidentaux (Ehrenberg, 2004; Otero, 2003; Fassin, 2002). De plus, la souffrance n'est pas universelle, car elle est le fruit d'une médiation : on ne la reconnaît pas à tous les corps et psychés, qui ne suscitent pas tous la compassion et auxquels on n'attribue pas nécessairement la légitimité morale d'être soigné.e.s ou soulagé.e.s (Fassin, 2002).

Dans le cadre du présent projet de recherche, je m'efforce de rester fidèle aux termes qu'emploient les auteur.rice.s scientifiques, les journalistes ou chroniqueur.rice.s d'articles de journaux, les créateur.rice.s de la série télévisée et les personnages du récit *d'Au secours de Béatrice*. Cela explique mon recours accru aux guillemets, qui permettent de mettre à distance les expressions, de les positionner comme des concepts à définir et de les problématiser comme des objets à analyser. Lorsque je réfère à mon objet d'étude, j'emploie régulièrement les concepts de « santé mentale », « problème de santé mentale », « souffrance » et « santé mentale », non parce que j'endosse leurs définitions et leurs implications, mais parce qu'ils sont largement utilisés par les créateur.rice.s *d'Au secours de Béatrice*, la réception culturelle et les discours de l'émission, ainsi que dans la littérature scientifique sur la question. Mon intention est d'interroger ces notions et de montrer qu'elles ne sont pas des catégories scientifiques objectives, mais bien des concepts construits, instables et vagues.

Structure du mémoire

Le présent mémoire se divise en trois chapitres. Le premier chapitre vise à construire et à problématiser l'objet de recherche, c'est-à-dire les représentations « réalistes » de l'univers de la santé mentale dans la série télévisée *Au secours de Béatrice*. Pour ce faire, j'élabore une mise en contexte des transformations au sein des discours, représentations et pratiques en matière de santé et de maladie mentale au Québec, afin de mettre en lumière leur caractère historique et de situer la série dans une réalité sociale. Je brosse également un portrait des débats scientifiques sur la façon de concevoir la notion de « représentation » de la « folie » au sein des écrits scientifiques. Je conclus le chapitre en formulant les questions de recherche qui découlent de la problématisation de mon objet.

Le deuxième chapitre consiste en une analyse formelle du récit de la série de fiction, afin de repérer et d'interpréter les choix narratifs qui façonnent la mise en scène de l'univers de la santé et de la maladie mentale. Cette analyse narratologique formelle et descriptive est suivie d'une étude des « fonctions » des représentations de la « souffrance psychique » et des « problèmes de santé mentales », de la psychothérapie et des personnages principaux et secondaires « malades » à l'aide d'outils conceptuels des études littéraires du handicap.

Le troisième et dernier chapitre se compose d'une analyse thématique de la série. Ce chapitre dégagera l'univers sémantique de la « santé mentale » que mobilise l'œuvre de fiction, les points d'appui idéologiques et normatifs qui fondent ces définitions, les modes de prise en charge et les thérapeutes légitimés, ainsi que les conceptions de la guérison.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATISER LES REPRÉSENTATIONS FICTIVES DE LA « SANTÉ MENTALE »

Dans ce chapitre, je présente les efforts théoriques qui permettent de contextualiser, de problématiser et d'envisager l'objet de recherche, c'est-à-dire la construction narrative et thématique de discours « réalistes » sur la santé mentale dans la série télévisée québécoise *Au secours de Béatrice*. Les orientations se situent au croisement de l'histoire des discours et pratiques en « santé mentale » au Québec, de l'anthropologie et la sociologie critique de la santé (mentale), des travaux féministes sur la santé mentale, des études critiques des médias et des études littéraires sur la conceptualisation des représentations. Ces différents travaux théorisent la « santé mentale » - et ses représentations - comme un lieu politique de régulation des conduites, ce qui permet de dépasser une définition de sens commun qui la considère comme un état de bien-être ou une simple composante de la santé générale. Pour ce faire, je procède en premier lieu à une mise en contexte sociohistorique de la gestion de la « folie » au Québec, afin d'historiciser la « santé mentale » et d'inscrire mon matériau de recherche dans une réalité sociale singulière : une entreprise de santé publique de production de la santé mentale. En second lieu, je me penche sur les travaux sociologiques qui articulent les liens entre la « santé mentale », la « souffrance psychique », la normativité et les rapports de pouvoir. En troisième lieu, je survole les principaux débats scientifiques sur le rôle des médias et des œuvres culturelles dans la (re)production des discours de santé publique de « promotion » de la santé mentale et de prévention des « problèmes de santé mentale » en vigueur dans les pays occidentaux depuis les années 1990. En dernier lieu, je m'intéresse aux écrits qui politisent les représentations de la « folie » dans les œuvres de fiction et les médias et, de façon plus générale, aux travaux des Cultural studies sur la notion de représentation.

1.1 Contextualisation des définitions et modes de gestion de la « folie » au Québec

Afin d'inscrire l'objet de recherche dans un contexte sociohistorique singulier, dans sa réalité sociale, je fais ici un survol des discours et des pratiques officiels et institutionnels qui entourent la définition et la prise en charge de la maladie (et santé) mentale au Québec de la fin du 19^e siècle à

nos jours. Cette section met en évidence les changements au sein des discours et des pratiques : des changements de la « folie » liée à la « dégénérescence », vers la « maladie comme une autre » au modèle « biopsychosocial » de la « santé mentale », qui dépasse l'absence de maladie mentale au sein d'une médecine globale. De plus, elle montre que l'autorité thérapeutique et les milieux d'intervention en santé mentale éclatent : de plus en plus de professionnel.le.s se font concurrence pour prendre en charge la « santé mentale » et ce, dans plusieurs milieux ou institutions.

1.1.1 Période asilaire : prise en charge religieuse des « aliénés » (1880 - 1920)

De la fin du 19^e siècle à la première moitié du 20^e siècle, la prise en charge au sein de l'asile de ce qu'on nomme la « dégénérescence » ou l'« aliénation mentale » est principalement religieuse. Aux yeux des autorités civiles et religieuses du Canada français, puisque la pauvreté, la misère et la déchéance sont des problèmes d'ordre « moral », ils relèvent de l'assistance publique ou de la charité, donc de l'Église qui est gardienne des « bonnes mœurs » (Pelletier-Audet & Cellard, 2014 : 16). Le corps médical ne détient aucun pouvoir décisionnel et ne participe pas aux conseils d'administration des asiles. De plus, la psychiatrie n'est alors pas une discipline reconnue par la médecine générale (Pelletier-Audet & Cellard, 2014 : 16).

Les Canadiens-français avaient une vision métaphysique des événements qui les entourent et percevaient généralement les maladies comme l'œuvre du destin et l'aliénation mentale comme une punition divine (Pelletier-Audet & Cellard, 2014 : 16). Les « asiles d'aliéné.e.s » sont donc des espaces de « traitement moral », c'est-à-dire sur un traitement qui repose sur le dialogue entre la raison et la déraison. Parallèlement, cela dit, plusieurs aliénistes québécois adhèrent à la doctrine de la « dégénérescence », soit l'idée que des facteurs moraux et sociaux soi-disant négatifs créent une lésion au système nerveux qui se transmet ensuite de façon progressive, cumulative et héréditaire (Pelletier-Audet & Cellard, 2014 : 17; Perreault, 2015 : 54).

1.1.2 L'hôpital psychiatrique : « médicalisation » de la maladie mentale (1918 – 1950)

Le processus de « médicalisation » des maladies nerveuses et mentales, c'est-à-dire leur reconnaissance et leur prise en charge par la médecine contemporaine, s'amorce au Québec

durant la première moitié du 20^e siècle (Goulet & Gagnon, 2014 ; Perreault & Guilbault, 2014). La psychiatrie est alors incorporée à la médecine, plus précisément à la neurologie, alors que des liens étroits entre les maladies nerveuses et les maladies mentales s'établissent (« neuropsychiatrie ») (Grenier, 1994).

1.1.3 L'âge d'or de la psychiatrie moderne (1945-1960)

Les changements qui s'opèrent dans l'étiologie, le traitement et la perception médicale de la maladie mentale entre les années 1945 et 1960 marquent la consolidation de la « nouvelle » psychiatrie canadienne-française ou de la psychiatrie « moderne » au Québec (Perreault, 2015 : 53; Perreault & Guilbault, 2014 : 45; Pelletier-Audet & Cellard, 2014 : 30). La psychiatrie s'établit comme spécialité médicale autonome : les psychiatres deviennent les principales figures d'autorité dans l'explication de l'aliénation et de la maladie mentale en médecine, ainsi que dans son traitement (Perreault, 2015 : 54). En outre, en 1941, la psychiatrie devient une discipline médicale autonome de la neurologie selon le Collège royal des médecins du Canada, menant à la création des premiers programmes universitaires de formation spécialisée en psychiatrie en sol québécois (Duprey, 2007 : 100-101). Cette « nouvelle » psychiatrie se trouve alors au carrefour de deux traditions médicales : une spécialité clinique (observation des symptômes et des comportements et proposition de traitements) et une spécialité neurologique (étude du cerveau, quête de lésions cérébrales). Au cours des années 1940 et 1950, les psychiatres qui travaillent dans les hôpitaux psychiatriques élaborent des hypothèses étiologiques qui se centrent sur les causes physiques des maladies mentales et mettent en place des traitements biophysiques, tels que la convulsivothérapie (insulinothérapie, électrochoc) puis la lobotomie (Goulet et Gagnon, 2014 : 275 ; Perreault & Guilbault, 2014 : 53). Mais la nouvelle psychiatrie est également une science sociale, dans la mesure où elle s'intéresse à la vie des patient.e.s dits « marginaux », « pervers » ou « excentriques » et justifie leur internement pour des motifs de « déviance sociale » (Perreault, 2015 : 53). En 1950, l'asile pour aliéné.e.s devient officiellement l'« hôpital pour malades mentaux ». Puis, la toute première version du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM – 1952) paraît en 1952 et les neuroleptiques sont découverts (Perreault, 2015 : 56). La psychopharmacologie modifie grandement la thérapeutique et entraîne la baisse du

nombre de patients internés dans les hôpitaux psychiatriques (Goulet & Gagnon, 2014 : 275). Parallèlement à l'essor de la psychiatrie, les universités créent également les premiers départements de psychologie (Pelletier-Audet & Cellard, 2014 : 30).

1.1.4 De l'hôpital psychiatrique aux politiques de « désinstitutionnalisation » (1960-1970)

La notion de « désinstitutionnalisation » psychiatrique au Québec désigne à la fois la sortie des patients des hôpitaux psychiatriques et la fermeture de ces mêmes hôpitaux et, d'un point de vue sociologique, la transformation du rôle de l'hôpital psychiatrique dans la prise en charge de la maladie mentale (Carle *et al.*, 2014 : 141-142). De fait, au cours des années 1960 au Québec, l'hôpital psychiatrique s'insère à l'intérieur d'un système de santé et de services sociaux plus vaste et diversifié (Carle *et al.*, 2014 : 142). Selon les historien.ne.s qui adhèrent à la thèse de la « révolution psychiatrique », le Québec connaît une « première vague de désinstitutionnalisation » entre 1962 et 1970 (Boudreau, 1984 ; Goulet et Gagnon, 2014). En 1961, le gouvernement du Québec met sur pied une commission d'enquête sur les hôpitaux psychiatriques du Québec. Moins d'un an plus tard, les commissaires produisent un état des lieux des hôpitaux psychiatriques et formulent des recommandations : réaffirmer le rôle de l'État dans la gestion de la maladie mentale, écarter le personnel religieux au profit d'un personnel médical plus nombreux et mieux rémunéré et entamer une politique de désinstitutionnalisation qui recentre les soins autour de la communauté plutôt que l'hôpital psychiatrique (Thifault & Dorvil, 2014). Selon les historiens Goulet et Gagnon (2014), le rapport Bédard et les réformes qui en découlent veulent « rompre » avec les « anciennes » pratiques de prise en charge de la maladie mentale dans un modèle d'hébergement dit « passif » (261). Une « nouvelle » conception de la maladie mentale est donc mise en place : il s'agit d'une pathologie « comme les autres » qui est curable dans la communauté (non plus en réclusion) par une psychiatrie renouvelée (278). Ceci étant dit, d'autres historien.ne.s, issu.e.s d'un courant historiographique critique de la Révolution tranquille et de l'idée de « Révolution psychiatrique », ont une autre lecture de la désinstitutionnalisation psychiatrique au Québec (Perreault et Guilbault, 2014 ; Perreault & Thifault, 2012). D'abord, Isabelle Perreault et Michel Guilbault (2014) précisent qu'au moment de la diffusion du rapport Bédard de 1962, les hôpitaux pour malades mentaux au Québec sont déjà des institutions médicales en regard des critères de

l'époque (60). De plus, selon Marie-Claude Thifault et Isabelle Perreault (2011) et Alexandre Klein (2022), le phénomène qu'on désigne par « désinstitutionalisation » aurait débuté avant les années 1960. En effet, les idées dites « novatrices » du rapport Bédard sont déjà discutées au sein de l'asile Saint-Jean-de-Dieu de Montréal depuis plusieurs décennies par les Sœurs de la Providence et les aliénistes, selon Thifault et Perreault (2011). Plutôt qu'une désinstitutionalisation, il y aurait eu, selon Klein (2022), une « déshospitalisation » relative qui n'aurait pas nécessairement amélioré la prise en charge des patient.e.s. Il rappelle que les patient.e.s quittent peut-être de l'hôpital psychiatrique, mais demeurent tout de même au sein de parcours de soins complexes. Enfin, malgré ces politiques dites progressistes, ces découvertes médicales et thérapeutiques en psychiatrie et un certain changement de mentalité de la population générale en regard des troubles mentaux, les grands hôpitaux qui ont des ailes psychiatriques et les patient.e.s jugé.e.s « trop » inacceptables font toujours face à l'accueil difficile de la population (Perreault & Guilbault, 2014 : 60).

1.1.5 De la psychiatrie à la « santé mentale » (1980-2000)

De la fin des années 1980 aux années 2000, le système d'organisation passe d'un réseau « hospitalocentrique » offrant surtout des services psychiatriques et prenant appui sur la notion de « maladie mentale », à un système composé de corps professionnels multidisciplinaires offrant des services diversifiés en matière de « santé mentale » au sein de la communauté (Fleury et Gagnon, 2004 : 31). De fait, l'avènement de la santé publique et préventive en matière de « santé mentale » marque le Québec au cours des années 1980 (Lamarre *et al.*, 2006 : 229). De manière générale, la notion positive et holiste de « santé mentale » remplace celle de « maladie mentale » au sein des savoirs, pratiques et institutions (Fleury et Grenier, 2004 : 27). En effet, le paradigme de la santé mentale se révèle fédérateur et intégrateur, puisqu'il crée un champ dans lequel évoluent une pluralité d'acteur.rice.s de la santé, des services sociaux et de l'État, ébranle le monopole des psychiatres et multiplie les autorités thérapeutiques aptes à prendre en charge la santé mentale. Préalablement à son institutionnalisation dans plusieurs pays occidentaux, le concept de « santé mentale » se développe surtout dans les années 1960 par l'entremise de la psychiatrie communautaire et est tributaire de l'antipsychiatrie, des courants existentiels

californiens, de la psychologie humaniste et des mouvements féministes (Fleury et Grenier, 2004 : 27).

Au Québec, ce changement d'orientation commence à poindre avec les réformes qui suivent la publication du rapport sur la santé de la *Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social* (Commission Castonguay-Nepveu) en 1970. Selon la sociologue Françoise Boudreau (2003), le rapport s'inscrit dans une volonté technocrate de « rationalisation » des coûts en santé, de « coordination » et d'« intégration » des secteurs de la santé et de « gestion rentable », afin de diminuer le recours à l'institutionnalisation (156). En effet, elle cite ledit rapport qui fait état d'un manque de coordination entre les secteurs de la santé et qui attribue à l'État une responsabilité complète dans ce domaine :

En définitive, on se rend compte que partout dans le monde, en particulier au Canada et au Québec, l'État doit intervenir progressivement dans le domaine de la santé publique et de l'assurance-maladie. Le maintien de la santé de la population étant de plus en plus accepté comme une responsabilité collective, cela ne surprend guère, d'autant moins qu'il faut admettre que, sans une action vigoureuse de l'État, le droit à la santé demeurera une notion purement théorique, sans aucun contenu réel. (Rapport Castonguay, 1970, 34)

Boudreau (2003) note un changement sémantique important dans l'énoncé ci-dessus : il est maintenant question de « santé » plutôt que de « maladie », de « santé publique » au lieu de « soins individuels », de la santé comme « droit » et non privilège et comme « responsabilité collective » plutôt que la responsabilité personnelle du médecin traitant (157). Un processus d'intégration des services s'amorce : de la mainmise psychiatrique à une prise en charge multidisciplinaire de la santé mentale, de l'approche thérapeutique à l'approche préventive, de l'appareil hospitalier à la santé communautaire, de la psychiatrie à la médecine dite globale, de la santé physique à la santé mentale et à la santé globale (Boudreau, 2003 : 167). En effet, le concept de « santé mentale » élargit la nosologie des « maladies mentales » à des phénomènes culturels et sociaux, interrogeant du même coup le monopole des psychiatres qui ne sont « plus automatiquement reconnus comme garants légitimes de ce qui avait été leur système de services » (Boudreau, 1984 : 164). Le sociologue Marcelo Otero (2003) note également que se forme, au Québec dès la fin des années 1960, un « véritable marché psychothérapeutique » aux champs

d'intervention nombreux qui dépassent la seule intervention médicale et psychiatrique (psychologues, psychothérapeutes, travailleur.euse.s sociaux.ales, *coachs*, etc.) (107). De fait, bien que l'Association québécoise de psychologie existe depuis 1946, c'est surtout à partir des années 1960 que la profession de psychologue commence à se définir officiellement et à gagner en expansion au Québec (Allard, 2014 : 10). En 1962, la création de la Corporation des psychologues de la province de Québec confère un cadre légal à la pratique de la psychologie et favorise l'expansion de la profession (Allard, 2014 : 10). La création de la Corporation suscite une opposition du Collège des médecins, surtout de la part des psychiatres qui considèrent que les activités des psychologues sont des actes médicaux qui leur sont réservés (11). Ils tenteront, en vain, de faire en sorte que la psychothérapie soit une activité réservée à la psychiatrie (12). Une chose entraînant une autre : plusieurs domaines connexes à la psychologie suivent le bal et créent leur propre corporation professionnelle (psychoéducateur.rice.s, travailleurs.euses sociaux.ales, etc.). Durant les années 1980 et 1990, les psychologues québécois revendiquent une démedicalisation des problèmes de nature « psychologique », qui étaient alors majoritairement entre les mains des médecins omnipraticiens, et la profession gagne en popularité auprès de la population québécoise (20). En parallèle, cela dit, cette tendance coïncide avec un durcissement, à partir des années 1980, d'un modèle plus strictement biomédical des maladies mentales au sein de la psychiatrie avec la publication et l'utilisation en clinique du DSM-3 (1980) qui se centre sur les symptômes et les hypothèses biologiques et génétiques, qui encourage des traitements essentiellement pharmacologiques et qui produit des recherches scientifiques sur la génétique, la neurochimie, l'imagerie cérébrale et la psychopharmacologie (Poirel et *al.*, 2006 : 71). Pour conclure, une tension se développe ainsi entre le traitement médicamenteux ou le traitement psychologique de ce qu'on identifie comme relevant du domaine de la « santé mentale ».

Au début des années 1980 et durant les années 1990, une conjoncture d'événements (la crise économique, la montée du courant néolibéral et les philosophies *New Age*) renforcent les pratiques amorcées par l'avènement de la notion de santé mentale (Fleury et Grenier, 2004 : 28). Le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec adopte la *Politique de la santé mentale* en 1989 (MSSS, 1989), qui prend appui sur une approche dite « biopsychosociale » de la santé

mentale et surtout sur le volet « psychodéveloppemental » issu du champ de la psychologie (Fleury et Grenier, 2004 : 28). Cette Politique propose de modifier le système de santé mentale en encourageant la « communautarisation », la « diversification » et l'« intégration » des services en santé mentale (Fleury et Grenier, 2004 : 30). Elle entame également un « virage ambulatoire » dans les années 1990, soit le « déploiement d'une gamme de services diversifiés, dispensés au sein même de la communauté » (transfert des responsabilités relevant de la psychiatrie à des organismes, réduction de l'importance de l'hospitalisation) (Larose-Hébert, 2020: 20). En 2003, le gouvernement du Québec émet la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, puis adopte en 2005 un *Plan d'action en santé mentale. La force des liens 2005-2010*. Ces initiatives renforcent l'intégration des services en fusionnant les établissements pour créer des centres de santé et de services sociaux (CSSS) partout dans la province et souhaitent favoriser l'accès en privilégiant l'offre de soins primaires et les services dans la communauté (la « première ligne ») (Larose-Hébert, 2020 : 21). L'hôpital psychiatrique transfère ses ressources dans la communauté et se limite maintenant à la dispensation des services de deuxième et de troisième lignes (Fleury et Grenier, 2004 : 32). Henri Dorvil (2005) note que le *Plan d'action* de 2005 accentue la tendance à la « remédicalisation » qui s'était amorcée au début des années 1990 au Québec et dans plusieurs pays occidentaux, soit la création d'une psychiatrie à deux niveaux mettant en œuvre deux types de prise en charge. D'un côté, la médecine générale de première ligne et la « psychiatrie communautaire » des cliniques de secteur de deuxième ligne, au sein desquels les psychiatres travaillent au sein d'équipes multidisciplinaires, répondent aux demandes de services psychiatriques de la communauté, offrent les traitements de type généralistes et font des démarches de prévention en collaborant avec des ressources locales. D'un autre côté, la « psychiatrie biomédicale » des cliniques spécialisées au sein desquelles les pathologies et les diagnostics psychiatriques servent de critères d'admission (par exemple, la clinique du trouble de la personnalité limite) et où les psychiatres s'occupent des pathologies lourdes et de la recherche scientifique. Selon Dorvil (2005), c'est donc de la branche de psychiatrie biomédicale que provient la majorité desdits « progrès » scientifiques sur les causes et le traitement des troubles mentaux, notamment grâce à l'avancement d'hypothèses neurobiologiques et plus particulièrement dopaminergiques. Il conclut que cette division du travail

entre les cliniques de secteur et les cliniques spécialisée/recherche scientifique reproduit une « éternelle lutte d'influence » qui date des années 1950 et qui deux positionnements idéologiques : les professionnel.le.s pour qui la « maladie mentale n'est pas une maladie comme les autres » et une réalité « biopsychosociale » et ceux pour qui la « maladie mentale est une maladie comme les autres » et une réalité « organique ».

Plus près de mon matériau de recherche, au cours des dernières années, un nouveau *Plan d'action en santé mentale* a été adopté par le gouvernement du Québec en 2015, puis un *Plan d'action interministériel en santé mentale. S'unir pour un mieux-être collectif 2022-2026* en 2022. Or, peu de travaux scientifiques se penchent sur les enjeux et les effets de ces réorganisations des services et des orientations en santé mentale récentes (Larose-Hébert, 2020 : 23). J'offre donc uniquement un portrait descriptif des définitions, valeurs et idées directrices centrales du *Plan d'action* actuel, afin de présenter les discours politiques officiels et institutionnels au sein desquels baigne la série télévisée *Au secours de Béatrice*. Le Gouvernement mobilise une définition positive et englobante de la santé mentale qui provient d'un article scientifique de deux chercheur.e.s en médecine (Doré et Caron, 2017) : « La santé mentale est reconnue comme une composante essentielle de la santé et correspond à un état de bien-être permettant à une autre personne de surmonter les obstacles de la vie, de se réaliser, d'être productive et de participer à la vie de sa communauté. » (MSSS, 2022 : 3). Le Gouvernement ajoute que les « facteurs qui déterminent la santé mentale d'une personne sont nombreux et peuvent être d'ordre individuel, social, environnemental et génétique », tels que « les déterminants sociaux issus du contexte social et culturel comme les conditions sociales inégalitaires liées au revenu, à la scolarité ou à l'origine ethnique ». (MSSS, 2022 : 3). Aux yeux du milieu institutionnel et officiel, la « santé mentale » serait un état positif de bien-être complet à atteindre en développant des composantes en lien avec le fonctionnement personnel et social et serait influencée par de multiples facteurs (individuels, sociaux, environnementaux et génétiques). Citant la définition du DSM-5, le *Plan* mobilise aussi le terme de « trouble mental », qu'il caractérise comme « un état de santé qui se caractérise par l'altération de la pensée, de l'humeur ou du comportement, qui perturbe le fonctionnement de la personne et entraîne de la détresse. » (3) La définition est générale et imprécise, mais elle réfère

implicitement aux catégories diagnostiques de troubles mentaux du DSM, à l'exception de la « déficience intellectuelle », du « trouble du spectre de l'autisme », des « troubles neurocognitifs » et des « dépendances ». Le *Plan* différencie les troubles mentaux en précisant que certains sont « graves » et « complexes » tels que la schizophrénie ou la bipolarité, sous-tendant que d'autres seraient moins graves et plus simples. Il véhicule aussi l'idée qu'il y aurait une grande prévalence des troubles mentaux au Québec en affirmant que la « probabilité pour une personne de présenter un trouble mental au cours de sa vie serait la norme plutôt que l'exception » puisque chaque année « près de 20% de la population québécoise (1 personne sur 5) présente un trouble mental ». Inversement, seule une minorité de personnes feraient l'expérience d'une santé mentale durable (4). Enfin, le document distingue la « santé mentale » et le « trouble mental » tout en articulant une corrélation entre les deux :

L'absence d'un trouble mental n'est pas garante d'une santé mentale optimale. Aussi, une personne présentant un trouble mental peut jouir d'une santé mentale positive. Il reste que les actions qui ciblent le maintien d'une santé mentale optimale et le mieux-être tendent également à favoriser la prévention des troubles mentaux et à soutenir le rétablissement des personnes. (5)

En ce sens, selon le Plan d'action, une santé mentale soi-disant complète n'est pas synonyme de ne pas être atteint d'un « trouble mental ». De plus, une personne qui a un « trouble mental » peut avoir, sans qu'elle ne soit « optimale », une santé mentale dite « positive ». Cela dit, en précisant que les initiatives de santé publique de promotion de la santé mentale aident à prévenir les troubles mentaux, le texte suggère que l'amélioration de l'état de santé mentale d'une personne et de la population diminue la prévalence des troubles mentaux et encourage leur rétablissement. De cette façon, le texte défend aussi une conception en deux continuums de la santé mentale (santé mentale « négative » et « faible » à santé mentale « positive » et élevée) et du trouble mental (absence de trouble mental et présence de trouble mental). L'« état complet de bien-être », ou la santé mentale complète, correspond à une santé mentale élevée et à l'absence de trouble mental.

Ces conceptions de la « santé mentale » et du « trouble mental » inspirent donc une politique dont les actions principales relèvent du Programme national de santé publique et concernent la

« promotion » de la santé mentale et la « prévention » des troubles mentaux (5). Selon le Plan actuel, les actions de promotion agissent sur les « déterminants » de la santé mentale qui contribuent à maintenir et accroître le « pouvoir d’agir et les capacités d’adaptation » des personnes (5-6). Les démarches de prévention, quant à elles, agissent sur les « facteurs de risque qui menacent la santé mentale des individus avant l’apparition des problèmes » (6). Cela dit, le texte élabore peu sur la nature et le fonctionnement de ces « conditions » propices à la santé mentale ou sur les « facteurs de risque » et « risques psychosociaux » qui l’affecteraient de façon négative. De fait, en matière de promotion et de prévention, il met plutôt l’accent sur l’importance de l’« information » et de la « sensibilisation » aux troubles mentaux dans la lutte contre la discrimination et la stigmatisation, l’amélioration des connaissances de la population au sujet des services et des mécanismes d’accès et l’intégration professionnelle des personnes atteinte d’un trouble mental (17-19).

Cette mise en contexte montre que la série *Au secours de Béatrice* n’existe pas en vase clos et s’inscrit au sein d’une approche de santé publique dite « biopsychosociale ». Cette approche promeut une conception positive et élargie de la « santé mentale » et prévient les « troubles mentaux » par l’action d’une multiplicité de professionnel.le.s qui œuvrent dans des services intégrés de proximité. La « santé mentale » apparaît comme un idéal de capacité et de fonctionnalité qui permet à l’individu d’être productif et heureux et de s’adapter. Cela dit, cette situation s’accompagne d’un durcissement de l’approche « biomédicale » au sein des savoirs psychiatriques et des pratiques cliniques spécialisées sur les « troubles mentaux ». La présente section soutient également que les notions de « santé mentale » et de « troubles mentaux » ne sont pas des faits de nature neutres, objectifs et universels, mais bien des concepts historiques et changeants qui le fruit de contestations et de luttes entre différent.e.s acteur.rice.s, structures et champs pour obtenir l’autorité de définir et de prendre en charge la « folie ».

1.2 Élaborations sociologiques de l'objet « santé mentale »

1.2.1 La « santé » : une « notion », une « production » et une « construction sociale »

La mise en contexte sociohistorique fait état de la part que joue la société dans le développement de la « santé publique » ou « santé mentale » actuelle. Ce projet porte donc un regard anthropologique sur la « santé » et mobilise la conception de l'anthropologue Didier Fassin comme une « notion » et un « espace » qui se définissent par le « rapport entre l'être physique et psychique » et « le monde social et politique », plutôt qu'un « donné du vivant ou de la personne » (Fassin, 2002 : 677). En effet, d'une part, la santé est une « production » puisque la société agit par des mécanismes complexes sur les « désordres » des corps et des esprits : les conditions et les interactions sociales jouent un rôle dans les différences et inégalités qui structurent l'expression de pathologies mentales, qui ne sont pas seulement le résultat d'une détermination mécanique (677). D'autre part, la santé est une « construction », puisqu'elle n'est pas un fait de nature qu'on ne ferait que constater : un trouble physique ou psychologique est toujours identifié ou qualifié par les acteur.rice.s sociaux.ales qui lui donnent une existence et une légitimité dans l'espace public (677). En plus d'être une notion qui fait l'objet de contestations, Fassin définit la santé comme un « espace politiquement structuré » : l'« espace politique de la santé » (1996 : 35). L'espace politique de la santé se compose des trois dimensions suivantes : l'incorporation de l'ordre social et des inégalités par les disparités face à la maladie et la mort, les mécanismes de légitimation du pouvoir des thérapeutes et la culture de la santé publique (ou la gestion collective de la santé comme bien commun) (1996).

1.2.2 « Santé mentale » et normativité sociale

Les sociologues Marcelo Otero (2012, 2005) et Alain Ehrenberg (2004, 1998) inscrivent les changements historiques dans la prise en charge de la « folie » au sein des transformations de la « normativité sociale » qui ont marqué (et qui marquent) les sociétés libérales occidentales. Ils s'ancrent dans la théorisation de l'individualité contemporaine en s'inspirant des idées développées par Michel Foucault sur les processus de régulation des conduites.

Marcelo Otero (2005) met en lien la « santé mentale », l'« adaptation sociale » et l'« individualité contemporaine » dans les sociétés libérales pour faire sens des transformations sociohistoriques dans la gestion occidentale de la « folie ». Il affirme en premier lieu que la normalisation, la « référence obligée à la norme », est une condition nécessaire de la vie en société et ainsi de l'intervention sociale dans le domaine de la « santé mentale ». Dans les sociétés contemporaines occidentales, les sociétés « libérales », la normalisation prend la forme d'une « distribution stratégique autour de la norme des comportements qui « posent problème » (66). La norme (ou prescription ou règle) est une « mesure » dont la référence est la « moyenne » : le « normal » et l'« anormal » sont toujours distribués autour de la norme (67). L'ordre normatif est donc un « mécanisme de régulation sociale » qui identifie les phénomènes en fonction de la norme (69). Il définit la norme comme une « grammaire » et un « langage commun » puisque la référence à celle-ci ou à l'ordre normatif est au cœur de la vie en société (69). Une société est « libérale » lorsque ses possibilités et ses formes de conflits sont régulés par le système lui-même, que ce soit négativement (répression, coercition) ou positivement (production de discours, promotion d'identités alternatives, etc.) (66). Otero mobilise trois « images sociologiques » et « institutionnelles » de la gestion occidentale de la « folie » et de la santé mentale, qu'il emprunte à Alain Ehrenberg, pour mettre en lumière les changements dans la normativité sociale : le « grand renfermement » (tutelle institutionnelle de personnes « malades » ou « aliénées »), le « grand défermement » (intégration communautaire de personnes en « crise psychosociale ») et enfin, le « grand renversement » entrepris au cours des années 1980 (promotion de l'autonomie de personnes avec des « problèmes de santé mentale ») (2005 : 79).

En lien avec ce « grand renversement », Alain Ehrenberg observe plusieurs « bouleversements » dans la pratique de la psychiatrie depuis les années 1970 : l'élargissement du terrain de pratique de la psychiatrie et l'hétérogénéité des problèmes qu'elle gère, ainsi que la multiplication des professionnels de la santé mentale (2004 : 133). Il considère que ces changements s'expliquent par le « problème » de la « santé mentale » et de la « souffrance psychique » (2004 : 134). Ehrenberg définit trois critères qui permettent de cerner les contours du concept de « santé mentale » et de sa forme sociale : 1) sa valeur ; 2) son étendue ; et 3) sa description et justification

de l'action. En effet, la souffrance psychique est maintenant au moins aussi grave que les maux corporels, concerne chaque institution et une hétérogénéité d'acteur.rice.s et est nécessaire pour nommer et penser les problèmes sociaux (134). La santé mentale est donc un univers sémantique, un « style de description de problèmes » (Ehrenberg, 1998 : 79). De fait, d'autres travaux proposent également que l'essor du paradigme de la « santé mentale » entraîne de nombreuses transformations institutionnelles et sociétales, notamment la multiplication des préoccupations de santé publique pour les troubles psychiques « normaux » et les offres psychothérapeutiques pour les « normaux » (Castel, 1981; Otero, 2005, 2003). Ehrenberg (2004) suggère que la « santé mentale » a été la réponse à une « crise » de la psychiatrie et de la psychopathologie au début des années 2000 (136). En effet, le nombre de psychiatres est en diminution alors que certaines « nouvelles » pathologies se diffusent massivement dans la population (dépressions, addictions ou traumatismes). De plus, plusieurs acteur.rice.s s'opposent à la médecine et à la psychiatrie qui négligeraient le « Sujet parlant » dans leurs recherches scientifiques sur le « Sujet cérébral » (progrès des neurosciences, biologie moléculaire, imagerie cérébrale) (136). Enfin, les disciplines *psy* se multiplient et font concurrence à la psychiatrie (psychothérapie, psychologie, travail social, psychoéducation, etc.). L'essor de la notion de « santé mentale » marque donc un mouvement de réforme de la psychiatrie qui prend forme au sein de cette « crise ». Il définit la santé mentale comme un « objet indéterminé » dont on fait pourtant « un usage transversal » et qui est une « référence centrale » (139). De fait, l'une de ses principales visées est la lutte contre la stigmatisation des personnes qui ont un trouble psychiatrique, mais elle est aussi élément nécessaire à la « bonne santé » générale de tout le monde et devient un aspect prioritaire de la santé publique (140). Ainsi, la santé mentale (et son envers la « souffrance psychique » et non plus la « maladie mentale ») concerne à la fois les pathologies psychiatriques lourdes (par exemple, psychose, schizophrénie, etc.) et le bien-être ou le développement personnel (la « santé mentale positive ») (142). Ehrenberg creuse ce « paradoxe » apparent et met en évidence que la « santé mentale » illustre un changement dans la normativité sociale, dans les relations entre la « norme » et la « pathologie » (144).

Du côté pathologique, Ehrenberg (2004) utilise l'expression « grand renversement » pour illustrer que la « maladie mentale » soit devenue, au cours des années 1990, un aspect subordonné de la « santé mentale » et de la « souffrance psychique » (144). Le grand renversement est marqué de trois composantes : 1) le « malade mental à enfermer » n'est qu'une catégorie du « citoyen en difficulté qu'il faut soutenir » (ou personne en difficulté) ; 2) le consentement est valorisé par rapport à la contrainte ; et 3) la notion de handicap subroge celle de pathologie (144). En premier lieu, le/la malade devient un.e usager.ère, expression qui indique que toute personne pourrait être un jour concernée par un « problème de santé mentale », qu'Ehrenberg définit comme un « sentiment de souffrance psychique » (144). À son tour, la pathologie devient donc un élément de la souffrance (145). Aux yeux d'Ehrenberg, en voulant prendre en charge des enjeux qui dépassent ceux de la psychiatrie traditionnelle, ce premier renversement élabore une présentation non-hiérarchique des problèmes de santé mentale en les plaçant dans une même catégorie (145). En deuxième lieu, l'hospitalisation libre et le consentement de l'usager.ère remplacent généralement l'hospitalisation sous contrainte (145). Le consentement devient l'expression de l'« autonomie » de la personne, créant ainsi une dynamique au sein de laquelle le/la patient.e est l'« acteur » ou l'« actrice » de « sa » souffrance et où il/elle doit être traité.e comme une personne à part entière qui souhaite prendre une part active de leur prise en charge. L'autonomie implique l'idée que le/la patient.e est responsable de sa santé et que cette responsabilité permet d'établir une relation de confiance avec le/la thérapeute. Le/la patient.e autonome est aussi un.e « patient.e compétent.e » qui doit donc être en mesure d'autogérer ses symptômes ou son mal (146). Ehrenberg précise que, bien que le droit des patient.e.s possède une valeur supérieure, les moyens de force et d'influence de la société n'en sont pas réduits. En effet, selon lui, dans ce contexte, un.e patient.e envisagé.e comme un.e acteur.rice peut facilement devenir responsable de l'échec de la relation contractuelle, du consentement, entre lui ou elle et son/sa thérapeute. Inversement, une personne qui refuse des soins peut donc être perçue comme étant incapable de consentir en raison de ses troubles, mais redevient apte au consentement lorsqu'elle accepte des soins (147). En troisième et dernier lieu, dans une visée de socialisation, la pathologie mentale aurait maintenant tendance à être pensée sous le chapeau de la catégorie plus large de « handicap ». La notion de handicap redéfinit la pathologie en jumelant le soin à

l'accompagnement dans une approche globale en santé qui vise l'intégration et l'adaptation sociale de l'utilisateur, afin de pallier aux conséquences de sa maladie sur son adaptation aux normes de la vie quotidienne (148). Ainsi, l'ensemble des difficultés sociales, psychologiques et médicales peuvent être placées dans une même catégorie, en fonction de leur caractère relationnel qui mesure le degré de socialisation d'une personne (150). Ehrenberg cible deux enjeux de ce « grand renversement »: 1) il entraîne un élargissement des demandes de soin et d'accompagnement, pour lesquelles il devient plus difficile de séparer le pathologique de la difficulté sociale à l'origine de formes de souffrances psychiques sans psychopathologie ; et 2) il crée une confusion entre les « problèmes psychiatriques » et la « souffrance psychique » en stipulant que toute souffrance mérite attention et en plaçant l'ensemble des problèmes sur un même niveau, ce qui noie les conditions pathologiques sévères au sein des « troubles du mal-être » et du malheur ordinaire (150).

Du côté du « normal », Alain Ehrenberg (2004) considère que la santé mentale, au-delà d'être un simple aspect de la prise en charge, est une « valeur sociale » puisqu'elle incarne la « bonne socialisation » de chaque individu à travers l'exercice de la norme actuelle d'« autonomie ». Son envers, la souffrance psychique, s'avère être pour sa part un aspect central de la désocialisation (2004 : 151). En ce sens, la santé mentale et la souffrance psychique s'articulent autour de la référence normative à l'autonomie. En effet, il argue que l'autonomie serait, depuis les années 1980, la « norme », la « valeur » suprême et la condition des sociétés libérales (151). La « santé mentale » et la « souffrance psychique » sont donc les expressions d'une tension au sein de la normativité de l'autonomie entre l'« émancipation » de l'individu et l'épreuve de la responsabilité individuelle qui conduit à une « insécurité personnelle de masse » (152). De fait, d'un côté, l'émancipation et la libération des mœurs et de l'action débutée au cours des années 1960 a entraîné la valorisation de l'épanouissement personnel, de la réalisation de soi et de l'initiative individuelle ; en bref, l'avènement d'une conception de l'individu comme étant en capacité (et devant être capable) de décider et d'agir sur lui-même et par lui-même (154). Par ailleurs, il écrit : « La figure du sujet en sort largement modifiée : il s'agit désormais d'être semblable à soi-même. » (1998 : 136). De cette façon, puisqu'on considère l'individu comme une « totalité (autonome) »,

son « intériorité » ou sa « subjectivité » devient une préoccupation publique (2004 : 151-2). D'un autre côté, ce sentiment de responsabilité personnelle produit l'expression d'une souffrance psychique intérieure, car les individus se positionnent comme responsables de l'échec (151-2).

À ce sujet, certaines « pathologies » se rapprochent davantage des variations normatives, pensons aux « névroses » dont la diffusion massive s'inscrit dans un contexte historique singulier (contrairement aux « psychoses » dont la distribution est moins importante et plus stable) (Otero, 2005 : 76). Ehrenberg (1998) et Otero (2012) suggèrent que la dépression et les états anxieux seraient des troubles psychiques « normaux » et qu'ils révéleraient les transformations normatives dans les pays occidentaux depuis les années 1980. De fait, Ehrenberg (1998) constate que les changements historiques dans la définition de la dépression coïncident justement avec le passage d'une société au sein de laquelle la vulnérabilité sociale est liée à la discipline, au conflit et à la culpabilité, à une société qui valorise l'autonomie, la responsabilité et l'initiative. Selon ses termes, la personne déprimée est « dominée par un sentiment d'insuffisance », de déficit et d'inaction (1998 : 135). C'est le mal « d'une conscience qui n'est qu'elle-même » (1998 : 280). Ainsi, il la considère comme « l'envers exact de cette étrange passion d'être semblable à soi-même », l'envers, donc, de cette nouvelle norme d'autonomie (1998 : 173). Ainsi, la dépression, expérience bien réelle mais historiquement circonscrite, révélerait « les caractéristiques générales de l'individualité ordinaire collectivement partagée », soit de notre manière sociale de concevoir l'individu aujourd'hui (Otero 2012 : 150). En contexte de normativité de l'autonomie, la santé mentale devient donc ici la réponse à la souffrance en se centrant sur les objectifs d'accomplissement de soi, d'adaptation et de responsabilité individuelle. Marcelo Otero (2005) réfère notamment à la préoccupation populaire pour les déterminants sociaux » des « problèmes de santé mentale » ou de la souffrance psychique, qui cible souvent le « stress environnemental » en lien avec l'incontrôlabilité et l'adaptation (80). En contrepartie, une dimension de la « vulnérabilité psychologique » serait l'incapacité à « faire face » à ce stress environnemental, à le « gérer », à faire preuve d'autonomie et d'initiative ainsi qu'à être « responsable de soi » (81). Il note que les stratégies d'intervention courantes mettent surtout l'accent sur l'aspect social de l'individualité par l'apprentissage ou la réadaptation de « compétences » psychosociales en

fonction « des exigences environnementales » en vigueur, plutôt que de considérer l'individu comme un « sujet parlant avec une histoire singulière », une « singularité subjective » et une « histoire individuelle », dont la souffrance a une signification (84).

De façon générale, les travaux sociologiques d'Alain Ehrenberg (2004; 1998) et de Marcelo Otero (2012; 2005) situent les définitions et les modes de prise en charge des « problèmes de santé mentale », de la « souffrance psychique » et de la « santé mentale » au sein d'un contexte socio-historique et normatif spécifique. La « santé mentale » apparaît donc comme une valeur qui participe de la reconduction de la norme d'autonomie, une « règle de l'individualité contemporaine », permettant de dépasser une définition de sens commun qui la conçoit comme un état ou une composante » de la santé générale (Otero, 2005). De plus, le travail d'Alain Ehrenberg sur les notions de « santé mentale » et de « souffrance psychique » permet d'en éclaircir les points de tension : il s'agit de références centrales au sein des sociétés libérales contemporaines, mais dont les objets sont aussi étendus qu'indéterminés. En effet, la « souffrance psychique » englobe à la fois les conditions psychiatriques, les troubles du mal-être et le développement personnel, ainsi qu'une multiplicité d'acteurs œuvrant dans des champs de pratique divers qui font parfois alliance ou concurrence pour prendre en charge une demande élargie et croissante de demandes.

1.2.3 « Santé mentale » et rapports de pouvoir

Qui est l'« usager.ère », la « personne en difficulté » ou l'« individu autonome » dont traitent Alain Ehrenberg et Marcelo Otero? Les deux sociologues semblent partir du postulat que la normativité de l'autonomie régule tout le monde de la même façon, sans distinction pour la position sociale des individus. Cela dit, la sociologue Joan Busfield (1996) montre que les rapports de genre structurent la construction des catégories diagnostiques, la production des « cas normaux » en psychiatrie et l'identification des cas individuels (Pache, 2018 : 126). Rappelant que la définition du « normal » et du « pathologique » est historiquement et socialement située, la sociologue affirme que la notion actuelle de « santé mentale » réfère ainsi à des normes sexuées de comportements sociaux.

La chercheuse en études critiques de la psychologie Lisa Blackman (2010, 2004) souligne que les travaux de sociologie générale sur la production de la « santé mentale » et l'individualité contemporaine se penchent peu sur les façons dont ces discours et pratiques normatives se croisent avec les rapports de pouvoir, tels que les rapports sociaux de sexe, de classe ou de race (Blackman, 2004 : 233). Elle postule, par exemple, que « l'injonction de comprendre sa vie en tant qu'individu autonome est régie par des concepts, des discours et des contextes argumentatifs plus larges très différents, créant des dilemmes et des conflits très différents pour les hommes et les femmes. » (233). Usant d'un appareillage théorique similaire à celui d'Ehrenberg (2004; 1998) et Marcelo Otero (2012; 2005), mais le jumelant aux études féministes, elle soutient qu'il existe une asymétrie de genre au sein de la « culture contemporaine d'autogestion ». La « culture des magazines » féminins, par exemple, est un site contemporain qui participe de la multiplication de récits et de pratiques d'autogestion psychologique qui encadrent les problèmes de la vie quotidienne des femmes par l'« éthique de la responsabilité », soit la capacité de résolution de problèmes à partir d'un travail sur soi [traduction libre] (2010 : 20). Blackman observe qu'un des discours les plus importants au sein de ces magazines est la valorisation de la « transformation de soi » et de la « réinvention psychologique » pour atteindre le succès, le bonheur et la satisfaction dans ses relations professionnelles et intimes [traduction libre] (23). Au vu de ce discours, elle affirme que « [l]a femme autonome qui ne dépend ou n'a besoin des autres et qui par-dessus tout peut 'croire en elle' constitue l'idéal régulateur » [traduction libre] (2010 : 26). De plus, Blackman inscrit ce discours sur la responsabilité dans une logique intersectionnelle et souligne qu'il concerne tout particulièrement les femmes blanches de carrière, de classe moyenne ou supérieure et hétérosexuelles (2004 : 223). Elle considère que la norme d'autonomie est, pour les femmes de cette position sociale, à la fois un vecteur d'adaptation et d'émancipation : elles subissent de façon accrue l'injonction d'être responsables d'elles-mêmes, mais cette injonction reconnaît également leur privilège et leur capacité d'action et d'affirmation de soi. D'autres femmes, Blackman donne l'exemple de femmes racisées, non-hétérosexuelles ou précarisées, seraient désignées comme « pathologiques » et comme ne détenant pas les capacités psychiques nécessaires pour œuvrer à leur propre transformation (2004 : 223). Pour illustrer cette idée, je mets en dialogue le portrait que font Otero (2012) et Ehrenberg (1998) de la dépression, qu'ils définissent comme l'envers des

règles de l'« individualité contemporaine » et qui utilisent les expressions générales « sujet » ou « personne déprimée ». Plusieurs chercheuses en psychologie féministe critique, ou en sociologie féministe, arguent néanmoins que les femmes sont surreprésentées au sein des statistiques de prévalence de la dépression et critiquent les explications biologiques et psychologiques qui pathologisent leur expérience en ignorant le contexte qui contribue à leur souffrance (violences sexuelle, division sexuelle du travail, etc.) (Ussher, 1991). En revanche, d'autres dénoncent le fait qu'une partie de ces recherches féministes focalisent sur l'expérience des femmes blanche et de classe moyenne ou supérieure et ne n'intègrent pas la façon dont les rapports sociaux de sexe s'imbriquent aux rapports sociaux de classe ou de race (Brooks-Bertram, 1996; Cvetkovich, 2012). Dans son mémoire *Willow Weep for Me* (1999), Meri Nana-Ama Danquah relate son expérience de la dépression en tant que femme noire. Elle revendique le diagnostic de « dépression » et dénonce les obstacles, créés par l'imbrication du racisme, de la pauvreté et du genre, qui font que les médecins perçoivent les femmes noires comme incapables d'être des « êtres émotionnellement complexes » et qui les privent donc d'une prise en charge médicale ou psychologique [traduction libre] (1999 : 21). En effet, contrairement aux maladies dites physiques, l'obtention d'un diagnostic de dépression implique l'expression d'une soi-disant profondeur psychologique par la création d'une mise en récit de soi. La chercheuse en études critiques du handicap Anna Mollow (2006), qui offre une analyse du mémoire de Danquah, conclut que cette autrice complexifie une partie des analyses féministes en soulignant le manque de légitimation de la souffrance et l'inaccessibilité des traitements médicaux pour les femmes noires, plutôt que les risques de la psychiatisation ou de la psychologisation de l'expérience des femmes (68). Certes, les chercheuses féministes montrent que certains diagnostics ont été créés et attribués de manière disproportionnée aux femmes, ou alors que les oppressions liées au genre contribuent au développement de souffrances psychiques pouvant être par la suite pathologisées. Or, toutes les femmes qui ont une souffrance psychique ou une forme de « problème de santé mentale » ne sont pas régulées de la même façon : la souffrance est légitimée quand elle est rattachée à certains corps et dans certains contextes, alors qu'elle est pathologisée, stigmatisée, ou alors invalidée, lorsqu'elle est rattachée à d'autres.

Le précédent portrait des élaborations de la « santé mentale » soulève plusieurs questionnements en lien avec mon matériau de recherche au sujet des points d'appui idéologiques et normatifs qui façonnent les représentations de la « santé mentale » et des « problèmes de santé mentale » dans la série *Au secours de Béatrice*, ainsi que sur la façon dont cette dernière se saisit de ces notions larges. Ces questions me permettront d'éclairer les types de souffrance psychique, de professionnel.le.s de la santé et de savoirs que la série légitime, occulte ou discrédite. Ce faisant, je pourrai analyser la normativité sociale, ainsi que ses formes d'exclusion et d'occultation, de déviance et de thérapie à l'œuvre dans la série *Au secours de Béatrice*. Une recension des écrits sur les représentations de la « folie » dans les médias ou la fiction permet de dégager les logiques d'énonciation propres à la culture populaire, ainsi que les traditions iconographiques, visuelles et littéraires et les méthodologies des chercheur.e.s qui s'intéressent à ces questions.

1.3 « Santé mentale » et représentations culturelles et médiatiques

Depuis le milieu des années 1990, années qui marquent l'essor de la santé publique en matière de « santé mentale », plusieurs acteur.rice.s attribuent un rôle aux œuvres médiatiques et culturelles dans la lutte contre la stigmatisation des « problèmes de santé mentale » et la promotion de la « santé mentale ». Je me pencherai ici sur les principaux débats théoriques au sujet de la nature et du statut des représentations « exactes » et « réalistes » de la santé mentale, ainsi que sur la façon dont les médias de divertissement et les œuvres de fiction s'insèrent au sein de la santé publique en matière de santé mentale.

1.3.1 Approche « anti-stigmatisation » : perspective scientifique dominante

La grille de lecture de type « anti-stigmatisation », qui dénonce les représentations « fausses » ou « stéréotypées » de la maladie mentale dans les médias de masse, est populaire dans les travaux qui s'intéressent aux discours médiatiques sur la santé et la maladie mentale (Klin et Lemish, 2008; Philo et *al.*, 1994 ; Wahl, 1995, 1992).

Les réflexions du chercheur en psychologie Otto Wahl (1995, 1992) sont centrales dans ce champ d'études. Wahl se dévoue à la promotion de la compréhension ou de la « littéracie » en santé mentale et à la réduction des mythes que créeraient les médias et les arts à propos des maladies

mentales (Wahl, 1995, 1992). Il mobilise des savoirs psychiatriques et affirme que les personnes atteintes d'une maladie mentale sont dépeintes d'une manière « négative », « fausse » ou « inexacte » dans tous les médias en étant présentées comme dangereuses, violentes ou effrayantes. Enfin, selon lui, ces représentations favorisent la stigmatisation des maladies mentales, entravent la recherche d'aide et nuisent à l'intégration sociale des personnes qui ont une maladie mentale (Wahl, 1995). À l'inverse, la création de partenariats entre les milieux de la culture et de la santé publique permet de créer des portraits informés, c'est-à-dire « exacts », « vraisemblables », « réalistes » et « positifs » des maladies mentales.

Dans *Media Madness* (1995), Otto Wahl dénonce la persistance et la continuité historique d'images inexactes et stéréotypées de personnes qui souffrent de maladies mentales au sein des médias de masse américains. Il écrit :

Les images de la maladie mentale qui sont présentes dans les médias de masse d'aujourd'hui reflètent des conceptualisations et des représentations des personnes atteintes de maladies mentales qui existent depuis des siècles. Les professionnels créatifs des médias d'aujourd'hui ne font, d'une certaine manière, que perpétuer les représentations traditionnelles du passé. De nombreuses images actuelles sont des répétitions ou des résidus de croyances populaires de longue date. [traduction libre] (Wahl, 1995: 114)

Par exemple, Wahl pointe du doigt la confusion dans la terminologie psychiatrique mobilisée, l'utilisation d'un langage stigmatisant à l'égard des personnes qui ont une maladie mentale, la représentation des maladies mentales comme des conditions chroniques et insurmontables et l'identification de la maladie mentale à la violence et à la criminalité. Il affirme que la mise en scène de la dangerosité des personnes avec des maladies mentales est cohérente avec les images de la « folie bestiale » de la mythologie grecque ou la Bible, alors que les savoirs psychiatriques actuels rejettent cette vision stigmatisante (1995 : 36). Selon la lecture d'Otto Wahl, les anciennes images de la folie sont donc une représentation inexacte de maladies mentales qui existent depuis des siècles : elles ont pris une forme « négative » et stigmatisante car la folie n'était jadis pas reconnue, prise en charge et traitée comme une « maladie mentale », tel que le permet aujourd'hui la psychiatrie (1995 : 36).

Le chercheur en études des médias Simon Cross (2010) argue que cette critique des « fausses » représentations de la maladie mentale et la valorisation des portraits dits « positifs » découlent des politiques massives de « désinstitutionnalisation » et de « communautarisation » des soins en santé mentale mises en œuvre dans plusieurs pays occidentaux depuis les années 1970 (Cross, 2010). Il affirme :

Le passage d'une politique d'asile à une politique de soins de santé mentale communautaires a suscité un intérêt pour le rôle de médiateur des médias de masse dans la promotion de représentations « positives » de la souffrance psychique. Les professionnels de la santé mentale et les militants espèrent qu'une « meilleure » exactitude des images et des représentations de la souffrance psychique dans les médias pourrait finalement conduire à un climat social plus tolérant, dans lequel la stigmatisation des malades mentaux serait réduite. [traduction libre] (Cross, 2010 : 134-5)

Les stéréotypes de la souffrance psychique sont donc une thématique centrale des études en communication menées dans la foulée des politiques de soins communautaires et de l'essor de la santé publique en matière de santé mentale (Cross, 2010 : 135). À cet effet, le chercheur en anthropologie médicale Fernando Vidal (2018) note une recrudescence de l'intérêt pour le « réalisme » des représentations de la maladie mentale, notamment au cinéma, depuis le milieu des années 1990 (134). Selon lui, bien que l'univers *psy* ait toujours été un thème populaire au cinéma, la préoccupation pour l'« exactitude » (« *accuracy* »), un des mots-clés du réalisme, est seulement née au tournant du 21^e siècle. À son avis, malgré une critique vive au sein des sciences humaines et sociales et des études critiques de la communication (Lupton, 1994), le « modèle du déficit d'information » (« *deficit model* » en anglais) demeure l'approche communicationnelle privilégiée des scientifiques et des praticien.ne.s qui analysent la façon dont leur champ de connaissance et de pratique est représenté au cinéma ou à la télévision. Dans les études sur la communication scientifique, ce modèle de déficit d'information se centre sur l'analphabétisme scientifique de la population (« *scientific illiteracy* » en anglais) et sur l'amélioration du transfert d'informations entre les « expert.e.s » et le public. Selon ce modèle, la télévision et le cinéma doivent représenter la « science » de manière « exacte », car la montrer autrement que « ce qu'elle est vraiment », que la « réalité », aurait des conséquences négatives sur son avancement et sur la santé de la population (134).

1.3.2 Critiques de l'approche « anti-stigmatisation »

Simon Cross (2010), Stephen Harper (2008, 2005) et Fernando Vidal (2018) critiquent les postulats, la méthodologie et les conclusions d'Otto Wahl (1995). Ces chercheurs mettent de l'avant la nécessité de tenir compte du contexte sociohistorique dans lequel s'inscrivent les représentations, de la technologie qui les produit et du genre culturel qu'elles adoptent. Simon Cross écrit, pour résumer son argumentaire qui rejoint aussi les conclusions de Stephen Harper et Fernando Vidal :

Afin de suivre les représentations passées, présentes et futures de la souffrance psychique, nous avons besoin d'une approche qui reconnaisse les différentes règles de représentation régissant les diverses productions médiatiques dans différents contextes nationaux et historiques. [traduction libre] (Cross, 2010 : 135)

Leur critique s'articule autour de trois arguments centraux :

- 1) Les définitions et les modes de prise en charge de la « folie » – et ses représentations – ne sont pas universels, objectifs et naturels, mais des processus historiques et politiques ;
- 2) L'analyse doit tenir compte de la technologie et de la forme culturelle qui produisent les images de la « folie »;
- 3) Les chercheur.e.s doivent problématiser et interroger les représentations et discours soi-disant « positifs » ou « exacts » sur la « maladie mentale » et la « santé mentale » que produisent les médias et les œuvres culturelles.

En premier lieu, selon Cross (2010), les changements importants dans l'organisation des soins psychiatriques survenus dans plusieurs pays témoignent de l'importance de penser les représentations de la souffrance psychique de manière historique et politique (135). Cross montre que, bien que les images de la folie paraissent fixes, les « manières de voir » (« *ways of seeing* »), c'est-à-dire de représenter et de percevoir la folie, ne sont pas immuables (2010 : 43). En effet, chaque période historique a sa propre compréhension de ce qu'est la « folie », de la façon dont les personnes « folles » doivent être considérées et du type d'identité représentative que la « folie » doit adopter vis-à-vis de la communauté pour laquelle les images sont signifiantes (2010 : 61). Il nuance la thèse, conventionnelle au sein des études de type anti-stigmatisation, au sujet de la

prétendue uniformité et de continuité des représentations de la « folie ». De plus, Stephen Harper argue que l'évaluation des représentations en fonction de leur conformité ou non-conformité avec des soi-disant « vérités » psychiatriques et psychologiques évacue à la fois les causes sociales de la « folie » (oppression de classe, de genre et de race) et ne questionnent pas les référents théoriques, normatifs et idéologiques des savoirs et pratiques médicaux (2009 : 15).

En second lieu, Vidal (2018) interroge la théorie sur la corrélation entre les « fausses » représentations et la stigmatisation des personnes qui ont une maladie mentale. Il affirme :

Les écrits dans ce domaine affirment toujours que les médias visuels sont les principales sources de connaissances et d'attitudes à l'égard de la maladie mentale. La plupart d'entre eux ne fournissent aucune preuve de cette affirmation et ne se réfèrent pas à des études d'impact, mais supposent un modèle de "transmission" des effets des médias, c'est-à-dire une relation relativement directe entre l'exposition et les attitudes. [traduction libre] (138)

Vidal soutient plutôt que les opinions du public au sujet d'enjeux scientifiques dépendent de nombreux facteurs, et non seulement des représentations (par exemple, les connaissances antérieures, la confiance envers les sources d'informations, les formes de médias, etc.) (138). De plus, Cross (2010) souligne que la construction de la représentation de la folie dépend de la technologie qui la produit et du genre culturel qu'elle adopte (fiction, information, etc.). Il importe donc de distinguer les types d'images de la folie, parmi l'éventail des formes symboliques et des pratiques culturelles qui en produisent. Car selon lui, plusieurs travaux sur les représentations médiatiques amalgament les formes culturelles et concluent à l'uniformité des stéréotypes « négatifs » de la souffrance psychique dans les médias et les arts, omettant les différences significatives qui découlent de la technologie, du genre et de la forme culturelle. Cross distingue les représentations « factuelles » (article de journal, documentaire, etc.) des représentations « fictives » (série télévisée, film, roman, etc.), ainsi que les diverses formes culturelles qui les composent (par ex., parmi les représentations fictives, on trouve des dessins animés pour enfants, des séries dramatiques pour adolescent.e.s, des feuilletons télévisés, etc.) (135-6). Stephen Harper (2005) abonde dans le même sens en décrivant les « généralisations excessives » au sein du travail de Wahl (1995) qui omettent la forme médiatique, les conventions narratives et le mode de discours (463). Selon Harper, les conventions spécifiques à chaque forme culturelle influencent

autant les représentations de la maladie mentale que les attentes et réponses du public à l'égard de ces dernières (464). Par exemple, les courts articles de journaux ne peuvent offrir des explorations aussi complexes des enjeux qu'ils rapportent que les films de fiction (463). Le public aurait également des attentes quant à la « vraisemblance » des représentations au sein des médias qu'il aurait moins vis-à-vis des fictions populaires (464). Les études littéraires et culturelles sur le handicap montrent notamment que la représentation fictive du handicap, de la folie, de la maladie mentale ou d'un diagnostic psychiatrique n'est pas le reflet d'un état naturel dont il faut évaluer la vraisemblance, mais un récit sur le corps et la psyché dont il faut identifier la forme, la rhétorique et la fonction (structure narrative, choix narratifs, conventions textuelles, etc.) (Garland Thomson, 2002; Mitchell et Snyder, 2000). En effet, la représentation du handicap sert souvent une fonction de « prothèse narrative » dans les œuvres de fiction [traduction libre] (Mitchell et Snyder, 2000), surtout lorsqu'elle est rattachée à un.e personnage secondaire qui a une fonction d' « aidant.e à l'intrigue », d' « aidant.e psychologique » pour un.e protagoniste ou d' « aidant.e thématique » [traduction libre] (Donnelly, 2012). De plus, selon Harper (2005), au sein de la forme générale de la fiction, les exigences du genre et de la narration conditionnent le « message » du texte à propos de la maladie mentale. Par exemple, les films sur l'expérience de la maladie mentale ne peuvent reproduire la perspective d'un roman à la première personne et exigent que la souffrance psychologique soit « visibilisée » d'une certaine façon (464). Enfin, toujours selon Harper (2005), les thèses de Wahl (1995) renforcent les jugements conservateurs à propos de la valeur des textes dits populaires. Il met en garde contre le risque d'« homogénéiser » la culture populaire et soutient plutôt que les représentations de la maladie mentale sont polysémiques, pouvant être à la fois stigmatisantes et progressistes (466).

En troisième lieu, à l'inverse du paysage télévisuel et cinématographique « inexact », « négatif » et stigmatisant que dépeint Otto Wahl, Simon Cross (2010) et Stephen Harper (2008, 2005) observent la multiplication récente de discours soi-disant « exacts », « réalistes » et « positifs » de la maladie mentale. Doit-on s'en réjouir ? Contrairement aux partisan.e.s de l'approche anti-stigmatisation, Cross et Harper mettent en cause les nouveaux discours médiatiques dits « exacts » et « positifs ». À leur avis, bien qu'ils ne reproduisent pas les stéréotypes de la dangerosité, de la frayeur ou de

l'altérité des « fous » et « folles », ils participent tout de même à la reproduction de rapports de pouvoir. De fait, l'approche anti-stigmatisation entraînerait des « nouveaux mythes de perfection » [traduction libre] qui se reflètent dans la multiplication de récits (trop) gais et joyeux et l'élimination d'images dites négatives de la folie (Harper, 2005 : 475). Ce phénomène n'est pas sans conséquence : la normalisation d'images « exactes » et donc « positives » produit des récits qui, sous couverts de neutralité et d'objectivité, naturalisent les rapports sociaux (476). À ce sujet, d'autres chercheuses en communication et cultural studies, telles que Davi A. Johnson (2008) et Rebecca Beirne (2019) constatent qu'un nouveau récit populaire au sein des séries télévisées est l'attribution de talents, d'habiletés ou de pouvoirs « positifs » aux protagonistes qui ont un diagnostic de maladie mentale. Dans l'article « *Managing Mr Monk : Control and the Politics of Madness* », Johnson (2008) soutient que l'émission américaine *Monk*, qui met en scène un protagoniste ayant un diagnostic de trouble obsessionnel compulsif, est l'une des premières fictions télévisées à avoir reçu « un accueil très favorable de la critique pour ses représentations positives, exactes et dignes des personnes souffrant de problèmes de santé mentale. » [traduction libre] (2008 : 28). Cette série de fiction présente la folie comme ayant une « valeur éthique » ou « sociale » et donc, comme une facette de l'identité qui doit être tolérée, entretenue et même célébrée (29). Dans le texte « *Extraordinary Minds, Impossible Choices: Mental Health, Special Skills and Television* », Rebecca Beirne (2019) analyse la construction de ces discours « positifs » dans cinq séries télévisées d'enquête récentes (*Sherlock, Homeland, Perception, Hannibal* et *Black Box*). Beirne note que, dans chacune des émissions, les compétences extraordinaires des protagonistes découlent de leur état de santé mentale qui les aide à résoudre des énigmes et à protéger la population du crime, du terrorisme ou des problèmes de santé (2019 : 236). Les habiletés ou « pouvoirs » des protagonistes opèrent donc en relation étroite ou en contraste avec leur maladie mentale (236). Comme Johnson (2008), Beirne conclut que ces images télévisuelles montrent aujourd'hui que la différence est uniquement « positive » lorsque la rhétorique du récit de fiction la présente comme étant productive, bénéfique et utile pour le bien-être collectif (239). En somme, Johnson (2008) et Beirne (2019) montrent que les représentations perçues comme exactes, vraisemblables et positives des personnes qui vivent avec une maladie mentale sont des espaces où la « différence » mentale, psychologique et émotionnelle est seulement acceptée lorsqu'elle

résulte en des compétences extraordinaires et des sacrifices ou actes altruistes qui bénéficient à la société (239). De plus, Harper (2008) souligne que les représentations populaires mettent souvent en scène des conditions psychiatriques dites mineures plutôt que des pathologies psychiatriques graves et un cheminement linéaire de la souffrance vers la guérison, le rétablissement et la reprise d'autonomie. En lien avec cette question, les chercheur.e.s en études littéraires du handicap Elizabeth Donaldson (2005) et David T. Mitchell et Sharon L. Snyder (2000) notent, à partir du cas du film *One Flew Over Cuckoo's Nest*, que les représentations soi-disant positives banalisent, dénigrent ou excluent l'expérience de personnages qui ont une maladie mentale « grave ». Par exemple, le film distingue deux catégories de patient.e.s : les patient.e.s en thérapie qui souffrent de maux produits par la société et les « vrai.e.s » patient.e.s psychiatriques qui ne relèvent pas du domaine du discours, de la sympathie et de la rédemption. Enfin, derrière cette neutralité apparente, les discours positifs invisibilisent les rapports sociaux qui structurent le champ de la « santé mentale », notamment de sexe et de race. Par exemple, Harper (2005, 2008) affirme que plusieurs films biographiques qui représentent de façon dite réaliste la maladie mentale ou la souffrance psychique renforcent une binarité de genre. De fait, les avec des protagonistes masculins (par exemple, *Shine*, *A Beautiful Mind*, *Pollock*, *Walk the Line*) présentent des combats psychologiques et intérieurs héroïques qui culminent en une illumination, alors que les films avec des protagonistes féminins qui ont une souffrance psychologique (*Sylvia*, *Iris*, *The Hours*) offrent une vision tragique et sombre qui se termine souvent avec la mort de la personnage principale. Harper (2008) observe que les personnes racisées sont rarement représentées dans les séries télévisées « réalistes » ou « positives » sur la maladie mentale, concluant ainsi que seule la souffrance de certains corps et psychés est légitimée.

Ces travaux sont donc à contre-courant de l'approche scientifique dominante qui évalue, sur la base de savoirs psychiatriques, l'« exactitude » et statue du caractère « positif » ou « négatif » des représentations de l'univers de la santé mentale. Leurs auteur.rice.s montrent que les images de la « folie » doivent plutôt être définies comme des faits conditionnés par leur contexte sociohistorique, leur forme médiatique et les rapports sociaux, et non comme des « réflexions »

ou des « déformations de vérités intemporelles sur la maladie mentale » [traduction libre] (Harper, 2005 : 477).

1.4 Pallier l'évaluation du « réalisme » et de l'« exactitude » : approche des cultural studies

Afin de m'éloigner de l'approche de type anti-stigmatisation, je mobilise le concept de « représentation » développé par plusieurs chercheur.e.s en cultural studies qui envisage la culture comme un lieu de tensions et problématise la notion de « réalisme » (Boisvert, 2017b; Hall, 2007 ; Macé, 2001, 2000).

1.4.1 Critique des « représentations-reflets » et déconstruction du « réalisme »

Dans la section précédente du chapitre, j'ai montré que des travaux en études des médias de type « anti-stigmatisation » évaluent les représentations de la « maladie mentale » comme étant fidèles, ou non, à une soi-disant « réalité » de l'univers de la santé ou de la maladie mentale (Wahl, 1992, 1995). Cette grille de lecture et ce critère d'appréciation semblent s'inscrire dans ce que la chercheuse en études des médias Stéfany Boisvert nomme l'« approche mimétique » ou « réflexive » (2017b : 40). Cette approche populaire et tenace dans les études télévisuelles envisage les représentations comme étant révélatrices (le « miroir » ou le « reflet) du monde réel ou de la réalité sociale (2017b : 40). Boisvert explique que cette démarche appréhende les discours médiatiques en tant qu'éléments extérieurs à la « réalité » pour ensuite en évaluer la « fidélité » et l'« objectivité » (2017b : 38-39). Ce type d'analyse postule ainsi que la télévision réfère à la « réalité » et en est donc le « miroir », mais qu'elle la modifie ou la « déforme » par le recours à l'idéalisation, à des absences ou à des stéréotypes (2017b : 40). Or, dans la foulée des travaux de plusieurs chercheur.e.s qui s'inscrivent au sein des cultural studies, tels que ceux de Stuart Hall, Éric Macé et Éric Maigret, Boisvert s'oppose à ce mode de lecture de la « représentation-reflet » (Boisvert, 2017b : 31). L'autrice argue que ce désir de « mimésis » présuppose que la réalité est « évidente, objective et consensuelle » et qu'il n'existe qu'« un seul univers de discours » ou un « monisme ontologique » (Boisvert, 2017b : 41). En réponse à cette critique qui fait écho à l'analyse que font Simon Cross et Stephen Harper de l'analyse de type « anti-stigmatisation », je défends à la manière de Boisvert (2017b) l'adoption, d'une part, d'une approche

socioconstructiviste de la réalité qui soit intrinsèquement liée à la communication, et d'autre part, d'une conception constructiviste des représentations qui ont une fonction centrale dans la formation de ladite réalité sociale (44). Car, comme je l'ai présenté dans la mise en contexte sociohistorique et la revue des élaborations sociologiques, anthropologiques et féministes, la « santé mentale » n'est pas une réalité neutre, universelle ou objective, mais une notion et un espace politique qui s'inscrivent dans une histoire et qui sont régis par des normes et des rapports de pouvoir. La notion de « représentation », telle qu'elle a été développée initialement par Stuart Hall (2007) et qui est aujourd'hui au cœur des *Cultural Studies*, s'oppose à l'approche mimétique ou réflexive :

Or la notion de représentation est très différente de celle de reflet. Elle implique un travail actif de sélection, de présentation, de structuration et de façonnage ; elle ne consiste pas qu'à transmettre un sens préexistant, mais œuvre activement à faire en sorte que *les choses aient un sens*. C'est une pratique, une production, une signification, ce qui fut plus tard défini comme « une pratique signifiante ». (Hall, 2007 : 139).

Par « pratique signifiante », Boisvert explique que Hall (2007) envisage les représentations comme une « construction de sens » et des « interprétations de la réalité vécue » (2017b : 45). Si l'on se fie à Hall (2007), l'« illusion naturaliste » ou l'« effet de réalisme », soit la fidélité apparente de la représentation à l'élément qui est représenté, est le résultat d'une « pratique discursive », d'un processus de montage, liaison et de façonnage de discours qui crée une narration cohérente et signifiante (153). En ce sens, Boisvert considère que le « réalisme » est un mode de discours idéologique du réel qui s'est généralisé et naturalisé et qui représente une convention, « nos modes socialement corroborés d'interprétation et de mise en forme signifiante du réel » (2017b : 47). Cette réflexion est d'autant plus pertinente compte tenu de mon matériau de recherche, les séries télévisées. En effet, Boisvert (2017b) note que la télévision, en tant que forme médiatique « populaire » et « domestique », mobilise de façon accrue ce mode de discours pour créer les programmes fictionnels, ainsi que pour en faire la promotion. Par ailleurs, elle juge que le « réalisme » est l'un des critères les plus utilisés pour juger de la qualité des productions télévisuelles (2017b : 47).

1.4.2 Alternative au « réalisme » : analyse des « rapports sociaux médiatisés »

Plutôt que d'envisager les représentations de la « santé mentale » et de la « maladie mentale » dans *Au secours de Béatrice* avec l'approche mimétique, je m'inspire également de l'approche épistémologique que développe Stéfany Boisvert (2017b) à partir de la thèse du sociologue et chercheur en Cultural studies Éric Macé (2006, 2001, 2000). Macé considère les représentations comme un lieu politique et éthique polysémique de médiatisation de normes et de conflits sociaux qui contribuent à la création de ladite « réalité » sociale (Macé 2006, 2001, 2000). Il définit la sociologie de la télévision comme une « sociologie de la configuration de rapports sociaux médiatisés » et défend la thèse suivante :

La médiation de la télévision de masse ne reflète ni le monde « tel qu'il est » ni l'idéologie des groupes sociaux dominants, mais les ambivalences et les compromis produits par le *conflit des représentations* qui oppose dans *l'espace public* des acteurs inscrits dans des rapports sociaux de pouvoir et de domination. (2000 : 248)

Selon lui, dans l'espace public et l'espace médiatique, les acteur.rice.s sociaux.ales, culturel.le.s et politiques sont en conflit de « construction » et de « déplacement » de définition de la « réalité sociale » (dans le cas qui m'intéresse, de la « santé mentale ») (2000 : 248). Ce « conflit des représentations » est un « processus conflictuel et continu de configuration sociale et narrative de la réalité sociale. » (2000 : 282). Les récits télévisés de la « réalité sociale » en sont la médiatisation et construisent, en fonction de leur mode d'énonciation spécifique, des « mondes sociaux » (2000 : 248). Macé (2001) propose ainsi d'analyser le prolongement des rapports sociaux dans les représentations télévisuelles en portant attention à trois dispositifs : 1) la présence de points de vue explicites qui renvoient aux rapports sociaux de pouvoir (par exemple, ce qui est dit) ; 2) l'invisibilisation des cadres d'interprétation, nécessairement partiels et construits, créant une illusion d'objectivité, de transparence ou de vérité (par exemple, ce qui cadre ce qui est dit, les éléments de focalisation); et 3) l'« annihilation symbolique », c'est-à-dire ce que les représentations ne montrent pas ou excluent (Macé, 2001 : 233). Au regard de la contextualisation sociohistorique et des élaborations sociologiques, anthropologiques et féministes de la « santé mentale », cette conception de la médiation télévisuelle permet de rendre compte des constructions et déplacements théoriques, idéologiques et historiques dans les définitions de la

« folie », des conflits, luttes et points de tension entre les acteur.rice.s de sa prise en charge (gouvernements, médecins, psychologues, psychiatres, travailleur.euse.s sociaux.ales, médias, etc.), ainsi que des rapports de pouvoir qui les structurent.

En faisant mention des « ambivalences » et des « compromis », Macé met en évidence les tensions qui traversent non seulement le contexte social et politique, mais aussi les discours d'un même objet télévisuel : les représentations ont un caractère polysémique et peuvent être à la fois des lieux qui reproduisent, négocient et critiquent les idéologies dominantes. Par exemple, la série *Au secours de Béatrice* compte quatre saisons, totalise plus de 80 épisodes, inclut une dizaine de personnages principaux et secondaires et a été reçue comme une production sensible, humaine et « de qualité » par le public et la critique. Je suppose ainsi, ou du mieux je garde en tête, que cette série de fiction peut offrir un portrait complexe des questions liées à la « santé mentale ». Cette conceptualisation de la notion de « représentation » problématise le soi-disant « réalisme » de la série *Au secours de Béatrice* comme un « mode de discours » qui participe à la (re)production de normes et de rapports sociaux en lien avec la santé mentale, ainsi que de leur critique ou leur reconfiguration.

1.5 Articuler femmes, féminismes, « folie » et fiction

En s'intéressant aux rapports de pouvoir qui structurent les représentations et la « santé mentale », je ne peux passer outre le fait qu'*Au secours de Béatrice*, en plus d'être une série de fiction pédagogique sur la « santé mentale », est un drame centré sur une protagoniste féminine qui fait l'expérience d'une souffrance psychique. La série s'inscrit dans une tradition historique de représentation de la « folie féminine » dans les œuvres de fiction. Je brosse ici le portrait des principaux débats théoriques féministes sur les représentations de la « folie » des femmes dans les œuvres de fiction, analyses qui interrogent surtout la fonction de la figure fictive de la « femme folle ».

Les œuvres littéraires de femmes écrivaines engendrent plusieurs réflexions au sein des études littéraires, à partir des années 1970, quant au caractère féministe de la figure de la « femme folle »

dans les œuvres de fiction. Le personnage de Bertha Antoinetta Mason², par exemple, la femme folle du roman *Jane Eyre* de Charlotte Brontë publié en 1847 en Angleterre, a fait (et fait toujours) l'objet de nombreuses analyses féministes. Durant les années 1970, la « femme folle » devient une métaphore de la « rébellion » des femmes contre les restrictions de l'autorité patriarcale au sein des premières analyses littéraires féministes occidentales. Cette lecture s'inscrit dans un contexte socio-politique marqué par l'essor de nombreuses critiques des institutions et des pratiques psychiatriques. Des travaux de féministes américaines montrent que la psychiatrie « pathologise » injustement les femmes (Chesler, 1972 ; Showalter, 1987). Certains théoriciens de l'antipsychiatrie affirment que la maladie mentale est un « mythe » (Szaz, 1974). Le « devenir folle » devient donc en partie un acte de résistance et une réponse à la répression et ce, afin de s'opposer aux théories et pratiques psychiatriques qui naturalisent et essentialisent la « folie » chez les femmes. Par exemple, Sandra Gilbert et Susan Gubar (1978) considèrent que Bertha Antoinetta Mason est une femme rebelle qui subvertit la construction culturelle de la féminité. À la lumière de leur analyse, le personnage de Bertha serait le « double » de l'autrice Charlotte Brontë, un reflet de son anxiété et de sa rage à l'égard du patriarcat. Cette hypothèse popularise la lecture, des années 1980 à aujourd'hui, de la figure de la « femme folle » comme métaphore du discours subversif des femmes et du potentiel libérateur du langage. En effet, la folie serait synonyme de colère et de contestation. De fait, outre le texte de Gilbert et Gubar, plusieurs œuvres plus contemporaines présentent la folie des femmes comme un acte de transgression (*David et Lisa* (2003), *Girl Interrupted* (1999) et *Gothika* (2003)).

En revanche, plusieurs travaux en théorie littéraire féministe subséquents interrogent la valeur et fonction de la folie comme métaphore de la résistance féministe (Caminero-Santangelo, 1998 ; Donaldson, 2011, 2002). Marta Caminero-Santangelo (1998) affirme plutôt que les figures de la « folie féminine », au sein des œuvres d'écrivaines publiées à la suite de la Deuxième Guerre

²Bertha Antoinetta Mason est un personnage de fiction des romans *Jane Eyre* de Charlotte Brontë (1847) et *La Prisonnière des Sargasses* de Jean Rhys (1966). Dans *Jane Eyre*, elle est la première épouse d'Edward Rochester, avant que ce dernier n'épouse Jane. Dans *La Prisonnière des Sargasses*, Jean Rhys prétend relater la perception d'« Antoinette », le pseudonyme de Bertha, de cette histoire.

mondiale, témoignent plutôt de l'incapacité à créer du sens, c'est-à-dire à produire des représentations pouvant être reconnues comme significatives au sein de la société (11). Ultimement, selon l'interprétation de Caminero-Santangelo, la représentation de la folie est caractérisée par un silence qui n'offre aucun espoir d'agentivité, puisque cette dernière se manifeste selon elle dans la prise de parole et la participation à l'ordre symbolique (3). De plus, Caminero-Santangelo considère que la célébration féministe de la folie comme métaphore de l'échappatoire aux constructions sociales qui oppriment les femmes (« famille nucléaire », etc.) s'ancre souvent dans un cadre de référence de la classe moyenne blanche. En outre, les femmes « folles » qui occupent une position sociale privilégiée seraient plus susceptibles d'être représentées comme ayant un pouvoir transgressif, alors que les femmes marginalisées sont souvent stigmatisées (1998 : 32). De manière similaire, la chercheuse en études littéraires féministes du handicap Elizabeth Donaldson (2011, 2002) rejette la « romantisation » ou la « glamourisation » de la lecture féministe et antipsychiatrique conventionnelle de la folie comme acte de transgression. Elle reconnaît le legs des critiques de la psychiatrie et de la psychologie, à l'aune de la « désinstitutionalisation » et du mouvement pour les droits des patient.e.s qui ont transformé le système de soins en santé mentale (2011 : 94). En revanche, selon Donaldson, la thèse de la folie comme métaphore de la rébellion néglige les idées sur la « corporéité » ou l'incorporation de l'expérience de la « folie » qui structurent les œuvres de fiction (2011 : 103). C'est justement ce qu'elle met en pratique en offrant une relecture du personnage de Bertha Mason et une façon alternative de conceptualiser la « folie » au sein de l'ensemble du roman *Jane Eyre*. Ainsi, plutôt qu'un avatar féministe, le personnage de Bertha Mason s'inscrit dans le « récit structurant de la physiognomonie » et de la phrénologie qui traverse l'œuvre de Brontë [traduction libre] (Donaldson, 2011 : 96). Contrairement à la lecture de Gilbert et Gubar qui fait l'élection de l'analyse de la composante physiologique et qui suggère que la folie de Bertha est un pur produit social, c'est-à-dire une réponse à l'autorité patriarcale de son mari, Donaldson souligne les fondements physiques, le caractère congénital et chronique et l'héritage matrilineaire du handicap dans le roman (99). Donaldson met également en lumière les différences de genre entre les manifestations de la folie de Bertha et de son mari Rochester. En effet, aux yeux d'un lectorat victorien, la folie de Bertha serait interprétée comme un exemple de « folie furieuse » (Gilman,

1982 : 17-19), qui justifierait la contrainte physique par sa séquestration (106). En comparaison, la folie de Rochester à la suite de la mort de Bertha serait, pour sa part, le fruit d'une coïncidence, d'un hasard et serait guérissable (109). Devenant aveugle et infirme, il serait reconnu comme une figure de la « folie mélancolique » (106). Ainsi, selon Donaldson, bien que Bertha Mason soit un personnage fictif, le système de phrénologie et de physiognomonie auquel participe *Jane Eyre* contribue à la construction des « corps fous » au 19^e siècle (110). Donaldson argue que les études féministes du handicap doivent analyser les « tropes scientifiques du corps fou » [traduction libre] (2002 : 110-111).

Malgré cette tradition littéraire féministe, les travaux féministes sur les représentations de la « maladie mentale » ou de la « santé mentale » dans les œuvres culturelles récentes sont plus rares. Quelques analyses en études féministes des médias, qui portent sur les représentations de la « folie » ou de la « maladie mentale », inscrivent les séries télévisées dans le contexte d'une culture néolibérale et « post-féministe » (et de sa critique) (Dobson et Kanai, 2019 ; Herson, 2016). Au sein des études féministes des médias, le concept de culture (ou sensibilité) « post-féministe » est populaire, d'une part, pour articuler la relation entre les discours féministes, psychologiques et médiatiques et la « subjectivité néolibérale » (Rutherford, 2018). D'autre part, il est souvent utilisé pour interroger la multiplication de protagonistes féminins et de visées « féministes » au sein des séries télévisées destinées aux femmes. Dans son sens le plus large, le post-féminisme est défini comme « un ensemble d'idéologies, de stratégies et de pratiques qui rassemblent les discours féministes libéraux tels que la liberté, le choix et l'indépendance » que véhiculent de nombreux produits médiatiques destinés aux femmes pour leur permettre de naviguer les structures méritocratiques néolibérales (Banet-Weiser, 2018 : 153). Rosalind Gill (2017, 2007) suggère que les objets culturels post-féministes (œuvres de fiction, ouvrages de psychologie populaire, talk-shows, magazines féminins) valorisent l'individualisme, la notion de « choix », l'autosurveillance, l'autodiscipline et un « paradigme du *makeover* » [traduction libre]. En effet, ces objets présentent majoritairement les femmes comme des agentes autonomes dont les actions sont « choisies librement » et qui ne sont plus « contraintes par des inégalités ou des rapports de pouvoir » [traduction libre] (Gill, 2007 : 153). De plus, les discours post-féministes intensifient et élargissent

les exigences d'autosurveillance sur de nouvelles sphères de la vie et de la conduite intime des femmes. Ils focalisent sur l'exigence néolibérale de se transformer et de se remodeler « intérieurement » [traduction libre] (Gill, 2007 ; Riley, Evans et Robson, 2017, 2018). Enfin, le « paradigme du makeover » traduit l'idée que les femmes sont construites comme étant simultanément imparfaites et capables de se transformer en une forme de perfection post-féministe (Riley, Evans et Robson, 2018). Selon Gill, le post-féminisme a aujourd'hui une dimension psychique et affective accrue, étant de plus en plus axé sur les « bonnes » dispositions émotionnelles et psychologiques pour survivre en contexte néolibéral (l'estime de soi, la résilience et la confiance en soi) (Gill, 2017 : 618). En revanche, Catherine McDermott note l'émergence d'un nouveau genre culturel au sein des séries télévisées et des films populaires : la représentation de l'insatisfaction des personnages féminins à l'endroit des normes sociales et des scripts post-féministes. En outre, McDermott affirme que plusieurs œuvres culturelles mettent en lumière les ambiguïtés et les contradictions des modes de vie post-féministes en montrant la « disparité entre la promesse post-féministe d'épanouissement personnel et professionnel et la réalité vécue » [traduction libre] (2017 : 51). En ce qui a trait à l'analyse des séries télévisées, les réflexions de McDermott rendent compte des manières « complexes » et souvent « contradictoires » par lesquelles les productions culturelles répondent aux normes post-féministes [traduction libre] (2018 : 62).

Kellie Herson (2018) s'inscrit au sein des études critiques du handicap et étudie les récits de fiction télévisés de femmes blanches hétérosexuelles qui vivent avec une maladie mentale ou qui peinent à préserver leur santé mentale en raison des structures de pouvoir néolibérales de leur milieu de travail. À partir d'une analyse des séries télévisées américaines *Enlightened* (2011-2013) et *Homeland* (2011-2020), Herson argue ce trope a pour « fonction » de critiquer la culture médiatique post-féministe et, conjointement, le système néo-libéral. Au sein des deux séries, la « maladie mentale » est présentée comme une conséquence logique de l'interaction entre les deux protagonistes féminins, Amy Jellicoe et Carrie Mathison, et les structures néolibérales. Mais elle sert aussi de site de résistance : leur maladie mentale, soit la « dépression » pour Amy et le « trouble bipolaire » pour Carrie, est essentielle à leurs comportements subversifs au sein de leur

milieu professionnel. En revanche, selon Herson (2016), ces deux séries télévisées ne « romantisent » pas pour autant le pouvoir productif de la « folie », car elles font état des origines génétiques et neurochimiques ainsi que de la réalité quotidienne de l'expérience d'une maladie mentale. Les idées de Kelly Herson rejoignent les conclusions d'Amy Shields Dobson et d'Akane Kanai (2019) qui, à partir des théories féministes de l'affect, observent que plusieurs séries télévisées américaines écrites par et à propos de femmes et diffusées après la crise économique de 2008 mettent en scène la « dissonance affective » des jeunes femmes envers leurs idéaux post-féministes d'empowerment individuel, soit leurs insécurités, anxiétés, frustrations et ambivalences (772). Cela dit, à la lumière des analyses de la relation entre le post-féminisme et la psychologie, Dobson et Kanai (2019) questionnent le pouvoir transgressif de ces représentations et soutiennent qu'elles peuvent, au contraire, participer à la (re)production de « troubles post-féministes », notamment la dépression ou l'anxiété, qui font déjà partie intégrante d'une certaine féminité « normale » (2009). Enfin, à la lumière de son analyse, Herson (2016, 2018) rappelle que seuls les corps féminins les plus normatifs ont l'opportunité de résistance par leur « maladie mentale » : ici, les femmes de carrière blanches et hétérosexuelles.

1.6 Questions de recherche

Cet état de la question, cette mise en contexte et ces ancrages théoriques mettent en perspective le discours médiatique québécois actuel de type anti-stigmatisation qui célèbrent les nouvelles séries télévisées aux visées pédagogiques et leurs représentations dites « exactes », « réalistes » et « positives » de l'univers de la santé mentale.

D'une part, ce chapitre théorique invite à tenir compte du caractère politique des représentations dites « réalistes » de la santé mentale et la maladie mentale, en les inscrivant dans un contexte sociohistorique qui est structuré par des rapports sociaux, notamment de genre, des normes et des valeurs. D'autre part, il souligne l'importance de tenir compte de la forme et du genre culturel et médiatique qui produit ces représentations, ainsi que de ces modes d'énonciation et affirme qu'elles ne reflètent pas le réel, mais participent activement à la construction de la réalité sociale.

Je formule donc la question générale suivante : Au Québec, dans un contexte de prévention, promotion et pro-action en matière de santé mentale, comment la série télévisée à visée pédagogique et empathique *Au secours de Béatrice* construit-elle les représentations de l'univers de la santé mentale et de la maladie mentale ?

Pour tenir compte à la fois des composantes formelles et thématiques de cette fiction télévisuelle, l'interrogation principale vise à répondre aux questions spécifiques suivantes : 1) Comment fonctionnent ces discours ? Autrement dit, quelles formes et fonctions narratives prennent la « santé mentale » et les « problèmes de santé mentale » dans *Au secours de Béatrice* ? 2) Que véhiculent ces discours ? Quels sont les points d'appui idéologiques, normatifs et théoriques sur lesquels se fondent les définitions de la santé mentale et de la maladie mentale dans *Au secours de Béatrice* ?

CHAPITRE 2

UNIVERS NARRATIF DE LA SANTÉ MENTALE DANS AU SECOURS DE BÉATRICE

Dans ce chapitre, j'étudie les caractéristiques formelles de l'univers de la santé et de la maladie d'*Au secours de Béatrice*, afin de relever les choix narratifs qui façonnent sa mise en scène de la souffrance psychique, de la « maladie mentale » et des diagnostics psychiatriques, ainsi que leur effet sur la construction et la caractérisation des personnages de la série télévisée. Pour ce faire, j'emploie les outils narratologiques de Gérard Genette (1972) et le concept de « prothèse narrative » (Mitchell et Snyder, 2000) ainsi que sa mobilisation pour analyser les représentations de personnages « fous » ou « folles » dans les œuvres de fiction littéraires (Donnelly, 2012).

Je mets d'abord en évidence que la mise en scène de la psychothérapie sert une fonction narrative. Ensuite, j'analyse son effet sur la construction du système de personnages de l'œuvre et postule qu'elle entraîne une asymétrie entre la souffrance psychique de Béatrice, qui est le sujet de l'histoire, et le diagnostic psychiatrique ou la maladie mentale des personnages secondaires, qui sont plutôt des objets qui aident à l'intrigue, au développement de la psychologie de la protagoniste ou à la thématique de l'émission. Enfin, au regard des écrits sur la question (Chapitre I), j'analyse ce que nous *dit* de façon plus générale cette structure narrative sur les rapports de pouvoir qui structurent les discours et représentations de la souffrance psychique, de la maladie mentale et de la « folie ».

La démarche du présent chapitre s'inscrit dans une volonté de prendre au sérieux le genre du récit de fiction dans l'analyse, qui est composé d'une histoire, d'une narration, d'un récit et des personnages, à savoir la façon dont la forme de la série télévisée de fiction influence les mises en scène de l'univers de la santé mentale.

2.1 Écosystème d’Au secours de Béatrice : lieux, personnages et relations

Les deux tableaux suivants (2.1 et 2.2) brossent un portrait des principaux lieux et personnages que je mentionne dans l’analyse narratologique (chapitre 2) et l’analyse thématique (chapitre 3).

Tableau 2.1 Lieux de la série Au secours de Béatrice mentionnés dans l’analyse

Lieux
Hôpital St-Hippolyte (urgence, bureaux des services sociaux et stationnement)
Immeuble de Béatrice (intérieur de l’appartement de Béatrice et piscine de l’immeuble)
Bureau du psychologue

Tableau 2.2 Personnages principaux et secondaires de la série mentionnés dans l’analyse

Prénom et nom	Caractéristiques
Béatrice Clément	Protagoniste et narratrice Urgentologue et co-directrice de l’urgence de l’hôpital St-Hyppolite
Benoît Richard	Personnage principal Travailleur social à l’hôpital St-Hyppolite Ex-mari, ami et colocataire de Béatrice Clément (saisons 1-3) Conjoint de Béatrice et père adoptif de Zacharie (saisons 3-4)
Christophe Clément	Personnage principal Père de Béatrice Clément, Jean Clément et Océane Clément Ex-mari de feu Édith Clément Mari d’Isabelle Chartier
Zacharie	Voisin de Béatrice Clément Ami de Béatrice Clément, Benoît Richard et Océane Clément Fils adoptif de Béatrice Clément et Benoît Richard (saison 4)
Océane Clément	Personnage secondaire Demi-sœur de Béatrice Clément Fille de Christophe Clément et Isabelle Chartier
Édith Clément	Feu mère de Béatrice et Jean Clément Feu ex-épouse de Christophe Clément
Jean Clément	Feu petit frère de Béatrice Clément Feu fils de Christophe et feu Édith Clément
Éléonore	Personnage mineur Fille du psychologue Monsieur P
Brigitte	Personnage mineur Ancienne fréquentation amoureuse de Benoît Richard
François Bélanger	Personnage secondaire Ami d’enfance de Béatrice et feu Jean Clément

2.2 Choix narratifs: variation entre récit principal et récit existentiel de Béatrice

L'intrigue principale d'*Au secours de Béatrice* compte deux niveaux narratifs : le récit premier ou principal de la série et le récit second, que je nomme le récit existentiel de Béatrice. Le récit général de l'intrigue est celui au sein duquel évoluent l'ensemble des personnages, dont Béatrice. Le récit second, le récit existentiel, se déploie dans le cadre de la représentation de la thérapie et Béatrice en est la narratrice et Monsieur P le narrataire (ou le « narrataire intradiégétique »). En effet, l'ensemble des épisodes de la série prennent la forme suivante : ils débutent dans le bureau du psychologue Monsieur P, où Béatrice introduit un événement qui s'est déroulé au courant de la semaine, puis il y a un changement d'instance narrative et de scène pour représenter la situation qu'elle raconte. Il y a ensuite un retour au bureau du psychologue, où Béatrice partage ses réflexions ou ses impressions par rapport à cet événement et où Monsieur P commente le récit en lui posant des questions, faisant des liens entre ses réactions et ce qu'il connaît de sa cliente ou alors en formulant une réponse ou un conseil.

Cette variation des niveaux narratifs entraîne différents effets de lecture. Grâce à la mise en scène de la psychothérapie, les scénaristes de la série positionnent Béatrice comme narratrice d'un récit au sein de l'intrigue principale, ou du récit principal, de la série où la voix narrative paraît absente. La voix narrative du récit premier/principal est imperceptible aux yeux des téléspectateur.rice.s (ou « voix narrative hétérodiégétique »), n'intervient pas dans son récit en entretenant une grande distance narrative et agit tel l'œil de la caméra. Elle suit, de l'extérieur, les faits et gestes des personnages et ne peut deviner leurs pensées (ou « focalisation externe »). Cet œil de la caméra raconte une fois ce qui s'est passé à une seule reprise (« mode singulatif »), au moment même où l'histoire se produit (« narration simultanée »), au moyen du mouvement narratif de la scène qui est caractéristique de la fiction télévisuelle. Ces techniques créent une instance narrative imperceptible, impersonnelle et distante et place le public dans une position d'observation d'un univers qui ne semble filtré par aucune conscience, médiation ou narration apparente. Le public ne peut donc connaître l'histoire personnelle, la perspective ou la vie intérieure des personnages autrement que par l'entremise des dialogues, ou alors, comme je le montrerai ci-après, à travers le point de vue et l'interprétation de Béatrice.

En contrepartie, le récit existentiel de Béatrice adopte une focalisation interne. Le personnage narre à partir de son point de vue et de sa perspective et les narrataires de son récit, le psychologue et le public, ont accès à l'information à travers sa parole. De plus, l'héroïne-narratrice ne fait pas que raconter une histoire quelconque à Monsieur P : elle ne maintient pas de distance entre sa narration et son histoire. En effet, Béatrice intervient dans son récit en racontant à son psychologue un passé rapproché ou lointain, tout en insérant ses réflexions, impressions ou émotions durant la séance de thérapie (ou « narration intercalée »). La mise en scène de la psychothérapie facilite et légitime également l'emploi de techniques qui font varier l'ordre du récit, la vitesse narrative et la fréquence événementielle. Dans son récit existentiel, la protagoniste met en discours ses souvenirs et son histoire personnelle en ayant couramment recours à l'analepse (ou retour en arrière, *flash-back*) (Genette, 1972). La technique de l'analepse crée une intrigue captivante et complexe autour de l'héroïne en éclairant la suite d'événements passés qui l'ont menée à entamer une thérapie et développant sa profondeur ou son épaisseur psychologique. De plus, le récit existentiel de Béatrice octroie une place centrale à la pause commentative. En outre, Béatrice interrompt et suspend régulièrement l'histoire événementielle, s'attarde sur des faits particuliers qui l'affectent et en offre un commentaire, une impression ou une réflexion. Le récit existentiel inclut enfin la répétition. Béatrice revient à plusieurs reprises sur des événements de son histoire personnelle qui ne se sont déroulés qu'une seule fois (par exemple, la mort de son petit frère Jean lorsqu'elle avait 11 ans).

2.3 Mise en scène de la psychothérapie : stratégie narrative du petit écran

Le cadre de la psychothérapie et le personnage du psychologue sont des procédés narratifs qui forment, façonnent, structurent, bref permettent aux scénaristes de construire le récit de cette série feuilletonesque hebdomadaire. Ce faisant, contrairement aux propos des journalistes au sujet de l'émission, je suppose que la mise en scène de la psychothérapie est un outil narratif efficace et qu'elle ne sert pas seulement un objectif pédagogique de sensibilisation et de démythification du métier de psychologue.

D'un côté, le rythme de la psychothérapie, souvent hebdomadaire et sur un temps long, sied parfaitement celui d'une série télévisée feuilletonesque ou d'un téléroman, qui met en scène une

histoire qui s'étale sur au moins une saison complète d'épisodes (hebdomadaires, dans le cas d'*Au secours de Béatrice*). D'un autre côté, la mise en scène de la psychothérapie résout une contrainte de la forme culturelle de la série télévisée en offrant l'espace narratif propice à l'inclusion d'une voix narrative autodiégétique à focalisation interne constante qui s'implique et intervient dans le récit en partageant son rapport affectif à l'histoire qu'elle raconte et en ayant recours à l'analepse. De cette façon, la mise en scène de la psychothérapie permet de résoudre une contrainte narrative des séries télévisées qui, au-delà de la représentation des gestes et propos verbaux, peuvent difficilement mettre en discours les émotions, impressions et réflexions des personnages, ainsi que leurs souvenirs et leur histoire personnelle.

Le personnage du psychologue exerce une double fonction de médiation : 1) entre la souffrance de Béatrice et sa reconnaissance par le public, et 2) entre les intentions des scénaristes et l'interprétation du public. En outre, le personnage de Monsieur P se situe au sein du récit premier de l'émission et est l'auditeur à qui s'adresse Béatrice, lors de ses séances de thérapie, au sein de l'univers de l'émission (ou « narrataire intradiégétique »). En tant que narrataire du récit de l'héroïne-narratrice, le psychologue lui permet de procéder à une exposition d'elle-même dans un récit oral qui a une fonction testimoniale, c'est-à-dire qu'il lui offre l'opportunité d'attester de sa souffrance et de partager son rapport affectif, moral et intellectuel avec son récit. De cette façon, Monsieur P a comme fonction de la configurer comme sujet de souffrance aux yeux du public (Genette, 1972 : 262). De plus, Monsieur P se trouve dans le récit principal qui s'efface souvent pour faire place au récit existentiel de Béatrice. En commentant l'histoire que raconte l'héroïne-narratrice lors de chaque consultation, le psychologue sert une fonction évaluative, ce qui permet aux scénaristes d'orienter l'interprétation que se fait le public de l'émission du récit de Béatrice.

2.4 Choix narratifs et construction des personnages « malades » : asymétrie narrative

Les choix narratifs des créateur.rice.s d'*Au secours de Béatrice* participent à la qualification et à la fonctionnalité des personnages principaux et secondaires et à la construction de leur « souffrance » ou de leur « maladie mentale ».

Pour analyser la structure de caractérisation des personnages, je mobilise l'ouvrage fondateur en études littéraires et culturelles du handicap *Narrative Prosthesis : Disability and the Dependencies of Discourse* de David T. Mitchell et Sharon L. Snyder (2000) et la thèse de doctorat de Taylor Donnelly (2012) intitulée *Vogue Diagnoses : Functions of Madness in Twentieth-century American Literature*.

J'observe une distribution asymétrique de l'espace qu'occupent les différent.e.s personnages « malades » dans le récit de l'émission. La variation des niveaux narratifs, le mode narratif et l'instance narrative centrent la souffrance de Béatrice, son « mal de vivre », et occultent celle des personnages secondaires qui ont un « problème de santé mentale » ou un diagnostic psychiatrique. La série présente Béatrice comme sujet d'une souffrance psychique complexe, profonde et réflexive, qui est par ailleurs le moteur de l'intrigue. À l'inverse, plusieurs personnages secondaires sont des objets d'un diagnostic psychiatrique ou d'une maladie mentale et servent une fonction narrative d'aidant.e à l'intrigue, d'aidant.e thématique ou d'aidant.e psychologique.

2.4.1 Politiques formelles du récit de la « folie »: les études littéraires sur le handicap

Les représentations fictives de la maladie (et santé) mentale et des personnages malades ont d'abord et avant tout une forme et une fonction narrative au sein du récit d'Au secours de Béatrice. Les créateur.rice.s ne les mettent donc pas (seulement) en scène pour sensibiliser le public, bien que certain.e.s puissent qualifier ces représentations de « réalistes », « positives » ou « exactes ».

Les créateur.rice.s de la série à l'étude mobilisent une variété de procédés narratifs pour mettre en scène des personnages et narrateur.rice.s « fous » ou « folles », malades ou souffrant.e.s (temps, caractérisation, focalisation, niveaux narratifs, voix narratives, etc.). De plus, les travaux en études littéraires et culturelles du handicap montrent d'une part que les représentations du handicap, concept élargi qui englobe souvent les « maladies mentales », sont des récits qui ont une structure narrative. D'autre part, ils émettent l'hypothèse que la marginalisation des corps en situation de handicap se fait par la production et la circulation d'images à leur sujet et non pas leur absence, c'est-à-dire par leur visibilité dans les œuvres culturelles. En effet, conjointement à l'analyse que fait Michel Foucault dans *Naissance de la clinique* (1963), David T. Mitchell et Sharon

L. Snyder (2000) affirment que « les efforts littéraires qui visent à éclairer les recoins sombres du handicap produisent une forme d'assujettissement discursif. » [traduction libre] (6) Ainsi, l'analyse ne doit se limiter à l'identification et à l'examen d'une tradition de représentations négatives du handicap, mais plutôt s'intéresser à l'acte de création de sens lui-même (par ex. : conventions textuelles) (Mitchell et Snyder, 2000 : 6).

Dans l'ouvrage *Narrative Prosthesis* (2000), David T. Mitchell et Sharon L. Snyder se penchent sur l'intégration du handicap dans la trajectoire narrative des œuvres de fiction. Les auteur.rice.s arguent que le handicap procure fréquemment un élan narratif et agit comme un élément perturbateur que l'intrigue doit résoudre, c'est-à-dire comme une « prothèse narrative » (« *narrative prosthesis* »). Ils définissent le concept de prothèse narrative de la manière suivante : « Le handicap a été utilisé tout au long de l'histoire comme une béquille sur laquelle les récits littéraires s'appuient pour leur pouvoir de représentation, leur potentiel perturbateur et leur critique sociale » [traduction libre] (2000 : 17). Le corps ou le personnage avec un handicap est donc un outil de représentation qui permet au récit de prendre un tournant ou une nouvelle direction. En outre, Mitchell et Snyder identifient deux fonctions littéraires du handicap : 1) le handicap comme élément principal de caractérisation d'un.e personnage ; et 2) le handicap comme outil métaphorique (47). Dans sa thèse de doctorat, Taylor Donnelly (2012) mobilise cette notion de prothèse narrative et analyse les fonctions des personnages secondaires « fous » dans les œuvres de fiction littéraires et théâtrales américaines du 20^e siècle. Donnelly utilise aussi la typologie des fonctions narratives des personnages secondaires développé par Alex Woloch dans *The One vs. The Many : Minor Characters and the Space of the Protagonist in the Novel* (2003). À partir de la typologie de Woloch, Donnelly argue que les personnages secondaires « fous » ou « folles » ont souvent une fonction métaphorique et allégorique au sein de textes de fiction. De fait, Woloch s'inspire de la théorie actantielle du linguiste et sémioticien A.J. Greimas, qui conçoit les récits comme un réseau de relations entre des actant.e.s qui interagissent pour le faire avancer (2003 : 799). Woloch cadre de cette façon le rôle d'un.e personnage secondaire : il est, par définition, au service des protagonistes et s'actualise peu (2003 : 25). Il distingue ensuite trois fonctions du personnage secondaire au sein du récit : 1) aidant.e de l'intrigue, 2) aidant.e

psychologique et 3) aidant.e thématique. Un.e aidant.e de l'intrigue « facilite les développements externes au sein de l'histoire elle-même; » un.e aidant.e psychologique « contribue plus directement à l'élaboration de l'intériorité du protagoniste dans l'histoire, souvent en tant qu'ami, interlocuteur ou confident; » et un.e aidant.e thématique « fonctionne dans le champ sémantique global du discours narratif, car ce discours élabore l'identité symbolique (et la centralité) du protagoniste » [traduction libre] (Woloch, 2003 : 92). À partir des idées de Woloch, Donnelly affirme qu'en raison de la centralité des protagonistes, la nature métaphorique ou allégorique des personnages secondaires est inévitable (2012 : 32). Le personnage secondaire « fou » sert donc l'une ou plusieurs de ces trois fonctions : 1) l'avancement de l'intrigue (« *mad plot helper* »), 2) la profondeur psychologique d'un.e autre personnage (« *mad psychological helper* ») ou 3) la résonance thématique du récit (« *mad thematic helper* »). Premièrement, l'aidant.e de l'intrigue existe uniquement pour faire avancer ladite intrigue et est souvent un personnage périphérique, peu connu du ou de la protagoniste. On l'associe à une peur de l'inconnu : il garde un secret ou est lui-même énigmatique et il conduit à la découverte ou à la révélation de quelque chose d'effrayant (Donnelly, 2012 : 35). Deuxièmement, le « *mad psychological helper* », ou l'aidant.e psychologique, participe à l'élaboration de l'intériorité ou à l'évolution du ou de la protagoniste. On l'inclut donc dans le récit pour servir les personnages « normaux ». Au sujet de l'aidant.e psychologique, Donnelly écrit : « En vertu de leur propre psyché en détresse, aplatie à l'état mineur et réduite à des significations métaphoriques, ces personnages permettent de construire l'apparence d'une profonde intériorité psychologique chez quelqu'un d'autre. » [traduction libre] (2012 : 45) Cette aide psychologique est souvent remplie par un.e personnage connu.e du ou de la protagoniste et contribue à son développement psychologique en étant encombrant et en représentant quelque chose auquel la plupart des gens préfèrent éviter. Pour éclairer cette définition, Taylor Donnelly donne l'exemple des représentations récurrentes de membres de la famille « fous » ou « folles » du ou de la protagoniste, tels que l'« enfant fou » ou le « parent fou ». Le personnage secondaire de l'enfant fou agit comme un symbole de deuil grave et continu et donne de la profondeur aux personnages des parents (45). Donnelly réfère également à l'exemple du parent fou dont le ou la protagoniste veut à tout prix s'éloigner et qui est une métaphore d'une douleur secrète ou une synecdoque d'une enfance trouble ou difficile (45-6). L'autrice met un accent spécifique sur le

personnage de la « mère folle », qui crée une profondeur psychologique par la perspective effrayante de l'héritage de la folie et le fardeau émotionnel ou financier qu'elle fait porter à ses enfants. Cette figure porte les lecteur.rice.s et les spectateur.rice.s à présumer de la profondeur intérieure des proches qui doivent faire face et composer avec cette condition (47). Troisièmement, le « *mad thematic helper* », ou l'aidant.e thématique, est selon Donnelly la fonction la plus commune du/de la personnage secondaire fou ou folle. L'aliénation mentale du personnage « fou » lui permet d'être en connexion avec une connaissance supérieure et d'exprimer l'inconnu. De fait, il ou elle accède à une information ou un savoir hors de portée du ou de la protagoniste « normal.e », puisqu'il ou elle connaît sa signification dans le récit et que sa « folie » s'accompagne d'une compensation (Donnelly, 2012 : 56). Le personnage du ou de la prophète ou du ou de la conseiller.ère fou ou folle a des capacités supérieures, telles que la sensibilité, la perspicacité et l'esprit critique (60). Ces aptitudes lui permettent de connaître et de dire des « vérités » sur les autres personnages et la société qui sont inatteignables pour les protagonistes ou les lecteur.rice.s potentielles « normaux » ou « normales » (63). Par exemple, le prophète énonce parfois explicitement les thèmes et les messages de l'œuvre, car sa folie lui offre la connaissance et la liberté pour le faire, ainsi que la conscience de son ordre symbolique. La présence des aidant.e.s thématiques met ainsi en lumière la signification du texte et les vérités fournies par son auteur.rice et guide l'interprétation du/de la lecteur.rice (52).

Le travail de Taylor Donnelly (2012) montre la pertinence narratologique et éthique de l'analyse des personnages secondaires « fous » et « folles » d'*Au secours de Béatrice*, en plus de celle de la protagoniste de l'émission. D'un point de vue narratologique, par définition, les personnages secondaires ne peuvent être centraux, mais demeurent essentiels à la structure et à l'univers de signification d'une œuvre de fiction. De fait, Donnelly observe un écart entre la délimitation de leur rôle et leur répercussion sur le cours de l'histoire (2012 : 33). D'un point de vue éthique, à la façon de la création d'une « norme », le ou la protagoniste « normal.e » se définit par rapport aux personnages secondaires « fous » ou « folles » (2012 : 33). Les personnages secondaires « fous » incarnent donc les enjeux sociaux de focalisation et d'exclusion à l'œuvre dans la normativité sociale et leur médiation dans les œuvres de fiction. Les personnages secondaires attirent

l'attention sur les « limites » et « compromis nécessaires » de la narration ou de la représentation (Donnelly, 2012 : 33). En effet, inévitablement, certains personnages ont une place centrale dans le récit, alors que d'autres sont réduits à une « fonction caricaturale » (33). En somme, les personnages secondaires fous, bien qu'ils soutiennent indubitablement le centre d'attention principal, méritent l'intérêt des chercheur.euse.s puisqu'ils « suggèrent également d'autres histoires, vies et esprits possibles – c'est-à-dire que le modèle symbolique peut pointer à l'extérieur de lui-même – ce qui est un rôle éthique. » [traduction libre] (Donnelly, 2012 : 34).

Dans les prochaines sous-sections, je présenterai et comparerai le récit du personnage principal de Béatrice et celui des personnages secondaires que le récit désigne comme ayant une « souffrance », une « maladie », un « problème de santé mentale » ou un diagnostic psychiatrique. Je soutiendrai qu'alors que le « mal de vivre » de Béatrice est le moteur de l'histoire, le « problème de santé mentale » des personnages secondaires sert une fonction d'aidant.e à l'intrigue, psychologique ou thématique.

2.4.2 Béatrice, sujet d'un mal-être complexe qui est le moteur de l'histoire

En tant que protagoniste et narratrice, Béatrice occupe une position de supériorité hiérarchique au sein du récit de la série. Elle est mieux décrite que les autres personnages, est présente dans la majorité des scènes et dans les moments cruciaux de l'intrigue, apparaît seule, s'associe à l'ensemble des personnages et pose les actions déterminantes de l'histoire (Sepulchre, 2017). De plus, comme souligné ci-dessus, la mise en scène de la thérapie facilite l'inclusion d'une narration autodiégétique testimoniale à focalisation interne et d'analepses, de pauses commentatives et d'un mode répétitif. De ce fait, Béatrice est également positionnée comme la narratrice de son propre récit oral existentiel, qui lui permet d'attester et de se constituer elle-même comme sujet d'une souffrance psychique. La recherche de la cause ou des origines de la souffrance psychique et physique de Béatrice est par ailleurs le moteur de l'intrigue et l'arc narratif central de la série télévisée. En outre, la série nomme sa souffrance dans l'optique de raconter une histoire à propos d'elle et la représente comme une expérience complexe, profonde et réflexive. Le soi-disant problème de santé mentale de Béatrice, la crise de panique, n'est que la manifestation physique apparente et superficielle d'un « mal de vivre » qui prend origine dans son histoire personnelle et

qui a des ramifications étendues. Il s'agit pour la protagoniste de creuser, révéler et transformer ce mal de vivre à l'aide d'un engagement réflexif. Le but de l'intrigue, à la manière d'un récit d'enquête classique, est de construire le récit existentiel en remontant le fil de l'histoire de Béatrice qui l'a menée à vivre aujourd'hui des attaques de panique.

Béatrice est une femme de carrière médecin blanche de classe supérieure qui décide à contre-cœur d'aller consulter un psychologue, car elle est en proie à des attaques de panique qui ne cadrent pas avec sa vie en apparence parfaite et que ses savoirs de médecin n'arrivent pas à expliquer. Le pilote de la série, intitulé « La vraie maladie de Béatrice » (S1E1), jette les bases de la construction de la souffrance psychique de l'héroïne-narratrice. L'épisode s'ouvre dans le bureau d'un psychologue lors de la première consultation de Béatrice avec Monsieur P. Béatrice est rapidement mise en scène comme une femme de carrière forte, indépendante, productive et respectée au sein de son milieu de travail, mais qui octroie peu de temps à sa vie personnelle. Elle a environ 45 ans, est une urgentologue et co-directrice de l'urgence d'un hôpital en milieu urbain, l'hôpital St-Hyppolite. De fait, les premières scènes de la série la représentent en train de marcher d'un pas rapide, décidé et alerte dans les corridors de l'urgence de l'hôpital, de regarder à l'intérieur de son réfrigérateur vide de son appartement, fumer de façon expéditive des cigarettes pour se détendre dans le stationnement de l'hôpital et quitter brusquement une séance de massothérapie puisque sa « pagette » de l'hôpital sonne. Bien qu'initialement motivée par un état de souffrance dite physiologique, des maux digestifs et des pertes de conscience, la psychothérapie avec Monsieur P met surtout à l'avant-plan un mal de vivre non-médical qui tire son origine dans l'histoire personnelle de la protagoniste et qu'il s'agit de comprendre et de soulager par la création d'un récit existentiel autoréflexif. Ce récit lui permet d'accéder à son identité profonde et à sa vérité et de développer certaines capacités ou habiletés émotionnelles (autonomie, confiance en soi, etc.). La souffrance psychique de Béatrice a un pouvoir performatif, car la protagoniste détient la capacité d'agir sur son état.

La centralité du personnage de Béatrice et de son « mal de vivre » dans cette série télévisée dont l'objectif est de lutter contre la stigmatisation et la discrimination des personnes atteintes de « problèmes de santé mentale » mérite interrogation. D'un côté, ce personnage principal de

femme héroïne-narratrice répond à plusieurs critiques féministes classiques des représentations médicales et culturelles de la « folie » des femmes ou des femmes psychiatisées (Delvaux, 1998; Ehrenreich et English, 2016). De fait, Béatrice est un « sujet discursif » et « parlant » : elle produit une narration autobiographique, construit elle-même le récit de son expérience du « mal de vivre » et ne reçoit jamais de diagnostic psychiatrique de la part de son psychologue. De cette façon, elle n'est pas construite comme une « histoire de cas » ou un « objet discursif » du psychologue, puisqu'elle n'est pas parlée ou racontée par un.e autre qu'elle-même (Delvaux, 1998). De plus, Béatrice ne correspond pas à l'archétype de la femme blanche « fragile » et « invalide » : elle est une femme de carrière forte et indépendante (Ehrenreich et English, 2016). D'un autre côté, le choix de ce personnage principal place l'attention sur les problèmes de santé mentale courants et mineurs et non sur les pathologies psychiatriques graves qui sont justement sujettes à la discrimination et à la stigmatisation. En outre, l'héroïne-narratrice est tout à fait « normale » et est atteinte d'un mal-être assez ordinaire : elle n'a pas de « maladie mentale », de « trouble » ou de pathologie psychiatrique sévère. La série télévisée légitime avant toute chose la prise en charge des maux généraux et normaux, la « souffrance psychique de masse » (Otero, 2012) et la « thérapie pour les normaux » (Castel, 1981) dans un but de mieux-être et de « bonne » santé mentale. De plus, Béatrice, en tant que femme de carrière blanche, de classe supérieure et célibataire en proie à une « mélancolie » en lien avec sa vie personnelle en dépit de son succès professionnel, correspond à une figure normative de souffrance psychique dans un contexte actuel néolibéral et postféministe (Marston, 2018). De fait, dans *Depression : A Public Feeling*, Ann Cvetkovich (2012) affirme que les discours centraux sur la souffrance psychique, notamment la dépression, privilégient implicitement un sujet blanc de classe moyenne « pour qui se sentir mal est souvent un mystère parce que cela ne correspond pas à une vie dans laquelle les privilèges et le confort font que les choses semblent aller bien en apparence. » [Traduction libre] (115) Plusieurs productions médiatiques et culturelles récentes reproduisent ces discours et mettent en vedette un personnage de « femme blanche mélancolique » dont le fardeau découle notamment de problèmes inhérents aux paradigmes néolibéraux et postféministes (par exemple, la réussite professionnelle) (Marston, 2018). Certes, la construction de la protagoniste Béatrice répond à certaines critiques féministes de la représentation de la « folie » des femmes par la création d'une

héroïne-narratrice dotée d'une agentivité et atteinte d'un mal-être subjectif, complexe et profond dont elle fait elle-même le récit. Toutefois, la centralité de ce personnage entraîne la mise à l'écart des enjeux de sanisme, de classe et de race au sein des politiques de représentation de la santé et de la maladie mentale. De fait, en focalisant sur le mal de vivre de Béatrice, un corps normalement configuré comme méritant d'être aidé et soigné, la série *Au secours de Béatrice* met de toute évidence à l'écart ou occulte d'autres corps qui ne sont pas construits comme sujets de souffrance psychique. De fait, la souffrance psychique de Béatrice doit ainsi être pensée au sein d'un système, c'est-à-dire dans sa relation d'interdépendance avec les personnages secondaires de l'œuvre de fiction qui la définissent comme personnage principal (et vice versa). Quand on positionne Béatrice comme personnage principal, qui relègue-t-on au second plan ou place-t-on hors-champ? Qui sont les personnages secondaires? Comment et pourquoi apparaissent-ils et elles?

2.3.3 Personnages secondaires « malades »: aides à la narration périphériques

Les personnages secondaires se situent au sein du récit principal de l'émission, qui encadre le récit existentiel de l'héroïne-narratrice. Comme présenté en début de chapitre, la voix narrative du récit principal est imperceptible, n'intervient pas dans son récit et est l'œil de la caméra qui raconte de manière simultanée les gestes et paroles des personnages. Les pensées, les émotions, l'histoire et le vécu des personnages secondaires ne peuvent donc pas être mis en scène autrement que lors de leurs dialogues avec autrui, ou lorsqu'ils sont interprétés et racontés par Béatrice en thérapie. Ces composantes narratives produisent une asymétrie entre la « souffrance » de Béatrice et la « maladie », le « problème de santé mentale » ou le diagnostic psychiatrique des personnages périphériques. En premier lieu, à l'inverse de la construction de Béatrice comme sujet d'une souffrance non-médicale grâce à son récit existentiel, les personnages secondaires sont définis comme objets d'une maladie, d'un « problème de santé mentale » ou d'un diagnostic psychiatrique. Ils et elles ne peuvent nommer, partager et raconter la qualité expérientielle de leur condition. En deuxième lieu, en comparaison avec le cheminement réflexif de Béatrice, les personnages secondaires malades, souffrants ou ayant un diagnostic psychiatrique manquent de complexité et de motivation. Ils et elles changent peu entre le début et la fin de l'histoire de la série, ou du moins l'instance narrative ne met pas l'accent sur cette transformation, ou sont

rapidement évacués du récit. De fait, leur diagnostic psychiatrique lourd (« trouble obsessionnel compulsif », « trouble bipolaire », « trouble de la personnalité limite » et « psychotique », « trouble délirant chronique ») est souvent l'aspect unique et central de leur caractérisation. En troisième lieu, leur diagnostic psychiatrique est nommé et représenté, non pas pour raconter une histoire à propos de lui, mais comme un outil narratif (Mitchell et Snyder, 2000), car il sert une fonction d'aidant.e de l'intrigue, d'aidant.e psychologique ou d'aidant.e thématique (Donnelly, 2012). En effet, la mention du diagnostic crée un élément de suspense au sein de l'intrigue, approfondit la psychologie d'un.e protagoniste ou permet de l'explicitation d'un enseignement thématique de la série sur la santé et la maladie mentale.

Ci-après, j'analyse la caractérisation et la fonctionnalité de cinq personnages secondaires identifiés comme « malades », « souffrants » ou comme ayant un diagnostic psychiatrique ou un « problème de santé mentale » dans *Au secours de Béatrice* : Zacharie, Brigitte, Éléonore, François et Édith. À travers ces portraits, j'éclaire les différences entre la construction de la souffrance de Béatrice et des personnages périphériques et les fonctions narratives de la mise en scène de la « folie » au sein d'une œuvre de fiction.

Zacharie et le « TOC » : le frère symbolique de Béatrice

Le personnage de Zacharie, plus souvent surnommé « Zach », sert une fonction d'aidant thématique et d'aidant psychologique au sein du récit en raison de son « trouble anxieux », le « trouble obsessionnel compulsif » (« TOC »). D'un côté, son expérience de l'anxiété lui confère une perspicacité qui lui permet d'exercer un rôle pédagogique dans le développement psychologique de Béatrice. Zach apparaît toujours au bon moment lorsque l'héroïne-narratrice vit un épisode de détresse et lui partage des réflexions ou des conseils qui l'aident à faire des choix pour aller mieux. Sa présence contribue non seulement au cheminement de la protagoniste, mais aussi à l'explicitation des thématiques et des enseignements des créateur.rice.s de la série en matière de santé mentale. D'un autre côté, le trouble anxieux de Zach sert une fonction symbolique ou métaphorique. L'adolescent incarne le reflet de Jean, le petit frère de Béatrice décédé mystérieusement à l'âge de 9 ans et qui, comme la protagoniste le suppose, avait aussi un

trouble anxieux non diagnostiqué. Dès leurs premiers échanges, Béatrice développe un grand attachement pour Zach, car elle reconnaît en lui son jeune frère. Zacharie permet donc à la protagoniste de se remémorer son histoire familiale et de mieux comprendre certains événements du passé et leurs répercussions sur sa vie actuelle.

Zach fait son entrée dans l'histoire au tout début de l'émission pour porter secours, soutenir et conseiller Béatrice à des moments charnières de son cheminement thérapeutique. Son expérience du trouble obsessionnel compulsif lui permet, même s'il n'est qu'un adolescent, d'aider la médecin à reconnaître et accepter sa souffrance et à chercher l'aide professionnelle dont elle a besoin. Zacharie est un jeune garçon de 13 ans qui vit avec sa mère dans le même immeuble que Béatrice et qui, pour se faire un peu d'argent de poche, ramasse et vide les bacs de recyclage des résidents.e.s. Lors de sa première apparition dans l'épisode pilote « La vraie maladie de Béatrice », Béatrice refuse alors d'accepter, malgré les recommandations d'un médecin, que ses malaises soient d'ordre psychologique. De fait, quelques jours plus tôt, toujours dans le même épisode, Béatrice a été admise à l'hôpital en raison d'un malaise et d'une perte de conscience. L'urgentologue responsable de son examen lui avait alors suggéré de consulter un.e psychologue et lui avait donné une note avec le numéro de téléphone d'un thérapeute. Jusqu'alors convaincue que ses problèmes étaient digestifs, la protagoniste refuse d'aller voir un « psy » et jette la référence au recyclage. Plus tard dans l'épisode, Béatrice se ravise et cherche frénétiquement la note du médecin dans un bac de recyclage du garage de son immeuble. À ce moment-là, Zac arrive avec dans les mains un bac qui contient plusieurs bouteilles de vin vides et il lui dira que sa mère est « déjà couchée ». Il est stressé par le désordre que fait Béatrice en cherchant : il joue avec ses mains et souffle sur elles. Zach dit à Béatrice que le concierge de l'immeuble a un « système » d'organisation des bacs et qu'il les déplace toujours, car c'est un « fucké » qui a sûrement un « problème mental » (S1E1). Juste après, le garçon retrouve la note du médecin et va la porter à l'appartement de Béatrice.

Puis, la protagoniste rencontre Zach une seconde fois dans le deuxième épisode de la première saison, « Béatrice et la thérapie » (S1E2). Dans cette scène, Béatrice est en proie à un malaise en

nageant dans la piscine de l'immeuble. Elle sort difficilement de l'eau et se couche sur le plancher, car elle a du mal à respirer. Zacharie arrive à ce moment-là et les deux personnages ont la discussion suivante :

Zacharie : Madame?

Béatrice : Zacharie? Qu'est-ce que tu fais là?!

Zacharie : Je me baigne toujours après l'école. Y'a jamais personne ici. Qu'est-ce que t'as?

Béatrice : Ça va pas. Zac, va chez nous, j'ai un ami. Va le chercher et dis-lui que ça va pas.

Zacharie : Moi aussi j'en fais des fois...

Béatrice : Quoi?

Zacharie : Des crises de panique. Sur une échelle de 1 à 10, combien tu mettrais dans la douleur?

Béatrice : Zach, j'suis médecin, je les connais les symptômes de la crise de panique.

Zacharie (*en se levant pour partir*) : Ok.

Béatrice : Attends! Attends! Laisse faire, j pense que je vais être correcte. C'est correct. J pense que t'as raison. T'as quel âge ?!

Zacharie : 13 ans.

Béatrice : Ok. Pi tu fais des crises de panique?

Zacharie : Oui. Depuis que j'ai 8 ans. C'est pour ça que je fais de l'exercice, ça m'aide.

Béatrice : C'est quoi ton diagnostic? Scuse-moi, j'suis peut-être indiscrete.

Zacharie : C'pas grave là, vu que t'es médecin, tu me feras pas de farces plates. J'ai le TOC. Tic, tac, toc.

Béatrice : Trouble obsessionnel compulsif. Es-tu médicamenté?

Zacharie : Ouais mais, j'haïs ça, donc des fois je les *skip*. Ça fait capoter ma mère.

Béatrice : Ouf. Ouais, ça fait deux fois que tu me rends service là. Faut que je trouve une façon de te remercier.

Zacharie : C'pas grave. Tu me parles pas comme si j'étais un débile, *fec* c'est cool! Check ça je vais te faire une super grosse bombe! (S1E2)

Dans cet échange, Zach dévoile son diagnostic psychiatrique, le trouble obsessionnel compulsif, qui lui permet d'aider Béatrice en identifiant qu'elle est en train de faire une crise de panique. Dans la scène suivante, l'héroïne revient sur cet événement avec Monsieur P : « J'ai pensé que je faisais un infarctus. J'suis médecin là, pi j'ai sérieusement pensé que quatre longueurs de piscine pouvaient me faire faire une attaque. En plus, j'ai été diagnostiquée par un p'tit cul de 13 ans. C'est tu assez pathétique! » (S1E2). Zach, par son jeune âge et sa perspicacité, met en lumière la complexité, pour Béatrice qui est pourtant adulte et médecin, de déceler et d'accepter de souffrir de crises de panique.

Peu à peu, en plus de ce soutien pratique, Zacharie apporte une aide symbolique dans le cheminement existentiel de Béatrice par sa ressemblance avec son défunt petit frère Jean. Dans le troisième épisode de la première saison, « Béatrice et la responsabilité », Béatrice rencontre Zach pour une troisième fois. Béatrice va porter son recyclage dans le garage et elle le surprend en train de déplacer et d'organiser frénétiquement les bacs de recyclage et de poubelle :

Béatrice : Ça va Zac?

Zach : C'est tu elle qui t'a dit de venir me chercher?

Béatrice : J'suis juste venue porter ma récup'.

Zach : Ok. C'est moi le malade mental qui déplace les bacs! Dis-lui pas que tu m'as vu ici!

Béatrice : Qui ça?

Zach : À ma mère! Tu comprends pas là : elle me cherche. Elle veut encore que j'aille chez le psy. J'en veux pas de leurs pilules là, j'vais me débrouiller tout seul!

Béatrice : Je la connais pas ta mère. J'connais personne. Tu peux me faire confiance.

Zach : Pourquoi je ferais ça?

Béatrice : Parce que tu m'as déjà aidée, deux fois. Pi que je ferais jamais mal à qui que ce soit qui m'a déjà aidée.

Zach : Ok. Ah je me souviens plus où j'étais rendu... Tu m'as mélangé madame!

Béatrice : Veux-tu que je t'aide à tout replacer? Regarde, on va faire ça simple. On va mettre toute la récupération d'un bord, pi les poubelles de l'autre. Comme ça... les numéros sont

inscrits, on va pouvoir les lire, non? On n'est pas pressés, on peut prendre notre temps. (S1E3, « Béatrice et la responsabilité »)

Dans la scène suivante, Béatrice discute de cet événement avec Monsieur P. À partir de ce moment, elle compare de façon explicite la situation de Zach à celle de Jean. Le psychologue met par ailleurs en évidence les répercussions que l'histoire de son petit frère ont sur Béatrice (S1E3) :

Béatrice : Ce n'est pas anodin le trouble obsessionnel compulsif. Ça peut mener à des pathologies plus graves. Vous devez bien connaître ça vous. Pouvez-vous m'en parler un peu?

Psychologue : Vous prenez la santé mentale de votre jeune ami très à cœur, en?

Béatrice : Si vous l'aviez vu... C'était déchirant. Pauvre tit gars. Faut que quelqu'un fasse quelque chose.

Psychologue : Non, vous voulez dire *vous* : *vous* devez faire quelque chose.

Béatrice : En tout cas, y'a pas l'air d'avoir grand monde qui s'en préoccupe.

Psychologue : Mais, vous m'avez pas dit qu'il était sous traitement, qu'il était suivi?

Béatrice : Oui, mais il a l'air laissé à lui-même. Sa mère ne me semble pas très adéquate.

Psychologue : Ah bon?

Béatrice : Non, mais d'après ce que Zacharie m'en a dit, puis... Ah je sais pas là, mais j'ai l'impression qu'elle a peut-être des problèmes d'alcool!

Psychologue : Mais dites-moi, est-ce que votre ami Zacharie serait émotionnellement un peu comme un fils pour vous?

Béatrice : Non, il serait plutôt comme un frère.

Psychologue : Avez-vous peur que Zacharie décède? Comme votre jeune frère?

Béatrice : Ouais. Vous avez raison. J'devrais pas m'en occuper. J'gâche tout.

Béatrice fait ici un lien direct entre la vie de Zacharie et sa propre histoire familiale. Elle croit que son jeune voisin et nouvel ami, en raison de son anxiété et d'un prétendu manque de soutien familial, pourrait subir le même sort que Jean. En effet, son petit frère jouait souvent à des « jeux dangereux » comme Béatrice les appelle, tels que des jeux d'asphyxie, pour calmer son anxiété. De plus, Béatrice suppose que la mère de Zacharie, comme la sienne, soit alcoolique et qu'elle ne

prenne pas soin de son fils. Cet élément d'intrigue reste en suspens durant quelques épisodes, tant pour Béatrice que pour le public : le récit veut la (nous) laisser croire que la mère de Zac consomme peut-être de l'alcool et qu'elle est souvent intoxiquée. Cela dit, la protagoniste apprend plus tard que ses craintes sont infondées : la mère de Zach vit avec le « syndrome de fatigue chronique » et s'occupe de son fils au mieux de ses capacités physiques. Or, l'adolescent lui partage qu'il croit être responsable de la maladie de sa mère. Ses « rituels » et ses « compulsions », comme il les appelle, ont comme but de la protéger et l'aident à chasser ses pensées anxiogènes. Grâce à la présence de Zacharie et de son trouble anxieux, Béatrice revient avec Monsieur P sur une part douloureuse de son histoire : son sentiment de responsabilité, comme l'indique le titre de l'épisode « Béatrice et la responsabilité », dans la mort de Jean (S1E3). En effet, c'est elle qui s'occupait de lui à la maison lorsqu'il a été retrouvé mort pendu dans sa garde-robe. Le psychologue l'aide ainsi à prendre conscience que ce sentiment initial a des répercussions sur l'ensemble de sa vie : elle se sent toujours responsable des malheurs qui lui arrivent et de ceux d'autrui.

La filiation symbolique entre Zacharie et Béatrice se poursuit dans les épisodes suivants. Par exemple, lors d'une discussion entre le jeune garçon, Béatrice et Océane, la demi-sœur de 9 ans de la protagoniste, Zach demande en blaguant à Béatrice s'il peut, lui aussi, être son frère. Plus tard dans l'épisode, Océane offre un dessin à sa mère Isabelle sur lequel elle a dessiné « le frère de Béa » (S1E7, « Béatrice la délinquante »). Isabelle, confuse et nerveuse, demande ensuite à Béatrice qui est le garçon qu'Océane dit avoir rencontré lorsqu'elle était avec elle. L'héroïne rectifie la situation et lui parle de Zacharie et demande à Isabelle : « Mais elle le sait en, Océane, que j'ai un frère qui est décédé? ». Isabelle répond que Christophe, son mari et le père de Béatrice et d'Océane, attend le « bon moment » pour lui dire (S1E7). Béatrice s'énerve et reproche à Christophe ses habituels « silences » et « secrets ». Quelques épisodes plus tard, dans la deuxième saison de l'émission, lors d'un souper chez Béatrice avec Benoît, Zach explique les raisons et les manifestations de son « TOC » à Océane (S2E6, « Faire la bonne affaire »). Plus tard dans l'épisode, la demi-sœur de Béa raconte à Christophe que son ami Zach a un « TOC », qu'il fait toujours les mêmes actions et qu'il lui a montré des « trucs » et des « jeux » (S2E6). Cette nouvelle suscite la colère et l'énervement de Christophe, qui s'empresse de dire à Isabelle : « Eille, savais-tu toi que

Béatrice laisse Océane traîner avec un jeune qui a un TOC? [...] Elle est tellement insouciante des fois c'est quasiment pas croyable à son âge! ». Il se présente tout de suite après, tard le soir, chez Béatrice pour la confronter à ce sujet :

Béatrice (*en ouvrant la porte de l'appartement*) : Papa ?!

Christophe : Peux-tu me dire c'est quoi l'idée de laisser ta sœur jouer avec un adolescent compulsif ?!

Béatrice : Hein ?! Qu'est-ce qui se passe là ?!

Christophe : ZACH!

Béatrice : Ah Zach, c'est le p'tit voisin d'à côté, pi il est super gentil, Océane l'adore.

Christophe : Ah oui, tu sais qu'il a un TOC ?!

Béatrice : Ouais, pi? C'est pas contagieux!

Christophe : Et qu'il met la vie d'Océane en danger ?!

Béatrice : Pfff... Franchement papa!

Christophe : Eille Béatrice, il lui apprend des *jeux*!

Béatrice : Oui, mais c'est des jeux d'exercice de relaxation là... c'est pas des jeux dangereux!

Christophe : Oh j'en reviens pas! T'es prête à laisser ta sœur jouer avec un p'tit gars qui a des problèmes de santé mentale! T'as pas eu ta leçon avec Jean ?!

(Moment de silence)

Béatrice : C'est la première fois que je t'entends parler des problèmes de santé mentale de Jean... (S2E7, « Dommages et intérêts »)

De la même façon que sa fille, Christophe établit une relation directe entre Zach et Jean en raison de son trouble anxieux. Il se méfie donc grandement de son influence sur sa fille Océane, sachant ce qui est arrivé à son fils. Quelques épisodes après, dans le dixième épisode de la deuxième saison, Christophe rencontre Zacharie pour la première fois lors d'un souper chez Béatrice. Lors du repas, Christophe se montre hautain, sévère et désobligeant envers Zach. Après le souper, Béatrice confronte son père :

Béatrice : On peut tu se le dire pourquoi tu capotes autant sur le cas de Zach?

Christophe : Certainement. C'est simplement un petit garçon qui a un TOC pi je trouve que ce n'est pas une bonne fréquentation pour ma fille, c'est tout!

Béatrice : Non. C'est parce qu'il te rappelle Jean. C'est ça qui se passe. Il a un trouble anxieux, comme lui.

Christophe : Voyons donc! Jean n'avait pas de trouble anxieux!

Béatrice : Papa : il jouait à des jeux où il s'étouffait. Il se mutilait avec des aiguilles, des lames de rasoir!

Christophe : C'était un petit garçon, il faisait des expériences, il testait sa résistance! C'est tout! C'est tout ce qu'il y a de plus normal

Béatrice (*en colère*): NON! Il était PAS « tout ce qu'il y a de plus normal »!

Christophe : Eille, tu vas pas psychanalyser ton frère 36 ans après sa mort quand même!

Béatrice (*en colère*): Pi toi? Est-ce que tu vas continuer de faire du déni 36 ans après sa mort?!

Christophe : C'est compliqué les souvenirs, tu sais? T'étais très jeune toi Béatrice, tu... Tu pouvais pas comprendre tout ce qui se passait. Et là de ramener ça aujourd'hui, tu peux pas faire ça comme tu veux... c'est dangereux ce que tu fais là!

Béatrice : Mais pas dire la vérité, ça aussi c'est dangereux! [...] (S2E10, « Points de rupture »)

Ainsi, l'arrivée du personnage secondaire de Zacharie et de son « TOC » dans la vie de la famille Clément ravive et réactualise une part douloureuse de leur histoire et brise le statu quo, soit le silence qu'impose Christophe au sujet des circonstances qui entourent la mort de Jean. En effet, Zach force l'ouverture du dialogue entre la fille et son père et leur permet de clarifier plusieurs facettes de leur passé familial : le motif des comportements dangereux de Jean, le silence et le déni de Christophe et le sentiment de responsabilité de Béatrice. Le personnage de Zach met aussi en évidence l'écart entre les perceptions et la gestion passées et actuelles des maladies mentales. En outre, Christophe, pourtant médecin, n'a du vivant de Jean jamais identifié l'anxiété de son fils, et peine encore aujourd'hui à la reconnaître et l'accepter. À l'inverse, Zach connaît et accepte son diagnostic, tout comme sa mère et Béatrice, a un suivi médical et psychologique et met en place des stratégies de relaxation pour soulager son anxiété.

Néanmoins, le récit introduit une critique de la filiation symbolique entre Zach et Jean que crée Béatrice (et les créateur.rice.s de l'émission). Son psychologue Monsieur P et son ex-mari et ami, Benoît, rappellent à la protagoniste que Zacharie n'est pas Jean et qu'elle n'est pas responsable de lui. Dans « Réparer », Béatrice s'inquiète pour Zach, qui a des problèmes à l'école, et en informe Benoît. Ce dernier n'a pas la réaction qu'elle espère et la somme d'arrêter de comparer Zach à Jean :

Béatrice : Il est tout seul cet enfant-là. Y'a une mère qui est sur le dos, y'a pas de père, en plus il a un TOC. T'sais que ça peut très mal virer pour lui si on ne s'en occupe pas?

Benoît : Qui ça, « on »? Sa mère est malade, mais elle est là. Tu vas faire quoi là?

Béatrice (*lui tournant le dos et se préparant à partir*): OK. Rien. Rien faire.

Benoît (*la rattrapant*): Attends, attends, attends! Béa, c'est un adolescent, un *ado*, comme tous les autres, qui a besoin de faire ses expériences, ses erreurs. Arrête de le voir comme un cas là! Il fait de l'anxiété, oui, bon! Mais il n'est pas en détresse. C'est pas ton frère! (S1E11, « Derrière les apparences »)

Dans cet extrait, Béatrice établit encore une fois un parallèle entre Zach et Jean et pointe du doigt son père absent, l'alitement de sa mère et son trouble anxieux. Elle se sent également responsable d'empêcher sa mort. Cela dit, en lui demandant d'« arrête[r] de le voir comme un cas » clinique, Benoît introduit l'idée que Zach est une personne (ou un personnage) à part entière, qu'il n'est pas seulement son diagnostic médical de « TOC » et que son anxiété ne le détermine pas. Ce faisant, Benoît casse la fonction symbolique de Zach : il le positionne comme un personnage entier et non comme le porteur d'un diagnostic symbolique pour Béatrice. Au cours de la deuxième, puis de la troisième et quatrième saison, Zach devient un personnage secondaire central dont la caractérisation ne se limite plus, du moins dans ce qui est énoncé explicitement, à son diagnostic de « TOC » ou à sa ressemblance avec le défunt frère de Béatrice. Toutefois, il demeure, en filigrane jusqu'à la fin, un aidant psychologique de la protagoniste en raison de sa souffrance psychique. Dans le dernier épisode de la série qui s'intitule « Les mardis de Béatrice » (S4E28), Béatrice dresse le bilan du chemin parcouru depuis le début de sa thérapie (et de la série). Au cours de la quatrième et dernière saison de l'émission, Béatrice et Benoît, maintenant de nouveau un couple, adoptent

légalement Zach dont la mère est décédée. La protagoniste, maintenant mère adoptive, partage à son fils le rôle significatif de leur première rencontre dans son cheminement psychologique :

Béatrice : La première fois que je t'ai vu, à la piscine, je pensais que je faisais une crise cardiaque. Mais... je t'ai reconnu quand même Zac.

Zacharie : Hein? Tu ne me connaissais même pas.

Béatrice : Non. Mais je t'ai reconnu. Parce que j'ai reconnu quelque chose que j'ai. Que mon frère Jean avait, pi que ma mère avait aussi. Pi ça là, ça s'appelle le mal de vivre. La peur qu'il arrive un malheur. Pi c'est ça que j'ai reconnu chez toi. Pi ça là, ça m'a aidée Zac. Juste ça, ça m'a aidée. (S4E28)

Confirmant sa fonction d'aidant psychologique, elle dira par ailleurs à son psychologue :

Y'a Zacharie aussi que j'ai rencontré pas mal à la même époque que vous... Quand il m'a dit du haut de ses 13 ans : « Moi aussi madame j'en fais des crises de panique », ouf... Riez pas là, mais je l'ai vu comme un ange qui venait me montrer ce que moi je m'obstinais à ne pas voir. En fait, il me faisait penser à mon frère. Déjà, quand il était petit, il me montrait quoi voir et quoi comprendre... (S4E28)

Au fil de l'émission, le personnage de Zacharie se développe, se complexifie et ne se définit plus uniquement par son « TOC », à mesure qu'il devient un ami et un fils pour Béatrice. En revanche, comme en témoigne l'extrait ci-dessus, l'héroïne-narratrice rappelle et confirme la fonction d'aidant psychologique et thématique de Zach lors de la rétrospective et du dénouement de l'émission. En mobilisant l'allégorie de l'« ange » et en soulignant sa clairvoyance, Béatrice positionne Zacharie en tant que prophète qui lui révèle (et révèle au public) des vérités cachées sur sa souffrance psychique et son histoire personnelle et qui participe de la sorte au développement psychologique.

En conclusion, le personnage de Zach et son « trouble obsessionnel compulsif » occupent à la fois une fonction d'aidant psychologique, d'aidant de l'intrigue et d'aidant thématique. Son « problème de santé mentale » est surtout mis en scène pour qu'il puisse être le reflet symbolique du défunt frère de Béatrice et fils de Christophe, Jean, dont les circonstances du décès sont la source du mal de vivre de Béatrice. Ce faisant, sa présence aide le cheminement psychologique de la protagoniste, l'avancement de l'intrigue, la construction du récit existentiel de Béatrice et la mise

en lumière de leçons thématiques de l'émission au sujet de la prise en charge des « problèmes de santé mentale ».

Éléonore et la « psychose » : aidante de la construction de l'intériorité de Monsieur P

Le personnage de la fille du psychologue Monsieur P, Éléonore, qui a des « problèmes de santé mentale », sert à la fois une fonction d'aidante à l'intrigue et d'aidante psychologique et thématique.

Monsieur P décrit sa fille comme une « enfant de la DPJ » que lui et son épouse, décédée il y a quelques années, ont adoptée lorsqu'elle était enfant. Aujourd'hui, Éléonore est une jeune femme âgée d'entre 20 et 30 ans que le récit présente comme sans emploi, ayant des problèmes de consommation de drogues et vivant des difficultés dans ses relations en raison d'une peur de l'abandon.

Le personnage d'Éléonore est introduit dans le récit de la série en créant un climat de suspense et de frayeur et sa présence crée plusieurs rebondissements, faisant en sorte que ses « problèmes de santé mentale » contribuent à l'intrigue. De plus, l'énonciation et la mise en scène de ses multiples diagnostics (« trouble de la personnalité limite », « tendance paranoïaque », « psychotique ») et de sa toxicomanie construisent l'intériorité du protagoniste Monsieur P. En effet, l'inclusion d'un enfant avec des pathologies psychiatriques sévères et un comportement difficile, qui contraste avec l'image qu'on associe à la profession de psychologue, construit l'humanité, la vulnérabilité et la complexité de Monsieur P.

Dans l'épisode 9 de la saison 1, « Quand le silence s'installe », une courte scène fait planer un mystère au sujet de la vie de Monsieur P et laisse présager l'arrivée d'un tournant dans l'histoire du personnage. Jusque-là, on ne sait rien du personnage de Monsieur P et on ne le voit que dans son bureau de consultation. Or, durant cette scène, le psychologue participe à un groupe de parole dans un centre communautaire et tient dans ses mains un pamphlet sur lequel il est écrit « L'alcoolisme affecte un membre de votre famille? Alco-anon peut vous aider. » Un membre du groupe témoigne :

Des fois tu fais pas tout le temps bien le dé clic. Moi mon TS m'a dit une affaire. Il m'a dit : même si tu fais des erreurs avec ton enfant, même les pires erreurs, c'est pas toi qui es la cause de ses problèmes. Quand tu vas t'être enlevé ça de la tête, tu vas être capable de l'aider pour vrai. (S1E9)

Cette scène prépare le terrain à l'apparition du personnage d'Éléonore et éveille la curiosité en laissant planer un mauvais présage, mais en laissant les éléments sans réponse : Quelle est la vie personnelle de Monsieur P, en dehors de son métier de psychothérapeute? Pourquoi participe-t-il à cette rencontre? Qui a un problème d'alcool parmi ses proches?

Puis, dans l'épisode suivant (S1E10, « Béatrice et le droit d'être heureuse »), le personnage d'Éléonore fait sa première apparition fracassante et surprend son père le soir à son lieu de travail, créant un moment de tension, d'étrangeté et d'ambiguïté au sein de l'intrigue. Monsieur P et sa fille ont l'échange suivant :

Monsieur P : Qu'est-ce que tu fais?! J't'ai déjà dit de ne pas venir ici!

Éléonore : Je le savais que t'avais pas de client, j'ai surveillé d'en bas!

Monsieur P: Tu penses que ça me rassure d'apprendre que tu me surveilles?

Éléonore : Eille, *come on*, pa'! Ça va toi?

Éléonore s'assied sur le bureau et grignote dans le sac de chips de son père

Monsieur P: Bien merci. Et toi?

Éléonore : J'aime mieux les oignons balsamique.

Monsieur P : Qu'est-ce que tu veux, Éléonore?

Éléonore : Faut tu absolument que je veuille quelque chose pour venir voir mon cher petit papa?

Monsieur P : Quand tu veux rien j'te vois pas, c'est un pattern récurrent.

Éléonore : Booon... Tu vas pas me psychanalyser là?!

Monsieur P : Non. Si tu tiens pas tes engagements, j'me sens pas obligé de tenir les miens. On prend des ententes, pi tu les respectes pas!

Éléonore : Tu vas pas recommencer là! Tes ptites ententes là, je m'en torche! Tu penses que c'est facile pour moi?

Monsieur P : Non je sais.

Éléonore : Non, tu sais pas. Tu sais rien, pi tu veux rien savoir! Tu passes tes journées à écouter les tits bobos des ptits monsieurs et ptites madames pleines de cash là, pi ta fille est dans marde, ta fille est presque dans rue, pi tu fais rien pour l'aider!

Monsieur P : Sois pas injuste Éléonore. L'aide que tu veux pi celle dont t'as besoin, c'est deux choses!

Éléonore : Blablabla. Donc, j'suppose que ça sert à rien de te demander du cash pour payer mon hydro?

Monsieur P : As-tu la facture? J'peux payer sans problème.

Éléonore : Ok. J'ai compris, paternel. (S1E10)

Après le départ d'Éléonore, Monsieur P. semble mal à l'aise, voire craintif, et triste. Cette première apparition donne le ton du rôle de ce personnage périphérique : Éléonore, inconnue de Béatrice, est présente pour bouleverser l'intrigue de l'émission, plus particulièrement pour révéler une part jusque-là cachée de la vie de Monsieur P.

Au sujet de la part d'ombre du psychologue, l'épisode suivant s'intitule « Derrière les apparences » et explicite la fonction d'aidante à l'intrigue et d'aidante psychologique d'Éléonore (S1E11). Cet épisode traite des répercussions, pour Monsieur P et Béatrice, de la découverte par l'héroïne-narratrice de cette facette de la vie du psychologue. Éléonore est alors admise à l'urgence de l'hôpital St-Hippolyte « en pleine psychose », comme le disent Béatrice et Benoît. Elle présente des signes de « délire paranoïaque », selon les termes de l'équipe médicale, et a consommé plusieurs stupéfiants (drogues, alcool, méthadone). Durant cette scène, la jeune femme refuse de divulguer son nom de famille : elle affirme craindre qu'« il » sache qu'elle est à l'hôpital. De plus, Éléonore se recroqueville dans son lit, grelotte et semble terrifiée. Benoît réussit à trouver son nom de famille en contactant le « PAN », le « programme d'aide aux narcomanes ». Monsieur P. se présente donc à l'urgence, mais sa fille refuse agressivement de le voir et de lui parler en lui criant des insultes et le sommant de partir :

Éléonore : Je savais qu'il était là, J'PAS FOLLE!

Monsieur P : Personne a employé ce mot-là!

Éléonore : Tu veux me faire enfermer en? C'pour ça que t'es venu ?!

Monsieur P : Personne va t'enfermer Éléonore, surtout pas moi!

Éléonore : Écoutez-le pas, il va toute vous embobiner. C'est ça sa job, il est dangereux!

Monsieur P : J'ai apporté les renseignements dont les médecins ont besoin pour te soigner. J'peux m'en aller chérie, si tu veux!

Éléonore (*s'énerve, crie, se relève de son lit pour frapper son père*) : Ben ouais c'est ça. VA-T-EN! DÉCRISS! J'VEUX RIEN SAVOIR DE TOI!

Benoît (*en retenant Éléonore*) : Calme-toi, calme-toi. Éléonore. (S1E11)

Un peu plus loin dans l'épisode, Monsieur P. tente une seconde fois d'aller voir Éléonore à l'urgence, mais cette dernière refuse d'interagir avec lui. Le père et la fille ont le court échange suivant avant qu'il ne quitte les lieux :

Éléonore : Tu fais fuir tous ceux que j'aime! Tu m'écœures! T'as honte de moi, en ?! J'suis une esti de tache sur ta belle image de psy! Ça t'fait capoter que j'sois FOLLE, en ?! Avoue?!

Monsieur P : T'as raison. J'peux rien pour toi. J'abandonne.

Éléonore (*en criant*) : Enweille, c'est ça, va-t'en! Va-t'en comme tout le temps! Va t'remplir les poches esti de sans cœur! Laisse-moi comme ma mère, enweille comme un chien! Tabarnak, j'veux pu jamais te revoir la face, ok ?! JAMAIS! (S1E11)

D'une part, dans les trois extraits précédents, Éléonore explicite le paradoxe qu'induit le récit de l'émission entre la situation de psychologue de son père et sa « folie » : elle juge qu'elle vit de graves problèmes en raison de Monsieur P, alors que ce dernier gagne confortablement sa vie en réglant ceux des autres. D'autre part, la jeune femme souligne la répercussion de sa présence au dans l'histoire sur la caractérisation du personnage de Monsieur P. De fait, Éléonore est consciente de son rôle symbolique : elle approfondit et complexifie le personnage du psychologue, dont on ne connaissait jusque-là rien de la vie personnelle. De cette façon, au cours de ces trois échanges qui marquent les premières apparitions du personnage, Éléonore fait avancer l'intrigue de l'émission (aidante de l'intrigue) en énonçant tout haut la fonction de sa « folie » au sein du récit

(aidante thématique), qui est celle de participer au développement du personnage de Monsieur P (aidante psychologique).

De fait, l'arrivée d'Éléonore dans le récit et la mise en scène de sa toxicomanie, de sa « psychose », de son « trouble de la personnalité limite » et de « son trouble de l'attachement » légitiment son admission à l'hôpital St-Hippolyte, où travaillent sa cliente Béatrice et le travailleur social Benoît. Cette rencontre inattendue entre un psychologue et sa cliente exacerbe le sentiment de honte et d'échec de Monsieur P. En sortant de l'urgence après ces échanges houleux avec sa fille, Monsieur P tombe nez à nez avec Béatrice qui observait la scène de loin. Il semble subjugué : il reste immobile et silencieux un instant en croisant le regard de l'urgentologue, puis quitte la salle d'un pas rapide. Après cet événement, toujours dans l'épisode « Derrière les apparences », Monsieur P met fin aux consultations avec Béatrice, puisqu'il juge qu'ils ont franchi une frontière entre leur vie personnelle et professionnelle et qu'ils ont rompu leur lien de confiance. Pourtant, sa cliente lui assure que cet incident n'est pas significatif et qu'il n'entrave en rien l'impression qu'elle a de lui (S1E11). Dans l'épisode suivant, « Béatrice trop petite » (S1E12), Béatrice partage à Benoît son incompréhension de la décision de Monsieur P. Les deux personnages ont l'échange suivant :

Benoît : Ouais les *psys*... Sont très à cheval sur l'éthique, la déontologie...

Béatrice : Ouais mais on n'a pas couché ensemble là. J'ai juste traité sa fille!

Benoît : Oui : pour une psychose! Ça t'en dit quand même un peu plus sur lui que si tu l'avais traitée pour un ongle incarné. (S1E12)

La réponse de Benoît témoigne de l'importance symbolique de la « folie » d'Éléonore pour la construction du récit et du personnage de Monsieur P. En reprenant les mots de Benoît, la psychose de la fille *dit* quelque chose à propos du père psychologue. Elle est un outil qui accentue l'imperfection de cet expert en psychologie et en relation d'aide. De plus, la « folie » d'Éléonore qui la mène à l'urgence permet l'inclusion d'un dialogue entre Monsieur P et le travailleur social de l'hôpital, puis entre le psychologue et un ami également thérapeute, et lui offre l'occasion de se mettre en récit, donne au public l'accès à son monde intérieur et représente son cheminement psychologique. Le père rencontre Benoît Richard, le travailleur social qui prend en charge le dossier

d'Éléonore à la suite de son admission à l'urgence. Dans leur échange, Monsieur P construit et définit le personnage de sa fille et révèle son sentiment d'impuissance et d'échec à Benoît, qui agit comme narrataire intradiégétique de ce nouveau récit existentiel.

Monsieur P : À quel moment est-ce qu'un enfant nous échappe? J'en sais rien. Pourtant, je devrais le savoir, c'est mon métier! Depuis aussi longtemps que je me souviens, Éléonore a toujours été une énigme...

Benoît : Est-ce qu'elle a été longtemps sur l'héroïne?

Monsieur P : Deux ans.

Benoît : Et depuis quand elle est sur la méthadone?

Monsieur P : Un an à peu près.

Benoît : Est-ce que vous connaissez son... son déclencheur? Pourquoi elle a commencé à consommer?

Monsieur P : Éléonore souffre d'un trouble de la personnalité limite. Ma femme et moi, on l'a adoptée quand elle avait 8 ans. C'est un enfant de la DPJ. Sixième famille d'accueil. Quand ma femme est morte y'a quelques années, les choses se sont précipitées... Éléonore s'est mise dans la tête que c'était ma faute.

Benoît : Et votre femme est décédée de quoi?

Monsieur P : Pneumonie. Une forme rare, virulente.

Benoît : Mais comment votre fille a pu croire que...?

Monsieur P : C'est parce que son trouble s'accompagne de tendances paranoïaques, c'est pas simple.

Benoît : J'pas parent, mais je peux très bien comprendre.

Monsieur P : J'essaie d'être sa référence, d'être son point d'ancrage. Mais, la plupart du temps, j'échoue. Si je lui donne ce qu'elle veut, principalement de l'argent, alors j'suis son sauveur...

Benoît : Et si vous refusez, vous devenez son bourreau.

Monsieur P : Mais Éléonore, elle, elle joue toujours la victime. (S1E11)

Monsieur P définit ci-dessus Éléonore comme un personnage mystérieux et insaisissable, dont les diagnostics psychiatriques suscitent chez lui un sentiment intolérable d'impuissance. Cet « enfant fou » (Donnelly, 2012) construit l'intériorité et la complexité du personnage du psychologue en permettant l'inclusion d'un récit à la première personne et en le montrant comme un être humain faillible et vulnérable. Dans cette scène qui se déroule dans le bureau de Benoît, les rôles s'inversent pour Monsieur P : l'homme n'est plus l'expert, mais bien le client ou le patient qui a besoin, en tant que père, de l'aide professionnelle d'un travailleur social pour mieux comprendre les problèmes de santé mentale de sa fille et améliorer sa relation avec elle. En plus de cette rencontre avec le travailleur social, une scène représente Monsieur P en discussion avec un collègue thérapeute (S1E13, « Lendemain de veille »). Encore une fois, les rôles s'inversent : Monsieur P devient le sujet écouté, observé, analysé et conseillé par un.e expert.e.

Monsieur P : Je dois la décevoir. Elle m'a entendue parler avec Éléonore. Alors elle a bien vu à quel point ma fille est... mal en point.

Collègue : Tu penses qu'elle n'a plus confiance en toi à cause des problèmes de ta fille?

Monsieur P acquiesce.

Collègue : Excuse-moi mon vieux, mais t'es en pleine projection.

Monsieur P : Tu penses?

Collègue : C'est toi qui as un sentiment d'échec. Toi qui souffres d'un bri de confiance. Tu penses que tu ne peux plus soigner ta cliente parce que t'es même pas capable de t'occuper de ta fille. Non mais c'est vrai! Il faut que tu décroches, que tu laisses tomber ton orgueil.

Monsieur P : Qu'est-ce que mon orgueil a à voir là-dedans?

Collègue : Tu trouves ça difficile que ta cliente sache que tu n'es pas un père parfait.

Monsieur P : C'est normal, non?

Collègue : Oui. Mais t'as pas à la punir à cause de ça. Si t'arrêtes de la traiter juste à cause de ça, c'est là que tu la commets la faute éthique. (S1E13)

L'arrivée d'Éléonore au sein du récit de l'émission entraîne, d'abord et surtout, la mise en scène des réflexions et interrogations de Monsieur P, ainsi que le développement des facettes de son personnage. À la fin de cet arc narratif, dans l'épisode 14 « Faire le deuil du passé », Monsieur P

prend conscience de ses erreurs, offre ses excuses à Béatrice et lui confie qu'il a « manqué de recul », lui a « fait porter la responsabilité » de ses propres problèmes et que son comportement n'était « pas très professionnel » (S1E14, « Faire le deuil du passé »). Béatrice et lui reprennent le cours habituel de la thérapie.

Somme toute, la série *Au secours de Béatrice* ne représente pas la « folie » d'Éléonore pour que le public comprenne son histoire et sa perspective. On la connaît uniquement à travers le regard d'autres personnages et l'on n'a pas accès à sa vie intérieure. Béatrice, Benoît et Monsieur P sont les seul.e.s qui perçoivent, décrivent et racontent Éléonore et la positionnent souvent comme un cas clinique. Ils expliquent ses comportements par ses diagnostics psychiatriques et parlent presque uniquement de ses « problèmes de santé mentale » ou de ses comportements à problème (violence, manipulation, mensonge, séduction, victimisation). Ce faisant, le personnage d'Éléonore se limite à celui d'être la fille de Monsieur P avec un diagnostic psychiatrique et donc, à être symbolique pour le récit de son père et à servir de prétexte au développement de ce personnage. La « folie » est ici une stratégie narrative qui permet l'approfondissement, la complexification et l'actualisation du protagoniste Monsieur P. La mise en scène de cette enfant « folle » avec un « trouble de la personnalité limite » et un « délire paranoïaque » illustre l'écart entre l'expertise de Monsieur P en psychologie clinique et son impuissance de père. Cette apparente contradiction construit et communique ensuite une thématique de l'émission : le « bon » psychologue est humain. Derrière l'image de neutralité, d'unidimensionnalité et de supériorité du thérapeute, se trouve un homme et un père *comme tout le monde* qui a des failles, des limites et des problèmes personnels. Grâce à l'inclusion de sa fille dans le récit, Monsieur P. devient un meilleur humain et psychologue : il prend conscience d'une faute, la corrige et change son comportement.

Brigitte et le « trouble bipolaire » : suspense et aide à l'intrigue

Le personnage périphérique de Brigitte et son « trouble bipolaire » sert uniquement l'intrigue de l'émission, en suscitant la peur et la pitié par son imprévisibilité, sa colère, sa violence et sa tristesse.

Brigitte intervient dans la saison 1 de la série dans un court arc narratif qui s'échelonne de l'épisode 2 (« Béatrice et la thérapie ») à l'épisode 7 (« Béatrice la délinquante »). Il s'agit d'une ex-fréquentation amoureuse du personnage de Benoît, ex-mari, ami et colocataire de Béatrice, lorsqu'il habitait à Trois-Rivières avant de déménager à Montréal pour travailler à l'hôpital St-Hyppolite. Brigitte révèle rapidement qu'elle est atteinte d'un « trouble bipolaire », qu'elle est toujours amoureuse de Benoît, qu'elle vit une peine d'amour et qu'elle est à Montréal pour comprendre les raisons de leur séparation. Béatrice, la protagoniste de l'émission en connaît pas Brigitte et entend seulement parler d'elle à travers Benoît.

Ce personnage mineur apparaît toujours à l'improviste et surprend, inquiète ou trouble les autres (et le public de l'émission). En effet, Brigitte se présente à plusieurs reprises sans préavis au domicile et au travail de Benoît et Béatrice. On en comprend qu'elle les suit et les espionne, puisqu'elle sait où les deux protagonistes travaillent et vivent. Par exemple, Béatrice tombe nez à nez avec Brigitte, qu'elle ne connaît pas alors, à la sortie de son appartement dans le corridor de l'immeuble (S1E5, « Béatrice s'attend au pire »). La femme explique, nerveusement, qu'elle s'était trompée d'étage et part d'un pas rapide. De plus, elle se présente à l'improviste au bureau de Benoît à l'hôpital St-Hyppolite, le surprenant lorsqu'il est avec une collègue, pour lui implorer d'avoir une discussion avec elle au sujet de leur relation (S1E5). Benoît raconte par ailleurs la situation à Béatrice et lui fait part que Brigitte a un trouble bipolaire, qu'elle a peut-être arrêté son traitement et qu'elle est toujours amoureuse de lui. Les deux professionnel.le.s de la santé et des services sociaux conviennent alors que son comportement est préoccupant et qu'il pose un risque pour sa sécurité.

À la toute fin de l'épisode 5, la tension que suscite la présence étrange et mystérieuse de Brigitte autour des deux protagonistes atteint son point culminant : le personnage insulte et agresse Béatrice dans le stationnement de l'hôpital. Dans cette scène, Brigitte semble en colère et demande à l'héroïne si elle est la « nouvelle blonde » de Benoît. Béatrice lui répond qu'il s'agit seulement d'un « bon ami » et lui propose d'en discuter avec elle. Quelques secondes plus tard, alors que Béatrice tourne le dos à Brigitte, cette dernière la pousse violemment sur le capot d'une

voiture, puis au sol, et l'assène de coups de poing. Elle lui crie : « MENTEUSE! TU VEUX ME VOLER MON CHUM! TU VEUX PAS M'AIDER DANS LE FOND! ». L'épisode prend fin à ce moment dans une atmosphère dramatique et inquiétante. En effet, une trame sonore grave débute alors que défilent plusieurs images en rafale : un témoin qui retient Brigitte qui se débat et qui crie alors que Béatrice est toujours au sol, Benoît qui reçoit un appel, prend un air paniqué et accourt à l'appartement et Béatrice qui est assise sur son divan avec des hématomes au visage et la lèvre fendue.

La mise en scène du personnage secondaire de Brigitte, qu'on définit seulement comme ayant un « trouble bipolaire » et étant amoureuse de Benoît Richard, sert surtout une fonction d'aidante à l'intrigue en créant un climat d'imprévisibilité, de surprise et de violence. En outre, la représentation de sa « folie » ne sert pas à sensibiliser au diagnostic de « trouble bipolaire » ou alors à offrir à Brigitte l'espace narratif pour raconter son expérience de souffrance. À mon avis, la mise en scène du diagnostic de trouble bipolaire permet, justifie et explique l'inclusion d'un personnage féminin au comportement imprévisible, passionnel et erratique. De cette façon, sous couvert d'un motif de sensibilisation aux conséquences d'une « bipolarité non traitée » (S1E5), la série joue avec un imaginaire de la folie pour créer une intrigue et un effet dramatique.

François et le « trouble délirant chronique » : énigme et révélation

Le personnage de François Bélanger joue à la fois une fonction d'aidant de l'intrigue, d'aidant psychologique et d'aidant thématique. Son arrivée marque un tournant dans l'intrigue et le récit existentiel de Béatrice, car sa « folie » agit comme un catalyseur et force les membres de la famille Clément à replonger dans leur passé et à mettre au jour de sombres vérités sur le décès de Jean. De plus, la « folie » du personnage de François incarne une des principales thématiques de l'émission au sujet de la santé mentale et de la maladie mentale : les répercussions du passé sur l'état psychologique.

François est un ancien ami d'enfance de Jean et Béatrice Clément, qui revient dans la vie de la protagoniste dans la saison 3. Il était le voisin de la famille Clément et jouait régulièrement avec Jean et Béatrice, mais sa famille a déménagé peu de temps après le décès de Jean. Plus de trente

ans plus tard, dans l'épisode 5 de la saison 3 qui s'intitule « Révélations », le François arrive à l'urgence de l'hôpital St-Hippolyte sur une civière, blessé au visage et en « crise psychotique ». Comble du hasard, son fils unique, Arnaud Bélanger, est un résident en médecine de l'urgence de l'hôpital qui est déjà un personnage secondaire de l'émission. Arnaud annonce alors à l'équipe médicale que son père François est atteint d'un « trouble délirant chronique » (S3E5). Au départ, Béatrice ne reconnaît pas son ami d'enfance.

Le récit octroie au personnage de François Bélanger l'espace narratif pour exprimer sa propre souffrance, bien que ses propos allégoriques paraissent inintelligibles pour le personnel médical (et le public de l'émission). De plus, sa « folie » lui confère une clairvoyance et une réflexivité sur son état et le monde qui l'entoure. Par exemple, lors du premier échange entre François et Béatrice, ce dernier fait preuve d'ironie en abordant d'abord sa « maladie mentale » et le discours social sur la « santé mentale ». Les deux personnages ont la discussion suivante :

Béatrice : Vous avez été pas mal blessé, en?

François : Oui, je me suis fait blesser. Péter la gueule en sang!

Béatrice : Péter la gueule en sang, ils disaient ça quand j'étais petite!

François : T'sais j'aime parler au monde moi, j'aime le monde, mais faut que j'arrête de leur parler quand je suis « intoxiqué », comme ils disent les intervenants. Mais c'est *tough* parce que j'toujours intoxiqué!

Béatrice : Ah ouais?

François : Si c'est pas mon p'tit joint, c'est ma tête qui se met à produire des substances... Comme Obélix : j'suis tombé dedans quand j'étais petit!

Béatrice : Dans quoi?

François : La maladie mentale. Es-tu médecin toi?

Béatrice : Oui.

François: Wow! T'sais des fois j'écoute la radio pi y'a des caves qui disent que dans la rue y'a du monde qui souffre de « santé mentale ». Eille, ils souffrent de « santé mentale »! J'te dis que c'est souffrant la « santé mentale »! Des cons, des constipés! (S3E5)

Un peu plus loin dans le même épisode, Benoît visite François à l'urgence pour entamer un suivi en travail social. Encore une fois, le patient mobilise des métaphores, allégories et comparaisons pour communiquer son état d'esprit. De plus, François use d'humour et d'ironie pour critiquer les discours et méthodes des professionnel.le.s de la santé.

François : Quand l'esprit noir descend sur moi, même Dieu ne peut rien faire.

Benoît : Vous avez vu le psychiatre, est-ce qu'il vous a aidé?

François (*en riant*): Vous voulez dire s'il m'a convaincu de jamais arrêter de prendre des antipsychotiques? Non! Pas convaincu!

Benoît : Vous devez avoir une bonne raison de vouloir arrêter de les prendre!

François (*en riant*): Oui, mais personne ne veut l'entendre ma raison! C'pas une raison « raisonnable »! Sans farce, un doc m'a déjà dit ça : « Vos raisons ne sont pas raisonnables, monsieur Bélanger! »

Benoît : Euh... Je ne veux pas vous obliger à me parler si vous ne voulez pas, mais je vais avoir des options à vous présenter quand vous allez sortir. Vous n'avez pas de résidence fixe ; je peux vous indiquer des ressources...

François : Y'a pas d'autre affaire de fixe dans ma vie. Juste ça. C'est ça qui arrive quand tu ne respectes pas tes promesses. Mon frère a respecté la sienne. Moi j'ai flanché. Mais l'esprit noir m'a puni.

Benoît : Ah... Et il vient d'où cet esprit noir là?

François : Il est partout. Il s'infiltré. Il est là. Comme un insecte dans une craque de plafond pi tout à coup il grossit, la craque s'ouvre, il me tombe dessus. Si j'avais ma casquette, je pourrais me protéger, mais je n'ai pas le droit de garder la casquette. (S3E5)

Jusqu'ici, la « folie » de François crée l'intrigue. Le personnage fait preuve d'une grande lucidité, créativité et réflexivité, mais son discours est inintelligible et mystérieux pour les autres. Benoît et Béatrice prennent François au sérieux et veulent faire sens de son récit : sa « folie » est une énigme à résoudre.

À la fin de l'épisode, dans un moment de surprise et de joie, François et Béatrice se reconnaissent et se remémorent quelques souvenirs d'enfance. Or, comme le titre de l'épisode l'annonce, la présence de ce personnage « fou » est également un poids et une épreuve pour la protagoniste,

car elle force la « révélation » de secrets. De fait, François lui communique à demi-mot sa culpabilité dans la mort de Jean, que son sentiment l'a habitée toute sa vie et qu'il est responsable de son état actuel. À la suite de ces retrouvailles, Béatrice décrit l'homme comme un « fantôme hanté par un fantôme » et comme le « prisonnier d'un souvenir » (S3E5). De fait, la « folie » de François se manifeste en vivant dans le passé, puisqu'il est hanté par la mort de son ami d'enfance. L'entrée en scène de ce personnage « fantôme » lève une fois pour toute le silence autour de la mort du petit Clément qu'impose Christophe depuis plus de trente ans. L'ampleur de la « folie » de François permet d'illustrer la gravité du secret qui entoure la mort de Jean, ainsi que l'étendue des répercussions de sa révélation pour Béatrice. À ce propos, la protagoniste partage à Monsieur P son appréhension de connaître la vérité :

Béatrice : Si ce n'est pas le passé qui me remonte en pleine face, je ne sais pas ce que c'est! Je pouvais bien me sentir traquée...

Monsieur P : Mais ce n'est pas bien de retrouver un ami d'enfance, d'enseigner à son fils? Qu'est-ce qui vous fait peur là-dedans?

Béatrice : Ce qui me fait peur c'est ce que sa présence veut dire dans ma vie, ce que ça va m'apporter... Il est dans un état épouvantable, psychotique, pi c'est évident qu'il vit dans le passé lui là.

Monsieur P : Vous avez peur du fantôme?

Béatrice : Non je n'ai pas peur du fantôme. J'ai peur de pas être capable de prendre ce qu'il va me dire. (S3E5)

Ainsi, le récit met en place la fonction d'aide à l'intrigue, psychologique et thématique de la « folie » de François. La présence de ce personnage de « prophète fou » aux enseignements difficiles (Donnelly, 2012) bouleverse la vie de Béatrice, dont le récit existentiel est l'intrigue principale de l'émission, et explicite plusieurs leçons essentielles de la thérapie sur le passé, la vérité et le secret. Dans « Le rétroviseur » (S3E6), Béatrice tente de faire sens des propos de François et replonge petit à petit dans un passé qu'elle avait jusque-là enfoui et auquel elle se refusait l'accès.

Dans l'épisode « Trahir des fantômes » (S3E11), le personnage de François est exclu du récit à la suite d'une tentative de suicide qui conduit à une mort cérébrale. L'apparition de la « folie » de

François, puis son décès et sa disparition, forcent le dialogue sujet de la mort de Jean entre Béatrice et son père, Christophe. François laisse une lettre d'adieu à son fils Arnaud et ce dernier la confie à Béatrice. Cette dernière n'arrive pas à déchiffrer le message ambigu de François, qui parle du « prix de l'aveu », et se tourne vers son père, qui est avec elle le seul témoin encore vivant de cet événement. Ce dernier refuse d'abord de lui raconter la vérité, mais finit par céder et lui dit que « le silence a trop duré » (S3E11). Christophe raconte que Jean et François faisaient partie de la même équipe de natation et que leur entraîneur, Louis Leblanc, les avaient agressés sexuellement. Les deux jeunes garçons avaient fait un pacte de garder cette agression secrète, mais François avait fini par l'avouer à Christophe, ce qui avait mis Jean en colère. Le petit Clément est mort quelques jours plus tard.

Cette révélation, entraînée par la mise en scène du personnage « fou » de François, marque un tournant dans le récit existentiel de Béatrice. En effet, l'arrivée de François dans le récit de Béatrice permet à un père et sa fille de rebâtir un lien de confiance et déclenche un processus de reconstruction identitaire chez la protagoniste-narratrice. Alors qu'elle avait vécu jusqu'à aujourd'hui avec un sentiment de culpabilité dans la mort de Jean puisqu'elle l'avait grondée juste avant sa mort, Béatrice prend conscience qu'elle n'en est aucunement responsable. Elle reproche à Christophe son silence qui l'a « enfermée dans une bulle de honte » et figée dans la position de la « petite fille de 11 ans qui est responsable de la mort de son petit frère » (S3E11).

En conclusion, la « folie » de François joue une fonction d'aidant à l'intrigue et d'aidant psychologique, puisqu'elle est une énigme à résoudre pour Béatrice. Le personnage possède des informations sur la mort de Jean, événement fondateur de l'identité de Béatrice en raison de son caractère secret et mystérieux. Cela dit, Béatrice doit décoder son secret, puisque ses mots, bien que cohérents, demeurent inintelligibles. Elle n'élucidera le mystère qu'après – ou qu'avec – sa mort. De fait, la gravité de sa « folie », puis de sa mort, forcent le dialogue entre Béatrice et Christophe, qui est le seul qui connaît la vérité au sujet du décès de Jean. À ce propos, Monsieur P et Béatrice, après les révélations de Christophe au sujet de Louis Leblanc, donne un sens audit « délire » de François au sujet de l'« esprit noir » :

Monsieur P : Louis Leblanc... L'esprit noir...

Béatrice : Leblanc, le noir! Je n'avais pas vu ça!

Monsieur P : Les personnes troublées donnent souvent des noms de code à ceux qui leur ont fait du mal.

Béatrice : Mais je ne me souviens pas de Jean parlant de lui comme de l'esprit noir...

Monsieur P : C'est après la mort de Jean que François a dû coder les événements. Une façon pour lui de se rappeler de l'histoire en gardant une distance.

Béatrice : Ouais. Même en codant le passé là, il n'a pas réussi à le tenir assez loin... Pauvre François. (S3E11)

Le psychologue explique et légitime, sur la base de son autorité et de son expertise, la fonction de la « folie » de François. De plus, l'apparition éclair de François bouleverse le récit identitaire de Béatrice et accélère sa guérison. En apprenant enfin la vérité sur le passé de sa famille, elle se libère de sa honte et de sa culpabilité vis-à-vis la mort de Jean, qui est l'élément fondateur de son mal de vivre. Cette révélation déconstruit le « système d'explication » qu'elle avait bâti en l'absence de réponses de ses parents au sujet du décès de son frère. En effet, n'étant pas responsable de sa mort, Béatrice n'est pas non plus toujours responsable du malheur d'autrui. De cette façon, le personnage de François sert aussi d'aidant thématique, car sa folie illustre de manière extrême une idée centrale de la série *Au secours de Béatrice*, soit que le passé, s'il n'est pas réglé, crée le mal de vivre et la « maladie mentale ».

Édith, la mère au foyer désespérée : synecdoque du passé difficile de Béatrice

Le personnage d'Édith Clément sert une fonction d'aidante psychologique à Béatrice, car la mise en discours de sa « maladie » est une synecdoque qui illustre efficacement la gravité de son passé, d'en situer le « mal de vivre » et d'exemplifier le cheminement existentiel de la protagoniste depuis son enfance jusqu'à la fin de la série. La caractérisation du personnage d'Édith reproduit un stéréotype culturel traditionnel de la « folie féminine » : l'épouse, mère et femme au foyer « folle », tragique et passive qui est contrainte au confinement domestique (Caminero Santangelo, 1998; Ehrenreich et English, 2016; Gilbert et Gubar, 1979). De plus, la mort d'Édith maintient son personnage dans une position de silence. Ce faisant, le récit, par autrui, de son mal sans borne,

englobant et flou, puisqu'elle n'a pas un diagnostic psychiatrique comme les autres personnages secondaires, brosse le portrait d'une histoire familiale sombre et laisse planer un doute sur la filiation matrilinéaire de la souffrance psychique.

Édith Clément est la mère de Béatrice et de Jean, l'ex-femme de Christophe et est décédée environ 15 ans avant le début de l'histoire de la série *Au secours de Béatrice*. Elle n'est donc jamais mise en scène dans le récit principal de l'émission, mais elle est souvent racontée par d'autres personnages (Béatrice, Christophe, Benoît, etc.). Contrairement à Zach, Éléonore, Brigitte ou François, Édith n'a pas de diagnostic psychiatrique. En outre, Béatrice la décrit plutôt en utilisant les qualificatifs « malade », « malheureuse », « fragile », « triste », « dépressive », « trop sensible » et « vulnérable ». La protagoniste réfère aussi, à ses « gros problèmes » ou à ses « problèmes psychologiques », ainsi qu'à son alcoolisme et à son alitement en raison de sa consommation d'alcool et de calmants. De plus, Béatrice raconte qu'elle avait la responsabilité de s'occuper d'Édith : son père lui demandait de limiter sa consommation d'alcool, de lui remonter le moral, de la sortir de son lit et de l'empêcher de conduire en état d'ébriété. La jeune fille a également pris le relais de sa mère pour prendre soin de son petit frère Jean. En parallèle, Christophe Clément était un mari et un père sévère et absent. De fait, il était toujours au travail et entretenait plusieurs relations extraconjugales, mais exigeait de Béatrice un suivi serré et quotidien de l'état de santé d'Édith.

La représentation du personnage d'Édith, qui fait partie d'une œuvre qui s'inscrit dans un canon télévisuel qui se centre sur le récit de femmes de carrière célibataires, peut être mise en relation avec les débats féministes sur le statut de la figure de la « femme folle » au sein d'œuvres de fiction (Caminero Santangelo, 1998; Donaldson, 2002, 2011; Gubar et Gubar, 1979). Si je me fie à l'analyse à l'analyse de Gubar et Gubar (1979) au sujet de la figure de « femme folle » de Bertha Mason dans *Jane Eyre*, la « maladie » d'Édith Clément aurait-elle une fonction féministe? Serait-elle une réponse contestataire au patriarcat et à l'emprise de son mari? Le récit d'*Au secours de Béatrice* évoque cette piste. Christophe est présenté et défini par son entourage comme un mari et un père sévère, dur et exigeant qui ne prend pas soin des femmes qui l'entourent (Édith, Isabelle, Béatrice

et Océane). À une ou deux reprises au cours de la série télévisée, son épouse actuelle Isabelle et Béatrice mettent en cause son comportement envers sa défunte femme Édith. Par exemple, Isabelle dénonce le manque d'écoute et d'empathie de son mari, lorsque ce dernier lui propose tout bonnement de lui donner des calmants lorsqu'elle lui communique ses émotions. En colère, elle lui lance : « J'suis pas Édith moi; tu ne me feras pas taire avec tes calmants! » (S2E6). Béatrice fait également part à Monsieur P d'un moment où sa mère a tenu tête à son mari. Elle raconte que ses parents étaient allés à un dîner de gala, qu'Édith avait trop bu lors du repas et que Christophe était en colère contre elle puisqu'elle lui avait « fait honte » (S2E18). Selon le souvenir de Béatrice, Édith lui aurait alors dit : « Et moi, tu ne penses pas que j'ai honte quand toutes les femmes avec qui t'as couché viennent me voir pour me dire à quel point je suis belle ?! » (S2E18). Réfléchissant à cet événement, Béatrice confie ensuite à Monsieur P : « Ouais, elle était peut-être alcoolique ma mère, mais elle n'était pas folle. » (S2E18). Le récit de l'émission met donc en cause le contrôle qu'exerce Christophe sur sa défunte épouse, ainsi que met en scène une certaine lucidité et une révolte d'Édith à l'endroit de sa position de soumission.

Toutefois, le récit n'interroge, ne problématise ou ne socialise jamais la « maladie » d'Édith. La situation conjugale et la « maladie » de cette femme ne sont jamais mises en relation. L'épouse et la mère est une femme « malade » et est mariée à Christophe : elle n'est pas malade en raison de son mariage avec Christophe. De plus, comme l'affirme Maria Caminero-Santangelo (1998) dans son analyse de la « folie » de Bertha Mason, la maladie du personnage d'Édith n'est pas subversive, car elle la place hors de l'ordre du discours de l'œuvre. En effet, Édith est non seulement présentée comme morte avant le début de l'intrigue, mais aussi comme étant plus souvent qu'autrement « ivre morte » de son vivant. Elle n'a donc jamais d'opportunité de parole, de voix propre et d'histoire personnelle et elle est uniquement racontée par d'autres qu'elle-même. De plus, de la même façon qu'Elizabeth Donaldson (2002, 2011) soutient que la folie de Bertha Mason ne puisse être politique puisque sa construction s'ancre dans la physiognomie du 19^e siècle, le mal d'Édith s'inscrit dans un imaginaire culturel du culte de l'invalidité chronique des femmes bourgeoises blanches de classe moyenne supérieure (Ehrenreich et English, 2016) et de la « femme au foyer désespérée » de l'après Deuxième Guerre mondiale (Haggett, 2012). De fait, la « fragilité » et la

« vulnérabilité » d'Édith sont parmi les seuls éléments de caractérisation du personnage : les membres de la famille Clément racontent peu de choses sur la vie de ce personnage, outre qu'il s'agit d'une épouse et d'une mère inapte à l'exercice de son rôle en raison de sa profonde « maladie » et de son alcoolisme.

En somme, la représentation de la « maladie » d'Édith, qui s'inscrit dans un trope scientifique et culturel commun, illustre l'enfance sombre et difficile de Béatrice. Le personnage d'Édith sert surtout la construction psychique de la protagoniste en incarnant de façon évidente la gravité de son enfance. De fait, la mention de ce personnage sert d'abord et avant tout le récit existentiel de Béatrice : les répercussions du malheur et de la tristesse de la mère sur sa fille construisent la complexité de son monde intérieur. D'abord, Béatrice grandit avec la charge de la santé et de la survie de sa mère, un rôle qui crée chez elle un sentiment accru de responsabilité, de culpabilité et d'hypervigilance qui fonde son « mal de vivre ». Ensuite, l'imprécision qui entoure le mal du personnage d'Édith permet l'inclusion d'un arc narratif autour du doute et de la crainte d'une filiation matrilinéaire de la souffrance psychique dans la famille Clément. Béatrice et Christophe s'inquiètent à quelques reprises des similitudes entre la fille et la mère, qui seraient toutes les deux « fragiles », « vulnérables » et atteintes d'un « mal de vivre » (S4E18, « La petite flamme »). Cela dit, Monsieur P statue que Béatrice est loin d'avoir les mêmes « problèmes » qu'Édith : elle n'a pas développé de « dépendance » et n'est pas « dépressive ». Béatrice se construit en référence et en opposition avec sa mère. Elle mentionne à quelques reprises qu'elle la rejoint dans son « mal de vivre », mais elle s'en éloigne en soulignant la « maladie », la « vulnérabilité » et la « fragilité » de sa mère. De fait, Béatrice valorise sa position de femme libre, autonome et indépendante, qui aspire à la santé et au bonheur et qui réussit, grâce à l'autoréflexivité et la parole que permettent la mise en scène de la psychothérapie, à se libérer de son mal de vivre à la fin du récit de l'émission. Cet écart entre une mère et sa fille met donc en lumière l'ensemble du cheminement existentiel de Béatrice.

2.4 Conclusion : représenter la « folie », entre outil de sensibilisation et stratégie narrative

Cette analyse narratologique problématise la mise en récit de l'univers de la santé et de la maladie mentale et la structure de caractérisation des personnages souffrant.e.s et malades d'*Au secours de Béatrice*.

D'une part, je constate les effets des choix narratifs sur la construction des personnages et de leur souffrance psychique, maladie mentale ou diagnostic psychiatrique et donc, sur le regard que leur porte le ou la narrataire du texte. Plus précisément, je montre que la structure narrative de la série a des répercussions sur la présence à l'écran accordée aux personnages « fous », malades ou souffrants, c'est-à-dire sur leur focalisation et leur caractérisation. De fait, la série ne dépeint pas nécessairement les maladies mentales pour les représenter de façon humaine, sensible et positive. Bien qu'elles puissent être « exactes » au regard de savoirs psychiatriques, les représentations de la psychothérapie et des personnages « fous »/« folles » ou « malades » ont une forme et une fonction narratives. En effet, la mise en scène de la thérapie est une stratégie qui permet l'inclusion d'une narration autodiégétique, d'une focalisation interne, d'analepses et de la pause commentative. De plus, les « problèmes de santé mentale » ou les diagnostics psychiatriques peuvent être des outils pour 1) façonner un personnage; 2) structurer une intrigue; 3) soutenir le cheminement psychologique d'un.e protagoniste ; et 4) expliciter les thématiques de l'œuvre de fiction. Enfin, mon analyse et mon interprétation des choix narratifs qui façonnent la construction du récit d'*Au secours de Béatrice* dégage une asymétrie narrative entre les personnages de l'émission. Le récit existentiel de la souffrance non-médicale, complexe et réflexive de l'héroïne-narratrice est le moteur de l'intrigue et se distingue de la représentation extérieure des problèmes de santé mentale des personnages secondaires, dont le diagnostic psychiatrique est parfois l'un des seuls éléments de caractérisation et qui servent surtout une fonction d'aidant.e de l'intrigue, psychologique ou thématique. Ils et elles n'existent pas en tant que personnages à part entière, mais plutôt en tant qu'objets d'une maladie, d'un problème de santé mentale et d'un diagnostic psychiatrique qui servent une fonction symbolique ou métaphorique.

Une politique narrative de l'univers de la santé et de la maladie mentale se dessine de la présente analyse formelle d'une série télévisée ayant une visée de sensibilisation aux enjeux liés à la « santé mentale » et à la « maladie mentale ». *Au secours de Béatrice* participe de la légitimation de l'expression et de la prise en charge de la souffrance « normale » de personnes « normales », alors qu'elle place hors-champ l'expérience vécue et l'histoire personnelle de celles qui ont une pathologie psychiatrique lourde et les identifie uniquement comme des objets d'un diagnostic psychiatrique ou d'un problème de santé mentale.

CHAPITRE 3

UNIVERS THÉMATIQUE DE LA SANTÉ MENTALE DANS *AU SECOURS DE BÉATRICE*

Ce chapitre interroge le contenu des représentations dites pédagogiques et empathiques de l'univers de la santé mentale que produit la série de fiction. Je pars d'un côté du postulat que la santé mentale, la souffrance psychique et les problèmes de santé mentale sont des espaces politiques où des luttes se jouent pour définir la « santé » et la « maladie » et asseoir le pouvoir de guérir et les modes d'intervention, de gestion et de production scientifique, ainsi que des lieux où s'inscrivent les rapports de pouvoir et la normativité sociale. D'un autre côté, comme le montrent Boisvert (2017) et Macé (2001, 2000), tout en situant la série dans un contexte sociohistorique ou dans une réalité sociale, je conçois les représentations de l'univers de la santé mentale de façon performative : *Au secours de Béatrice* construit des discours dits pédagogiques ou empathiques sur les enjeux liés à la santé mentale – elle en médiatise les rapports sociaux – et ne fait pas que refléter la soi-disant « vérité » des discours institutionnels. Cette analyse tient compte du caractère polysémique de la série, une émission de qualité qui se déroule sur un temps long, pouvant laisser ainsi place à des discours ambivalents, contradictoires et nuancés au sujet de la santé et de la maladie mentale.

Ce chapitre cartographie le contenu de la série et se décline en quatre sections : 1) le champ sémantique des discours sur la « santé mentale » ; 2) les hypothèses étiologiques de la « souffrance » et des « problèmes de santé mentale » ; 3) les mécanismes de légitimation des expert.e.s ; et 4) la conception de l'atteinte de la « santé mentale ».

3.1 Champs sémantiques et foyers de production de la « folie »

Le paysage sémantique de la folie est très étendu dans la série, qui parle à la fois de « santé mentale », de « maladie mentale », de « problèmes de santé mentale » et de diagnostics psychiatriques, en plus de la « souffrance » et du « mal de vivre ».

3.1.1 « Souffrance », « maladie » et diagnostic : catégories en circulation

Les créateur.rice.s d'*Au secours de Béatrice* produisent, mettent en circulation et légitiment les catégories de « maladie mentale » et de « souffrance », ainsi que les catégories diagnostiques de la psychiatrie (par exemple, « trouble bipolaire », « trouble de la personnalité limite »). De cette façon, ils et elles les positionnent comme les termes adéquats, neutres et sensibles pour définir et expliquer des comportements qui posent un problème. Au contraire, la série véhicule que l'expression « folie » est le fruit d'un jugement précipité, d'un manque de compassion et d'une mauvaise foi. Ces choix et constructions sémantiques témoignent des luttes théoriques et politiques pour définir la « santé » et la « maladie », ainsi que de la multiplicité des catégories profanes et savantes pour désigner ces enjeux (Ehrenberg, 2004; Fassin, 1996; Otero, 2005; Otero et Namian, 2011). De plus, ces discours s'inscrivent au sein des travaux sociologiques sur la problématique de la « médicalisation » (Ballard et Elston, 2005; Brossard et *al.*, 2023; Conrad, 1975). De fait, en valorisant des notions médicales comme les diagnostics psychiatriques ou la « maladie mentale », le personnage principal de Béatrice, comme médecin, lutte contre la stigmatisation et déresponsabilise certain.e.s individu.e.s « malades ». Ceci étant dit, le récit redéfinit les catégories médicales en liant la notion de « maladie » avec celle non-médicale de « souffrance » pour renforcer cette déresponsabilisation des individu.e.s malades et mettre de l'avant leur vécu subjectif et individuel. Or, en insistant sur la « maladie » et le diagnostic psychiatrique de personnages secondaires qui n'ont pas l'espace narratif pour parler elles-mêmes de leur condition (par exemple, Édith, Brigitte et Éléonore), l'héroïne-narratrice urgentologue dicte et fixe des rôles à adopter.

Alain Ehrenberg (2004, 1998) et Marcelo Otero (2003, 2005) notent que les notions de « souffrance » et de « santé mentale », des catégories qui n'ont pas de validation ou de légitimité médicale, remplacent aujourd'hui celle de « maladie mentale » au sein de plusieurs discours institutionnels. Cela dit, conjointement à cette redéfinition, ils observent un phénomène de « médicalisation » qui se manifeste par la multiplication et l'extension des catégories médicales de « troubles mentaux » dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM), ainsi que le durcissement d'une compréhension biomédicale au sein du champ de la psychiatrie. Un

large corpus d'écrits offre une analyse du processus de médicalisation (Ballard et Elston, 2005; Conrad, 1975; Brossard et al., 2023). La critique « classique » de la médicalisation s'axe sur une vision hiérarchique (ou « *top-down* ») (Conrad, 1975). De fait, le sociologue Peter Conrad (1975) définit la médicalisation comme un processus de « définition d'un comportement comme un problème médical ou une maladie et oblige ou autorise la profession médicale à fournir un certain type de traitement pour ce comportement » [traduction libre] (12). Conrad réfléchit aux implications, c'est-à-dire aux bénéfices et aux conséquences de la conceptualisation médicale d'un comportement déviant. Il observe une baisse de la condamnation des personnes déviantes et du stigma social. Il juge également que le traitement médical peut, dans certains cas, s'avérer plus humaniste que le système de justice criminelle (18). Cela dit, le sociologue distingue quatre conséquences négatives de la médicalisation : 1) le contrôle des problèmes par l'expert.e; 2) le contrôle médical du social; 3) l'individualisation des problèmes sociaux; et 4) la dépolitisation du comportement déviant (19). D'autres auteur.e.s nuancent cette analyse et montrent que la médicalisation n'est pas qu'un processus institutionnel qu'imposent des professionnel.le.s de la médecine sur des personnes qui en seraient des victimes passives (Ballard et Elston, 2005; Brossard et al., 2023). Ils et elles soutiennent que ce processus émerge aussi « du bas » et que certaines personnes bénéficient de la médicalisation de leurs enjeux ou de ceux d'autrui. En ce sens, Karen Ballard et Mary Ann Elston critiquent le postulat de la domination de la médecine et soutiennent qu'il y a plutôt un déclin de la confiance en l'autorité de l'expert.e au sein de la patientèle qui, loin d'être docile, encourage, s'approprie et résiste la médicalisation (Ballard et Elston, 2005).

Dans *Au secours de Béatrice*, Béatrice utilise les notions de « maladie » et « souffrance », ainsi que les diagnostics psychiatriques, dans une visée de lutte contre la stigmatisation de personnages secondaires qui ont une pathologie psychiatrique lourde. À plusieurs reprises, la protagoniste corrige un membre de son entourage qui a recours à l'expression « folle » pour qualifier le comportement d'un personnage féminin qu'il ne comprend pas. Elle insiste sur le fait que la femme en question, Brigitte ou Édith, est soit « malade », sujette à une « souffrance » ou atteinte d'un « problème de santé mentale » et revendique l'emploi de ces expressions plutôt que celle de

« folle ». L'extrait suivant (S1E06, « Post-agression »), qui rapporte la discussion entre Béatrice et Benoît juste après l'agression de Brigitte, illustre ce propos :

Benoît : Je... je suis tellement désolé. Jamais je n'aurais cru qu'elle était folle à ce point-là.

Béatrice : Ben, elle a une grosse souffrance, elle est MALADE! Mais elle n'est pas folle!

Plus tard dans le même épisode, Béatrice a un échange similaire avec son père Christophe, lorsqu'il apprend la nouvelle de l'agression :

Christophe : Tu es blessée ?! Encore ?!

Béatrice : C'est un petit accident, ce n'est pas grave!

Christophe : Tu te fais agresser dans le stationnement de l'hôpital et là tu es en train de me dire que ce n'est pas grave ?!

Béatrice : Qui t'a dit ça?

Christophe : Peu importe!

Béatrice : Papa, c'est quelqu'un qui souffre d'un PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE! Bon, écoute : c'est une fille que Benoît a fréquentée. Elle souffre d'un trouble bipolaire et elle a cru qu'il la quittait à cause de moi.

Christophe : Ben oui, Benoît, encore Benoît!

Béatrice : Ce n'est pas sa faute.

Christophe : Ben oui, c'est ça, ce n'est jamais sa faute! Je n'en reviens pas de ton insouciance!

Béatrice : Mon insouciance? Je ne pouvais quand même pas prévoir ce qui allait arriver! Elle est MALADE papa!

Dans ces échanges, Benoît et Christophe s'énervent et expliquent le geste de Brigitte, une impulsion qui dépasse une mesure jugée convenable par sa violence et son intensité, en mobilisant l'expression populaire « folle » qui semble ici renvoyer à l'impulsivité, l'irrationnalité et à la dangerosité du personnage. En contrepartie, Béatrice critique la notion de « folle » et met plutôt l'accent sur la maladie, la souffrance ou le diagnostic psychiatrique de Brigitte. Ces trois notions engagent des fondements théoriques, idéologiques et normatifs. D'un côté, le recours stratégique

au terme « maladie mentale » ou au diagnostic psychiatrique renvoie à l'un des postulats généraux de l'approche biomédicale. Comme je l'ai présenté dans le premier chapitre, ce discours a fait son entrée dans la psychiatrie au Québec à partir des années 1950, mais s'est répandu de façon systématique au cours des années 1960 (Larose-Hébert, 2020 : 24). Selon ce dernier, les individus qui ont une maladie mentale ne sont pas responsables de leur condition, ne doivent pas subir de jugement moral et méritent la même compassion que les personnes qui ont une maladie communément définie comme « physique ». De fait, le diagnostic retire « la charge de l'agentivité et de la responsabilité » [traduction libre] (Cvetkovich, 2012 : 88), puisque la maladie et le diagnostic psychiatrique auraient une cause soi-disant extérieure à l'esprit ou au jugement (par exemple, une explication neurologique). L'expression « problème de santé mentale » qu'utilise Béatrice, bien qu'il s'agisse d'une notion plus élargie, semble plutôt être un synonyme de maladie mentale et implique donc, de façon plus implicite, la présence d'une pathologie psychiatrique. La protagoniste n'utilise pas ce terme pour englober des expériences non pathologiques (par exemple, les émotions dites négatives ou la souffrance psychique). D'un autre côté, la mise de l'avant de la souffrance de Brigitte par Béatrice s'inscrit dans l'essor de la notion de « santé mentale » entamé au cours des années 1990 (Ehrenberg, 2004; Otero, 2005). Aujourd'hui, tout le monde souffre : la souffrance est au cœur des politiques et de la grammaire sociale des sociétés libérales (Fassin, 2002; Otero et Namian, 2011). En martelant que Brigitte est un sujet d'une grande souffrance, Béatrice crée un « rapport compassionnel » ou de sympathie qui humanise sa relation avec cette femme et tente d'insuffler la même humanité chez Christophe et Benoît (Fassin, 2011 : 688). L'héroïne prend donc compte de l'« individualité », de la « dignité » et du « respect » de Brigitte, alors que son père et son ami ignorent voire méprisent sa « subjectivité » et sa « situation de vie » et ne portent attention qu'au geste d'agression (Otero et Namian, 2011 : 234). En effet, aux yeux de Béatrice, Brigitte est une femme qui souffre en raison d'une « maladie » et d'un « trouble bipolaire » et qui mérite de l'empathie (et non pas une personne qui commet un acte violent). J'argue donc que le recours à la « maladie » ou à la « souffrance », plutôt que la « folie », a une dimension encourageante en termes de lutte contre la stigmatisation de Brigitte : la reconnaissance de son diagnostic psychiatrique ne la tient pas responsable de son acte et celle de sa souffrance suscite la compassion et la sympathie.

Cela étant, les discours de Béatrice naturalisent la catégorie médicale et psychiatrique de « maladie mentale » et fixent, essentialisent et pathologisent les personnages secondaires qui font l'objet de cet étiquetage. Dans le cas de Brigitte, la protagoniste explique la totalité des propos et des actions de ce personnage, qu'ils soient ou non en lien avec sa « maladie », par son « trouble bipolaire ». Ce faisant, Béatrice positionne le diagnostic psychiatrique comme un fait de nature dont la reconnaissance est objective et neutre. Par exemple, elle explique et juge l'aveuglement de Benoît à l'endroit de Brigitte en soulignant que seule une personne avec un diagnostic psychiatrique puisse agir d'une telle façon :

Benoît : Je l'aimais bien, je l'aimais beaucoup même, mais elle était un peu... Un jour, on avait travaillé ensemble sur le dossier d'un jeune, et comme ça, sans prévenir, elle m'a demandé d'être son amant. Pas son amoureux là. Elle m'a dit : « Je n'attends rien d'autre que de l'amitié, et du bon sexe. »

Béatrice : Ayoye! Comme ça là, BOUM?

Benoît : Ouais, ouais. J'étais euh... Je ne savais pas quoi dire.

Béatrice : Mais tu as fini par dire oui! Quand même, Ben! Il me semble que quelqu'un qui te propose une affaire comme ça, c'est signe que...

Benoît : Que?

Béatrice : Qu'il y a quelque chose qui ne tourne pas rond! T'sais, on n'a plus 20 ans là! Me semble qu'à notre âge les *fuck friends* c'est pas mal fini là... (S1E6, « Post-agression »)

Dans l'extrait ci-dessus, Béatrice attribue un comportement, qu'elle-même juge incompréhensible et qui n'est pas d'emblée d'ordre médical, à une condition psychiatrique. Si je suis cette logique, inversement, personne qui adopte un tel comportement doit avoir une pathologie psychiatrique pour ne pas faire l'objet d'opprobre. Dans un autre épisode de la série (S3E8, « Un anniversaire raté »), Béatrice compare les habiletés parentales d'Isabelle (mère d'Océane et épouse de Christophe) et Édith (sa propre mère), lorsqu'elle apprend que sa belle-mère parle en mal de Christophe à sa fille Océane et la place au milieu de leur discorde :

Béatrice : J'y ai cru. J'ai pensé qu'il y avait peu de chance qu'Océane ait autant de problèmes que moi j'en ai eu parce que sa mère était plus solide que la mienne. Même vous, vous me l'avez déjà dit ça!

Monsieur P : Oui, c'est vrai, mais votre belle-mère semblait plus équilibrée que votre mère!
Il semble que ce ne soit plus le cas...

Béatrice : Ben non! En fait, je pense qu'Isabelle est pire que maman, parce que maman au moins, elle, elle avait l'excuse d'être malade!

Monsieur P demande à Béatrice si Isabelle ne serait pas malade et cette dernière lui répond :

Non... Pas à ce qu'on sache! Quoiqu'avec ses agissements des derniers mois, je commence à en douter sérieusement. Il y a quand même des limites à être inquiète et à être amère!
Là, c'est carrément malsain : elle parle contre Christophe à Océane! Jamais je n'ai vu ça!

Puisqu'Édith était malade et donc souffrante, Béatrice la dispense de la responsabilité de ne pas avoir été une source de soutien « solide » pour elle lorsqu'elle était enfant. En revanche, Isabelle, qui ne semble pas et qui n'exprime pas être « malade », n'a selon la protagoniste aucune raison d'avoir un tel comportement. Selon Béatrice, sa belle-mère est entièrement responsable de ses actes puisqu'elle n'est pas malade, ce qui justifie de les juger plus sévèrement. Ainsi, les comportements dits non conventionnels d'Isabelle et Brigitte sont uniquement intelligibles et acceptables s'ils trouvent leur origine dans une maladie. De plus, Béatrice décharge Édith, Isabelle (si elle est malade) et Brigitte de toute responsabilité pour leurs sentiments et leurs actions, qu'elle considère comme étant nécessairement en lien avec le fait qu'elles sont malades (ou potentiellement malades). Toutefois, ces actions et sentiments ne sont peut-être à l'origine pas liés à leur maladie ou à leur diagnostic psychiatrique. En effet, en voulant éliminer le jugement et favoriser l'acceptation sociale de la maladie mentale, Béatrice, en tant que médecin, détermine et fixe ces personnages dans un rôle de « malade ». Cela étant dit, je ne veux pas positionner ces personnages secondaires comme étant dociles et passives devant l'autorité et l'expertise médicale qu'incarne Béatrice. Mais il s'avère difficile d'élaborer sur le sujet de leur potentielle acceptation, résistance, négociation et redéfinition de la médicalisation, puisque comme je l'ai présenté dans le chapitre précédent, le récit octroie peu d'espace narratif aux perspectives des personnages secondaires identifiés comme « malades ».

En somme, la série véhicule l'idée qu'il ne faut pas juger les comportements, les pensées ou les sentiments hors-normes (aux yeux des personnages « sains ») des personnages « malades », car elles ne peuvent en être responsables. Elles agissent de cette façon en raison de leur maladie et

de leur souffrance et donc, malgré elles. Ce discours pose un regard critique sur l'étiquette de « folie », mais n'interroge pas l'expression « maladie » et les diagnostics psychiatriques eux-mêmes. Le recours aux qualificatifs « malade » et « souffrante » et l'énonciation du diagnostic sont perçus comme la manière adéquate de lutter contre la stigmatisation. En revanche, les représentations de Brigitte reproduisent l'idée qu'une personne avec un tel diagnostic ou une telle maladie agit nécessairement d'une certaine façon. De manière générale, les catégories diagnostiques de la psychiatrie et les « problèmes de santé mentale » sont les expressions légitimées pour désigner les personnages secondaires, et non pas Béatrice que je le montrerai dans la section suivante. Plusieurs personnages sont identifiés, dès leur première apparition dans le récit, par un diagnostic psychiatrique qui devient l'élément central de leur caractérisation. Ainsi, suivant cette logique, puisque le personnage a un tel diagnostic psychiatrique, il a donc un « problème de santé mentale » et est « malade » et c'est pourquoi il agit d'une telle façon.

Malgré tout, quelques discours critiques, bien que minoritaires et isolés, se glissent parfois dans le récit de la série télévisée et méritent d'être relevés. Dans la quatrième saison, par exemple, Béatrice est en couple avec un homme du prénom de Gabriel. Monsieur P affirme que celui-ci paraît avoir une « personnalité narcissique », propos qui choque la protagoniste et qui la pousse même à suspendre sa thérapie. Elle dit à son psychologue qu'elle ne le consulte pour qu'il donne une « étiquette toute faite » à son compagnon. Ainsi, alors que les diagnostics psychiatriques sont souvent énoncés rapidement et pris au pied de la lettre par le personnel de l'hôpital dans l'émission (médecins, travailleurs sociaux, etc.), la série en introduit dans ce cas-ci une certaine critique.

3.1.2 Le « mal de vivre » : centralité du mal-être non-médical du sujet autonome

La catégorie non-médicale et populaire de « mal de vivre » cohabite avec celles de « maladie » et de « problèmes de santé mentale », ainsi qu'avec les catégories diagnostiques de la psychiatrie, au sein du récit d'*Au secours de Béatrice*. En effet, alors que les personnages secondaires font souvent l'objet d'un étiquetage avec une catégorie médicale, l'héroïne-narratrice mobilise un cadrage profane pour définir sa condition. Ce faisant, le récit de fiction construit et met en circulation des

catégories en lien avec la santé mentale qui à la fois reproduisent et redéfinissent que la médecine valide et légitime.

Le « mal de vivre » est l'expression qu'utilise la protagoniste-narratrice, qui occupe la majorité de l'espace narratif, pour nommer sa souffrance psychique. Cette représentation semble reproduire la préoccupation sociale actuelle, introduite avec l'avènement de la notion de santé mentale au cours des années 1990, pour les troubles psychiques « normaux » (Otero, 2005, 2003), les « troubles de masse de la subjectivité individuelle » (Ehrenberg, 2004 : 134) et les « thérapies pour les normaux » (Castel, 1981). Contrairement aux personnages secondaires « malades », Béatrice ne dévoile ni ne reçoit jamais de diagnostic psychiatrique clair, outre l'allusion rapide au premier épisode du trouble panique. Elle ne se définit pas, ou n'est pas désignée par autrui, comme ayant un « problème de santé mentale » ou une « maladie mentale ». C'est par ailleurs son « mal de vivre » qui est à l'origine de ses attaques de panique, ces dernières étant représentées comme une manifestation physiologique d'une souffrance plus intime, personnelle et subjective. Son mal de vivre est mis en scène comme un état d'ensemble ou une affection.

Le mal de vivre paraît également être l'envers de cette norme et règle d'autonomie dans la construction de l'individualité contemporaine : le sentiment de responsabilité (Ehrenberg, 1998; Otero, 2012). Béatrice définit elle-même son mal-être comme la « peur qu'il arrive un malheur » et Monsieur P défend que le nœud de cette crainte trouve son origine dans son sentiment envahissant de « responsabilité » (S4E28, « Les Mardis de Béatrice »). De fait, la protagoniste est convaincue d'être responsable de son malheur et de celui d'autrui. Cette croyance trouve date de son enfance : elle était, déjà toute petite, responsable de sa mère – de sa « tristesse », sa « déprime » et de sa consommation d'alcool » – et de son petit frère Jean, puisque son père Christophe était souvent absent (S1E3, « Nouveaux Départs »). Elle raconte que sa mère n'était « pas là là »: elle consommait des calmants prescrits par Christophe pour traiter sa dépression, buvait beaucoup d'alcool et passait une grande partie de sa journée endormie dans sa chambre (S1E4, « What You Want, What You Need »). De plus, elle raconte qu'elle était responsable de Jean le jour de son décès et qu'elle et lui s'étaient disputés juste avant son « accident » mortel. Au

moment du décès, Christophe n'était pas à la maison et Édith était ivre morte dans sa chambre. Béatrice confie à monsieur P. qu'elle a grandi avec d'importantes responsabilités, ainsi qu'avec le sentiment d'être responsable – et que ses parents la considéraient responsable – de ses échecs (par exemple, la mort de Jean). Conséquemment, elle se sent aujourd'hui investie de la « mission d'empêcher le pire de produire », puisqu'elle se sent automatiquement responsable de son malheur et de celui de son entourage (ami.e.s, famille, patient.e.s) (S1E05, « Béatrice s'attend au pire »). Au début de la série, Béatrice croit que ce sentiment de responsabilité est positif : faire preuve de vigilance et être « toujours de garde » serait essentiel au bon exercice de son métier d'urgentologue, un métier qu'on présente justement comme exigeant de l'initiative, de l'autonomie et de l'adaptation. En revanche, le psychologue observe que, puisque Béatrice se sent toujours responsable de ce qui lui arrive, elle minimise les épreuves qu'elle a vécues et nie ses émotions. Par exemple, au début de la thérapie, elle ne pense pas qu'il soit utile ou pertinent de parler de la mort de Jean, que ce sont de « vieilles histoires », que des gens « ont vécu des choses pas mal plus dures qu'elle », que c'est « pathétique » (S1E10, « Béatrice et le droit d'être heureux »). Cela dit, selon son psychologue, Béatrice banalise sa souffrance : il lui dit que de survivre à la mort de son petit frère, pour une enfant de 11 ans, c'est « grave » et « difficile à accepter » (S1E10). Cette négation se manifeste également dans sa difficulté à s'« investir émotionnellement » et sa tendance à « fuir » dans ses relations personnelles, par crainte d'être responsable de leur échec (S1E09, « Quand le silence s'installe »). À la fin de la série, elle réalise que ce sentiment accru de responsabilité, qui entraîne la peur qu'il arrive un malheur, produit un « déficit de joie de vivre » puisqu'elle a toujours cru qu'elle n'avait pas le « droit d'être heureuse » (S2E16, « Le goût du bonheur »). Ainsi, comme Ehrenberg (2004; 1998) et Otero (2012, 2005) le soutiennent dans leur analyse de l'articulation entre la « santé mentale », la « souffrance psychique » et la normativité de l'autonomie, la souffrance de Béatrice est directement en lien avec sa condition d'autonomie. En effet, elle souffre de son sentiment de responsabilité envers son malheur et de celui d'autrui, puisqu'elle est justement capable, du fruit de sa position sociale, d'agir sur elle-même, par elle-même et sur autrui (Ehrenberg, 2004 : 154).

Le « mal de vivre » non-pathologique côtoie donc les pathologies psychiatriques graves au sein du récit d'*Au secours de Béatrice*, série ayant une visée de lutte contre la stigmatisation des « problèmes de santé mentale ». Cette mise en scène rappelle le constat d'Alain Ehrenberg (2004) sur l'horizontalité et l'étendue de la « santé mentale », qui prend en charge des enjeux qui dépassent ceux de la psychiatrie traditionnelle et qui les présente de façon non-hiérarchique dans la catégorie englobante de « souffrance psychique » (145). Car aujourd'hui, comme le dit Ehrenberg, « toute souffrance mérite attention » (151). À ce sujet, il partage sa crainte quant au risque de négligence, d'oubli ou de perte de vue des conditions pathologiques sévères au sein des « troubles du mal-être » et du malheur ordinaire, ou de confusion entre la « souffrance psychique » et les « problèmes psychiatriques » (2004 : 150). Dans la série télévisée à l'étude, un portrait similaire à celui que dépeint le sociologue se dessine : les pathologies graves des personnages secondaires et le « mal de vivre » de Béatrice ont comme dénominateur commun la « souffrance », mais le mal-être ordinaire occupe une place de choix au sein de l'œuvre. Par ailleurs, le personnage de François offre une courte réflexion sur le sujet qui fait figure, à mon sens, de mise en abîme. Il raconte tout bonnement à Béatrice, en riant : « T'sais, des fois, j'écoute la radio et il y a des caves qui disent que, dans la rue, il y a du monde qui souffre de « santé mentale ». Eille, ils souffrent de « santé mentale »! J'te dis que c'est souffrant la santé mentale! Des cons, des constipés! » (S3E5, « Révélation »). Par cette remarque, François, atteint d'une pathologie psychiatrique grave, critique (au sein de l'univers de l'œuvre) les effets de la popularité de l'expression « santé mentale », qui entraîne non seulement une confusion mais un effacement des « maladies mentales » graves.

3.2 « Ce n'était pas comme aujourd'hui » : historiographie progressiste de la psychiatrie

La contextualisation sociohistorique a mis en lumière deux interprétations de l'histoire des transformations dans la définition, la perception et la prise en charge de la « folie » au Québec de la fin du XIXe siècle à aujourd'hui. Les historien.ne.s qui adhèrent à la thèse de la « Révolution psychiatrique » affirment que les années 1960 marquent l'avènement d'une « nouvelle » conception de la maladie mentale, des politiques progressistes et d'une amélioration nette de la perception et de la prise en charge des patient.e.s psychiatriques (Boudreau, 1984; Goulet et

Gagnon, 2014). En revanche, les historien.ne.s qui s'inscrivent dans un courant historiographique critique de la Révolution tranquille et de la notion de « Révolution psychiatrique » nuancent l'interprétation de l'amélioration linéaire et progressive des pratiques psychiatriques depuis 1960. Ils et elles notent que, malgré les politiques soi-disant progressistes et les dites découvertes médicales et thérapeutiques en psychiatrie, les patient.e.s qui sortent à l'époque de l'hôpital font face à un accueil difficile de la population québécoise et que la déshospitalisation n'a pas nécessairement amélioré leur prise en charge (Perreault et Guilbault, 2014; Klein, 2022). Ces deux lectures de l'histoire de la psychiatrie se transposent dans les études médiatiques des discours et représentations de la « folie ». De fait, les analyses d'Otto Wahl (1995) s'apparentent aux conclusions de l'historiographie de la « Révolution psychiatrique ». En effet, il considère que les images de la folie dans les œuvres culturelles plus anciennes, c'est-à-dire qui précèdent l'essor de la psychiatrie moderne, offrent une représentation dite inexacte, négative et stigmatisante puisque la « folie » n'était alors pas reconnue comme une « maladie mentale » et prise en charge par les savoirs et pratiques psychiatriques (1995 : 36). L'époque actuelle, c'est-à-dire celle au sein de laquelle il écrit ses textes, serait la plus avancée en termes de perception et de prise en charge de la « folie ». En contrepartie, Simon Cross (2010) reproche à Wahl (1995) d'analyser la signification des images de la folie à partir de critères de définition et d'énonciation actuels et donc, de ne pas les inscrire dans leur contexte historique (61).

Conjointement à la thèse de la « révolution psychiatrique » et aux analyses rétrospectives d'Otto Wahl sur les images de la folie, la série *Au secours de Béatrice* construit une histoire « progressiste » de la prise en charge de la « folie » (Holland, 2010 : 219). Une lecture « progressiste » de l'histoire s'intéresse aux « progrès » qu'a fait la psychiatrie dans la reconnaissance et le diagnostic des « maladies mentales » depuis sa création jusqu'à aujourd'hui, justifiant ainsi l'état actuel des pratiques psychiatriques (Holland, 2010 : 219).

Cette représentation se manifeste surtout dans la relation père-fille conflictuelle entre Béatrice et Christophe, deux personnages qui ont notamment un regard distinct en matière de prise en charge des problèmes de santé mentale. Ce style d'écriture de l'histoire divise Béatrice, qui est du côté de

la « vérité » telle qu'elle est conçue actuellement au sujet des problèmes de santé mentale, et Christophe, qui s'oppose à cette vérité par ignorance et déni de la réalité. Dès le début de la série, Christophe est mis en scène comme un homme d'une soixante dizaines d'années qui a été et qui est toujours froid et sévère envers ses proches et sa fille Béatrice. Rapidement, le père joue un rôle de contre-exemple pour Béatrice : elle ne veut pas reproduire les croyances et les comportements qu'il a adoptés durant son enfance, et qu'il maintient toujours aujourd'hui, dont ceux qui concernent sa perception et son attitude à l'endroit de la « maladie mentale ». À plusieurs reprises, Christophe tient des propos que Béatrice juge inadéquats, désuets et révolus. Par exemple, comme mentionné précédemment dans l'analyse, Béatrice reproche à son père d'employer l'expression « folle » pour parler d'une patiente avec un « trouble bipolaire » ou pour désigner Isabelle, la mère de sa fille Océane, ou alors de se méfier ou de manquer de respect à Zach en raison de son trouble obsessionnel compulsif. Le récit construit donc un écart entre les visions de Christophe et Béatrice, qui culmine lorsqu'ils se remémorent les souvenirs familiaux qui entourent Édith ou Jean. À ce propos, dans l'extrait ci-dessous qui se déroule dans le cimetière où sont enterrés Jean et Édith, la protagoniste cherche à comprendre la raison d'être de la souffrance de son petit frère (S3E11, « Trahir des fantômes ») :

Béatrice : Te souviens-tu de ce que Jean disait quand il regardait des événements sportifs à la TV, ou ce qu'il faisait pendant les Olympiques? Tu sais en 76? Y'était tout le temps en train de vomir, d'aller aux toilettes...

Christophe : Ben il souffrait de colites spasmodiques.

Béatrice : Oui, oui je sais, l'ancien nom pour parler du syndrome du côlon irritable.

Christophe : Ben oui c'est ça!

Béatrice : Et Jean souffrait de ça, à 7 ans, 9 ans?

Christophe : Tu le sais comme moi, Béatrice! Dans ce temps-là, ces maladies-là n'étaient pas connues, reconnues, on ne savait pas quoi faire!

Béatrice : PAPA : Jean souffrait d'anxiété. Pourquoi tu ne veux pas le dire ?! Ce n'est pas honteux! Si tu avais accepté cette réalité-là avant, ça ne se serait peut-être pas terminé comme ça!

Tout de suite après, Christophe lui avoue que Jean avait été lui aussi agressé par son entraîneur de natation, Louis Leblanc. Dans l'extrait suivant, Béatrice lui fait part de son incompréhension face à sa décision de cacher cet événement à sa mère, à elle et à tout le monde :

Béatrice : Ok, mais de quoi t'as eu honte? Réellement? En ?! D'avoir une femme malade? De ne pas voir ce qui se passait avec ton fils? Que tout le monde le sache ?!

Christophe : Tu peux m'accabler tant que tu veux Béatrice, tu as le droit. Mais le grand coupable dans cette histoire-là, ce n'est pas moi! Leblanc a sali tout le monde : ton frère, ses amis, les familles, moi, ta mère, pi toi. Oui j'avais honte, bien sûr que j'avais honte! Y'était pas question en plus que j'aïlle me pavaner avec mon drame sur la place publique. Je sais qu'aujourd'hui c'est à la mode, mais il y a 38 ans on ne faisait pas ça... du spectacle avec nos malheurs! (S3E11)

Béatrice revient ensuite sur les propos de son père avec Monsieur P :

« Du spectacle » ?! Dire la vérité, avouer ses torts, ses manques, ses failles : du « spectacle »?! Il a toujours eu peur pour sa réputation. C'est ça mon père, je ne sais pas pourquoi ça me surprend. Mais d'apprendre que maman n'a jamais su la vérité, ça me fait de la peine... (S3E11)

Dans les extraits ci-dessus, Béatrice propose une hypothèse diagnostique rétrospective du comportement de son petit frère Jean. Elle établit qu'il n'avait pas le « syndrome du côlon irritable », comme Christophe pensait jadis et pense encore aujourd'hui, mais de l'« anxiété ». Au sujet de cet éclairage diagnostique, déjà plus tôt dans le récit, Béatrice implore son père d'admettre que Jean avait un « trouble anxieux » (S3E11) ou des « problèmes de santé mentale » (S2E6, « Faire la bonne affaire »). La protagoniste considère que ce refus de reconnaître la « vérité » de l'anxiété de Jean a eu des conséquences négatives; il est en partie responsable du décès du jeune garçon. De façon sous-jacente, ce discours célèbre le progrès et légitime l'état actuel des connaissances et des traitements en santé mentale, au sein duquel les diagnostics psychiatriques feraient l'objet d'une plus grande acceptabilité sociale. Selon Béatrice, si Christophe avait accepté le diagnostic et n'en avait pas eu honte, comme elle le fait aujourd'hui, Jean ne serait peut-être pas mort (car, il aurait reçu un accompagnement professionnel et un traitement approprié). De plus, Christophe, par ses propos au sujet de la « mode » actuelle de faire un « spectacle » avec ses « malheurs », semble rejeter l'attention contemporaine accrue à la plainte

subjective ou à la souffrance psychique. Puisque Christophe est mis en scène comme l'anti-héros de la série, ce discours a, au contraire, pour effet de légitimer la croissance d'un marché de la souffrance psychique. En effet, la série met justement de l'avant que le « silence » de Christophe, soit le fait qu'il n'ait pas exprimé la « vérité » de son malheur, est en partie responsable du mal de vivre de Béatrice. En revanche, c'est justement *par* la thérapie entreprise avec Monsieur P que Béatrice développe les habiletés dont elle reproche le manque à Christophe (dire la vérité, reconnaître sa souffrance, etc.). La série montre que les gens ne souffrent pas plus aujourd'hui qu'hier, mais que la souffrance serait maintenant gérée d'une meilleure façon grâce à l'acceptation sociale de la psychothérapie et des enjeux liés à la santé mentale. Ainsi, si Christophe avait eu les habiletés que la protagoniste a développées en consultant son psychologue, peut-être que Béatrice et Édith n'auraient pas autant souffert.

En conclusion, Béatrice juge la prise en charge « passée » de la santé mentale, par l'entremise du personnage de Christophe, en fonction de critères actuels. Ce discours a pour effet de légitimer et de glorifier l'état actuel des pratiques en santé mentale, plus particulièrement une certaine conception de la thérapie et de la psychologie clinique.

3.3 Hypothèses étiologiques: psychodynamique *versus* neurobiologie

La série *Au secours de Béatrice* construit un discours de type psychanalytique et psychodynamique et exclue les hypothèses neurobiologiques du « mal de vivre ». En revanche, les représentations ne traitent pas des origines des « maladies mentales » graves. En filigrane de ces discours, je note l'absence des traitements pharmaceutiques de la « souffrance psychique » et de la « maladie mentale ». Le récit de fiction apprécie et popularise donc la théorie psychodynamique et critique la neurobiologie.

Ces discours du récit de fiction sur l'étiologie peuvent être mis en dialogue avec les travaux sociologiques qui articulent les liens entre contrôle social, gouvernement des vivant.e.s et psychiatrie, biomédecine et psychologie. La présentation de ces écrits permettra de saisir si cette priorisation du discours psychodynamique et cette occultation des théories neurobiologiques est

une tendance sociale plus générale ou un phénomène propre à la série *Au secours de Béatrice* (Ehrenberg, 2004; Otero, 2005; Rose et Abi-Rached, 2014; Rose, 1998). Des auteur.e.s observent une croissance des explications neurobiologiques des maladies mentales au sein des sociétés libérales depuis les années 1990 (Rose et Abi-Rached, 2014). Nikolas Rose et Joelle Abi-Rached (2014) considèrent que le « cerveau » est devenu un objet et une cible du gouvernement des individus (4). Les deux auteur.e.s affirment que les neurosciences et la neurobiologie sont en croissance, qu'elles se popularisent hors du milieu scientifique et qu'elles s'investissent pour expliquer et traiter les maladies mentales, dont elles conçoivent les causes comme étant neurologiques (4). De fait, ils estiment que le vocabulaire des neurosciences s'immisce au sein de la culture populaire, que les neuroscientifiques ont des prérogatives sur la vie quotidienne et que la neuroscience fait figure d'« expertise » dans la gestion des affaires humaines (6). Ce faisant, Rose et Abi-Rached (2014) critiquent l'idée selon laquelle l'autorité des neurosciences se limite à la recherche scientifique. Leur constat s'oppose donc à celui des sociologues Henri Dorvil (2005), en contexte québécois, et Alain Ehrenberg (2004), en contexte français, par rapport au fait que le milieu de la recherche en psychiatrie biomédicale s'ancre dans les hypothèses neurobiologiques des troubles mentaux, alors que les milieux culturel et clinique s'intéressent plutôt à l'aspect biopsychosocial de la santé mentale et des problèmes de santé mentale (Ehrenberg, 2004; Dorvil, 2005). Rose et Abi-Rached identifient quatre champs des neurosciences qui s'impliquent dans le gouvernement de vivant.e.s : la psychopharmacologie, l'imagerie cérébrale, la neuroplasticité et la génomique. Ils donnent l'exemple de l'intervention pharmacologique, qui développerait un « regard neuromoléculaire » sur le cerveau et qui serait le premier ressort pour la gestion de la maladie mentale dans les pays où il s'agit d'une priorité gouvernementale (9). En effet, les neurosciences s'intéressent aux propriétés biophysiques, chimiques et électriques du cerveau et du système nerveux central et les théorisent comme des processus matériels d'interaction entre des molécules dans les nerfs et les synapses (7). Cela dit, Rose et Abi-Rached (2014) insistent sur le fait que ce regard neuromoléculaire n'engendre pas une conception normative et déterministe de l'individu. Les neurosciences conçoivent que le cerveau façonne le « soi », mais que l'être humain façonne également son cerveau : l'individu est responsable du travail sur le contrôle, la gestion et l'amélioration de son cerveau à l'aide de techniques (16). À la suite de ces observations,

les deux auteurs s'interrogent : ce « complexe neurobiologique » remplace-t-il le « complexe psychologique » du 20^e siècle? En effet, dans un autre texte, Rose (1998) conceptualise le « complexe psychologique » pour rendre compte du déploiement de l'expertise psychologique et son rôle au sein du gouvernement des individus depuis la fin de la Deuxième Guerre mondiale. À ce sujet, plusieurs auteur.e.s théorisent à leur façon l'ampleur, les manifestations et les implications de la « psychologisation » de la société et des rapports sociaux depuis le milieu du 20^e siècle, ou autrement dit, de la réinterprétation du social en termes psychologiques (Castel, Enriquez et Stevens, 2008; Otero, 2003, Pache et Mathieu, 2023; Vrancken et Macquet, 2006, 2012). Malgré l'essor certain des neurosciences, Rose et Abi-Rached (2014) ne peuvent affirmer que les neurosciences remplacent la psychologie pour penser et réguler les problèmes individuels et sociaux. Mais ils soutiennent que cette expertise offre de nouvelles possibilités, autres que les savoirs et pratiques psychologiques, de se comprendre et de se gouverner soi-même qui coïncident avec les règles de responsabilité propres aux sociétés néolibérales (17). Au sujet de cette normativité, Didier Vrancken et Claude Macquet (2006, 2012), dans la foulée des réflexions d'Alain Ehrenberg (1998; 2004), arguent que les sociétés libérales sont des sociétés de « travail sur soi ». Ce concept de « travail sur soi » théorise les sociétés qui se caractérisent « par un travail incessant que les personnes accompliraient sur elles-mêmes pour se produire en tant que sujets actifs et responsables. » (2012 : 76). Celles-ci mettent en œuvre des politiques pour aider l'individu à devenir un « entrepreneur de lui-même » qui valorisent la responsabilité, l'autonomie, l'épanouissement personnel et le développement de soi (2012 : 77). Ces sociétés développent une conception normative de l'individu comme un être fragile et vulnérable, mais capable d'autonomie puisque jamais sans ressources, ce qui entraîne selon eux une surresponsabilisation et une culpabilisation en cas d'échec (78). Ces constats rappellent les analyses du sociologue Marcelo Otero (2003) qui affirme que les stratégies d'intervention courantes, d'ordre psychologique, psychobiologique ou psychosocial, mettent l'accent sur le (ré)apprentissage de « compétences » afin d'accroître la responsabilisation et l'autonomie, plutôt que de considérer l'individu comme un « sujet parlant avec une histoire singulière », une « singularité subjective » et une « histoire individuelle » dont la souffrance a une signification (84). Cela dit, contrairement à l'analyse d'Otero (2003), Vrancken et Macquet arguent, citant les travaux de l'anthropologue Didier Fassin (2004)

sur les politiques de la souffrance et de la compassion, que ces « politiques contemporaines de surinvestissement du soi » accordent au contraire une place centrale aux biographies et aux histoires singulières des individus (78). Ce survol des écrits scientifiques souligne la multiplicité des perspectives sociologiques sur l'autorité et les explications de la « santé mentale » et la « maladie mentale », ainsi que sur leur relation avec la norme d'autonomie au sein des sociétés libérales.

À la lumière de ces travaux sociologiques, la « décennie du cerveau » que théorisent Rose et Abi-Rached (2014 : 4) ne se traduit pas dans *Au secours de Béatrice*. Au contraire, la série légitime les explications, les acteur.rice.s et les pratiques du champ de la psychologie, plus particulièrement de la psychodynamique, pour faire ce « travail sur soi » et atteindre l'autonomie et le développement de soi. Tout d'abord, le récit met de l'avant la biographie, l'histoire personnelle et la souffrance singulière de sa protagoniste et narratrice Béatrice Clément, plutôt que l'acquisition de « compétences » (Otero, 2003) ou le travail sur son système neurologique (Rose et Abi-Rached, 2014). De plus, la série critique les hypothèses étiologiques des neurosciences, occulte les traitements psychopharmacologiques et excluent les psychiatres du récit.

3.3.1 « Mal de vivre », poids du secret et quête d'une vérité enfouie : points focaux

Les fondements psychodynamiques, particulièrement les théories qui entourent le secret de famille et l'inconscient, sont à l'avant-plan des discours sur l'étiologie de la souffrance psychique que produit la série.

Le secret est un élément pathogène central d'*Au secours de Béatrice* : il est à l'origine du « mal de vivre » de Béatrice, qui à son tour lui cause aujourd'hui des attaques de panique. En ce sens, la « maladie » n'est pas la raison ultime du mal de vivre; elle est un signe ou une conséquence d'événements extérieurs, tels que les traumatismes du passé. À travers l'exemple de l'histoire de la famille Clément, la série tire une leçon générale : les secrets, les « silences » et les « non-dits » familiaux ont des répercussions négatives sur la santé. Le secret peut par ailleurs émerger soudainement, de manière physiologique, plusieurs années après l'événement traumatique. La connaissance, la reconnaissance et l'expression de la « vérité » - que permettent l'entreprise d'une

certaine forme de psychothérapie, telle que celle entreprise avec Monsieur P - ont des vertus thérapeutiques.

Au début de la série, Béatrice fait l'expérience de malaises digestifs aux origines mystérieuses. Elle consulte un psychologue, Monsieur P, pour ce qu'elle croit être une situation de simple stress et de fatigue en raison de son horaire de travail chargé. Cela dit, Monsieur P croit pour sa part que ses malaises physiques trouvent leur origine dans l'« histoire personnelle » de Béatrice et que certaines situations actuelles ravivent des événements douloureux enfouis (S1E02, « Béatrice et la thérapie »). Par exemple, à la suite des interrogations de Monsieur P sur la ressemblance apparente entre ses problèmes digestifs actuels et la péritonite qu'elle raconte avoir eue à l'âge de 11 ans, Béatrice vit un éveil de conscience. Elle se rappelle avoir eu une péritonite juste après le décès de son petit frère Jean qui était âgé de 9 ans et que ses maux digestifs actuels ont débuté le jour de l'anniversaire de 9 ans de sa demi-sœur Océane. Elle réalise, en rétrospective, qu'elle craint qu'Océane, en atteignant cet âge fatidique, décède comme Jean. Ainsi, plus de trente ans plus tard, le secret familial autour de la mort de Jean émerge soudainement en prenant la forme de malaises digestifs. Un secret, car le sujet de la mort de Jean était (et est toujours) un interdit dans la famille Clément. Avec le recul acquis en thérapie, Béatrice affirme avoir grandi dans la « conspiration du silence » et que son passé est rempli de « tabous » (S2E23, « Cachotteries »). En effet, elle raconte à Monsieur P qu'elle a toujours eu l'impression qu'on lui cachait quelque chose concernant la mort de son petit frère. Puisqu'elle a cherché à comprendre ce qui se passait autour d'elle quand elle était enfant, mais que ses parents ne lui donnaient pas de réponse, elle a donc bâti un « système d'explication » qui repose sur la croyance qu'elle est responsable de la mort de son petit frère (S2E24, « Gros sur le cœur »). Le secret de famille crée un sentiment accru de responsabilité et d'hypervigilance, qui constitue son « mal de vivre ». À mesure qu'avance la série (et sa thérapie), Béatrice replonge dans son passé, ce qui l'amène à briser le silence que lui a toujours imposé son père et à forcer le dialogue entre elle et lui au sujet de Jean. Puis, lorsque Christophe finit par enfin lui révéler la « vérité » au sujet de la mort de Jean, soit qu'il avait été agressé sexuellement par son entraîneur de natation, Louis Leblanc, Béatrice partage à Monsieur P les effets thérapeutiques de la révélation de son passé. Elle affirme se sentir « émotionnellement

courbaturée », mais qu'il s'agit d'une douleur qui fait du bien (S3E12, « Reconstruire »). En effet, grâce à la révélation de cet événement fondateur, elle prend conscience qu'elle n'est pas responsable de la mort de Jean et de la souffrance de ses parents. Lors du dénouement de l'arc narratif entourant l'arrivée de François, Béatrice tire une leçon sur les origines de sa souffrance, qui devient une des conclusions principales de l'émission (S3E12) :

Béatrice : Tout ce qui s'est passé là, ça me fait voir qu'à chaque geste que les gens posent, chaque parole qu'il prononcent, il est attaché un petit bout de leur passé. On est tous des voyageurs avec un bagage plus ou moins lourd à porter.

Psychologue : Vous êtes philosophe?

Béatrice : Ouais. C'est vrai en. Non, surtout ce que ça me fait réaliser c'est à quel point on est construit sur notre enfance, pi moi et bien je me suis construite en grande partie sur la mort de mon petit frère. Et maintenant que je sais ce que je sais, j'suis obligée de réajuster ma façon d'agir. De réagir. Même de ressentir ce qui se passe.

Psychologue : Vous devez vous reconstruire?

Béatrice : Oui, exactement.

Selon ce discours dominant d'*Au secours de Béatrice*, le passé, particulièrement les non-dits, les silences et les secrets de l'enfance, sont à l'origine de plusieurs maux psychiques. Puisque l'héroïne-narratrice comprend qu'elle n'est pas responsable de la mort de son petit frère – ayant trouvé les réponses à ses questions au sujet de son récit personnel – la responsabilité ne guide plus sa vie. Elle partage à Monsieur P qu'elle a maintenant envie d'avoir de la confiance et de l'assurance, de « briser l'ordre établi », d'« oser déplaire » et de « s'affirmer sans plier » (S3E13, « Risquer le déséquilibre »). À l'inverse, comme je l'ai abordé dans le chapitre précédent, François a vécu sa vie et est mort en étant « prisonnier d'un souvenir » et avec un sentiment de faute (S3E9, « Le plus beau cadeau du monde »). Comme l'affirme son fils Arnaud, François n'a jamais « fait ce qu'il veut dans la vie » ni eu « confiance », car il a toujours été rattrapé par sa « maladie » et ses « obsessions » qui ont été causées par la mort de Jean, de laquelle il s'est toujours senti responsable (S3E13).

En somme, l'hypothèse étiologique centrale de la souffrance psychique que construit la série *Au secours de Béatrice* a une allure psychanalytique et psychodynamique. Le mal de vivre de Béatrice, qui est à l'avant-plan dans le récit, trouve son origine dans son histoire familiale, plus particulièrement dans des « secrets », des « non-dits » ou des « silences » qui entourent les circonstances de la mort de son petit frère Jean. Conséquemment, la pratique thérapeutique que la série représente pour soulager la souffrance psychique est une certaine forme de psychothérapie qui se centre sur la quête d'une réminiscence qui donnera un sens aux problèmes actuels en faisant « remonter » ou « ressortir » un passé qu'on avait oublié, ou qu'on pensait avoir « réglé » (S3E12, « Reconstruire »). La guérison commence par la prise de conscience de son histoire et de ses répercussions sur sa vie psychique et physique, c'est-à-dire y donner sens et pouvoir la mettre en récit dans un tout cohérent et unifié.

3.3.2 Neurobiologie, hérédité et génétique : critique et exclusion

La série rejette, ou place à l'arrière-plan, les explications neurobiologiques ou génétiques du « mal de vivre ». Le récit critique l'idée que le mal être ou la souffrance psychique de Béatrice ait une origine génétique. Pour ce faire, il met en scène des personnages qui véhiculent cette croyance, pour que d'autres puissent ensuite la démentir de façon explicite. Dans la première saison de l'émission, Béatrice désobéit à Christophe, en lui faisant faux bond et en ne répondant plus à ses appels. Après ces événements, ce dernier fait part à Ginette, la tante et meilleure amie de Béatrice, de ses soupçons sur le potentiel « problème » psychique de Béatrice que pourrait lui avoir transmis sa mère Édith. Ginette lui rétorque catégoriquement (S1E8, « Action-réaction ») :

Christophe : Tu as un lien très fort avec Béatrice. C'est pour ça que je fais appel à toi.

Ginette : Christophe, ta relation avec ta fille ne me regarde pas.

Christophe : Même si sa carrière est en jeu?

Ginette : Tu ne dramatises pas un peu là?

Christophe : Peut-être... Mais t'es aussi bien placée que moi pour savoir que Béatrice a une très lourde hérédité.

Ginette : Écoute, je suis pas mal terre à terre malgré les apparences... Qu'est-ce que l'hérédité a à voir avec le fait que Béatrice ne veuille pas te parler?

Christophe : Elle ressemble tellement à sa mère des fois, c'est incroyable! Surtout lorsqu'elle s'enferme comme ça...

Ginette : Édith avait d'autres sortes de problèmes, des gros problèmes!

Christophe : Oui, seulement, quand je l'ai rencontrée, elle était brillante, allumée, passionnée comme Béatrice! On ne sait jamais quand ça peut basculer...

Ginette : Ta fille n'a plus 20 ans. Si elle avait eu à développer des symptômes, il me semble que... En?

Christophe : Oui. Oui, tu as raison sans doute. Ta réaction me rassure.

Cet extrait reflète l'idée que le mal de vivre de Béatrice se distingue des « gros problèmes » d'Édith, c'est-à-dire de sa maladie mentale et de son alcoolisme. Plus tard dans la série, dans une séance de thérapie, c'est au tour de Béatrice de s'interroger sur le caractère génétique de sa condition d'être « mal dans sa peau » puisque sa mère et son petit frère allaient aussi « mal » (S3E8, « Un anniversaire raté ») :

Psychologue : Ça va aller Béatrice?

Béatrice (*sortant de ses pensées*) : Hein? Scusez! Pensez-vous que... Croyez-vous que d'être mal dans sa peau c'est génétique ça?

Psychologue : Mmm... C'est une grande question que vous posez là!

Béatrice : Ouais. C'est la question de ma vie ça!

Psychologue : Mais pourquoi vous dites ça?

Béatrice : Ouf... Parce que ma mère allait tellement mal depuis toujours, mon petit frère Jean et bien... Même si ça ne paraissait pas trop, on s'entend qu'il ne devait pas être très bien dans sa peau, en? Pour jouer à ses petits jeux d'asphyxie! Pi ben, moi aussi!

Psychologue : Vous êtes mal dans votre peau?

Béatrice : Non, non, pas du tout. J viens ici parce que je n'ai rien d'autre à faire le mardi!

Psychologue : Vous vous comparez à votre mère et à votre jeune frère, mais je pense que votre mal-être est un peu différent... Vous n'avez pas de dépendance, vous n'avez pas de symptômes dépressifs, vous n'avez pas développé de comportements autodestructeurs comme votre frère...

Le psychologue critique la théorie sur la prédisposition familiale au « mal-être » de Béatrice. Il distingue son mal de vivre des problèmes de santé mentale qu'avaient sa mère et son frère. De plus, Monsieur P redirige plutôt le regard vers l'histoire de la famille Clément, plus particulièrement

vers les répercussions potentielles des comportements de son patriarche, Christophe, sur ses proches. De fait, au cours du même échange, Béatrice réfère au mal de sa demi-sœur Océane, qui souffre d'un trouble alimentaire pour soutenir son hypothèse sur le caractère héréditaire du mal de vivre au sein de la famille Clément. Cela dit, Monsieur P démentit l'argumentaire de sa cliente en pointant du doigt l'influence de l'éducation de Christophe :

Psychologue : Mais je ne comprends pas là. Qu'est-ce que vous voulez dire? Que les problèmes de votre sœur viendraient d'une sorte de prédisposition familiale?

Béatrice : Ben non... Ben oui! En fait, c'est à savoir pourquoi, même en ayant des parents si différents, Océane est en train de développer les mêmes problèmes!

Psychologue : « Si différents »? Votre père ?!

Béatrice : Mon père, ce n'est pas la même personne que y'a 38 ans... C'est pas le même homme! Mon père avec Océane il n'est pas du tout comme il était avec moi ou avec Jean!

Psychologue : Donc, les conclusions c'est que les problèmes de votre sœur viennent de quelque chose de plus profond, d'une sorte de tare génétique?

Béatrice : Ben là! Une « tare », franchement!

Psychologue : Un défaut, si vous préférez... Et vous Béatrice? Vous venez de la même famille, même si votre père a changé, c'est quand même le même homme!

Béatrice : Oui.

Psychologue : Et vous? Vous trouvez que vous ne vous en tirez quand même pas si mal?

Béatrice : Vous trouvez, vous? Qu'est-ce que je fais ici d'abord ?!

Psychologue : Ça, c'est à vous de me le dire! Mais je ne pense pas que vous ayez hérité d'un défaut Béatrice!

Dans l'extrait ci-dessus, Monsieur P critique l'hypothèse du « défaut génétique » et tient plutôt la dynamique familiale, notamment l'influence de Christophe, comme responsable de la souffrance psychique des enfants Clément.

Par ailleurs, les traitements psychopharmacologiques, tels que les médicaments antidépresseurs ou anxiolytiques, qui sont souvent prescrits et valorisés lorsqu'on adhère aux hypothèses neurobiologiques, ne sont jamais mentionnés comme traitement potentiel au « mal de vivre ».

3.3.3 Annihilation symbolique : silence sur l'origine des pathologies psychiatriques

Alors que l'origine du « mal de vivre » est à l'avant-plan, mettant en lumière le rôle de l'histoire personnelle et excluant les explications neurobiologiques et génétiques, les causes des « malades mentales », des « problèmes de santé mentale » ou des diagnostics psychiatriques ne font l'objet d'aucune discussion. De fait, un silence plane sur l'origine des pathologies psychiatriques sévères, silence qui a des répercussions sur la construction de la représentation desdits troubles et qui souligne leur position périphérique au sein du récit.

En premier lieu, comme le construit la série télévisée, l'origine du « mal de vivre » se trouve dans l'inconscient du personnage qui en souffre. Cette hypothèse psychodynamique reconnaît donc, comme le dit Otero (2005), Béatrice comme un « sujet parlant avec une histoire singulière », une « singularité subjective » et attribue une signification à sa souffrance (84). De plus, elle reconnaît d'une certaine façon le caractère systémique de la souffrance de Béatrice, puisqu'elle l'inscrit dans un environnement familial. Cela dit, ce silence sur l'origine d'autres formes de souffrance psychique, telles que les « problèmes de santé mentale » ou les diagnostics psychiatriques, implique que la série ne leur accorde pas de parole et n'ancre pas leur souffrance au sein de conditions sociales. Les personnages secondaires ont un diagnostic psychiatrique ou un « problème de santé mentale », un point c'est tout : leur « folie » est un fait qu'on ne discute pas. Cette distinction entre le « mal de vivre » social et le « problème de santé mentale » dont l'origine n'est pas abordée semble reproduire ce que Donaldson (2005) et Mitchell et Snyder (2000) observent dans le film *One Flew Over Cuckoo's Nest*. La série crée deux catégories de personnages avec une « souffrance psychique » : Béatrice, la malade en thérapie qui souffre d'un mal qui s'inscrit dans une histoire familiale, et les « vrai.e.s » malades dont la maladie n'est pas du domaine du discours.

En deuxième lieu, la série rejette explicitement les explications neurobiologiques ou génétiques du « mal de vivre » non-pathologique, mais demeure silencieuse en ce qui concerne les pathologies psychiatriques. Cela étant, comme je l'ai abordé plus tôt dans le chapitre, la série met à l'avant-plan un argument biomédical commun de lutte contre la stigmatisation qui insiste sur la notion de

« maladie » pour parler des personnages qui ont des diagnostics psychiatriques (Brigitte, Édith). Ce discours sous-entend donc, pour ôter le jugement moral d'autrui, que leur pathologie a une cause physiologique, neurologique ou biologique. J'interprète ainsi que la série télévisée établit une cause neurobiologique aux pathologies psychiatriques plus sévères (trouble bipolaire ou psychose, par exemple). Néanmoins, il est intéressant de noter que ce discours demeure implicite, ou à l'arrière-plan, malgré le fait que la série se déroule en grande partie dans un univers médical et hospitalier. De plus, le discours sur la médication et la pharmacologie est limitrophe dans le récit et ne fait l'objet que de quelques rares allusions.

3.4 Mécanismes de légitimation des thérapeutes : psychologie, médecine et travail social

La médecine, en particulier la médecine d'urgence, la psychologie clinique et le travail social sont représentées comme les autorités compétentes pour prendre en charge les personnes qui ont une souffrance psychique ou un diagnostic psychiatrique dans *Au secours de Béatrice*. La série attribue aux médecins une expertise en matière de santé mentale et construit l'idée que de ces connaissances découlent une ouverture d'esprit et une empathie. Cela dit, la série montre que ce sont les psychologues ou les travailleurs sociaux qui, selon les cas de la patientèle, possèdent une autorité thérapeutique. Curieusement, bien que l'histoire se déroule en milieu hospitalier et que les discours sur les diagnostics psychiatriques foisonnent, aucune autorité diagnostique ou thérapeutique n'est attribuée aux psychiatres. De fait, aucun.e psychiatre n'est mis en scène dans l'émission. En plus de la représentation (ou non-représentation) de ces trois domaines d'expertise institutionnels, la série critique le milieu parallèle du « développement personnel », rejetant l'autogestion de la souffrance psychique et réaffirmant ainsi l'importance de la recherche d'une aide professionnelle officielle et reconnue.

3.4.1 Un processus actif de légitimation de l'autorité du psychologue

La série construit et assoit l'autorité du psychologue en matière de gestion de la santé et de la maladie mentale par une rhétorique qui met en discours, puis déconstruit, la résistance de Béatrice à l'endroit de la psychothérapie. Ce faisant, elle déploie la représentation suivante : le psychologue

est l'autorité en matière de gestion de la souffrance psychique, mais les individus peinent à la reconnaître en raison de leurs idées préconçues au sujet de la psychothérapie.

Je rappelle tout d'abord, comme je l'ai abordé dans le chapitre précédent, que le psychologue est un des personnages principaux de la série, que les séances de psychothérapie de Béatrice constituent l'arc narratif central de l'œuvre et que la mise en scène d'une psychothérapie est un outil narratif pour les créateur.rice.s de l'émission. De fait, la forme même du récit de l'émission légitime le psychologue et la psychothérapie : ils sont nécessaires à l'histoire telle qu'elle est conçue, puisqu'ils la façonnent, structurent et la donnent à voir au public.

Ensuite, la série construit surtout l'autorité du psychologue en représentant le cheminement de la protagoniste, Béatrice, vers l'acceptation de la pertinence de la psychothérapie. Le récit met ainsi en exergue certaines idées préconçues populaires afin de mieux les critiquer au fil du récit de l'héroïne-narratrice. De fait, le récit déconstruit l'idée que la souffrance psychique ne soit pas un « vrai » problème de santé et que le/la psychologue ne serait pas un.e « vrai.e » professionnel.le.s de la santé. Au tout début de la série, Béatrice adhère à ces idées reçues et est réticente à l'idée d'aller consulter un psychologue. Elle ne pense pas avoir le profil d'une personne qui est en thérapie et se convainc de souffrir de maux « physiques ». Dans l'épisode pilote, qui s'intitule « La vraie maladie de Béatrice », la protagoniste est aux prises avec des maux qu'elle n'arrive pas à s'expliquer, mais elle insiste sur le fait qu'il s'agit d'un « vrai » problème, entendant par là qu'il a une origine physique. Elle se rend deux fois à l'urgence en raison de ces douleurs et elle insiste pour passer des tests médicaux (radiographie abdominale, calculs biliaires au pancréas, colonoscopie) qui s'avèrent négatifs. Un médecin évoque la possibilité que ses malaises puissent être causés par le « stress » et la « fatigue » et lui recommande de consulter un.e psychologue. Cela dit, Béatrice estime qu'on ne la prend « pas au sérieux » quand elle dit avoir « quelque chose de vrai », de « vrais » problèmes physiques et être « vraiment malade », que « ce n'est pas dans [s]a tête » (S1E01, « La vraie maladie de Béatrice »). À ce sujet, Béatrice revient avec Monsieur P sur les résultats de sa colonoscopie, qu'elle a fait après avoir longuement insisté auprès d'un gastroentérologue :

Béatrice : Résultat : rien. Il paraît que j'ai le colon d'un petit bébé.

Psychologue (*décelant sa déception*): Ce n'est pas une bonne nouvelle en?

Béatrice : Ben oui, mais non... Parce que moi je sais que ce n'est pas dans ma tête. Je le sais que j'ai quelque chose de vrai.

Psychologue : Mais quelque chose dans votre tête, comme vous dites, ça ne pourrait pas être vrai? (S1E1)

La protagoniste veut absolument que son problème soit « strictement physique », car il s'agirait donc d'un vrai problème de santé identifiable, traitable et curable en consultant un.e spécialiste de la santé (S1E1). De fait, Béatrice révèle à Monsieur P qu'elle a souffert d'une péritonite à l'âge de 11 ans à laquelle elle a failli succomber. Comparant cette maladie à sa situation actuelle, elle affirme : « N'empêche : j'aime bien mieux avoir une péritonite que de souffrir d'un mal mystérieux que personne n'est capable d'identifier. » (S1E1) Ce désir est donc tel qu'elle préfère souffrir d'une maladie mortelle, que de composer avec l'incertitude actuelle.

L'un des moments qui illustrent le mieux ce processus de légitimation de l'autorité du psychologue est l'arc narratif qui entoure l'interaction entre Béatrice et Monsieur Gagnon, un personnage secondaire qui est patient de l'urgence de l'hôpital St-Hyppolite. Ce personnage secondaire agit comme le reflet de la protagoniste et se présente à l'urgence à deux moments-clés du récit de Béatrice : lors du pilote, c'est-à-dire avant qu'elle entame une psychothérapie, et dans la finale de l'émission, lorsqu'elle a décidé de mettre fin à sa thérapie. L'apparition de ce personnage secondaire illustre le chemin qu'a parcouru Béatrice depuis le début de sa psychothérapie avec Monsieur P. Dans le premier épisode, Monsieur Gagnon se présente à l'urgence en étant persuadé qu'il a un « vrai » problème de santé qui n'est pas « dans [s]a tête ». Il croit que les médecins ne le prennent pas au sérieux (S1E1). Après l'avoir examiné, Béatrice, qui jusque-là était persuadée qu'elle souffrait elle aussi d'un problème strictement physique, affirme sans hésitation que le Monsieur Gagnon a un « trouble panique avec somatisation voire anxiété généralisée » et qu'il a besoin d'un « psy ». La protagoniste a alors une illumination : elle compare la situation de son patient à la sienne et décide d'aller consulter un psychologue. Comme Monsieur Gagnon, la protagoniste préfère ardemment être atteinte d'une maladie physique dont le médecin est

spécialiste et refuse de reconnaître qu'elle est atteinte d'un autre type de vrai problème qui lui, nécessite l'aide d'un psychologue. Bien qu'elle se soit décidée à aller consulter un psychologue, Béatrice demeure pour un moment sceptique quant à la pertinence de la démarche. À ses yeux, elle n'a pas la « face » de « quelqu'un qui voit un psy » (S1E1). Elle est ancrée dans les référents de sa pratique d'urgentologue et trouve que la thérapie n'est pas assez « efficace », car elle ne trouve pas « la » raison de ses problèmes et que Monsieur P ne lui propose pas un « traitement » clair et rapide (S1E2, « Béatrice et la thérapie »). De plus, Béatrice veut éviter à tout prix que ses collègues de l'hôpital soient au courant qu'elle consulte un psychologue, puisqu'elle est une figure d'autorité et craint les répercussions sur sa réputation. Elle refuse d'être « en thérapie » : elle corrige ses proches en affirmant qu'elle « consulte pour un problème bien précis » (S1E2).

Puis, la protagoniste commence à aller mieux à mesure que son attitude et son discours à l'égard de la psychothérapie se modifient. La série met de l'avant que la « résistance », qui se manifeste dans le cas de Béatrice par des préjugés à l'endroit de la thérapie, un déni de sa souffrance et un refus de faire face à certaines vérités de son passé, est l'obstacle principal à la guérison psychique que permet la psychothérapie. De fait, lors de la deuxième saison de la série, Béatrice vit une période de déprime et ses proches soupçonnent qu'elle soit en « dépression » (S2E13, « Béatrice fait du temps »). Elle affirme pour sa part qu'elle ne se sent pas si mal que cela, arrête sa thérapie et décide de gérer seule cette mauvaise passe en pratiquant la natation, la course à pied et la luminothérapie. Durant cette période, son jeune voisin Zach la surprend lors d'une de ses séances de natation et l'encourage justement à ne plus faire de « résistance » avec son psychologue (S2E13) :

Zacharie : Écoute, je vais être indiscret; ok madame? Est-ce que... est-ce que tu vois un psy pour ton... et bien tes crises de panique?

Béatrice : Ouais, j'en vois un. Mais pas en ce moment, j'ai pris un *break*.

Zacharie : Moi aussi avant je faisais de la résistance avec mon psy, mais maintenant je ne manque plus de rencontres. Il est *cool*, il me donne plein de nouveaux exercices! Tu sais, madame, des fois, on ne s'en rend pas compte, mais on a besoin d'aide!

Le récit transmet ici l'idée qu'une mauvaise littéracie en santé mentale entrave la recherche d'aide (professionnelle) et la possibilité de guérison, entre autres en raison de la résistance qu'entraîne une méconnaissance et des préjugés à l'endroit de la souffrance psychique, de la thérapie et du travail des psychologues. Cette scène a pour effet de valoriser et légitimer du même coup l'autorité thérapeutique du psychologue.

Lors de l'épisode final, quatre ans plus tard, après l'ensemble du cheminement de Béatrice, Monsieur Gauvin se présente une nouvelle fois à l'urgence de l'hôpital avec le même problème (S4E28, « Les mardis de Béatrice ») :

Béatrice : Vous allez mieux monsieur Gauvin?

Monsieur Gauvin : Qu'est-ce que j'ai finalement? C'est mon cœur?

Béatrice (*pointant l'électrocardiogramme*) : Non. Non, regardez : votre cœur va très bien.

Monsieur Gauvin : Ça faisait tellement mal, que j'ai perdu connaissance... Je ne peux pas RIEN avoir!

Béatrice : Ah, je n'ai pas dit que vous n'aviez rien! Il y a quatre ans là, vous êtes venu me consulter en me disant que vous aviez des problèmes gastriques.

Monsieur Gauvin : Je ne m'en souviens pas. J'en ai tellement vu des médecins qui ne m'ont pas aidé.

Béatrice : Mais vous, sans le savoir, vous m'avez aidée. Alors aujourd'hui, c'est à mon tour. Qu'est-ce que ça changerait pour vous si je vous disais que vous aviez un grave cancer, ou une maladie cardiaque?

Monsieur Gauvin : Au moins je saurais ce que j'ai... une vraie maladie! J'pourrais me battre, suivre des traitements...

Béatrice : Il y en a des traitements pour la dépression et l'anxiété. Vous pourriez consulter.

Monsieur Gauvin : Un psy?! JAMAIS! C'est tous des charlatans! J'aime mieux me débrouiller tout seul! J'vais faire de l'exercice. J'vais nager, il paraît que c'est bon.

Béatrice : Oui, mais dans votre cas, je pense que ce ne sera pas assez.

Monsieur Gauvin : J'suis capable de me débrouiller tout seul!

Béatrice : Oui, peut-être, mais en attendant, vous le payez très cher, en? N'attendez pas d'être complètement fauché avant d'aller chercher de l'aide.

Monsieur Gauvin (en pleurant) : J'suis tellement fatigué...

Béatrice (*lui donnant une note*): Oui. Quand vous en aurez assez de vivre ça tout seul là, allez consulter. Vous allez voir, il est très bon. Bonne chance.

L'extrait ci-dessus renforce la ressemblance entre Monsieur Gauvin et la Béatrice : ils ont (ou avaient) tous les deux des attaques de panique et des pertes de conscience, mais sont persuadés d'être atteints d'un problème gastrique, que la psychothérapie n'est pas pour eux et qu'ils peuvent régler ça eux-mêmes. La mise en scène du personnage de Monsieur Gagnon sert un objectif pédagogique. D'une part, il permet d'intégrer un propos didactique explicite sur la légitimité du psychologue pour traiter la souffrance psychique en déconstruisant les idées préconçues de Monsieur Gauvin, les mêmes qu'avait Béatrice à l'époque, à son endroit. D'autre part, en comparaison, le personnage permet de mettre en lumière le cheminement de la « résistance » vers l'acceptation de la thérapie que fait Béatrice et qui met un terme à ses attaques de panique, alors que Monsieur Gauvin se trouve toujours dans le même état.

En marge de cette valorisation de l'autorité du psychologue, la série insère au compte-goutte quelques discours critiques à l'égard de son jugement clinique et de son accessibilité. Comme je l'ai présenté dans le portrait d'Éléonore, le psychologue est construit comme une figure faillible et vulnérable, bref humaine et non idéalisée. En effet, on le représente faisant de la « projection » et laissant son orgueil influencer sa pratique professionnelle et ayant de la difficulté à entretenir une relation avec sa fille qui a un « problème de santé mentale ». Par ailleurs, Éléonore fera mention de ce paradoxe et fait allusion à l'inaccessibilité de la thérapie : « Tu passes tes journées à écouter les petits bobos des petits monsieurs et petites madames pleins de *cash* là, pi ta fille est dans la merde, ta fille est presque dans la rue, et tu ne fais rien pour l'aider! » (S1E10, « Béatrice et le droit d'être heureux »). On le représente qui commet une autre faute professionnelle, lorsqu'il avoue à Béatrice qu'il croit que son amoureux du moment, Gabriel, a une « personnalité narcissique ». La protagoniste réagit très mal à ce propos, voulant mettre un terme à la thérapie, et lui dit : « C'est trop facile [...] Je ne viens pas ici pour que vous posiez des étiquettes toutes faites sur mon amoureux. ». (S4E4, « Face cachée »). Monsieur P reconnaît tout de suite son erreur, s'excuse et corrige sa posture : « Moi, comme thérapeute, je ne peux pas laisser transparaître mes émotions, mes jugements. [...] Ma seule responsabilité, c'est de vous aider. » (S4E5, « Au secours de

Benoît »). Ainsi, la série ouvre une mince brèche à la mise en cause de l'expertise du psychologue et de l'accès à la psychothérapie, mais ces discours demeurent isolés, minoritaires et jamais réellement pris au sérieux et développés au sein du récit. Pourtant, Monsieur P, qui pratique en cabinet privé, est le seul psychologue de l'émission et Béatrice, l'unique personnage « malade » qui fait une psychothérapie. En effet, il n'y a pas de psychologue représenté ou mentionné à l'hôpital St-Hyppolite et les médecins ne réfèrent jamais les patient.e.s de l'urgence qui ont un diagnostic psychiatrique ou un « problème de santé mentale » en psychothérapie, sauf pour monsieur Gagnon, le personnage-reflet de Béatrice. Ainsi, le discours pédagogique explicite encourage les personnes souffrantes à aller chercher de l'aide professionnelle auprès d'un.e psychologue. Or, dans les « faits » de l'émission, comme l'exemplifie le récit de Béatrice, seules les personnes avec un mal de vivre mystérieux, insaisissable et non-pathologique (et non un diagnostic psychiatrique) ou un type de névrose (anxiété, dépression), qui ont les moyens financiers et qui font le choix réflexif et autonome d'aller chercher de l'aide auprès d'un.e psychologue entament et bénéficient d'une psychothérapie.

En somme, selon les discours d'*Au secours de Béatrice*, la psychothérapie est l'outil le plus bénéfique pour soulager la souffrance psychique, mais des obstacles (préjugés, idées reçues, ignorance, résistance) empêchent les personnes souffrantes de reconnaître qu'elles ont besoin de l'aide professionnelle d'un.e psychologue. La série s'attelle ainsi à déconstruire cette résistance commune, afin de promouvoir le recours à l'aide professionnelle d'un.e psychologue. En effet, le récit met de l'avant l'idée que la souffrance psychique est un véritable problème de santé, mais dont l'autorité de la prise en charge n'est pas uniquement médicale : le psychologue est le spécialiste à consulter pour en déterminer les origines et en assurer le traitement. En contrepartie, le médecin connaît certes « par cœur » les signes et symptômes des maladies mentales et est apte à les identifier, à les diagnostiquer et à être empathique, mais ne peut les traiter (S1E1). Ce que la série ne dit pas ou peu, mais qu'elle met pourtant en scène, est que la psychothérapie auprès d'un.e psychologue ne s'adresse pas à tout le monde, mais seulement à une patientèle très spécifique; les personnes « normales » qui souffrent d'un problème « normal », c'est-à-dire Béatrice.

3.4.2 Entre médicalisation et démedicalisation de la « folie »

Le récit reconnaît l'expertise et l'humanité des médecins en matière de prise en charge de patient.e.s qui ont un problème de santé mentale. Cela dit, la série ne leur accorde pas d'autorité thérapeutique : les médecins de la série sont conscient.e.s qu'ils ne sont pas les professionnel.le.s aptes à traiter ces problèmes et les délèguent plutôt aux psychologues ou aux travailleurs sociaux. De plus, en focalisant sur l'urgence de l'hôpital, la série place hors-champ l'autorité diagnostique et thérapeutique de la psychiatrie.

D'emblée, je note qu'*Au secours de Béatrice* s'inscrit au sein du genre télévisuel de la « série médicale », genre qui participe historiquement à la valorisation, tant à des fins pédagogiques que de dramatiques, de la figure du médecin, des urgences hospitalières et des savoirs biomédicaux (Fauquert, 2020). De fait, la série met principalement en scène le personnel médical et infirmier chevronné de l'urgence d'un hôpital de la ville de Montréal, dont Béatrice est la codirectrice. Elisabeth Fauquert (2020) s'intéresse à la trajectoire historique du « canon » des séries médicales étatsuniennes des années 1950 à aujourd'hui afin d'en dégager les éléments de mutation et de continuité. La série médicale est un canon (pouvant être renforcé ou subverti) qui se compose d'« une intrigue dont les médecins sont la focale et les héros » et qui prend pour « focale l'univers fictif de l'hôpital en milieu urbain » et « le langage médical spécialisé » (3). Selon Fauquert, malgré certaines transformations historiques, les séries médicales contemporaines « capitalisent toujours sur l'aura culturelle des médecins » (13), plus particulièrement l'idéalisation des médecins spécialistes, et représentent presque toujours les urgences hospitalières comme un « sanctuaire égalitaire » où les médecins sont des « garants démocratiques de l'universalité de la vulnérabilité humaine » (9). De fait, la série *Au secours de Béatrice* construit une image presque idéale ou héroïque du/de la médecin urgentologue qui fait preuve d'abnégation, de rigueur et d'éthique dans l'exercice de fonctions éprouvantes, notamment grâce au personnage de Béatrice, qui fait figure de modèle au sein de l'équipe dont elle assure la direction à l'hôpital. Cela étant, elle construit également l'humanité des médecins, en représentant leurs épreuves personnelles et la manière dont elles affectent leur travail. À ce sujet, la mise en scène des patient.e.s ne sert souvent pas tellement à éclairer un cas médical en s'intéressant à eux ou elles, mais plutôt de prétexte à la

représentation de la vie personnelle des protagonistes. En effet, la série met surtout l'accent sur la réaction affective que ces patient.e.s suscitent chez les protagonistes. De plus, l'urgence de l'hôpital, l'une des unités de lieux principales de l'émission, est construite comme un lieu d'accueil ouvert et empathique, où les médecins font preuve de dévotion et de sensibilité dans la prise en charge immédiate de l'ensemble des patient.e.s en souffrance et ce, sans discrimination.

Sauf exception, les personnages secondaires ou mineurs qui ont un « problème de santé mentale » font leur première apparition en détresse au sein de l'urgence de St-Hippolyte et sont d'abord pris en charge par les médecins de l'urgence. La série met généralement de l'avant l'autorité des médecins, c'est-à-dire leurs connaissances théoriques des catégories diagnostiques du DSM. De plus, elle véhicule l'idée que ce savoir est garant d'une ouverture d'esprit des médecins à l'égard des personnes qui ont une maladie mentale. Ainsi, si l'on se fie aux représentations de la série, le personnel de l'urgence, contrairement à la majorité de la population qui n'a pas autant de connaissances en psychiatrie, ne juge pas les personnes qui ont un diagnostic psychiatrique, fait preuve d'empathie à leur endroit et n'a pas de réticence à parler librement de ces enjeux. Par exemple, Zach dira à Béatrice, après qu'elle se soit excusée de son indiscrétion lorsqu'elle lui a demandé de façon anodine quel était son « diagnostic » : « C'est pas grave. Vu que tu es médecin, tu ne me feras pas de farce plate. J'ai le TOC... Tic, tac, toc. », puis « C'est pas grave, tu ne me parles pas comme si j'étais un débile, donc c'est cool! » (S1E2, « Béatrice et la thérapie »).

Cela dit, la série accorde peu d'autorité thérapeutique au corps médical. Généralement, les médecins, après avoir identifié qu'un.e patient.e a un problème de santé mentale ou un diagnostic psychiatrique, contactent le département des services sociaux, le « DSS », afin qu'un.e travailleur.euse social.e prenne le relai du dossier. On voit, pour ne nommer qu'eux, la prise en charge des personnages d'Éléonore, François et Brigitte par Benoît ou un.e autre travailleur.euse social.e de l'hôpital. Par ailleurs, bien que la série se déroule en milieu hospitalier, l'autorité diagnostique et thérapeutique du ou de la psychiatre est entièrement hors-champ : aucun.e personnage de psychiatre ne figure dans l'émission et le personnel de l'urgence ou du « DSS » ne réfère jamais les patient.e.s en psychiatrie.

Parallèlement à la construction de la compétence du médecin en matière d'identification et d'acceptation d'enjeux liés à la santé et à la maladie mentale, la série met en scène sa difficulté à appliquer cette même empathie envers lui-même. Au début de la série, Béatrice connaît « par cœur » les signes et les symptômes de la crise de panique, fait immédiatement un diagnostic de « trouble panique avec somatisation » à Monsieur Gagnon et affirme catégoriquement qu'il a besoin d'un « psy » (S1E1). De son côté pourtant, Béatrice juge qu'elle souffre de maux purement digestifs. De plus, elle explique à son psychologue qu'elle se doit d'être une médecin « parfaite » aux yeux de son équipe, soit forte, solide et irréprochable. Elle craint donc l'effet des crises de panique sur son travail et, surtout, ne veut pas que ses collègues en prennent connaissance. Cette représentation construit l'idée que le médecin n'est pas une autorité infaillible en matière de santé et de maladie mentale, pouvant commettre une erreur, et du même coup, participe de la déconstruction d'une conception idéalisée.

3.4.3 Légitimation du travail social : cas graves, marginaux ou dangereux

Le travail social en milieu hospitalier est un champ d'expertise et de pratique que légitime la série *Au secours de Béatrice* en matière de prise en charge de la « maladie mentale ». Au sein de l'hôpital St-Hyppolite, principale unité de lieu de la série, les travailleur.euse.s sociaux.ales du « département des services sociaux » (« DSS ») sont représenté.e.s comme l'autorité thérapeutique principale pour s'occuper des personnages de patient.e.s en « détresse » ou qui ont un diagnostic psychiatrique. Aucun discours verbal ne souligne explicitement la légitimité du travail social : la pertinence du DSS est représentée comme un état de fait à l'hôpital.

Les personnages de patient.e.s avec une condition psychiatrique ou en détresse font toujours leur entrée dans le récit par l'urgence. En raison du lieu et pour l'effet dramatique, ces personnages mineurs ou secondaires sont toujours des cas plus difficiles, ou du moins plus visibles, qui mêlent un diagnostic psychiatrique lourd et un comportement qui pose un problème au fonctionnement social (consommation de drogues ou d'alcool, violence, etc.). Les membres de l'équipe de Béatrice les accueillent, les stabilisent et posent leur diagnostic. Puis, ils contactent rapidement et uniquement le DSS pour lui déléguer la prise en charge des cas en question. Un.e travailleur.euse

social.e, surtout le personnage de Benoît, qui est également l'ex-mari et le meilleur ami de Béatrice, s'occupe alors de ces patient.e.s à l'urgence ou dans son bureau au DSS. La série représente l'intervention en travail social comme une prise en charge globale de la personne par l'adoption d'un plan d'action immédiat et à court terme qui encourage la modification des habitudes et conditions de vie et de travail qui portent atteinte à la santé (recherche d'un logement ou d'un emploi, recherche d'une ressource communautaire appropriée, entreprise d'un processus de médiation avec un.e proche, etc.). Cette pratique d'intervention s'éloigne de la maladie et de l'étiologie promues par la médecine, ainsi que du récit de l'histoire personnelle qu'encourage la psychothérapie. Par exemple, Éléonore, la fille de Monsieur P, se présente à l'urgence de l'hôpital St-Hyppolite en plein « délire psychotique » et est ensuite identifiée comme ayant un « trouble de la personnalité limite », des « tendances paranoïaques » et un historique de consommation d'héroïne. Benoît met en place un programme d'intervention qui se centre sur la réadaptation sociale et la « responsabilisation » de la jeune femme. Il croit qu'en développant son « autonomie », elle prendra « confiance en elle » et améliorera son bien-être (S2E9, « Dangereuse liberté »).

La série représente le travail social comme une pratique autonome, centrale et légitime en matière de prise en charge collaborative des personnes qui arrivent à l'urgence de l'hôpital St-Hyppolite aux prises avec une « maladie mentale » ou un « problème de santé mentale ». En comparaison, les personnages de médecins de l'urgence ne contactent jamais de psychiatres ou de psychologues, qui ne sont conséquemment jamais mis en scène à l'hôpital. Cela dit, la légitimation de l'intervention en travail social se limite au milieu hospitalier et ne s'adresse pas à tout le monde qui est atteint d'une forme de souffrance psychique. Béatrice ne consulte jamais un.e travailleur.euse social.e pour traiter ses attaques de panique, son « mal de vivre » et ses problèmes familiaux et personnels. Telle que mise en scène dans l'émission, l'intervention en travail social s'impose comme un soin de première ligne aux patient.e.s avec une maladie mentale qui sont amené.e.s à l'urgence en ambulance lors d'un épisode de crise ou de détresse. Telles que ses interventions sont construites, le « DSS » s'adresse donc, dans l'émission, aux personnes qui ne sont pas aptes et qui n'énoncent pas verbalement et explicitement qu'ils veulent de l'aide

professionnelle. De plus, compte tenu de son cadre d'intervention, les patient.e.s que le DSS prend en charge à l'urgence adoptent souvent des comportements jugés marginaux, dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui ou hors de contrôle.

3.4.4 Critique du développement personnel et affirmation de l'expertise institutionnelle

La série ridiculise le langage, les préceptes et les acteur.rice.s du champ du « développement personnel » et (ré)affirme la légitimité de l'expertise institutionnelle (psychologie, médecine, travail social). Ce faisant, le récit ferme la porte à une critique sérieuse des savoirs et pratiques dominants en santé.

Un arc narratif de la troisième saison de la série de fiction qui entoure la relation entre Isabelle, la femme de Christophe et mère d'Océane, et sa « coach de vie » Lysanne Laveau, est révélateur de cette critique. Le portrait péjoratif d'un personnage de « coach » en « croissance personnelle », dont les enseignements sont un bricolage de discours féministes, de psychologie positive et de médecine énergétique qui s'oppose à la médecine occidentale ou moderne, réaffirme et relégitime l'expertise des professionnel.le.s de la santé institutionnels. De cette façon, la série met en garde contre le recours à ce type de pratique et souligne l'importance d'avoir recours à une aide professionnelle institutionnelle, c'est-à-dire aux « vrai.e.s » expert.e.s en santé et en santé mentale.

Isabelle rencontre Lysanne, une ancienne collègue de l'université qui est aujourd'hui « coach » de « croissance personnelle » lors d'un voyage. Sur son site internet, Lysanne se décrit comme une « co-pilote de ton envol » et promet un changement « réparateur, salvateur et régénérateur » à ses client.e.s (S3E20, « Peurs »). Isabelle est, à ce moment-là, dans une période difficile : elle a des problèmes de santé qui nécessitent de nombreux examens médicaux, elle craint une rechute d'un cancer et obtient un diagnostic de sclérose en plaque. De plus, elle est en procédure de séparation avec Christophe. Elle est donc profondément inquiète, anxieuse et triste. À son retour de vacances, cependant, Isabelle soutient qu'elle a un regain d'énergie et qu'elle se porte mieux. Elle trouve un emploi dans un grand cabinet d'avocat.e.s de Toronto, veut s'y installer de façon permanente et souhaite changer les modalités du divorce afin d'obtenir la garde complète de sa fille Océane. De

plus, elle affirme avoir réalisé que sa vie est « soumise » (S3E4, « L'épée de Damoclès »), qu'elle « subit » les « volontés de tout le monde » dans la famille et qu'il est maintenant temps pour elle « d'être en contrôle » et de « piloter le changement dans sa vie » (S3E4). À son avis, elle a vécu sous la « domination » de Christophe et Béatrice (S3E4), qu'elle décrit comme des « manipulateurs » et des « pervers narcissiques » (S3E7, « Montagnes russes »). Elle soutient que « quand on n'est pas prêt à se voir comme un être en hauteur, on reste à terre. » (S3E4).

Lors des scènes entre Isabelle et Lysanne, cette dernière se définit comme son « alliée » face à son mari Christophe et comme faisant preuve de « solidarité féminine » (S3E14, « Protéger »). La coach l'encourage par ailleurs à combattre son « emprise » sur elle, à lui faire front pendant les procédures de divorce et à exiger davantage d'argent pour sa part de la maison lors de la séparation de leurs biens. Elle lui prescrit aussi de prendre ses distances de la médecine qu'elle nomme « traditionnelle », critique son « aveuglement » (S3E20, « Peurs ») et la somme plutôt « d'investir en [elle] », sa « force intérieure » et sa « puissance » (S3E14). « Tu sais comme moi que c'est toi qui vas te guérir! », dit Lysanne à Isabelle (S3E14). Lysanne mobilise également plusieurs arguments communs de la critique de la biomédecine, affirmant plutôt vouloir lui « faire rencontrer quelqu'un qui va [la] traiter comme un être global, pas comme un cas ou une maladie » (S3E20), qui passera plus de cinq minutes avec elle dans son bureau et qui ne lui prescrira pas du « chimique » comme les neurologues et « leurs amis pharmaciens » (S3E24, « Le bon moment »). On comprend également qu'Isabelle assiste maintenant, suivant les conseils de Lysanne, à des séminaires de « projection positive » (S3E24) et consulte un.e certain.e professionnel.le en médecine énergétique qui « parle à ses cellules » (S321, « Vérité ou mensonge »). Les propos de Lysanne rejoignent et exagèrent plusieurs idées communes des discours des ouvrages de développement personnel (Marquis, 2011). Le sociologue Nicolas Marquis observe que ces livres, malgré leurs différences certaines, partagent dans l'ensemble une « vision de l'être humain comme un être doté de ressources inexploitées » qui lui permettra de passer « au-dessus des problèmes » (38). Selon ces ouvrages, il nous faut « maîtriser » ces ressources en travaillant sur soi pour entrer en contact avec elles et ainsi nous permettre de « mieux compter sur nous-mêmes, d'être plus autonomes » (38). Ces livres sont aussi très critiques de « notre société » et brossent

ainsi le portrait d'une « société pathogène » où l'on désapprend, pour une ou des raisons spécifiques aux auteur.rice.s, à se connaître et à compter sur soi (42).

La série représente la croissance personnelle comme une escroquerie, ridiculisant ses enseignements, montrant Lysanne comme une femme insensible et manipulatrice et mettant l'accent sur les coûts astronomiques de ses services et sur l'absence de résultats. Le récit construit aussi sa critique en représentant l'opposition unanime des proches d'Isabelle à ses revendications. Christophe, Béatrice et Ginette, qui n'apprennent que plus tard l'existence de Lysanne, se montrent en colère avec les agissements et les propos d'Isabelle. Par exemple, Béatrice trouve qu'il est « carrément malsain » d'être aussi « inquiète et amère », juge son comportement « irrationnel » et ne prend pas au sérieux son « gros désir d'affirmation de soi » (S3E3, « Le bon moment »). Christophe, pour sa part, la trouve « déséquilibrée » et soupçonne qu'elle soit « sous l'influence de quelqu'un ou de quelque chose » (S3E12, « Reconstruire ») en raison de ses actions « erratiques » et de ses « maximes prémâchées » (S3E21, « Vérité ou mensonge »). Cette nouvelle Isabelle qui « s'affirme » soi-disant est donc plutôt une femme égoïste et égocentrique dont les propos sont injustifiés, invalides et erronés.

L'une des seules perspectives critiques de la série à l'endroit des institutions de santé est évacuée en étant mise en discours par l'entremise de la coach de vie Lysanne, une arnaqueuse manipulatrice aux idées de croissance personnelle qui s'avèrent nuisibles pour la santé d'Isabelle. Ce faisant, la série met de l'avant non seulement l'idée qu'on ne peut pas guérir seul.e, mais qu'on ne peut aller mieux qu'en allant chercher une certaine aide professionnelle jugée compétente et légitimée, c'est-à-dire une aide institutionnelle. De plus, curieusement, le développement de la confiance en soi s'avère également l'une des pratiques que prescrit Monsieur P à Béatrice. De fait, il l'encourage par exemple à s'affirmer face à son père, à ne plus vivre dans la peur, ainsi qu'à suivre ses réels désirs et envies. Pourquoi l'affirmation de soi et l'autonomie de Béatrice est-elle valorisée, alors qu'elle est critiquée et rejetée pour Isabelle? Car ces enseignements ne sont valides que lorsqu'ils proviennent d'un.e expert.e légitimé.e.

3.5 « Aller mieux »: un aboutissement post-féministe

La série présente principalement la guérison, l'atteinte de la « santé », non pas tant comme la fin d'une lutte contre une « maladie » ou un « trouble », mais comme un changement existentiel et l'atteinte d'une forme d'épanouissement ou de bien-être. Ce changement est permis, comme je l'ai abordé précédemment, en réglant son passé et développant certaines habiletés « émotionnelles ». D'emblée, je note que seul le cheminement de Béatrice du « mal de vivre » vers un certain mieux-être est mis en scène dans l'émission : l'atteinte de la « santé » des autres personnages « malades » ou « souffrant.e.s » est hors-champ.

L'épisode final de la série, « Les mardis de Béatrice », se consacre entièrement au « bilan » que fait Béatrice du chemin parcouru depuis le début de la psychothérapie quatre ans plus tôt (S4E28). En faisant une rétrospective, elle note ce changement existentiel : elle est guérie de ses douleurs du passé qui créaient son mal de vivre et elle entretient maintenant les « bonnes » dispositions émotionnelles qui conduisent au bonheur (S4E28). La fin des attaques de panique est accessoire et secondaire au cheminement de Béatrice, car elles n'étaient que le signe de son mal être émotionnel plus profond. Elle dit d'abord à Monsieur P que la thérapie lui a permis, en y mettant le « temps » et l'« énergie », de régler ses « histoires familiales » (S4E25, « La persévérance est avantageuse ») et de se « réparer » (S4E28). Car la série véhicule l'idée que le changement, le mieux-être, implique de produire des efforts parfois douloureux qui ne sont pas donnés à tout le monde et qui, s'ils sont maintenus dans la durée, finiront par porter fruit. Béatrice lance par ailleurs à Monsieur P : « Eille vous savez le temps et l'énergie que ça m'a pris! Je ne peux pas demander à tout le monde de faire comme moi et de suivre une thérapie! » (S4E25) En rétrospective, lors de la dernière séance de psychothérapie, elle dit : « J'étais perdue. Au travail, j'étais forte, solide... Une référence! On pouvait vraiment se fier sur moi. Mais dans ma vie personnelle, j'étais une enfant. » (S4E28) Par « enfant », Béatrice fait référence au fait qu'elle était « incapable d'entrer en relation adulte avec les gens » (S2E24, « Le feu qui couve »). De fait, il s'agit d'un thème qui revient à plusieurs reprises au cours des séances de thérapie. Monsieur P lui montre les clés de la « santé émotionnelle », qui est l'envers du « handicap émotif » qu'entraîne son mal de vivre. Cette santé émotionnelle se caractérise par une assurance, qui permet de reconnaître, d'assumer et

d'exprimer ses émotions dans ses relations personnelles. Une discussion entre Béatrice et Monsieur P au sujet de la demi-sœur de la protagoniste, Océane, permet de mieux comprendre le penchant positif de la condition d'immatunité de Béatrice (S2E19, « Guerre et paix »). Cette dernière confie à son psychologue qu'elle s'inquiète pour Océane, qui vit une période difficile en étant prise dans un conflit de loyauté entre sa mère Isabelle et son père Christophe lors de leur processus de divorce. Elle met en lien la situation actuelle de sa petite sœur et son histoire personnelle, puisqu'elle a aussi eu une enfance marquée par les tensions entre Christophe et sa mère Édith. Or, aux yeux de Monsieur P, Béatrice ne devrait pas trop s'inquiéter pour Océane, car contrairement à elle, cette dernière possède les capacités émotionnelles qui lui permettront de surmonter cette épreuve (S2E19) :

Béatrice : Eh oui... Pauvre petite.

Monsieur P : Je ne pense pas qu'elle soit à plaindre.

Béatrice : Parce que vous trouvez qu'être prise entre mon père et sa mère c'est une situation confortable?

Monsieur P : Non, mais elle exprime ce qu'elle ressent. Elle ne se sent pas coupable de ses sentiments.

Béatrice : Pourquoi vous dites ça?

Monsieur P : Malgré la difficulté de la situation, votre sœur dit ce qu'elle pense. Et ça, ça en dit beaucoup sur sa santé émotionnelle.

Béatrice : Je ne sais pas pourquoi, mais j'ai l'impression que vous la comparez à moi.

Monsieur P : C'est ce que je fais Béatrice.

Béatrice : Ok, vous pensez que j'ai besoin de me faire dire à quel point je suis émotionnellement handicapée?

Monsieur P : Non, non, pas du tout. J'essaie surtout de vous rassurer.

Béatrice : Par rapport?

Monsieur P : Par rapport à la charge que le deuxième divorce de votre père met sur vos épaules. Je ne pense pas qu'elle soit si lourde que ça.

Ces propos de Monsieur P sous-entendent que Béatrice n'avait (et n'a peut-être pas encore) les habiletés de sa demi-sœur. Béatrice affirme à plusieurs reprises être une « handicapée émotive » ou « émotivement handicapée » dans sa vie personnelle (et non professionnelle) (S2E19, S2E11). Dans l'épisode « Réparer » (S2E11), Béatrice discute avec Monsieur P d'une discussion qu'elle a eue avec sa tante et meilleure amie Gin au sujet de sa relation amoureuse avec Olivier-Luc :

Béatrice : Pourquoi est-ce que Gin a l'air de penser que j'ai fait exprès de saboter ma relation avec Olivier-Luc?

Psychologue : C'est ce qu'elle a dit?

Béatrice : Pas tout à fait ça, mais ça revenait au même. Elle avait l'air de dire que ça faisait mon affaire. Comme si c'était moi, ça : « Oups, un problème. Je vais tout faire pour le contourner et pas y faire face. » T'sais?

Psychologue : C'est vrai que ça ne vous ressemble pas tellement ça. À moins qu'en amour vous ayez des réflexes différents.

Béatrice : Voulant dire?

Psychologue : J peux me tromper, mais... [...] J'ai l'impression que l'assurance dont vous faites preuve dans votre vie professionnelle ne s'applique pas aux autres aspects de votre vie.

Béatrice : J'suis une handicapée émotive. En amitié, j'suis poche! Pour la famille, c'est pire. Pi en amour, c'est...

Psychologue : Pathétique?

Béatrice : Vous trouvez en?

Psychologue : Oui... Non, enfin, je veux dire : c'est parce que c'est une formule que vous utilisez beaucoup pour décrire vos attitudes.

Béatrice : Non, non. En amour, le mot le plus juste ce serait : lamentable.

Béatrice se sent en possession de ses moyens et en contrôle pour affronter les problèmes qu'elle rencontre dans l'exercice de ses fonctions de co-directrice de l'urgence de l'hôpital St-Hippolyte. Toutefois, elle ressent beaucoup d'insécurité dans ses relations amicales, familiales et amoureuses, ce qui l'amène à adopter des comportements d'évitement par peur de l'échec et à ne pas assumer et exprimer ses émotions et ses désirs. Aujourd'hui, maintenant qu'elle a réglé son passé, elle ne

se sent plus comme la « coupable universelle », reconnaît, assume et exprime ses émotions et ses désirs, ne ressent plus d'« hypervigilance » et a confiance en elle, autrui et en la vie. Béatrice affirme également qu'elle n'élabore plus de « scénarios catastrophe » et qu'elle crée maintenant plutôt des « scénarios bénéfiques » (S4E28, « Les mardis de Béatrice »), puisqu'elle a pris conscience qu'elle est en mesure d'atteindre le bonheur (S2E16, « Le goût du bonheur »). L'éclaircissement de son passé familial et le développement de nouvelles dispositions émotionnelles changent également la notion de liberté, de réussite et d'autonomie de la personnage principale. À la fin de sa psychothérapie, Béatrice affirme :

Béatrice : C'est peut-être ce qu'il y a de plus surprenant dans ma vie ça! Moi je me voyais comme une femme seule et j'aimais cette image-là! Pour moi c'était synonyme de force, de pouvoir même! Ouais. Vivre seule, c'était mener ma vie comme je le voulais.

Monsieur P : Et maintenant, vous vous percevez comment?

Béatrice : Pareil. Forte, avec le pouvoir de mener ma vie comme je le veux, mais avec d'autres. (S4E27, « Trouve sa place »)

Aller mieux ou guérir, dans le cas de Béatrice, c'est donc changer sa conception de l'agentivité, que je définis ici comme la « puissance d'agir des femmes dans une société patriarcale qui les confine traditionnellement dans un état de subordination » (Lavigne *et al.*, 2013 : 185). De fait, au début de la série, lorsque Béatrice est « malade », le récit la présente comme une femme de carrière forte, indépendante et autonome, qui énonce vivre de nombreux échecs dans sa vie personnelle. Elle a une relation conflictuelle avec sa famille, n'a pas eu de relation amoureuse ou sexuelle depuis son divorce avec Benoît il y a quinze ans, se méfie et fuit ses sentiments amoureux actuels envers d'autres hommes et a du mal à cultiver et entretenir son amitié avec sa tante Ginette. En revanche, à la fin de la série, grâce aux apprentissages de la psychothérapie, en plus de sa carrière professionnelle, Béatrice est de nouveau en couple avec son amour de jeunesse Benoît, devient la mère adoptive de son voisin Zach, se réconcilie avec les membres de sa famille et déménage dans une grande maison avec Ginette, Isabelle, Océane, Benoît et Zach. Rétrospectivement, avec le recul, Béatrice énonce donc : « J'ai eu un père, une sœur, une tante, un ex, des collègues de travail, mais j'étais toute seule dans mon coin. » (S4E28)

L'aboutissement de l'aller mieux, de la guérison ou de l'atteinte de la « santé », c'est donc – en se libérant de son passé par la psychothérapie – être en mesure de redécouvrir, de s'appropriier et d'embrasser ses désirs d'amour hétérosexuel, de parentalité et de famille. Inversement, être malade, avoir le mal de vivre ou un « handicap émotif », c'est être incapable d'être en relation amoureuse, familiale ou parentale en raison d'un passé non réglé. Béatrice s'insère au sein d'un bassin de séries télévisées contemporaines qui adoptent une rhétorique post-féministe où les personnages principaux sont des femmes de carrière célibataires blanches et hétérosexuelles qui mènent une vie autonome, sont indépendantes économiquement et sont libérées du mariage, des grossesses et du travail domestique (*Sex and the City*, *Ally McBeal*, *The West Wing*, *Judging Amy*, *Bones* et *The X Files*) (Lavigne, 2013). Un des discours les plus présents au sein des « séries professionnelles postféministes » [traduction libre] (Dow, 1996) est la navigation des conflits entre la carrière professionnelle et les relations personnelles. Car l'héroïne post-féministe veut « tout avoir », notamment combiner ses aspirations d'agentivité et d'indépendance avec son désir d'avoir une vie amoureuse et familiale (Genz, 2010 : 98). *Au secours de Béatrice* reprend à son compte ce scénario et en représente une forme de résolution : Béatrice réussit justement à « tout avoir », c'est-à-dire à être « forte », « libre » et « autonome » en conjuguant une grande carrière, la maternité et le couple hétérosexuel, grâce au travail qu'elle a choisi d'entreprendre en psychothérapie. En effet, elle acquiert la « maturité » émotionnelle et relationnelle qui lui permet d'être en couple, d'être une mère, une fille et une sœur accomplie.

3.6 Conclusion de l'analyse thématique

Cette analyse thématique a interrogé la médiatisation des rapports sociaux qui structurent la « santé mentale » dans la série *Au secours de Béatrice*. Elle s'est intéressée aux points de vue explicites, invisibilisés, absents ou exclus afin d'éclairer la façon dont l'œuvre se saisit de trois domaines centraux de la notion et de l'espace politique de la santé mentale : 1) les définitions et le champ sémantique; 2) les savoirs scientifiques sur les causes de la « souffrance psychique » et des « problèmes de santé mentale »; et 3) la légitimation et le pouvoir des thérapeutes et la vision de la guérison ou du rétablissement. De manière générale, elle a permis de brosser un portrait de

la polysémie des discours sur la « santé mentale » et la « souffrance psychique » dans la série, qui mêlent à la fois ancrages biomédicaux, psychologiques, psychanalytiques.

CONCLUSION

Ce mémoire avait pour point de départ le constat d'un engouement médiatique au Québec pour les séries télévisées qui ont l'objectif d'offrir un portrait dit réaliste ou exact des enjeux liés à la « santé mentale » et aux « problèmes de santé mentale ». Forte d'un intérêt pour les études littéraires et la sociologie critique, cette observation avait piqué ma curiosité. En effet, comment peut-on représenter de façon « réaliste » un enjeu pourtant aussi politique comme la « santé mentale »? De plus, comment une série peut-elle être réaliste, puisqu'il s'agit d'un récit de fiction? Enfin, comment une série télévisée peut-elle concilier une visée pédagogique et de divertissement? J'ai procédé à une analyse narratologique et thématique de l'émission *Au secours de Béatrice*, qui s'avérait selon moi être un cas représentatif du phénomène de la multiplication de fictions sérielles ayant une visée de sensibilisation à la « santé mentale » et aux « problèmes de santé mentale ».

J'ai donc pris pour *objet d'étude* l'imbrication de trois notions qui, dans le paysage médiatique, paraissaient consensuelles, objectives et évidentes : la « santé mentale », la « représentation » et les « représentations de la santé mentale ». Ce positionnement m'a permis de me distancer de l'évaluation dominante du « réalisme » des « représentations » (*conçues comme le reflet de la « réalité »*) de la « santé mentale » et des « problèmes de santé mentale » (*conçues comme des états*) à partir de savoirs psychiatriques/psychologiques (*conçus comme des vérités*). La problématisation de mon objet à partir d'une contextualisation sociohistorique et d'une recension des écrits m'a permis d'élaborer les ancrages théoriques généraux suivants :

- 1) La santé mentale n'est pas un « état » mais un espace où se jouent des rapports de pouvoir;
- 2) Une représentation n'est pas le « reflet » d'une « réalité » mais une pratique qui participe à la construction de la réalité sociale par la médiation de rapports sociaux en fonction de modes d'énonciation;

3) Les représentations « réalistes » et « positives » de la « santé mentale » sont des constructions qui s'inscrivent dans un contexte sociohistorique et des rapports de pouvoir.

L'élaboration de ce cadre théorique m'a permis de poser la question principale suivante : Au Québec, dans un contexte de prévention, promotion et pro-action en matière de santé mentale, comment la série télévisée à visée pédagogique *Au secours de Béatrice* construit-elle les représentations dites exactes ou réalistes de l'univers de la santé mentale et de la maladie mentale ? De plus, il m'a permis de dégager deux questions spécifiques, qui cherchaient à tenir compte à la fois des rapports de pouvoir qui structurent la santé mentale et sa médiation thématique et de la façon dont la forme et le genre culturel de la fiction façonnent ses représentations : Quelles formes et fonctions narratives prennent la « santé mentale » et les « problèmes de santé mentale » ? Quels sont les points d'appui idéologiques et théoriques sur lesquels se fondent les définitions de la santé mentale et de la maladie mentale dans la série télévisée ?

L'analyse narratologique a éclairé les stratégies et choix narratifs qui façonnent la construction de la « souffrance » ou de la « maladie » des personnages de fiction. Elle a permis, d'une part, d'observer que la mise en scène de la thérapie et du psychologue, au-delà d'une visée de sensibilisation apparente, est surtout un outil narratif efficace pour les scénaristes d'*Au secours de Béatrice*. D'autre part, les choix narratifs ont des répercussions importantes sur la caractérisation et la fonction des personnages « malades » ou « souffrant.e.s » de l'émission. En effet, le « mal de vivre » de Béatrice est le moteur de l'intrigue, alors que le « problème de santé mentale » ou le diagnostic psychiatrique des personnages secondaires sert avant tout une fonction d'aide à la narration.

L'analyse thématique a dégagé la façon dont la série se saisit de champs théoriques, idéologiques et normatifs dans la notion et l'espace actuel de la « santé mentale » et de la « souffrance psychique » (champ sémantique, hypothèses étiologiques, légitimation des thérapeutes et conceptions de la guérison et du rétablissement). Cette section a permis de dégager son caractère

polysémique : la série tend à la fois à reproduire, ainsi qu'à critiquer et à réarticuler ces notions conflictuelles.

Sans revenir en détail sur les différents éléments de réponse révélés par mon analyse, je propose de conclure en soulignant un élément transversal à l'analyse narratologique et thématique : le cadrage et la focalisation sur un personnage « normal » et d'une souffrance psychique « normale », le mal de vivre de Béatrice, dans une série ayant une visée de lutte contre la stigmatisation des personnes avec des problèmes de santé mentale. Le récit en tant que tel se centre également autour de l'histoire de Béatrice, ainsi que de son récit d'elle-même. Tout est donc mis en place pour que les téléspectateur.rice.s sympathisent et s'attachent à la narratrice autodiégétique. Enfin, sa souffrance ne sert pas une « fonction » ni n'est une métaphore ou un symbole de « révolte féministe » : on se centre sur son vécu quotidien. Cela dit, si l'on élargit notre regard analytique : qu'en est-il des autres personnages malades ? À qui le récit permet l'expression de sa souffrance ? Seulement Béatrice : les autres sont identifiés comme ayant un diagnostic psychiatrique, mais n'ont pas leur voix propre. L'effort de lutte contre la stigmatisation a des angles morts, n'est pas envers tout le monde : les personnes qui sont perçues comme des membres productifs de la société, qui ont un travail et une maison ont le droit d'être anxieuses, déprimées, dépressives ou d'avoir le « mal de vivre ». En revanche, les personnes qui ont des diagnostics comme la schizophrénie, la bipolarité ou le trouble de la personnalité limite, qui résultent en des comportements perçus comme destructeurs ou parfois violents, n'ont pas la même tribune. On les représente, certes, mais on leur donne une fonction symbolique dans le récit d'un.e protagoniste « normal.e ». Est-ce que la « souffrance psychique » attire la sympathie uniquement lorsqu'elle n'est pas réellement de la « maladie mentale » ? Est-ce que ce sont seulement les formes courtoises et dociles de la souffrance qui méritent la compassion ? Au-delà des visées pédagogiques de l'émission, ce constat m'amène, en guide d'ouverture, à problématiser la visée d'*empathie* des séries télévisées voulant sensibiliser aux enjeux liés à la maladie mentale et à la souffrance psychique. Je me questionne sur le caractère politique de l'empathie, de l'identification et de l'attachement aux personnages des séries télévisées. En effet, qui est représenté lorsque des scénaristes veulent offrir un portrait empathique de la souffrance psychique et des problèmes de

santé mentale? Qui est représenté lorsque le public ressent de l'empathie pour le/la personnage d'une émission? L'empathie est-elle un critère d'évaluation valable de la qualité des représentations des « problèmes de santé mentale » dans une optique de lutte contre la stigmatisation? Ces questionnements invitent donc à une réflexion plus approfondie sur la fonction et les répercussions de la compassion comme levier de lutte contre la stigmatisation des personnes qui ont un « problème de santé mentale », une « maladie mentale » ou un diagnostic psychiatrique dans les séries télévisées.

BIBLIOGRAPHIE

- Ballard, K. and Elston, M.A. (2005) Medicalisation: a multi-dimensional concept, *Social Theory & Health*, 3, 228–41.
- Banet-Weiser, S. (2018) *Empowered: Popular Feminism and Popular Misogyny*. Durham, NC: Duke University Press.
- Beirne, R. (2019). Extraordinary Minds, Impossible Choices: Mental Health, Special Skills and Television, *Medical Humanities*, 45(3).
- Beirne, R. C. (2019). Extraordinary minds, impossible choices: Mental health, special skills and television. *Medical Humanities*, 45(3).
- Blackman, L. (2010). "It's Down to You" Psychology, Magazine Culture, and the Governing of Female Bodies. Dans Reed, L. & P. Saukko (dir.) *Governing the Female Body: Gender, Health, and Networks of Power* (p. 19-39). New York: State University of New York Press.
- Blackman, L. (2004). Self-Help, Media Cultures and the Production of Female Psychopathology. *European Journal of Cultural Studies*, 7(2), 219-236. <https://doi.org/10.1177/1367549404042496>
- Boisvert, S. (2017a, mars). *Les paratextes ont-ils un genre?* [Communication scientifique]. Colloque international Formes et plateformes de la télévision à l'ère du numérique, Montréal, Québec, Canada. <https://youtu.be/ZbY0Xj3mmY?si=QhpaPs0NHX6e7VRg>
- Boisvert, S. (2017b). *Les masculinités télévisées et les paradoxes contemporains du genre : une analyse comparative des identités narratives dans les fictions sérielles nord-américaines (Québec, Canada, États-Unis)*, Thèse. Montréal (Québec, Canada), Université du Québec à Montréal, Doctorat en communication.
- Boudreau, F. (2003). *De l'asile à la santé mentale*. Montréal : Saint-Martin. [1984]
- Boudreau, F. (1984). *De l'asile à la santé mentale*. Montréal: Saint-Martin.
- Brooks-Bertram, P. (1996). African-American women: Disfigured images in the epidemiology of depression. Dans Fisher Collins, C. (dir.), *African-American women's health and social issues*, Westport (p. 107-132). Connecticut : Auburn
- Brossard, B., Roy, M., Brown, J., Hemmings, B. et Larocque, E. (2023). On the Social Existence of Mental Health Categories: The Case of Sex Addiction. *Social Problems*, 20(0), 1-16.

- Busfield, J. (1996) *Men, Women and Madness. Understanding Gender and Mental Disorder*. Basingstoke, Londres : MacMillan Press.
- Busfield, J. (2011). *Key Concepts : Mental Illness*. Cambridge: Polity Books.
- Caminero-Santangelo, M. (1998). *The Madwoman Can't Speak : Or why Insanity is Not Subversive*. Cornell University Press.
- Carle, M.-È., Kirouac, L., & Dorvil, H. (2014). La désinstitutionnalisation au Québec, 45 ans plus tard : Quels défis pour les services en santé mentale? Point de vue de ses principaux "héritiers". Dans H. Dorvil & M.-C. Thifault (Dir.), *Désinstitutionnalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario francophone et au Québec, 1930-2013* (1^{re} éd., Vol. 68,) (p. 141-178). Presses de l'Université du Québec.
- Castel, R., Enriquez, E. et Stevens, H. (2008). D'où vient la psychologisation des rapports sociaux?. *Sociologies pratiques*, 2(17), 15-27.
- Castel, R. (1981). *La Gestion des risques*. Paris: Éditions de Minuit.
- Chesler, P. (2005 [1972]). *Women and Madness*. New York: Palgrave Macmillan.
- Conrad, P. (1975) The discovery of hyperkinesis. *Social Problems*, 12(1), 12–21.
- Cross, S. (2010). *Mediating Madness: Mental distress and Cultural Representation*. New York: Palgrave Macmillan.
- Cvetkovich, A. (2012). *Depression : A Public Feeling*. Duke University Press Books.
- Danquah, M. (1999). *Willow Weep for Me : A Black Woman's Journey Through Depression : a Memoir*. Michigan : One World.
- Dobson, A. S., & Kanai, A. (2019). From "can-do" girls to insecure and angry : Affective dissonances in young women's post-recessional media. *Feminist Media Studies*, 19(6), 771-786
- Donaldson, E. (2002). The Corpus of the Madwoman : Theory of Embodiment and Mental Illness. *NWSA Journal*, 14 (3), 99–119.
- Donaldson, E. (2005). The Psychiatric Gaze: Deviance and Disability in Film. *Atenea*, 25(1), 31-48.
- Donaldson, E. J. (2011). Revisiting The Corpus of the Madwoman : Further Notes toward a Feminist Disability Studies Theory of Mental Illness. Dans Garland-Thompson, R. (dir.) *Feminist Disability Studies*. The University of Chicago Press : Journals.

- Donnelly, T. (2012). *Vogue Diagnoses : The Functions of Madness in Twentieth-Century American Literature* [thèse de doctorat], Université de l’Oregon.
- Duprey, C. (2007). *La crise de l’enfermement asilaire au Québec à l’orée de la révolution tranquille* [mémoire de maîtrise]. Université du Québec à Montréal.
- Doré, I. et Caron, J. (2017). Santé mentale: concepts, mesures et déterminants. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 125-145.
- Ehrenberg, A. (1998). *La fatigue d’être soi : dépression et société*. Paris : Éditions Odile Jacob.
- Ehrenberg, A. (2004). Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale. *Esprit (1940-)*, 304 (5), 133–156.
- Ehrenreich, B. et English, D. (2016). *Fragiles ou contagieuses: Le pouvoir médical et le corps des femmes*. Paris : Cambourakis, 160 p. [1973]
- Fassin, D. (1996). *L’espace politique de la santé*, Paris : Presses Universitaires de France.
- Fassin, D. (2002). La souffrance du monde. Considérations anthropologiques sur les politiques contemporaines de la compassion. *L’Évolution Psychiatrique*, 67(4), 676-689.
- Fauquert, E. (2020). Les séries télévisées médicales étasuniennes: évolutions, permanences et enjeux de l’« asymétrie réaliste ». *TV/Series*, 17.
- Fleury, M.-J. et Grenier, G. (2004). Historique et enjeux du système de santé mentale québécois, *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 10(1), 21-38.
- Foucault, M. (1991). *Governmentality*. Dans G. Burchell, C. Gordon, & P. Miller (dir.). *The Foucault effect: Studies in governmentality* (p. 87-104). Chicago: University of Chicago Press.
- Garland-Thomson, R. (2002). The Politics of Staring: Visual Rhetorics of Disability in Popular Photography. Dans Snyder, S. L.; B. Brueggemann et R. Garland-Thomson (dir.). *Disability Studies: Enabling the Humanities* (p. 56-75). New York: Modern Language Association.
- Genz, S. (2010). Singled Out : Postfeminism’s “New Woman” and the Dilemma of Having It All. *The Journal of Popular Culture*, 43(1), 97-119.
- Gilbert, S. M., & Gubar, S. (1979). *The Madwoman in the Attic: The Woman Writer and the Nineteenth-Century Literary Imagination*. New Haven: Yale University.
- Gill, R. (2007). Postfeminist media culture: elements of a sensibility. *European Journal of Cultural Studies*. 10 (2), 147-166.

- Gill, R. (2017). The affective, cultural and psychic life of postfeminism: A postfeminist sensibility 10 years on. *European journal of cultural studies*, 20(6), 606-626.
- Gill, R., & Orgad, S. (2015). The Confidence Cult(ure). *Australian Feminist Studies*, 30(86), 324-344.
- Goulet, D. et Gagnon, R. (2014). *Histoire de la médecine au Québec, 1800-2000. De l'art de soigner à la science de guérir*. Québec: Septentrion.
- Grenier, G. (1994). Doctrine de la dégénérescence et institution asilaire au Québec (1885-1930). *Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques. Archives*, 12, 1-12.
- Haggett, A. (2012). *Desperate Housewives, Neuroses and the Domestic Environment, 1945-1970*. New York: Taylor & Francis.
- Hall, S. (2007). *Identités et cultures. Politiques des cultural studies*, édition établie par Maxime Cervulle, Paris : Éditions Amsterdam.
- Harper, S. (2005). Media, Madness and Misrepresentation: Critical Reflections on Anti-Stigma Discourse. *European Journal of Communication*, 20(4), 460-483.
- Harper, S. (2009). *Madness, power and the media: Class, gender and race in popular representations of mental distress*. New York, NY: Palgrave Macmillan.
- Herson, K. (2016). Transgression, Embodiment, and Gendered Madness : Reading Homeland and Enlightened through Critical Disability Theory. *Feminist Media Studies*, 16(6), 1000-1013.
- Johnson, D. A. (2008). Managing Mr. Monk: Control and the Politics of Madness. *Critical Studies in Media Communication*, 25(1), 28-47.
- Klein, A. (2022, 19 janvier). La désinstitutionnalisation n'a pas eu lieu! Retour sur un mythe tenace et tendancieux [Communication scientifique], *Les grandes conférences de l'Alternative*, En ligne.
- Klin, A., & Lemish, D. (2008). Mental disorders stigma in the media: review of studies on production, content, and influences. *Journal of health communication*, 13(5) : 434-449.
- Holland, K. (2010). The unintended consequences of campaigns designed to challenge stigmatising representations of mental illness in the media. *Social Semiotics*, 22(3), 217-236.
- Lamarre, B., Mineau, A., & Laroche, G. (2006). Le discours sur la médicalisation sociale et la santé mentale : 1973-1994. *Recherches sociographiques*, 47(2), 227-251.

- Larose-Hébert, K. (2020). *Le silence sur nos maux. Transformation identitaire et psychiatisation*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Lavigne, J., Auger, A.-M., Lévy, J.J., Engler, K. et Fernet, M. (2013). Les scripts sexuels des femmes de carrière célibataires dans les téléseries québécoises. Études de cas : Tout sur moi, Les hauts et les bas de Sophie Paquin et C.A.. *Recherches féministes*, 26(1), 185-202.
- Lupton, D. (1994). Toward the Development of Critical Health Communication Praxis. *Health Communication*, 6(1), 55-67.
- Marston, K. (2018). *Postfeminist Whiteness: Problematizing Melancholic Burden in Contemporary Hollywood*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Macé, E. (2006). *Les imaginaires médiatiques. Une sociologie post-critique des médias*. Paris: Éditions Amsterdam.
- Macé, É. (2001). Qu'est-ce qu'une sociologie de la télévision : (2) esquisse d'une théorie des rapports sociaux médiatisés. Les trois moments de la configuration médiatique de la réalité : production, usages représentations. *Réseaux*, 105, 199-242.
- Macé, É. (2000). Qu'est-ce qu'une sociologie de la télévision ? Esquisse d'une théorie des rapports sociaux médiatisés. 1. La configuration médiatique de la réalité. *Réseaux*, 105, 245-288.
- Marquis, N. (2011). *Sociologie de la pratique de lecture du « développement personnel » en régime d'autonomie: du texte à l'expérience* [thèse de doctorat]. Université Saint-Louis Bruxelles.
- McDermott, C. (2018). *Contemporary femininities after postfeminism: genre, affect, aesthetics*. [thèse de doctorat]. Manchester Metropolitan University.
- McDermott, C. (2018). How to Survive the Postfeminist Impasse, *Girlhood Studies*, 11(3), 50-66.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2022). *Plan d'action interministériel en santé mentale. S'unir pour un mieux-être collectif 2022-2026*.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (1989). *Politique de santé mentale*.
- Mitchell, D., Snyder, S. (2000). *Narrative Prosthesis: Disability and the Dependencies of Discourse*. University of Michigan Press.
- Mollow, A. (2006). "When Black Women Start Going on Prozac": Race, Gender, and Mental Illness in Meri Nana-Ama Danquah's "Willow Weep for Me". *MELUS*, 31(3), 67-99.
- Otero, M. et Namian, D. (2011). Grammaires sociales de la souffrance. *Les Collectifs du Cirp*, 2(0), 226-236.

- Otero, M. (2003). L'intervention en "santé mentale": entre la discipline et le primat du corps. *Cahiers de recherche sociologique*, hors-série, 77-97.
- Otero, M. (2005). Santé mentale, adaptation sociale et individualité contemporaine. *Cahiers de recherche sociologique*, (41-42), 65–89.
- Otero, M. (2012). *L'Ombre portée*. Montréal : Boréal.
- Pache, S. et Mathieu, M. (2023). De la psychologisation de l'oppression à l'analyse du pan idéal des rapports de domination. *Recherches féministes*, 36(2), 1-19.
- Pache, S. (2018). Critique et pratique : l'« emprise du genre » sur la santé mentale. Dans Isabelle Coutant et Simeng Wang (Dir.) *Santé mentale & souffrance psychique : un objet pour les sciences sociales*. Paris : Éditions du CNRS.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Éditions Armand Collin.
- Pelletier-Audet, A. et Cellard, A. (2014). Le second conflit mondial et la genèse de la désinstitutionnalisation au Canada, 1939-1961. Dans Thifault, M.-C. et Dorval, H. (dir.), *Désinstitutionnalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario francophone et au Québec: 1930-2013* (p. 13-41). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Perreault, I. (2015). La folie, c'est de n'avoir pas d'autres normes que soi-même : la psychiatrie au cours de l'après-guerre au Québec. *Santé mentale*, 40(2), 51-63.
- Perreault, I. et Guilbault, M. (2014). Des molécules dans la fosse aux serpents : réformes institutionnelles, thérapeutiques et politiques au Québec, 1940-1970. Dans Thifault, M.-C. & H. Dorvil (Dir.) *Désinstitutionnalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario francophone et au Québec (1930-2013)*, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Perreault, I., & Thifault, M.-C. (2012). Les Soeurs de la Providence et les psychiatres modernistes : Enjeux professionnels en santé mentale au Québec, 1910-1965. *Études d'histoire religieuse*, 78(2), 59-79.
- Philo, G., Secker, J., Platt, S., Henderson, L., McLaughlin, G., & Burnside, J. (1994). The impact of the mass media on public images of mental illness: media content and audience belief. *Health Education Journal*, 53(3), 271- 281.
- Poirel, M.-L., Lacharité, B., & Rousseau, G. (2006). Voix alternatives et féministes dans le champ de la santé mentale au Québec. *Nouvelles Questions Féministes*, 25(2), 66-81.

- Price, M. (2011). *Mad at School. Rhetorics of Mental Disability and Academic Life*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Riley, S. et al. (2017). A critical review of postfeminist sensibility. *Social and Personality Psychology Compass*, 11(12), 1-12.
- Riley, S. et al. (2018). *Postfeminism and Health: Critical Psychology and Media Perspectives*. Londres: Routledge.
- Rodriguez Del Barrio, L. (2007). « Space, Temporality, and Subjectivity in a Narrative of Psychotic Experience ». Dans V. Raoul, C. Canam, A. D. Handerson, C. Paterson (dir.), *Unfitting Stories: Narrative Approaches to Disease, Disability, and Trauma*, Wilfrid University Press, pp:154-163.
- Rose, N. et Abi-Rached (2014). Governing Through the Brain : Neuropolitics, Neuroscience and Subjectivity. *The Cambridge Journal of Anthropology*, 32(1), 3-23.
- Rose, N. (1998). *The Psychological Complex. Psychology, Politics and Society in England 1969-1939*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Sandahl, C. (2018). Using Our Words: Exploring Representational Conundrums in Disability Drama and Performance. *Journal of Literary & Cultural Disability Studies*, 12(2), 129-144.
- Sepulchre, S. (2017). Le personnage en série, Dans Sepulchre, S. (dir.) *Décoder les séries télévisées* (p. 115-162). De Boeck Supérieur.
- Showalter, E. (1987). *The Female Malady: Women, Madness and English Culture, 1830-1980*. Londres : Virago.
- Szaz, Thomas R. (1974). *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. New York: Harper and Row.
- Thifault, M.-C., & Dorvil, H. (2014). Introduction. Dans Thifault M.-C. & H. Dorvil (Dir.), *Désinstitutionnalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario francophone et au Québec, 1930-2013* (1^{re} éd., Vol. 68) (p. 1-12). Presses de l'Université du Québec.
- Thifault, M.-C., & Perreault, I. (2011). Premières initiatives d'intégration sociale des malades mentaux dans une phase de pré-désinstitutionnalisation. L'exemple de Saint-Jean-de-Dieu, 1910-1950. *Histoire sociale / Social History*, 44(2), 197-222.

Ussher, J. M. (1991). *Women's madness: Misogyny or mental illness?*. University of Massachusetts Press.

Vidal, F. (2018). Accuracy, Authenticity, Fidelity: Aesthetic Realism, the "Deficit Model," and the Public Understanding of Science. *Sci Context*, 31(1), 129-153.

Vrancken, D. et Macquet, C. (2012). Focus – Du travail sur soi au gouvernement de soi. *Informations sociales*, 1(169), 76-79.

Vrancken, D. et Macquet, C. (2006). *Le travail sur soi. Vers une psychologisation de la société?*. Paris : Berlin.

Wahl, O.F. (1992). Mass media images of mental illness: A review of the literature. *Journal of Community Psychology*, 20, 343-352.

Wahl, O.F. (1995). *Media Madness: Public Images of Mental Illness*. New Brunswick, Canada: Rutgers University Press.

Wollock, A. (2003). *The One vs. The Many: Minor Characters and the Space of the Protagonist in the Novel*. Princeton: Princeton University Press.

Médiagraphie

Au secours de Béatrice. (2016, 28 janvier). Accompagner. [Vidéo]. Facebook. <https://www.facebook.com/asdbtva/videos/1096384250392068/>

Au secours de Béatrice (2015, 16 septembre). Pour mieux comprendre les troubles anxieux... [Vidéo]. Facebook. <https://www.facebook.com/asdbtva/videos/1033533573343803/>

Baillargeon, S. (2014, 4 septembre). Une urgentologue chez le psy. *La Presse*. <https://www.ledevoir.com/culture/ecrans/417538/television-une-urgentologue-chez-le-psy>

Dumas, H. (2018, 14 mars). Bye-bye, belle Béatrice!. *La Presse*. https://plus.lapresse.ca/screens/dfc38d05-c9f7-4118-8e96-369fb1d1ea48%7C_0.html

Dumas, H. (2015). Bénie soit Béa. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/debats/chroniques/hugo-dumas/201411/17/01-4819684-benie-soit-bea.php>

Guy, C. (2015, 16 septembre). Psychologues et petit écran: l'avis d'une vraie psy. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/arts/television/201509/16/01-4901124-psychologues-et-petit-ecran-lavis-dune-vraie-psy.php>

- Guy, C. (2015, 16 septembre). Psychologues et petit écran : la patiente Béatrice. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/arts/television/201509/16/01-4901112-psychologues-et-petit-ecran-la-patiente-beatrice.php>
- Lorain, S. (2021, 8 mai). *Culture Club* [Émission de radio]. Radio-Canada. <https://ici.radio-canada.ca/ohdio/premiere/emissions/culture-club/episodes/531146/ratrapage-du-samedi-8-mai-2021/4>.
- Roy, M.-J. (2018, mars 14). Au secours de Béatrice : Une thérapie, ses thèmes et ses chiffres. *HuffPost Québec*. https://www.huffpost.com/archive/qc/entry/finale-au-secours-de-beatrice_qc_5ccc99eee4b03b38d694b8ff
- Siag, J. (2014, 25 juin). Au secours de Béatrice : le retour de Sophie Lorain. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/arts/television/201406/20/01-4777627-au-secours-de-beatrice-le-retour-de-sophie-lorain.php>
- Therrien, R. (2018, 14 mars). Adieu, chère Béa. *Le Soleil*. <https://www.lesoleil.com/2018/03/14/adieu-chere-bea-a2556561cd7dccdf00cc8555097aa486/>
- Tougas, F. (autrice), Lorain, S. et Beaulieu, M. (productrices) et Durand-Brault, A. (réalisateur). (2014-2018). *Au secours de Béatrice*. Attraction.