



HAL
open science

La modestie pathologique : pour une meilleure compréhension du syndrome de l'imposteur

Kévin Chassangre

► **To cite this version:**

Kévin Chassangre. La modestie pathologique : pour une meilleure compréhension du syndrome de l'imposteur. Psychologie. Université Toulouse le Mirail - Toulouse II, 2016. Français. NNT : 2016TOU20106 . tel-01920350

HAL Id: tel-01920350

<https://theses.hal.science/tel-01920350v1>

Submitted on 13 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Fédérale



Toulouse Midi-Pyrénées

THÈSE

En vue de l'obtention du

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Déjà délivré par :

Université Toulouse - Jean Jaurès

Présentée et soutenue par :

Kévin CHASSANGRE

le mardi 29 novembre 2016

Titre :

La modestie pathologique : pour une meilleure compréhension du syndrome de l'imposteur.

École doctorale et discipline ou spécialité :

ED CLESCO : Psychopathologie

Unité de recherche :

Unité de Recherche Interdisciplinaire OCTOGONE-CERPPS

Directeur/trice(s) de Thèse :

Professeure Stacey Callahan

Jury :

Céline LEMERCIER
Amélie ROUSSEAU
Joël SWENDSEN
Stacey CALLAHAN

Professeure des universités
Professeure des universités
Professeur des universités
Professeure des universités

Présidente du jury
Membre du jury
Membre du jury
Membre du jury

REMERCIEMENTS

A tous ceux qui auront cru en moi malgré mes propres incertitudes.

RÉSUMÉ

Le syndrome de l'imposteur peut être source d'une grande souffrance. Soixante-deux à 70% de la population peuvent être amenés à douter, ne serait-ce qu'une fois, de la légitimité de leur statut. Ces questionnements s'orientent sur l'impression de tromper les autres, sur les attributions de sa situation et sur la peur de voir son incompétence mise à jour. Malgré sa prévalence, peu d'études s'intéressent au caractère pathologique de ce syndrome, et encore moins à chercher des outils d'accompagnement adaptés. Les objectifs de ce travail étaient de valider un outil d'évaluation en français, et d'améliorer la compréhension de la dimension cognitive de ce syndrome.

L'étude 1 est une étude quantitative menée auprès de 549 participants. Elle propose la validation du concept du syndrome de l'imposteur et la réalité d'un syndrome pouvant être pathologique. Les résultats démontrent différents profils *d'imposteurs* pour lesquels les comorbidités et leur vécu se révèlent différents.

L'étude 2 est une étude quantitative menée auprès de 1597 participants. Elle a permis la validation de la Clance Impostor Phenomenon Scale (CIPS) dans sa version francophone. Les résultats démontrent des bonnes qualités psychométriques du questionnaire.

L'étude 3 est une étude quantitative menée auprès de 694 participants. Elle évalue les manifestations anxieuses inhérentes au syndrome de l'imposteur. Les analyses rendent compte de profils *d'imposteurs* différents. L'établissement d'un modèle d'émergence de ce syndrome a été suggéré afin d'interroger sa présence lors des périodes de grand stress de la vie.

L'étude 4 est une étude quantitative menée auprès de 873 participants. Elle est axée sur l'intégration de l'acceptation inconditionnelle de soi comme outil pertinent de prise en charge des *imposteurs*. Elle propose de plus un profil cognitif de ces personnes au regard de la représentation de l'échec, des attitudes dysfonctionnelles et d'une faible acceptation inconditionnelle de soi.

Mots clés : syndrome de l'imposteur, thérapies comportementales et cognitives, validation, anxiété, acceptation inconditionnelle de soi

ABSTRACT

The impostor phenomenon can represent a significant distress source. The literature suggests that 60-70% of the population questions their legitimacy at least once in their lives. These doubts focus on feelings of inadequacy or fraud, poor success attribution, and the fear of being exposed as an *impostor*. Few studies have explored the pathological aspects of the impostor phenomenon despite its prevalence. Moreover, to our knowledge too little research has been conducted to design adequate management tools. The research carried out for this thesis seeks to validate existing impostor phenomenon measures, the Clance Impostor Phenomenon Scale (CIPS), as well as better understand cognitive dimensions related to this syndrome.

Study 1 was a quantitative study carried out on a sample of 549 participants. This study suggested the validation of the independent concept of impostor phenomenon as well as potential pathological aspects related to it. Results showed different *impostor* profiles both in intensity and impacts of this syndrome.

Study 2 was a quantitative study carried out on 1,597-strong sample. The main objective was to validate an existing impostor phenomenon scale (CIPS) in French. Results demonstrated good psychometric validity for the French version.

Study 3 was a quantitative study carried out on a sample of 694 participants. This study examined anxiety manifestations linked to the impostor phenomenon. The results demonstrated different profiles of *impostors*. A model was developed to help understand the manifestation of this syndrome during periods of severe stress and change.

Study 4 was a quantitative study carried out on a sample of 873 participants. This study focused on unconditional self-acceptance as a useful method of appropriate therapeutic management linked to the impostor phenomenon. A cognitive profile of impostors was developed that helps account for irrational beliefs about failure, dysfunctional attitudes, and low unconditional self-acceptance.

Key words: impostor phenomenon, Behavioral and Cognitive Therapies, validation, anxiety, unconditional self-acceptance.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	27
Première partie. Le syndrome de l'imposteur : approche cognitive et comportementale	33
Chapitre 1. Définition du syndrome de l'imposteur	35
1.1 Les différentes facettes du syndrome de l'imposteur	35
1.2 Un syndrome de l'imposteur-trait ou état ?	39
1.3 Epidémiologie	41
1.3.1 Aspects socioculturels.....	41
1.3.1.1 Le sexe	41
1.3.1.1.1 Une équivalence dans l'expression.....	41
1.3.1.1.2 Une sensibilité féminine.....	41
1.3.1.2 L'âge	42
1.3.1.3 La pratique et l'expérience.....	42
1.3.1.4 La culture	42
1.3.1.5 Les domaines de vie et d'activités	43
1.3.1.5.1 Les champs de disciplines	43

1.3.1.5.2 L'objet des <i>sentiments d'imposture</i>	44
1.3.2 Etiologie et facteurs de vulnérabilité	44
1.3.2.1 Du point de vue individuel	44
1.3.2.2 Du point de vue contextuel	45
1.3.3 Prévalence	46
Chapitre 2. Un apprentissage dans le syndrome de l'imposteur	49
2.1 Aspect développemental du syndrome de l'imposteur	49
2.1.1 Les messages parentaux	49
2.1.2 La dynamique familiale	50
2.1.2.1 La théorie de l'attachement	50
2.1.2.2 L'environnement de développement	51
2.2 Les issues du contexte familial	52
2.2.1 Le poids de l'apprentissage et du renforcement	52
2.2.1.1 La valorisation de l'intelligence	52
2.2.1.2 La comparaison	53
2.2.1.3 L'absence de renforcement	53
2.2.1.4 Le respect des normes	54
2.2.2 Des <i>sentiments d'imposture</i> appris et renforcés	54
Chapitre 3. L'impression de tromper	57
3.1 De la perception de soi	57
3.1.1 Une faible estime de soi	57
3.1.2 Une faible perception de compétences	58
3.1.3 Un faible sentiment d'efficacité personnelle	58
3.1.4 Une forte autodépréciation	58
3.2 Intelligence et but chez les <i>imposteurs</i>	59

3.2.1 La théorie implicite de l'intelligence	59
3.2.2 L'intelligence dans le syndrome de l'imposteur	60
3.2.3 Un but de performance	61
3.2.3.1 L'importance de la performance	61
3.2.3.2 Des exigences excessives.....	61
3.2.3.3 Une compétition plutôt qu'une collaboration.....	61
3.3 Surestimation d'autrui et évaluation réfléchie	62
3.3.1 Surestimation des compétences d'autrui.....	62
3.3.1.1 Définition de la comparaison sociale.....	62
3.3.1.2 Les comparaisons sociales dans le syndrome de l'imposteur	63
3.3.1.3 Le cycle de l'imposteur : sujet à la comparaison	63
3.3.1.3.1 Description du cycle de l'imposteur.....	63
3.3.1.3.2 La comparaison sociale issue du cycle de l'imposteur	66
3.3.2 Evaluation réfléchie dans le syndrome de l'imposteur.....	66
Chapitre 4. La reconnaissance de ses réussites et les attributions.....	69
4.1 L'attribution causale dans le syndrome de l'imposteur.....	69
4.1.1 Définition de l'attribution causale	69
4.1.2 L'attribution causale des <i>imposteurs</i>	70
4.1.2.1 L'explication d'une réussite.....	70
4.1.2.2 Le maintien d'une mauvaise attribution	71
4.1.2.2.1 La préparation frénétique	71
4.1.2.2.2 Le masque de l'imposteur	71
4.1.2.2.3 Différents atouts mis en évidence.....	71
4.1.2.2.4 La vision des femmes qui réussissent.....	72
4.1.3 Le cycle de l'imposteur : le maintien d'une mauvaise attribution	72

4.1.3.1 Les explications causales issues du cycle de l'imposteur	72
4.1.3.2 L'attribution à l'effort : interne mais instable	73
4.1.3.3 L'attribution à l'effort : interne mais dénigrée	73
4.2 Des difficultés à accepter les indices positifs	74
4.2.1 La signification de la reconnaissance d'autrui	74
4.2.1.1 Le besoin de reconnaissance	74
4.2.1.2 Le dénigrement des compliments	75
4.2.2 Des standards excessifs de réalisations	75
4.2.2.1 Le perfectionnisme	75
4.2.2.2 L'insatisfaction chronique	76
Chapitre 5. La peur d'être démasqué	77
5.1 Un secret bien gardé	77
5.1.1 Une personnalité introvertie	77
5.1.2 Un sentiment d'isolement	78
5.2 La peur d'une incompétence mise à jour	78
5.2.1 La peur de l'évaluation	79
5.2.2 La peur de l'échec	79
5.2.2.1 Définition de la peur de l'échec	79
5.2.2.2 La peur de l'échec des <i>imposteurs</i>	80
5.2.2.2.1 L'anticipation anxieuse des <i>imposteurs</i>	80
5.2.2.2.2 La signification d'un échec pour les <i>imposteurs</i>	80
5.2.2.2.3 Les conséquences de la peur de l'échec des <i>imposteurs</i>	81
5.2.3 La peur et la culpabilité quant à la réussite	82
5.2.3.1 Définition de la peur du succès	82
5.2.3.2 Le vécu du succès des <i>imposteurs</i>	82

5.2.3.2.1 La peur du succès	82
5.2.3.2.2 Un conditionnement du cycle de l'imposteur	83
5.2.3.2.3 La culpabilité vis-à-vis du succès.....	83
5.3 Problématique et plan de recherche.....	84
Deuxième partie. Caractéristiques, évaluation et prise en charge du syndrome de l'imposteur	87
Chapitre 6. Aspects théoriques des validités de construit et de mesure du syndrome de l'imposteur.....	89
6.1 Symptomatologie du syndrome de l'imposteur	89
6.1.1 Observer le syndrome de l'imposteur.....	89
6.1.2 Psychopathologie du syndrome de l'imposteur	90
6.1.2.1 La détresse émotionnelle dans le syndrome de l'imposteur	90
6.1.2.1.1 Une instabilité émotionnelle.....	90
6.1.2.1.2 Les symptômes dépressifs.....	91
6.1.2.1.3 Les symptômes anxieux.....	91
6.1.2.2 Le sentiment d'efficacité personnelle dans le syndrome de l'imposteur.....	92
6.1.2.2.1 Définition du sentiment d'efficacité personnelle	92
6.1.2.2.2 Les sources du sentiment d'efficacité personnelle	92
6.1.2.2.3 <i>Imposteurs</i> efficaces ?.....	93
6.1.2.3 L'estime de soi dans le syndrome de l'imposteur	93
6.1.2.3.1 Définition de l'estime de soi	93
6.1.2.3.2 L'estime de soi des <i>imposteurs</i>	93

6.1.3 Un syndrome de l'imposteur pathologique ?	94
6.2 Mesurer le syndrome de l'imposteur	96
6.2.1 Echelles de mesure	96
6.2.1.1 Harvey Impostor Phenomenon Scale (HIPS).....	96
6.2.1.2 Perceived Fraudulence Scale (PFS).....	97
6.2.1.3 Impostorism Scale (IS)	97
6.2.1.4 State Impostor Phenomenon Scale (SIPS).....	97
6.2.1.5 Clance Impostor Phenomenon Scale (CIPS).....	98
6.2.2 Caractéristiques de l'échelle	98
6.3 Objectifs de la recherche.....	99
Chapitre 7. Etude 1 : Validation de la version française de la « Clance Impostor Phenomenon Scale » (CIPS)	101
7.1 Méthodologie	101
7.1.1 Population	101
7.1.2 Matériel.....	102
7.1.2.1 Clance Impostor Phenomenon Scale (CIPS).....	102
7.1.2.2 Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21).....	102
7.1.2.3 Positive Affect and Negative Affect Schedule (PANAS).....	103
7.1.2.4 Self Efficacy Scale (SES)	104
7.1.2.5 Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES).....	104
7.1.3 Procédure	105
7.1.4 Traitement des données.....	106
7.2 Résultats.....	106
7.2.1 Analyses descriptives.....	106
7.2.2 Analyses de corrélations	108

7.2.3 Analyse de variance multivariée	109
7.2.4 Analyse factorielle confirmatoire	113
7.2.5 Analyse de régression multiple	119
7.2.6 Analyse des clusters.....	120
7.2.6.1 Validation des clusters	122
7.2.6.2 Caractéristique des clusters	124
7.3 Discussion	126
Chapitre 8. Etude 2 : Propriétés psychométriques de la « Clance Impostor Phenomenon Sale » (CIPS).....	131
8.1 Méthodologie	131
8.1.1 Population	131
8.1.2 Matériel.....	132
8.1.2.1 Clance Impostor Phenomenon Scale (CIPS).....	132
8.1.3 Procédure	133
8.1.4 Traitement des données.....	133
8.2 Résultats.....	134
8.2.1 Analyses descriptives.....	134
8.2.2 Analyse factorielle exploratoire	135
8.2.3 Analyse factorielle confirmatoire	140
8.2.4 Fidélité test-retest	143
8.3 Discussion	143
Chapitre 9. Aspects théoriques de la symptomatologie anxieuse dans le syndrome de l'imposteur.....	147
9.1 L'anxiété inhérente au syndrome de l'imposteur	147
9.1.1 De l'anxiété-trait et de l'anxiété-état	147

9.1.2	Anxiété-trait dans le syndrome de l'imposteur : la peur d'être démasqué ..	148
9.1.3	Anxiété-état dans le syndrome de l'imposteur : l'importance de la performance	149
9.2	Le jugement d'autrui dans le syndrome de l'imposteur	149
9.2.1	L'importance du regard des autres	150
9.2.2	La phobie sociale	149
9.3	Stress et syndrome de l'imposteur	151
9.3.1	Définition du stress	151
9.3.2	<i>Imposteurs</i> et stress	152
9.3.2.1	Perception d'une situation	152
9.3.2.2	Stratégies d'ajustement inhérentes au syndrome de l'imposteur ...	153
9.3.2.2.1	Définition de l'auto-sabotage	153
9.3.2.2.2	Auto-sabotage des <i>imposteurs</i>	154
9.4	Objectifs de la recherche	154
	Chapitre 10. Etude 3 : Expressions de la symptomatologie anxieuse dans le syndrome de l'imposteur	157
10.1	Méthodologie	157
10.1.1	Population	157
10.1.2	Matériel	158
10.1.2.1	Clance Impostor Phenomenon Scale (CIPS)	158
10.1.2.2	Echelle d'anxiété état-trait (STAI-Y)	158
10.1.2.3	Social Interaction Phobia Scale (SIPS)	159
10.1.2.4	Perceived Stress Scale (PSS)	159
10.1.3	Procédure	160
10.1.4	Traitement des données	160

10.2 Résultats.....	161
10.2.1 Analyses descriptives.....	161
10.2.2 Analyses de corrélations	162
10.2.3 Analyse de régression multiple	163
10.2.4 Analyse des clusters.....	164
10.2.4.1 Validation des clusters	167
10.2.4.2 Caractérisation des clusters	168
10.2.5 Modèle d'émergence du SI	169
10.3 Discussion	172
Chapitre 11. Aspects théoriques des outils de prise en charge du syndrome de l'imposteur.....	177
11.1 Croyances et attitudes des <i>imposteurs</i>	177
11.1.1 Les attitudes dysfonctionnelles	177
11.1.1.1 Définition des attitudes dysfonctionnelles	177
11.1.1.2 Attitudes dysfonctionnelles et psychopathologie	178
11.1.2 Les croyances rationnelles et irrationnelles	178
11.1.2.1 Définition	178
11.1.2.1.1 Les croyances irrationnelles	179
11.1.2.1.2 Les croyances rationnelles	179
11.1.2.2 Impacts des croyances irrationnelles et rationnelles.....	180
11.2 De l'estime à l'acceptation inconditionnelle de soi.....	180
11.2.1 L'estime de soi : valences et inhérences	180
11.2.2 L'instabilité de l'estime de soi	181
11.2.3 L'acceptation inconditionnelle de soi.....	181
11.2.4 Les bénéfices de l'acceptation inconditionnelle de soi.....	182

11.2.5 Un <i>imposteur</i> qui s'accepte ?	183
11.2.5.1 Les croyances irrationnelles des <i>imposteurs</i>	183
11.2.5.2 Les attitudes dysfonctionnelles des <i>imposteurs</i>	184
11.2.5.3 Syndrome de l'imposteur et acceptation inconditionnelle de soi.	185
11.3 Prise en charge du syndrome de l'imposteur	186
11.3.1 Lever le masque.....	186
11.3.2 Les outils d'accompagnement	187
11.3.2.1 Un nouvel apprentissage	188
11.3.2.2 Attribuer plus justement.....	188
11.3.2.3 Se comparer autrement	189
11.3.2.4 Changer ses représentations	189
11.3.2.5 Intégrer son efficacité	189
11.3.2.6 S'affirmer	189
11.3.2.7 Dans la lignée de l'acceptation inconditionnelle de soi.....	190
11.4 Objectifs de la recherche.....	190
Chapitre 12. Etude 4 : Croyances irrationnelles, attitudes dysfonctionnelles et	
acceptation inconditionnelle de soi dans le syndrome de l'imposteur	193
12.1 Méthodologie.....	193
12.1.1 Population	193
12.1.2 Matériel.....	193
12.1.2.1 Rational and Irrational Belief Scale (RIBS).....	193
12.1.2.2 Dysfunctional Attitude Scale Form A (DAS-A)	194
12.1.2.3 Unconditional Self-Acceptance Questionnaire (USAQ)	195
12.1.2.4 Clance Impostor Phenomenon Scale (CIPS).....	195
12.1.3 Procédure.....	196

TABLE DES MATIERES

12.1.4 Traitement des données.....	196
12.2 Résultats.....	196
12.2.1 Analyses descriptives.....	196
12.2.2 Analyses de corrélations.....	198
12.2.3 Analyse de variance multivariée.....	199
12.2.4 Analyse de régression.....	202
12.2.5 Modèle d'expression du SI.....	204
12.3 Discussion.....	208
Discussion générale.....	213
Bibliographie.....	221
Annexes.....	250
Annexe A. Déclaration CNIL.....	252
Annexe B. Etude 1 : Validation de la version française de la « Clance Impostor Phenomenon Scale » (CIPS).....	256
B.1 Clance Impostor Phenomenon Scale (CIPS).....	256
B.2 Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21).....	258
B.3 Positive Affect and Negative Affect Schedule (PANAS).....	260
B.4 Self Efficacy Scale (SES).....	262
B.5 Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES).....	264
Annexes C. Etude 3 : Expressions de la symptomatologie anxieuse dans le syndrome de l'imposteur.....	266
C.1 Echelle d'anxiété-état (STAI-YS).....	266

TABLE DES MATIERES

C.2 Echelle d'anxiété-trait (STAI-YT)	268
C.3 Social Interaction Phobia Scale (SIPS).....	270
C.4 Perceived Stress Scale (PSS)	272
Annexe D. Etude 4 : Croyances irrationnelles, attitudes dysfonctionnelles et acceptation inconditionnelle de soi dans le syndrome de l'imposteur	274
D.1 Rational and Irrational Belief Scale (RIBS)	274
D.2 Dysfunctional Attitude Scale Form A (DAS-A).....	276
D.3 Unconditional Self-Acceptance Questionnaire (USAQ)	280

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.1 : critères de manifestations du syndrome de l'imposteur selon les auteurs.....	37
Tableau 1.2 : liste des critères descriptifs du syndrome de l'imposteur.....	38
Tableau 7.1 : exemples d'items reformulés après commentaires	105
Tableau 7.2 : valeurs moyennes et alpha de Cronbach pour les échelles de mesure	107
Tableau 7.3 : corrélations des scores à la CIPS avec les manifestations de détresses émotionnelles (DASS-21, PANAS), le sentiment d'efficacité personnelle (SES) et l'estime de soi (RSES).....	108
Tableau 7.4 : moyennes (M), écarts type (ET) et tests post hoc (test de Tukey) des effets des différentes variables sur les quatre niveaux d'intensité mesurés par la CIPS.....	112
Tableau 7.5 : indices d'acceptabilité des modèles proposés dans la validation du construit du SI.....	117
Tableau 7.6 : analyse de régression des prédicteurs au score de la CIPS.....	119
Tableau 7.7 : scores minimums, maximums, moyennes (M), indices de confiance (95%) et écarts type à la CIPS selon les clusters	122
Tableau 7.8 : moyennes (M), écarts types (ET) et tests post-hoc (test de Tukey) des effets des trois catégories de clusters sur la dépression, le stress et les affects selon les profils du SI	123

Tableau 7.9 : moyennes (M), écarts types (ET) et tests post-hoc (test de Tukey) des effets des trois catégories de clusters sur l'estime de soi, le sentiment d'efficacité personnelle et l'anxiété selon les profils du SI	124
Tableau 8.1 : valeurs moyennes, écarts type, scores minimums et maximums et alpha de Cronbach pour la CIPS en fonction de l'intensité du SI.....	135
Tableaux 8.2 : valeurs moyennes, écarts type, scores minimums et maximums des trois facteurs de la CIPS issus de l'analyse en composante principale	136
Tableau 8.4 : corrélation des scores entre les trois facteurs de la CIPS	140
Tableau 8.5 : résultats de l'analyse factorielle confirmatoire de la CIPS.....	141
Tableau 10.1 : valeurs moyennes et alpha de Cronbach pour les échelles de mesure	162
Tableau 10.2 : corrélations entre les scores à la CIPS et les sous-échelles de la Social Interaction Phobia Scale (SIPS) et de la Perceived Stress Scale (PSS).....	163
Tableau 10.3 : analyse de régression des prédicteurs au score de la CIPS.....	164
Tableau 10.4 : moyennes (M), écarts types (ET) des effets des quatre catégories de clusters concernant la phobie dans les interactions sociales, l'anxiété-trait, l'anxiété-état et le stress perçu selon les profils du SI.....	167
Tableau 12.1 : valeurs moyennes et alpha de Cronbach pour les échelles de mesure	197
Tableau 12.2 : corrélations entre scores à la CIPS, à la RIBS, la DAS-A et l'USAQ	199
Tableau 12.3 : moyennes (M), écarts type (ET) et tests post hoc (test de Tukey) des effets des différentes variables sur les quatre niveaux d'intensité mesurés par la CIPS.....	202
Tableau 12.4 : analyse de régression des prédicteurs au score de la CIPS.....	203
Tableau 12.5 : analyse de régression des prédicteurs au score de la CIPS.....	204
Tableau 12.6 : modèle d'expression du SI par les croyances irrationnelles, les attitudes dysfonctionnelles et l'acceptation inconditionnelle de soi	206

LISTE DES FIGURES

Figure 3.1 : le cycle de l'imposteur	65
Figure 7.1 : représentation graphique de la répartition des scores à la détresse émotionnelle (DASS-21, PANAS), au sentiment d'efficacité personnelle (SES) et à l'estime de soi (RSES) selon les quatre niveaux d'intensité du SI.....	110
Figure 7.2 : modèle 1 à 7 facteurs proposant le SI en tant que concept distinct	114
Figure 7.3 : modèle 1 à 7 facteurs validant le SI en tant que concept distinct.....	118
Figure 7.4 : caractéristiques de l'échantillon selon le syndrome de l'imposteur (CIPS), l'estime de soi (RSES), le sentiment d'efficacité personnelle (SES) et l'anxiété (DASS _{Anxiété}).....	121
Figure 10.1 : caractéristiques de l'échantillon selon le syndrome de l'imposteur (CIPS), l'expression phobique dans les interactions sociales (SIPS), l'anxiété-trait et état (STAI-Y _T et STAI-Y _S) et le stress perçu (PSS)	166
Figure 12.1 : représentation graphique de la répartition des scores quant aux croyances rationnelles et irrationnelles vis-à-vis de l'échec (RIBS), aux attitudes dysfonctionnelles (DAS-A) et à l'acceptation inconditionnelle de soi (USAQ) selon les quatre niveaux d'intensité du SI.....	200

INTRODUCTION

Olivier a très bien **Réussi**₍₉₎ sa carrière. Jeune homme charismatique, il a su démontrer toutes les qualités et compétences requises à son poste de Chargé de Recrutement dans un cabinet de conseils en ressources humaines. Ses collègues comme sa hiérarchie sont satisfaits tant de son investissement que de ses **Excellents**₍₇₎ résultats mais aussi des relations agréables qu'il entretient avec les membres de son équipe. Olivier est « parfait pour le job ! ». A plusieurs reprises, il s'est vu entendre qu'il était **Intelligent**₍₁₎, même « brillant » dans son métier. Toutes les conditions sont présentes pour l'amener à être pleinement satisfait de sa situation professionnelle. Pourtant, Olivier a un **Secret**₍₅₎. Au fond, il a la conviction que son entourage se **Trompe**₍₆₎ sur lui. Ils le surestiment tous, c'est évident. Tandis que, lui, **Usurpe**₍₈₎ certainement la place d'un collègue bien plus compétent. Il n'**Ose**₍₄₎ cependant pas en parler, de peur d'être incompris. Ou pire, tout le monde pourrait être de cet avis. En réalité, il effectue de **Mauvaises**₍₂₎ explications quant à son statut actuel. Il est persuadé que ses compétences ont joué, et jouent encore, un rôle léger en comparaison de ses relations, de son aisance à l'oral ou de la chance qu'il a pu avoir pour en arriver là. Le hasard a bien fait les choses. Il y a d'ailleurs certainement eu une erreur dans le tri des Curriculum Vitae lors de son embauche. De qui a-t-il pris la place ? Au quotidien, malgré les apparences, Olivier a **Peur**₍₃₎ d'être un jour ou l'autre pointé du doigt et... démasqué.

Peur d'être accusé d'**I**₍₁₎**M**₍₂₎**P**₍₃₎**O**₍₄₎ **S**₍₅₎**T**₍₆₎ **E**₍₇₎ **U**₍₈₎ **R**₍₉₎.

Olivier n'est pas le seul à éprouver ces sentiments, bien qu'il puisse être persuadé

d'être un élément isolé. Peuvent être cités, parmi les plus connus, l'animateur Antoine de Caunes, l'auteure Maya Angelou, l'actrice Kate Winslet ou encore Nathalie Porman et Emma Watson. Eminent scientifique, Einstein en avait. Clance (1985), Harvey (Harvey & Katz, 1985) et Young (2011), chercheuses renommées aux travaux reconnus sur le syndrome de l'imposteur, ont pu elles-mêmes décrire leurs *sentiments d'imposture* personnels. Plus généralement, Belinda Cannone (2009) décrit « cette femme qui parle de sa difficulté à se sentir féminine » et « cet homme qui se présente comme un conformiste parfait » en rêvant d'être absolument normal. Elle dépeint celle-ci « qui se sent constamment en faute », celui-là « qui ne se croit jamais digne d'amour ». Il y a « cette secrétaire, ce professeur, cette monteuse, cet analyste, ce parent », puis cette directrice de thèse et ce doctorant... qui doutent et ne font que douter. Une multitude de cas. J'ai en fait personnellement pu identifier mon propre **syndrome de l'imposteur** et son intensité lorsque j'ai entamé mes premiers travaux de recherche en Master 1 sur ce thème. Et en en parlant autour de moi, j'ai pu constater que bien des personnes pouvaient l'exprimer. Surtout celles que je soupçonnais le moins.

« La plupart de ceux ou de celles qui souffrent d'un syndrome de l'imposteur ne se qualifient pas volontiers d'imposteurs, pas plus qu'elles ne déclarent ouvertement : *J'ai peur d'être un imposteur*. Or, lorsqu'ils entendent parler de ce syndrome, [...], ils s'écrient : C'est exactement ce que je ressens, comment le savez-vous ? » (Clance, 1985). Bien que répandu, ce syndrome souffre malheureusement d'un manque d'informations et de compréhension, tant de la part de ceux qui l'expriment que des professionnels. Alors qu'il est abordé sans réticence outre-Atlantique, ses descriptions restent succinctes en France et vite laissées sous silence ou dénigrées. Ses manifestations sont enfin trop souvent confondues avec d'autres manifestations proches. Pourtant, l'intérêt grandissant quant à cette problématique devient manifeste.

De nombreuses études ont montré le caractère hétérogène de ce syndrome. Il peut être

associé à d'autres pathologies ou se manifester seul. Ses origines et ses causes sont variées, pouvant survenir à différents moments de la vie. Les conséquences de son expression sont alors étonnamment multiples. Le syndrome de l'imposteur se révèle en réalité d'une grande complexité.

A partir de ces constats, tant personnels que professionnels ou scientifiques, ce travail de thèse s'est naturellement orienté sur la thématique du syndrome de l'imposteur. C'est ainsi dans une approche pratique orientée vers les thérapies comportementales et cognitives (TCC) que ce travail a été réalisé. D'une part parce qu'il s'agit d'une approche me correspondant en tant que psychologue, et d'autre part parce que l'efficacité de ces thérapies a été démontrée pour différents troubles psychologiques. Cette approche sera alors celle développée dans ce manuscrit.

Ce travail est en quelque sorte un processus à deux vitesses. D'un côté, il s'agit de faire connaître ce syndrome généralement sous-évalué. De l'autre, aider les personnes pouvant l'exprimer, parfois dans une grande solitude et une grande souffrance. Pour la population, tant générale que clinique, cette démarche permet une identification claire de ressentis souvent flous, une première verbalisation de craintes parfois ancrées depuis longtemps, une compréhension des mécanismes inhérents à ces manifestations et une possibilité de les surmonter au quotidien. Il en va de leur bien-être et de leur satisfaction de vie (Bouffard, Chayer, & Sarrat-Vézina, 2011; Henning, Ey, & Shaw, 1998; Oriel, Plane, & Mundt, 2004; September, McCarry, & Baranowsky, 2001).

Dans le contexte professionnel, la prise en considération du syndrome de l'imposteur est judicieuse étant donné ses impacts, à la fois individuels et organisationnels (Clance & O'Toole, 1987; Kets de Vries, 2005; Vergauwe, Wille, Feys, De Fruyt, & Anseel, 2015). L'amélioration des connaissances quant à ce syndrome peut s'avérer utile dans le contexte des ressources humaines, du bien-être au travail et des transitions de carrière (promotion,

outplacement, licenciement, mutation). Cette nécessité se retrouve également dans les relations de couple (Alvarado, 2015; Clance, 1985). Les utilités de comprendre, identifier et restructurer un syndrome de l'imposteur sont multiples et hétérogènes. Et il s'agit certainement de ce qui en fait un travail d'un grand intérêt pour moi.

L'objectif principal de ce travail de recherche est de favoriser et développer une meilleure compréhension et identification du syndrome de l'imposteur (étude 1 ; étude 2). Il s'agit de plus de pouvoir questionner la nécessité de méthodes de prévention (étude 3) et d'accompagnement des personnes le présentant (étude 4), encore peu développées ce jour.

Cette compréhension du syndrome de l'imposteur se déroulera d'abord, dans le cadre d'une première partie, par une présentation des concepts et aspects théoriques et empiriques de ce syndrome (Chapitre 1). Il s'agira de présenter son émergence à différents âges ou différentes périodes de la vie, notamment au regard des bases de l'apprentissage et du renforcement (Chapitre 2). Puis la description de ce syndrome s'orientera autour de ses trois caractéristiques fondamentales (Harvey, 1981). Le Chapitre 3 abordera ainsi la vision subjective et les cognitions dysfonctionnelles des personnes présentant le syndrome de l'imposteur. Le Chapitre 4 décrira le processus d'attribution inadapté mis en place dans ce syndrome. Le Chapitre 5 présentera les manifestations émotionnelles inhérentes à son expression.

Dans ces parties seront présentées à la fois les observations cliniques principales (Clance & O'Toole, 1987), les critères descriptifs (Holmes, Kertay, Adamson, Holland, & Clance, 1993) ainsi que les symptômes mis en évidence (Clance, 1985; Sakulku & Alexander, 2011) auxquels pourront être associés différents éléments des études empiriques réalisées jusqu'à ce jour.

Une deuxième partie abordera les aspects empiriques de ce travail de recherche. D'une part, les critères d'identification, d'évaluation et d'observation du syndrome de l'imposteur

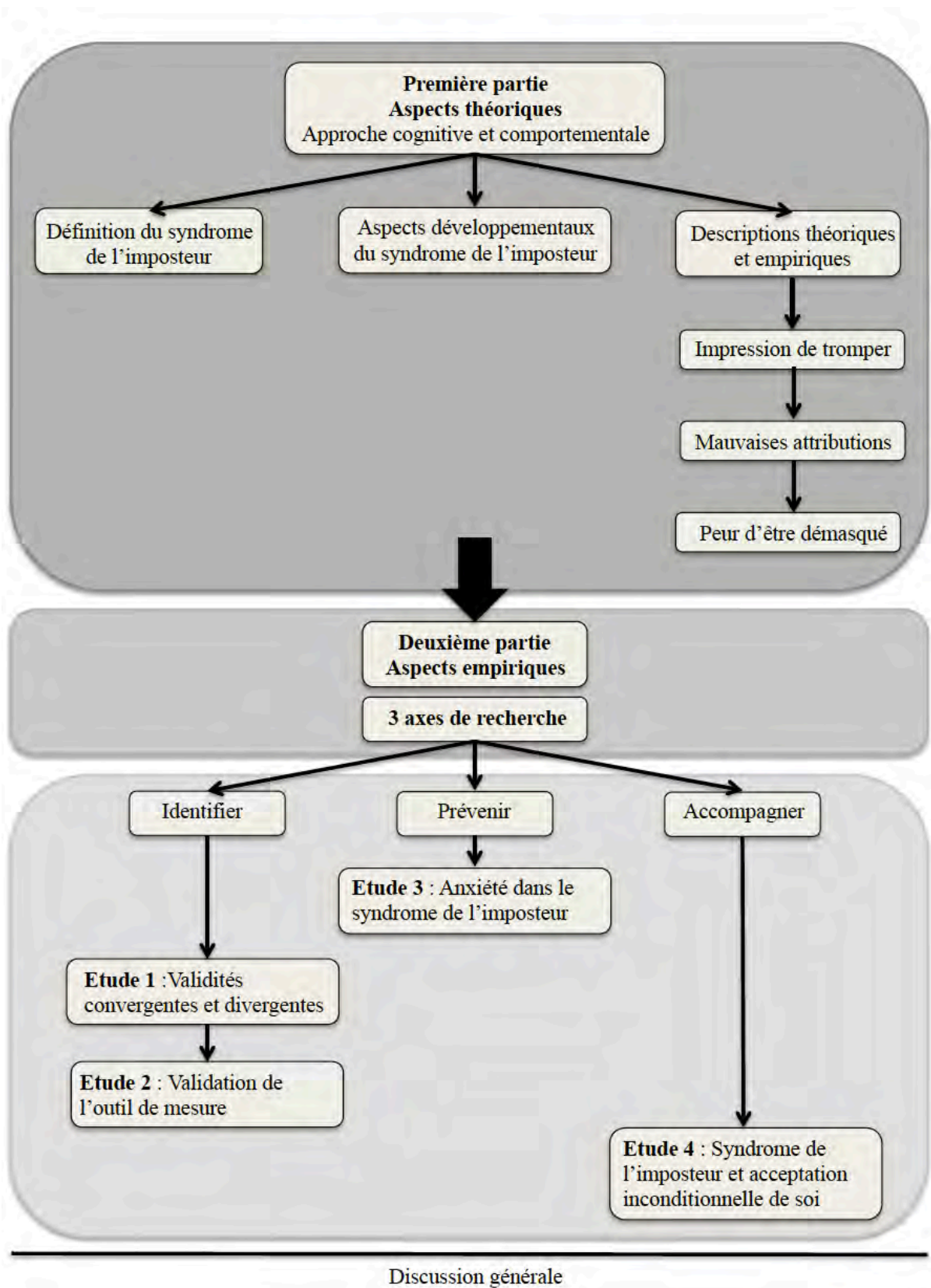
seront exposés (Chapitre 6). D'autre part la validation de la Clance Impostor Phenomenon Scale (CIPS) sera présentée (Chapitre 7, étude 1 ; Chapitre 8, étude 2), outil initial de choix de mesure de ce syndrome (Clance, 1985).

Il s'agira de décrire ensuite les enjeux inhérents à ce syndrome en terme de manifestations anxieuses (Chapitre 9), au regard de la peur fondamentale qui y est exprimée : celle de pouvoir être démasqué (Harvey, 1981; Kolligian, 1990; Kolligian & Sternberg, 1991). Sera ensuite présentée une étude quantitative explorant les manifestations anxieuses exprimées selon différents degrés du syndrome de l'imposteur (Chapitre 10, étude 3).

Enfin, une présentation des principales distorsions cognitives et attitudes dysfonctionnelles retrouvées dans ce syndrome sera exposée. Il s'agira également de décrire les principaux éléments de prise en charge actuellement proposés pour l'accompagnement des personnes exprimant un syndrome de l'imposteur (Chapitre 11). Une étude quantitative sera présentée afin de comprendre davantage l'expression de ce syndrome et de justifier le choix d'aborder l'acceptation inconditionnelle de soi pour aider à le surmonter (Chapitre 12).

Ce travail de thèse sera finalement discuté en reprenant les perspectives et les intérêts de ces études, ainsi que les limites et les principales conclusions.

Schéma récapitulatif du travail de thèse



PREMIÈRE PARTIE

Le syndrome de l'imposteur : approche cognitive et comportementale

CHAPITRE 1

Définition du syndrome de l'imposteur

1.1 Les différentes facettes du syndrome de l'imposteur

Depuis les premières descriptions, les appellations comme les manifestations du syndrome de l'imposteur (*impostor phenomenon*, *impostor syndrome*, en anglais) sont variées selon les auteurs mais elles se rejoignent autour de critères semblables et complémentaires qui font consensus.

Kolligian & Sternberg (1991) le décrivent sous forme de sentiment de fraude perçue (*perceived fraudulence*, en anglais). Ils différencient ainsi les personnes pouvant éprouver ce syndrome, considérant un succès comme injustifié, des véritables imposteurs qui n'éprouvent pas ce sentiment. Cette appellation vise de plus à éviter l'amalgame avec un trouble mental avéré. Rejoignant les descriptions initiales, ce sentiment engloberait l'expression simultanée :

- d'un fort sentiment d'inauthenticité ;
- ainsi que d'une importante autodépréciation.

Pour Harvey & Katz (1985), les individus présentant le syndrome de l'imposteur l'expriment autour de trois critères particuliers, prédicteurs empiriques (Pirotsky, 2001) :

- l'incapacité à s'attribuer sa réussite ;

- l'impression d'être surestimé(e)s, de tromper leur entourage ou d'être inadapté(e)s dans leur milieu ou domaine d'expertise ;
- et la peur d'être démasqué(e)s.

Ces trois critères forment la base de l'identification de ce syndrome chez un individu.

Clance (1985) fournit des éléments descriptifs d'approfondissement supplémentaires, regroupant six critères de manifestations :

- le cycle de l'imposteur ;
- la peur de l'échec ;
- la peur et/ou la culpabilité quant au succès ;
- le besoin d'être remarquable ;
- les attitudes Supermen/women (généralisation du besoin d'être remarquable) ;
- et le dénigrement des compétences.

Deux de ces critères sont nécessairement présents pour identifier ce syndrome.

Clance & O'Toole (1987) proposent une description des profils types des personnes présentant le syndrome de l'imposteur. L'ensemble de ces critères selon les auteurs est présenté dans le Tableau 1.1.

De même, afin d'aider l'élaboration d'une hypothèse de manifestation, une liste de critères descriptifs récapitulative a été établie (Holmes, Kertay, Adamson, Holland, & Clance, 1993). Lorsqu'une personne présente au moins cinq de ces caractéristiques, elle peut être considérée comme manifestant un syndrome de l'imposteur (Tableau 1.2).

Enfin, Kets de Vries (2005) décrit les personnes présentant ce syndrome comme des imposteurs névrotiques (*Neurotic Impostors*, en anglais). Ces individus exprimeraient un perfectionnisme élevé, une peur de l'échec et du succès, et feraient état de procrastination ainsi que d'une forte dépendance au travail. Ces critères sont retrouvés dans les descriptions initiales (Clance, 1985).

DEFINITION DU SYNDROME DE L'IMPOSTEUR

Tableau 1.1 : critères de manifestations du syndrome de l'imposteur selon les auteurs

		Définition du concept			
		FP ⁽¹⁾	SI ⁽²⁾	SI ⁽³⁾	SI ⁽⁴⁾
Critères de manifestations	1. Sentiment d'inauthenticité		1. Impression de tromper	1. Dénigrement des compétences 2. Besoin d'être remarquable, reconnu de ses pairs	1. Introversion 2. Difficulté d'internalisation des réussites 3. Surestimation des compétences d'autrui et dénigrement de ses propres compétences 4. Définition inadaptée de l'intelligence
	2. Autodépréciation		2. Peur d'être démasqué(e)	3. Superman/woman 4. Peur de l'échec	5. Anxiété généralisée 6. Peur de l'évaluation 7. Peur de l'échec
			3. Mauvaises attributions	5. Peur/culpabilité quant au succès 6. Cycle de l'imposteur	8. Culpabilité quant au succès 9. Cycle de l'imposteur 10. Environnement et messages familiaux

⁽¹⁾ Fraude perçue, d'après Kolligian & Sternberg (1991) ; ⁽²⁾ Syndrome de l'imposteur d'après Harvey & Katz (1985), ces trois critères sont nécessaires ; ⁽³⁾ d'après Clance (1985), deux critères minimums sont nécessaires ; ⁽⁴⁾ description clinique d'après Clance & O'Toole (1987).

DEFINITION DU SYNDROME DE L'IMPOSTEUR

Tableau 1.2 : liste des critères descriptifs du syndrome de l'imposteur⁽¹⁾

1. L'individu se décrit comme un imposteur (tricherie, plagiat, fausse intelligence, fraude)
2. Il a des difficultés à accepter les félicitations et la reconnaissance
3. Il lui est difficile de croire qu'il mérite les retours positifs
4. Il tend à être déçu de sa réalisation, pensant qu'il aurait pu mieux/plus faire
5. Il craint que les autres puissent un jour découvrir son/ses manques de connaissances ou de compétences
6. Il a peur de l'échec
7. Il a peur de ne pas pouvoir répéter, reproduire son succès
8. Il a le sentiment de ne pas être la même personne en public et en privé
9. Il tend à réussir même s'il craint l'échec avant même d'essayer
10. Il craint de ne pas réaliser les attentes
11. Il se sent moins capable que les autres, ne se sent pas aussi intelligent malgré des signes évidents qui prouvent le contraire
12. Il tend à attribuer son succès à des causes externes
13. Il peut croire que des rituels comportementaux sont nécessaires pour assurer une réussite
14. Il peut préférer des positions, des postes à bas niveau ou non stimulants de peur d'échouer s'il se retrouve à un poste ou une position légitime de ses capacités
15. Il est incapable d'internaliser son succès, en persistant de croire qu'il n'est pas compétent, bien qu'il accumule des signes évidents de réussite

⁽¹⁾ au moins cinq de ces critères sont nécessaires pour identifier un syndrome de l'imposteur chez un individu.

Tous les symptômes présentés ne s'expriment pas nécessairement ensemble au même moment chez un individu. Les descriptions proposées ci-dessus rendent compte des différents axes proposés par les auteurs pour le définir mais les manifestations fondamentales restent pourtant les suivantes (Clance, 1985; Clance & O'Toole, 1987; Harvey & Katz, 1985; Kolligian & Sternberg, 1991) :

- une impression d'inauthenticité, d'illégitimité, d'inadaptation malgré des signes évidents et objectifs de réussite ;
- une tendance à dénigrer ses réalisations et à les attribuer à des facteurs externes ;
- et une peur d'être un jour ou l'autre démasqué(e) par les autres.

A l'instar des descriptions antérieures, le terme syndrome de l'imposteur (SI) réfèrera ainsi à l'expression même du syndrome tel que décrit dans la littérature. Le *sentiment d'imposture* rendra compte de l'expérience subjective des personnes présentant ce syndrome. Enfin, le terme *imposteurs* désignera les individus présentant le SI et ressentant des *sentiments d'imposture* à contrario des *non-imposteurs* qui n'expriment pas ces ressentis (Sakulku & Alexander, 2011; Thompson, Davis, & Davidson, 1998; Thompson, Foreman, & Martin, 2000).

1.2 Un syndrome de l'imposteur-trait ou état ?

Au regard des diverses descriptions du SI, la question du caractère *trait* ou *état* de ce syndrome se pose.

Durant plusieurs années, le SI a plutôt été conceptualisé comme un trait stable de la personnalité, se présentant à divers degrés selon les individus (Sonnak & Towell, 2001; Topping, 1983). Il est mesuré comme tel à l'aide de plusieurs échelles actuellement proposées (Clance, 1985; Kolligian & Sternberg, 1991). Ces échelles seront présentées dans le Chapitre

6.2. Les *imposteurs* auraient, de part cette conceptualisation, tendance à ressentir les *sentiments d'imposture* de manière continue.

Cependant, les recherches contemporaines privilégient la prise en compte du SI sous forme d'état affectif que peuvent éprouver certaines personnes dans certaines situations, plutôt que comme un trait stable de personnalité (Leary et al., 2000 ; McElwee & Yurak, 2007 ; McElwee & Yurak, 2010). Les *imposteurs* semblent vivre un état affectif aversif lorsque les évaluations des autres leur semblent excessives. Autrement dit, lorsque la capacité de bien faire est surestimée par autrui, cela donnera lieu à un affect négatif, reposant sur les impressions suivantes :

- pression à bien faire à l'avenir ;
- inconfort, avec une présentation potentiellement erronée de soi ;
- motivation à remplir les croyances et les espoirs exprimés par les autres ;
- impression désagréable d'être positivement estimé par ailleurs.

Ce syndrome peut ainsi se révéler, d'une part, transitoire, lui conférant un aspect situationnel ou affectif (Blondeau, 2014; Chae, Piedmont, Estadt, & Wicks, 1995; Clark, Vardeman, & Barba, 2014; Harvey, 1981; Hirschfeld, 1982; Mattie, Gietzen, Davis, & Prata, 2008; McElwee & Yurak, 2007, 2010; Pirotsky, 2001; Prata & Gietzen, 2007; Thompson et al., 1998; Topping & Kimmel, 1985). Il peut néanmoins, d'autre part, s'exprimer de manière persistante et être ressenti de façon continue (Clance, 1985; Pirotsky, 2001; Prata & Gietzen, 2007). Son évolution n'est pas linéaire du fait des moments clés où il peut se manifester (Fruhan, 2002).

Alors qu'il est difficile d'argumenter l'existence d'un trait de personnalité défini par la théorie de Clance (1985), le vécu inhérent au SI est effectivement répandu et peut être établi dans de nombreux cas. Les *imposteurs* ne s'affranchissent jamais véritablement entièrement de leur *sentiment d'imposture* (Young, 2011).

1.3 Epidémiologie

1.3.1 Aspects socioculturels

Devries (1989) a pu stipuler que les *sentiments d'imposture* pouvaient se manifester quels que soient le sexe, le milieu professionnel ou les diplômes. Les études empiriques confirment son observation.

1.3.1.1 Le sexe

1.3.1.1.1 Une équivalence dans l'expression

Le SI a pu tout d'abord être majoritairement observé chez les femmes lors de son identification, tout en considérant que les hommes pouvaient aussi le manifester à moindre intensité (Clance & Imes, 1978). Une étude a d'ailleurs pu démontrer une expression majoritairement masculine de ce syndrome (Topping & Kimmel, 1985). Il est cependant admis aujourd'hui que ce syndrome peut s'exprimer indépendamment du sexe (Bernard, Dollinger, & Ramaniah, 2002; Blondeau, 2014; Caselman, Self, & Self, 2006; Ferrari & Thompson, 2006; Mattie et al., 2008; Rohrmann, Bechtoldt, & Leonhardt, 2016; Thompson et al., 1998).

1.3.1.1.2 Une sensibilité féminine

En réalité, si les hommes et les femmes sont également touchés par ce syndrome, les femmes semblent être toutefois plus vulnérables. Des attentes moindres quant à leurs performances et une plus faible évaluation de leurs capacités peuvent l'induire. Les hommes auraient davantage de support de la part de mentors particuliers ou de la société en général. Les stéréotypes sociaux auraient de plus une influence majeure dans l'apparition et le maintien du SI. Enfin, le vécu en terme de « tromperie » n'est pas équivalent entre les femmes

et les hommes, ces derniers pouvant davantage éprouver de fierté quant à cette capacité à duper les autres (Clance, 1985; Young, 2011).

1.3.1.2 L'âge

Le SI tend à diminuer avec l'âge (Chae et al., 1995; Clark et al., 2014; Harvey, 1981; Jamail, 1992; Prata & Gietzen, 2007; Thompson et al., 1998). Sa prévalence est plus importante dans les plus jeunes générations (Clark et al., 2014; McIntyre, 1990). Néanmoins, l'âge n'expliquerait que 4,5% de la variance du SI (Clark et al., 2014).

1.3.1.3 La pratique et l'expérience

Il semblerait que l'intensité du SI diminue surtout du fait de l'expérience et de la pratique (Hirschfeld, 1982; Mattie et al., 2008; Prata & Gietzen, 2007; Royse-Roskowski, 2010). L'ancienneté ne suffira cependant pas à elle seule à diminuer le SI. Ce syndrome peut en effet toujours être observé à plusieurs niveaux de carrière, tant après une moyenne de 8,6 ans ou 12 années d'expérience (Brems, Baldwin, Davis, & Namyniuk, 1994; Fried-Buchalter, 1992, 1997).

1.3.1.4 La culture

Si le SI a essentiellement été étudié aux Etats-Unis lors de son identification (Clance & Imes, 1978), il a pu être mis en évidence dans de nombreux pays où sa prévalence et la sensibilité aux *sentiments d'impostures* diffèrent selon les cultures. Les facteurs culturels peuvent en effet avoir un poids important dans l'émergence de ce syndrome (Clance, Dingman, Reviere, & Stober, 1995; Young, 2003; Zorn, 2005).

Le SI peut être observé dans les pays anglo-saxons (Bouffard et al., 2011; September et al., 2001; Sonnak & Towell, 2001) mais aussi asiatiques (Caselman, 2000; Chae et al., 1995; Prata & Gietzen, 2007). Il a pu être identifié en Iran (Ghorbanshirodi, 2012;

Safarzadeh, Esfahaniasl, & Bayat, 2012) ou en Afrique du Sud (Wells, 2011).

Les minorités pourraient avoir davantage tendance à exprimer ce syndrome, de part le poids des stéréotypes sociaux (Caselman, 2000; Castro, Jones, & Mirsalimi, 2004; Cokley, McClain, Enciso, & Martinez, 2013; Grant, Battle, Murphy, & Heggoy, 1999).

Groat (2003) constate l'impact de l'acculturation, le SI amenant des difficultés à acquérir et développer la légitimité d'une réussite dans le cadre d'une nouvelle culture, aux valeurs socioéconomiques différentes.

1.3.1.5 Les domaines de vie et d'activités

1.3.1.5.1 Les champs de disciplines

L'intérêt manifesté au regard du SI s'est au départ essentiellement tourné dans le domaine clinique (Clance & Imes, 1978). Ce syndrome a ensuite tout autant pu être décelé dans la population générale. Il s'exprime dans le milieu professionnel (Brems et al., 1994; Casselman, 1991; Henning et al., 1998; Royse-Roskowski, 2010; Topping, 1983; Topping & Kimmel, 1985; Want & Kleitman, 2006) mais aussi scolaire ou étudiant (Blondeau, 2014; Bouffard et al., 2011; Chayer & Bouffard, 2010; Clancey, 2015; McElwee & Yurak, 2010; Studdard, 2002).

Les filières d'études concernées par le SI sont variées. Ce syndrome s'observe tant dans le champ des sciences sociales que dans l'ingénierie, les mathématiques, l'art ou les parcours de santé (Blondeau, 2014; Clark et al., 2014; Cowman & Ferrari, 2002; King & Cooley, 1995; Langford, 1990; Ross, Stewart, Mugge, & Fultz, 2001; September et al., 2001; Sonnak & Towell, 2001; Topping & Kimmel, 1985). Par exemple, les écoles doctorales pourraient alimenter les *sentiments d'imposture* (Studdard, 2002).

Les professionnels de santé (Henning et al., 1998; Legassie, Zibrowski, & Goldszmidt, 2008; Oriel et al., 2004; Villwock, Sobin, & Harris, 2015), de marketing (Fried-Buchalter, 1997), de management (Rohrman et al., 2016), les enseignants universitaires (Brems et al.,

1994; Topping, 1983; Topping & Kimmel, 1985) ou les conseillers et psychologues (Royse-Roskowski, 2010) peuvent exprimer ce syndrome. Les domaines artistiques sont aussi concernés par l'expression du SI (Young, 2011).

1.3.1.5.2 L'objet des *sentiments d'imposture*

Le SI ne se limite cependant pas à l'intelligence ou aux compétences individuelles. Ce syndrome peut aussi concerner les habiletés sociales, le rôle ou les relations au sein de la famille, les activités de loisirs ou sportives, les caractéristiques psychologiques ou encore l'apparence physique (Clance, 1985; Harvey & Katz, 1985; Leary et al., 2000; McElwee & Yurak, 2010). Clance (1985) a pu observer ce phénomène dans le cadre de la maternité.

1.3.2 Etiologie et facteurs de vulnérabilité

1.3.2.1 Du point de vue individuel

L'environnement de développement et le contexte familial peuvent sensibiliser à l'expression d'un SI (Bussotti, 1990; Castro et al., 2004; Clance, 1985; Clance & Imes, 1978; Clance & O'Toole, 1987; Langford & Clance, 1993; Li, Hughes, & Thu, 2014; Sonnak & Towell, 2001; Want & Kleitman, 2006). Ce facteur étiologique (*family backgrounds*, en anglais) sera traité dans le Chapitre 2.

Les traits de personnalité sont inclus en tant que facteurs de prédisposition à l'émergence du SI (Clance & O'Toole, 1987; Sakulku & Alexander, 2011). Les personnes introverties (d'après le Myers-Briggs Type Indicator; MBTI) semblent davantage sensibles aux manifestations d'un SI (Lawler, 1984). Le névrosisme ou instabilité émotionnelle (d'après l'Inventaire de Personnalité-Révisé, NEO PI-R), possède un poids important (Bernard et al., 2002; Ross et al., 2001), bien qu'il s'agisse d'un concept indépendant (Rohrman et al., 2016).

Les traits de personnalité peuvent expliquer entre 36% et 43% de la variance du SI (Ross et al., 2001; Vergauwe et al., 2015). Le tempérament individuel peut, quant à lui, expliquer 40% de la variance de ce syndrome (Ross & Krukowski, 2003).

1.3.2.2 Du point de vue contextuel

Bien qu'il puisse se manifester à différents âges, l'expression du SI s'identifie rarement durant l'enfance et la jeune adolescence. En effet, ses symptômes et caractéristiques sont issus de divers facteurs personnels, décrits ci-dessus, et familiaux (Chapitre 2).

Des facteurs contextuels, à l'âge adulte, vont pouvoir favoriser son émergence et son maintien. Notamment, les étapes de grandes transitions de la vie ou l'acquisition de nouveaux rôles vont constituer des facteurs de risque d'expression du SI (Fujie, 2010; Harvey, 1981). Ces étapes nécessitent le soutien de collègues directs ou de mentors pour éviter l'émergence de ce syndrome (Kets de Vries, 2005) ainsi que des relations de couples stables et bienveillantes (Sanford, Ross, Blake, & Cambiano, 2015).

La littérature permet de mettre en évidence différents contextes propices au développement du SI (Matthews & Clance, 1985; Yates & Chandler, 1998; Zorn, 2005) :

- un environnement de compétition, de concurrence dans son domaine d'activité ;
- un manque de collaboration, de coopération ;
- de fortes pressions de réussite ;
- des succès inattendus ;
- des étapes d'évaluation ;
- un sentiment d'isolement dans son domaine, un manque de soutien perçu ;
- une orientation sur la production, la performance plutôt que sur l'apprentissage ;
- un sentiment d'inauthenticité de plus en plus accru (au niveau social ou personnel) ;
- une tendance à dénigrer et diminuer ses réussites ;

- des compliments exagérés.

Plus les personnes sont amenées à réussir, plus elles pourraient tendre à exprimer un SI (Cokley et al., 2013; King & Cooley, 1995) bien que cette observation ne soit pas supportée dans toutes les études (Bernard et al., 2002; Cromwell, 1989; Gibson-Beverly & Schwartz, 2008). La position sociale ou les accomplissements semblent néanmoins tendre à alimenter cette perception de soi (King & Cooley, 1995; Studdard, 2002).

L'élément fondamental du SI n'est en réalité pas tant la réussite en tant que telle mais réside plutôt dans le fait d'être considérée par autrui comme une personne qui réussit (*be considered successful*, en anglais) (Clance, citée par Jarrett, 2010). Le SI se caractérise justement, certes, par un bon niveau de réussite pourtant non intégré par l'individu, mais aussi par un important malaise vis-à-vis de l'opinion positive d'autrui à son égard (Clance & Imes, 1978).

1.3.3 Prévalence

Selon Harvey (1981), tout individu pourrait se percevoir un jour comme *imposteur*, du moment où il éprouve des difficultés à internaliser ses succès. Rares sont les personnes compétentes qui ne ressentent pas de *sentiments d'imposture* (Kets de Vries, 2005; Young, 2011). Soixante-deux à 70% de la population seraient amenés à douter un jour ou l'autre, ne serait-ce qu'une fois, de la légitimité de leur statut ou de leur succès (Clance, 1985; Gravois, 2007; G. Matthews & Gibbs, 1985). Au sein de la population générale, 20% présenteraient un SI (Cromwell, Brown, Sanchez-Huceles, & Adair, 1990).

Dans leur étude, McElwee & Yurak (2010) ont constaté que 36,9% de leur échantillon exprimaient une intensité faible (*a little*, en anglais) du SI tandis que 42,6% et 14,8% le ressentait respectivement de manière moyenne (*sometimes*, en anglais) à modérée (*quite a bit*, en anglais). L'étude qualitative de Sanford et al. (2015) a mis en évidence que leur échantillon

DEFINITION DU SYNDROME DE L'IMPOSTEUR

ressentait des *sentiments d'imposture* de manière modérée (66%), fréquente (24%) ou intense (7%).

CHAPITRE 2

Un apprentissage dans le syndrome de l'imposteur

2.1 Aspect développemental du syndrome de l'imposteur

Tout comme cela est proposé par le modèle cognitivo-comportemental de la psychopathologie, le SI peut trouver ses racines dans des mécanismes de l'apprentissage et du conditionnement. Cette mise en place peut être abordée du point de vue des messages parentaux ou de l'environnement familial. Ces derniers, associés à une faible estime de soi, peuvent expliquer entre 12% et 50% de la variance du SI (Bussotti, 1990; Sonnak & Towell, 2001; Want & Kleitman, 2006).

2.1.1 Les messages parentaux

D'un point de vue développemental, les observations cliniques et les études empiriques témoignent de l'impact important des messages parentaux sur l'émergence du SI.

Ils impliquent notamment :

- la valorisation de l'intelligence ou des performances avant toute autre qualité (Clance & Imes, 1978; Kumar & Jagacinski, 2006; Langford & Clance, 1993) ;

- la transmission d'une image de soi véhiculée par la famille en contradiction de celle pouvant être inculquée par un tiers (Clance, 1985; Clance & Imes, 1978; Pirotsky, 2001) ;
- l'absence de renforcement quant aux réussites (Clance & Imes, 1978; Harvey & Katz, 1985) ;
- et l'absence de renforcement quant aux compétences pouvant paraître inhabituelles ou atypiques au regard des normes familiales (Cromwell, Brown, Sanchez-Huceles, & Adair, 1990; Harvey, 1981; Imes, 1979; Pirotsky, 2011; Topping, 1983).

Au-delà des modèles parentaux, toute personne signifiante durant l'enfance peut avoir un rôle dans le développement d'un SI (Young, 2011). Les impacts de ces messages sont décrits dans le Chapitre 2.2.

2.1.2 La dynamique familiale

2.1.2.1 La théorie de l'attachement

Le principe de base de la théorie de l'attachement (Bowlby, 1973) est qu'un enfant va pouvoir développer des schèmes d'attachement à partir de sa relation de proximité avec une figure d'attachement.

En fonction de cette relation de proximité, donc du développement social, émotionnel et cognitif de l'enfant, ces construits serviront de base à l'élaboration de modèles internes opérants. Ces derniers donneront :

- un socle de sécurité pour l'exploration du monde, avec un entourage familial vers lequel l'enfant peut se tourner et avoir confiance ;
- et une signification aux sentiments, pensées et attentes de lui-même et d'autrui par rapport à ses relations, et ce dès l'enfance.

Trois styles d'attachement sont à distinguer (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978) :

- un attachement sécurisé (réponses aux besoins de l'enfant de manière cohérente et régulière) ;
- un attachement anxieux (réponses irrégulières aux besoins de l'enfant) ;
- un attachement évitant (résultant de négligences).

Dans le SI, un attachement anxieux serait prédicteur des manifestations de ce syndrome (Alvarado, 2015; Gibson-Beverly & Schwartz, 2008). Les *imposteurs* ayant développé ce type d'attachement manifestent dès lors une tendance à chercher une certaine sécurité dans leur relation avec autrui afin de compenser un manque d'internalisation d'un modèle stable. Ils recherchent notamment l'attention positive d'autrui pour contredire leur vision négative d'eux-mêmes tout en craignant en parallèle le rejet ou l'abandon.

2.1.2.2 L'environnement de développement

L'environnement familial des *imposteurs* est décrit comme manquant de soutien émotionnel ou d'expressivité perçue (Langford & Clance, 1993; Phillips, 1987) et pouvant être non sujet à l'affirmation de soi (Bussotti, 1990; Kohut, 1984).

Notamment, l'absence perçue de soins prodigués par les parents serait positivement corrélée au SI (Sonnak & Towell, 2001), qu'il s'agisse du père (Want & Kleitman, 2006) ou de la mère (Li et al., 2014). Ce facteur constitue aussi l'un de ses éléments prédictifs (Li et al., 2014).

Les résultats quant aux prédispositions d'un SI en fonction du style parental paternel ou maternel sont différents selon le sexe de l'individu. Pour les hommes, il s'agirait de l'absence perçue de soin maternel exclusivement. Cette notion englobe les deux parents pour les femmes manifestant un SI (Li et al., 2014; Want & Kleitman, 2006).

L'environnement de développement des *imposteurs* serait de plus marqué de contrôle ou de surprotection (Li et al., 2014; Sonnak & Towell, 2001; Want & Kleitman, 2006) mais aussi de conflit et de demandes exagérées (Castro et al., 2004; Robinson & Goodpaster, 1991; Royse-Roskowski, 2010). Les enfants parentalisés notamment, issus d'une dynamique familiale où les rôles entre parents et enfants sont inversés (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973), vont chercher à maintenir une connexion émotionnelle avec leurs parents malgré des attentes inaccessibles (Bussotti, 1990; Jurkovic, Jessee, & Goglia, 1991; Langford & Clance, 1993).

2.2 Les issues du contexte familial

2.2.1 Le poids de l'apprentissage et du renforcement

Ces environnements et ces messages amèneront l'enfant à construire et développer une identité personnelle basée essentiellement sur un besoin d'approbation et de valorisation de la part de son entourage parental ou familial (Bussotti, 1990; Clance & Imes, 1978; Sonnak & Towell, 2001).

2.2.1.1 La valorisation de l'intelligence

Sujets à une forte pression parentale perçue (Castro et al., 2004; Dudau, 2014b), les *imposteurs* ont pu être durant l'enfance renforcés sur leur intelligence, leur performance et leur perfection (Clance, 1985; Clance & Imes, 1978; King & Cooley, 1995; Langford, 1990). Au regard de ces messages, l'enfant va pouvoir développer une vision particulièrement irrationnelle de l'intelligence. Il s'agira d'une qualité nécessaire à exprimer pour garantir l'approbation des autres (Langford, 1990).

La présence absolue de retours positifs est favorable à l'expression d'un SI (Harvey & Katz, 1985). La croyance d'avoir bénéficié de traitements de faveurs du fait de retours

exclusivement positifs amènerait des difficultés à internaliser les succès. Elle favoriserait de plus la peur de l'échec, des erreurs et de l'évaluation, en lien avec les *sentiments d'imposture* (Gibson-Beverly & Schwartz, 2008). En effet, un enfant « parfait » (Clance & Imes, 1978) sera confronté à deux difficultés principales :

- il apprendra au fil du temps que ses capacités ne sont pas aussi extraordinaires que la description initiale faite par ses parents et qu'il a pu intégrer ;
- il imaginera que son entourage (incluant et au delà de son cercle familial) pourra être amené un jour ou l'autre à revoir ses opinions envers lui et finalement le considérer comme un *imposteur*.

2.2.1.2 La comparaison

De plus, dans le processus de comparaison sociale mis en place en amont du SI, l'enfant sera amené à comparer certaines de ses qualités ou compétences (les compétences sociales, par exemple) aux autres membres de sa famille (perçus comme intellectuels, par exemple). Il restera néanmoins renforcé sur ces seules qualités (enfant social vs enfant intelligent) (Clance & Imes, 1978).

Cette contradiction peut se retrouver entre deux parents qui renforceront différemment les qualités d'un enfant (Harvey, 1981) ou entre le milieu scolaire et familial qui ne renforceront pas de manière semblable ces qualités (Clance, 1985). Il sera alors difficile pour l'enfant d'intégrer ses ressources de manière objective.

2.2.1.3 L'absence de renforcement

L'absence de renforcement positif dans l'environnement familial aurait une influence positive dans l'émergence du SI chez les enfants, lorsque les qualités de l'enfant sont peu reconnues ou valorisées, du fait d'être atypiques notamment (Clance et al., 1995; Miller &

Kastberg, 1995). Il en est de même lorsque les messages ou intentions concernant l'ambition et le succès sont flous et ambigus (Dinnel, Hopkins, & Thompson, 2002).

2.2.1.4 Le respect des normes

Le respect des normes parentales et familiales, notamment dans les premières années de développement (de 2 à 6 ans) (Cromwell et al., 1990), et la non intégration des qualités et des réussites, contribueront au développement d'un faux-self ou de sentiments d'inauthenticité (Bussotti, 1990; Langford & Clance, 1993).

2.2.2 Des *sentiments d'imposture* appris et renforcés

Ces messages et cet environnement pourront contribuer à l'élaboration de croyances irrationnelles, ces dernières trouvant leurs origines très tôt dans l'éducation de l'enfant du fait d'être endossées par les parents (Ellis, 2001; Lester & Moderski, 1995). L'influence des croyances parentales sur les perceptions des enfants, au sujet de leur propre sentiment de compétence, a pu être démontrée autour du SI (Phillips, 1987). Ces croyances seront traitées dans le Chapitre 11.1.2.

Si le SI prend pour origine développementale la dynamique familiale, il n'est pas étonnant de pouvoir rencontrer ce syndrome dès la fin du primaire ou durant toute année de scolarité (Bouffard et al., 2011; Chayer & Bouffard, 2010; Fruhan, 2002). L'ensemble des caractéristiques du SI peut se retrouver à l'adolescence (Caselman et al., 2006; Lapp-Rincker, 2003; Lester & Moderski, 1995).

Au regard des messages parentaux ou de l'environnement familial explicatif du développement du SI, les *imposteurs* présentent un processus de comparaison sociale inadapté (Chapitre 3.3.2), un sentiment d'ambiguïté quant à leur rôle ou leur statut (Cherpas, 1998; Harvey, 1981; Imes, 1979; Pirotsky, 2001; Topping, 1983) ou un manque de soutien perçu (Clance, 1985; Kets de Vries, 2005; Zorn, 2005).

Chercher l'origine du SI n'est pas, à lui seul, un moyen pour le surmonter. Il s'agit davantage de le comprendre (Clance, 1985; Langford & Clance, 1993). En recherchant ces éléments, et en relevant les plus pertinents, il sera possible de s'y appuyer pour remettre en question un certain nombre de fausses croyances liées au vécu de chacun (Clance, 1985). Il semble donc pertinent de considérer l'impact des messages parentaux appris durant l'enfance ainsi que la dynamique et les relations familiales sur le développement du SI. Il convient néanmoins de remarquer que ce type de messages ou d'environnements n'a pas d'impact significatif sur tous les enfants (Clance, 1985).

CHAPITRE 3

L'impression de tromper

3.1 De la perception de soi

La perception de soi négative de la part des *imposteurs* est un élément essentiel pour comprendre le sentiment de tromperie ou d'inadaptation inhérent à ce syndrome. Cette perception de soi négative se révèle globale (Leary et al., 2000; McElwee & Yurak, 2007; Rohrman et al., 2016; Vergauwe et al., 2015). Sa description s'oriente, dans ce chapitre, autour de l'estime de soi, de la perception de compétences et du sentiment d'efficacité personnelle. Ces notions permettront une présentation de l'autodépréciation générale des *imposteurs*.

3.1.1 Une faible estime de soi

Les *imposteurs* présentent une faible estime de soi (Bouffard et al., 2011; Cherpas, 1998; Chrisman, Pieper, Clance, Holland, & Glickauf-Hughes, 1995; Cozzarelli & Major, 1990; Ghorbanshirodi, 2012; Harvey, 1981; Imes, 1979; Jöstl, Bergsmann, Lüftenegger, Schober, & Spiel, 2012; Kamarzarrin, Khaledian, Shooshtari, Yousefi, & Ahrami, 2013; S. F. Matthews, 2001; McElwee & Yurak, 2007; Oriel et al., 2004; Ross & Krukowski, 2003; Smith-Clark, 1988; Sonnak & Towell, 2001; Thompson et al., 1998, 2000; Topping & Kimmel, 1985; Vergauwe et al., 2015).

Cependant, les concepts d'estime de soi et de SI sont à distinguer l'un de l'autre (Cozzarelli & Major, 1990; Kolligian & Sternberg, 1991; Smith-Clark, 1988). Le Chapitre 6.1.2.3.2 traitera plus en détail cette distinction.

3.1.2 Une faible perception de compétences

Les *imposteurs* sont décrits comme mésestimant leur habileté ou leur intelligence (Clance, 1985; Clance & Imes, 1978; Clance & O'Toole, 1987). Ils persistent à croire qu'ils ne sont pas compétents, tout en accumulant des signes évidents de réussite (Holmes et al., 1993). Cette image négative de soi rend compte d'un dénigrement des compétences (Bernard et al., 2002; Kolligian, 1990; Kumar & Jagacinski, 2006; Leary et al., 2000; Oriel et al., 2004; Ross et al., 2001; Thompson et al., 2000).

Cette faible perception de compétences peut expliquer 3% à 6% de la variance du SI (Bernard et al., 2002; Vergauwe et al., 2015) bien qu'elle puisse aussi n'avoir aucune valeur prédictive significative (Ross et al., 2001).

3.1.3 Un faible sentiment d'efficacité personnelle

Les *imposteurs* manifestent également un faible sentiment d'efficacité personnelle (Clancey, 2015; Ives, 2011; Vergauwe et al., 2015) malgré des preuves objectives et répétées de succès (Blondeau, 2014). Cette notion sera davantage explicitée dans le Chapitre 6.1.2.2.

3.1.4 Une forte autodépréciation

Les *imposteurs* présentent une forte autodépréciation, basée sur l'autocritique constante (McGregor, Gee, & Posey, 2008) et de hauts standards de réussite et d'évaluation personnelle (Vergauwe et al., 2015). Cette autodépréciation explique 10% de la variance du SI (Kolligian & Sternberg, 1991). Les *imposteurs* pourront ainsi adopter une stratégie de présentation de soi par auto-dévalorisation, en contradiction des *non-imposteurs* qui tendront

à donner une image plus positive d'eux-mêmes (Leary et al., 2000). Cette présentation diffère pourtant en fonction du contexte social dans lequel les personnes se situent. Les *imposteurs* semblent en effet sous-estimer davantage leurs compétences dans un contexte public que privé (Leary et al., 2000).

Les *imposteurs* présentent en réalité de fortes distorsions cognitives quant à leur intelligence ou leurs compétences, le SI étant associée au trait de personnalité schyzotypique (Lester & Moderski, 1995; Ross & Krukowski, 2003). Ils éprouvent ainsi de profonds sentiments d'inadéquation ou d'inadaptation du fait de leur vision négative et inférieure d'eux-mêmes (Kolligian & Sternberg, 1991; McElwee & Yurak, 2007; Ross et al., 2001).

La notion de perception de soi a toute son importance (Thompson et al., 2000). Rejoignant le sentiment de fraude perçue (Kolligian & Sternberg, 1991), les *imposteurs* ne diffèrent pas objectivement des autres en terme de performance (Cozzarelli & Major, 1990; Thompson et al., 2000). L'incohérence manifeste entre leurs *sentiments d'imposture* et les éléments objectifs positifs (succès, reconnaissances, compliments) amènent donc les *imposteurs* à ne considérer que leur ressentis subjectifs (Harvey & Katz, 1985).

3.2 Intelligence et but chez les *imposteurs*

A la base de ces *sentiments d'imposture* se trouvent les notions d'intelligence, de performance et donc de leurs représentations. Ces représentations sont en lien direct avec les messages inculqués durant l'enfance (Chapitre 2).

3.2.1 La théorie implicite de l'intelligence

Selon son histoire personnelle, son environnement de développement, son éducation, chacun va créer ses croyances personnelles, notamment concernant l'intelligence. Ces croyances vont servir de base de raisonnement et de compréhension. Elles trouvent leurs origines (Dweck & Leggett, 1988) :

- à partir des feedbacks délivrés aux personnes au fil du temps (comme par exemple féliciter quelqu'un pour son talent ou son travail) ;
- ainsi que des climats motivationnels durant les réalisations (centrés sur la comparaison sociale ou sur la maîtrise de la tâche).

La théorie implicite de l'intelligence (Dweck, 1986) décrit deux types de représentation de l'intelligence : une conception statique (théorie de l'entité de l'intelligence) et une conception dynamique (théorie incrémentielle de l'intelligence).

Dans le cas d'une conception statique, l'intelligence est vue comme une qualité stable dans le temps, plutôt fixe et figée, non contrôlable et ne pouvant que très peu évoluer. Avec une conception dynamique, l'intelligence est davantage perçue comme une qualité malléable, contrôlable et qui peut s'améliorer avec le temps.

3.2.2 L'intelligence dans le syndrome de l'imposteur

Les *imposteurs* présentent des croyances inadaptées quant à l'intelligence, faisant preuve de dichotomie sur cette notion ainsi que sur celle de performance (Clance & O'Toole, 1987). Une forte relation entre une vision stable de l'intelligence et le SI existe, notamment pour les femmes alors que, pour les hommes, la relation entre le SI et la théorie implicite de l'intelligence n'est pas aussi forte (Kumar & Jagacinski, 2006).

En réalité, plus les individus vont adopter une vision fixe de l'intelligence, plus ils pourront manifester des *sentiments d'imposture* (Blondeau, 2014). Cela explique pourquoi des succès répétés ne permettront pas un changement dans la vision de soi et du sentiment d'infériorité, de son intelligence ou de ses capacités dans le SI.

3.2.3 Un but de performance

3.2.3.1 L'importance de la performance

Dans le SI, il est surtout important de paraître intelligent et compétent, les préoccupations étant essentiellement centrées sur l'image, sur l'opinion et la valeur accordée par les autres. Les *imposteurs* sont donc très centrés sur la performance et la réussite dans la réalisation d'une tâche. Il leur est donc essentiel d'atteindre une sorte d'image idéalisée d'eux-mêmes (concernant l'intelligence ou les compétences) afin d'être certains d'obtenir l'approbation et le respect des autres (Cromwell et al., 1990; Kumar & Jagacinski, 2006; Langford & Clance, 1993). Ils sembleraient entretenir leur propre sentiment de valeur personnelle tant que l'admiration de la part des autres est présente (Langford, 1990).

3.2.3.2 Des exigences excessives

Dans la continuité d'une vision de l'intelligence en tant qu'entité, les *imposteurs* adoptent principalement des buts de performance, étant très engagés dans leurs activités. Leurs attentes sont cependant généralement perfectionnistes, instables et irréalisables (Kumar & Jagacinski, 2006; Ross & Krukowski, 2003; Vergauwe et al., 2015; White, 2001).

3.2.3.3 Une compétition plutôt qu'une collaboration

Les *imposteurs* évitent les environnements de compétition, faisant preuve de peu de développement personnel dans ce contexte (Ross et al., 2001). Pourtant, ils sont hyper-compétitifs dans leur réalisation (Ross et al., 2001).

Ils manifestent peu de coopération avec les autres et peu de plaisir dans leurs activités, étant essentiellement tournés sur la performance, source de stress, plutôt que sur l'apprentissage lui-même (Beard, 1990; Prince, 1989; Ross et al., 2001; Zorn, 2005).

3.3 Surestimation d'autrui et évaluation réfléchie

Au-delà de leur perception de soi négative et globale et de leur représentation de la performance ou de l'intelligence, les *imposteurs* tendent à surestimer l'intelligence et les compétences de leur entourage (Clance & O'Toole, 1987). Leur ressenti subjectif est de plus en désaccord avec l'image perçue par autrui. Cet élément fondamental du sentiment de tromperie et d'inadaptation inhérent au SI s'appuie ainsi sur le processus de comparaison sociale et d'évaluation réfléchie.

3.3.1 Surestimation des compétences d'autrui

3.3.1.1 Définition de la comparaison sociale

La comparaison sociale est un processus par lequel l'individu évalue ses propres avis ou capacités en comparaison d'autres personnes pour mieux se connaître (Festinger, 1954). Elle a pour buts, entre autres, de préserver ou augmenter la confiance en soi, d'évaluer correctement ses propres compétences ou son avis, et de réduire l'incertitude.

Trois comparaisons sociales sont possibles :

- la comparaison sociale latérale (avec des individus perçus comme égaux à soi-même),
- la comparaison sociale descendante (avec des individus perçus comme moins compétents que soi-même)
- et la comparaison sociale ascendante (avec des individus perçus comme plus compétents que soi-même).

Chaque comparaison a ses fonctions (Buunk, Kuyper, & Van der Zee, 2005; Smith, 2000; Van der Zee et al., 1996) :

- la comparaison sociale latérale permet de confirmer un avis, identifier des alliés et mesurer sa légitimité ;

- la comparaison sociale descendante permet de rehausser l'image de soi et se rassurer ;
- et la comparaison sociale ascendante peut permettre de favoriser l'ambition ou le progrès dans une tâche.

Bien qu'il s'agisse d'un comportement relativement normal de tout individu, cette comparaison serait à la base d'un certain nombre de croyances irrationnelles (Ellis, 1994).

3.3.1.2 Les comparaisons sociales dans le syndrome de l'imposteur

Les *imposteurs* sont sensibles à la manière dont leurs performances et leur intelligence peuvent être comparées et perçues par les autres, ainsi que par rapport à leurs résultats antérieurs (Chayer & Bouffard, 2010; Clance & O'Toole, 1987; Clancey, 2015; Kumar & Jagacinski, 2006). Cette notion de comparaison a pu être amenée très tôt dans l'enfance au regard des messages parentaux (Chapitre 2.1.1), et se retrouver au plus jeune âge dans le SI (Chayer & Bouffard, 2010).

Les *imposteurs* sont persuadés que leur entourage est plus intelligent et plus compétent qu'eux (Holmes et al., 1993; Kets de Vries, 2005). Leur modèle interne instable les amène à un jugement d'infériorité en s'identifiant à une source de comparaison sociale descendante tout en se différenciant d'une source ascendante paraissant inaccessible (Chayer & Bouffard, 2010). Notamment, ces personnes tendent à comparer leurs faiblesses et leurs lacunes aux forces et compétences des autres (Clance & Imes, 1978; Clance & O'Toole, 1987).

3.3.1.3 Le cycle de l'imposteur : sujet à la comparaison

3.3.1.3.1 Description du cycle de l'imposteur

Les *imposteurs* croient devoir mettre en place un certain nombre d'actions, d'attitudes ou de rituels comportementaux pour réussir leurs actions ou maintenir leur situation (Holmes et al., 1993; Ross & Krukowski, 2003). Par phénomène d'habituation, il est difficile pour ces

personnes de se rendre compte de leurs comportements parfois inadaptés, ces stratégies aboutissant de plus généralement à une réussite.

Le cycle de l'imposteur (Figure 3.1) est utilisé comme s'il était indispensable au succès, étant donné les preuves qu'il a pu fournir en termes de succès déjà réalisés (Clance, 1985; Sakulku & Alexander, 2011).

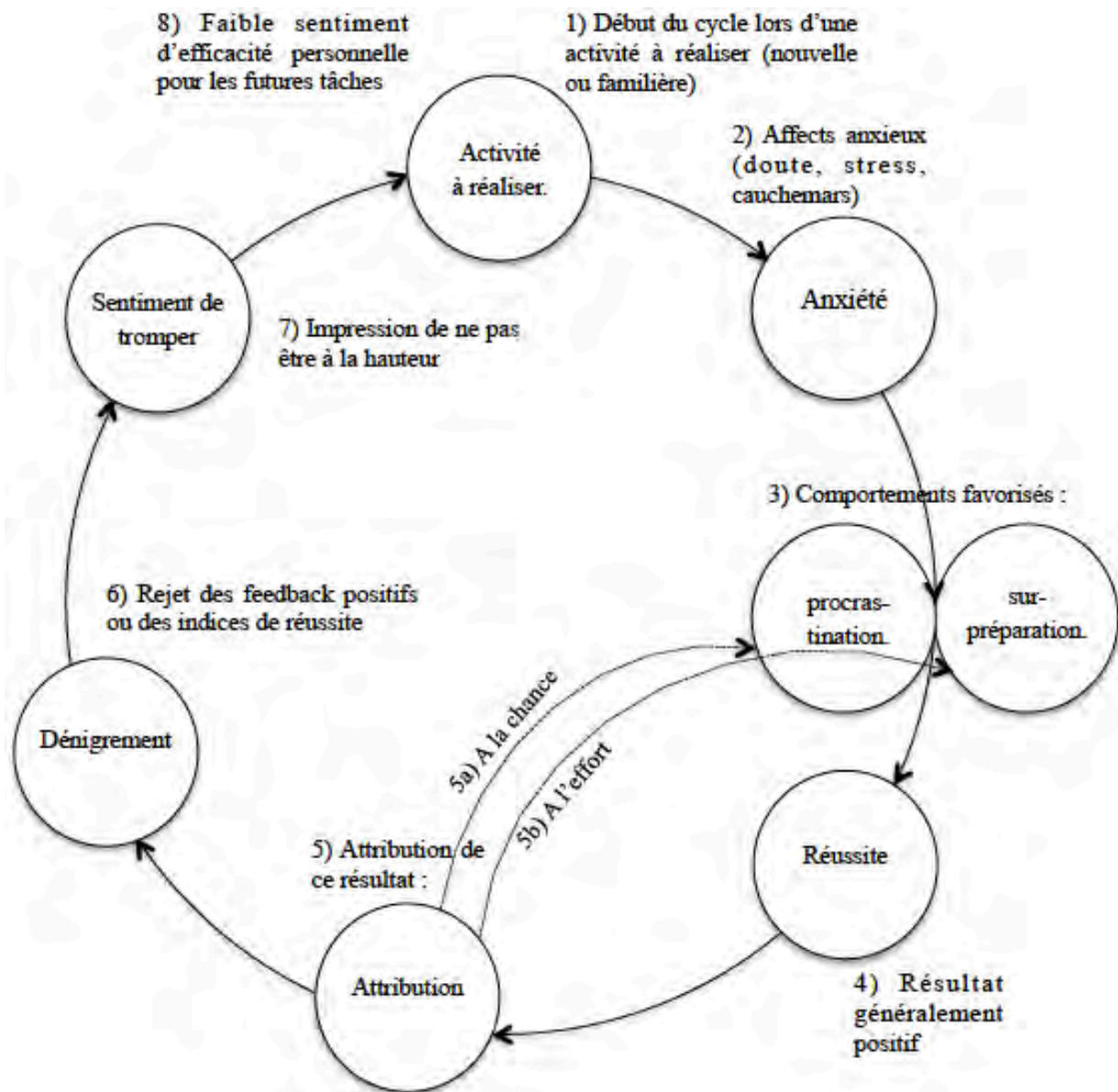
Lors de l'assignation d'une nouvelle tâche à accomplir, les *imposteurs* seront amenés à éprouver une profonde inquiétude, du doute ou de l'anxiété, pouvant aller jusqu'à des cauchemars. A ce stade, de nombreuses cognitions en lien avec la faible perception de compétence, la peur de l'échec ou du succès se retrouvent. Pour faire face à cette anxiété, deux stratégies vont alors être envisagées et mises en place : la procrastination suivie d'un travail frénétique (*underdoing*, en anglais), ou la sur-préparation sur le long terme (*overdoing*, en anglais).

Les *imposteurs* vont en effet pouvoir démontrer à la fois :

- une faible tendance à être consciencieux, une faible organisation ou autodiscipline (Bernard et al., 2002; Chae et al., 1995; Dudau, 2014b; Rohrman et al., 2016; Ross et al., 2001; Vergauwe et al., 2015)
- et une propension au travail excessif ou à un perfectionnisme inadapté, ce dernier pouvant expliquer 42% de la variance du SI (King & Cooley, 1995; Vergauwe et al., 2015).

Une fois la tâche réalisée, souvent avec succès, cette personne va recevoir une certaine reconnaissance de la part des autres, des félicitations qui vont la flatter et la soulager. Provisoirement du moins, car ces nouveaux succès vont intensifier ses *sentiments d'imposture* plutôt que l'aider à se construire une réelle confiance en soi.

Figure 3.1 : le cycle de l'imposteur



3.3.1.3.2 La comparaison sociale issue du cycle de l'imposteur

En effet, le processus d'attribution mis en place ne va pas permettre à un *imposteur* de se sentir responsable de son succès (ni grâce à ses capacités, ni grâce à son intelligence) mais le poussera au contraire à négliger sa performance.

Suite à une préparation excessive, notamment, les *imposteurs* tendent à expliquer leur réussite par l'effort qu'ils ont dû fournir pour y parvenir. Ils pensent cependant avoir dû fournir davantage d'efforts que les autres pour arriver à leur fin. Cette explication, par comparaison sociale, se révèle dysfonctionnelle. Leur conviction de ne pas être à la hauteur reste intacte si les efforts fournis sont perçus comme devant être supérieurs, ou démesurés, comparés aux autres (Clance & O'Toole, 1987).

3.3.2 Evaluation réfléchie dans le syndrome de l'imposteur

Les *imposteurs* font généralement bonne impression auprès de leur entourage (Clance, 1985) et semblent, pour autrui, remarquablement habiles dans leurs projets et accomplis dans leurs succès (Young, 2011). Cette évaluation réfléchie, du point de vue des *imposteurs*, n'est pas en accord avec leur ressenti subjectif. Ils gardent en effet ancrée l'impression de ne pas être à la hauteur malgré leurs réussites et cette image perçue par autrui. Cette volonté de respecter les standards extérieurs les conduit à un fort besoin d'accomplissement (Thompson et al., 2000).

Les *imposteurs* pensent porter un « masque » en désaccord de leur ressenti interne et en contradiction entre leur vie privée et publique (Holmes et al., 1993). Ils ont la certitude de tromper les autres (Clance & Imes, 1978; Harvey, 1981; Holmes et al., 1993). Ce sentiment d'inauthenticité explique 28% de la variance du SI (Kolligian & Sternberg, 1991).

Ce « masque » se rapproche d'un faux-self. Celui-ci va pouvoir se développer au regard des messages parentaux, des exigences familiales ou de la dynamique environnementale des *imposteurs* (Chapitre 2). Il amène les *imposteurs* à des sentiments

d'insécurité à l'égard de leur réussite ou de leur véritable identité (Bussotti, 1990a; Langford & Clance, 1993).

Face à la contradiction entre leur vision subjective négative et leurs réussites objectives reconnues, les *imposteurs* pensent tant être surestimés par les autres (Clance, 1985; Clance & Imes, 1978) que perçus tout aussi négativement qu'ils se perçoivent (Leary et al., 2000; McElwee & Yurak, 2007). Dans leur recherche de consistance entre leur vision d'eux-mêmes et la vision supposée des autres, ils tendent à dénigrer leurs aptitudes et rejeter les indices objectifs faisant foi de leurs ressources (Clance, 1985; Clance & Imes, 1978; Cozzarelli & Major, 1990; Leary et al., 2000; McElwee & Yurak, 2010; Thompson et al., 1998, 2000).

CHAPITRE 4

La reconnaissance de ses réussites et les attributions

4.1 L'attribution causale dans le syndrome de l'imposteur

4.1.1 Définition de l'attribution causale

L'attribution causale (Heider, 1958) est un processus par lequel l'individu cherche à appréhender la réalité, la prédire et la maîtriser. Il s'agit d'une recherche des causes d'un événement. Au travers de cette recherche, un individu pourra expliquer et interpréter une situation, des conduites et des états émotionnels, qu'il s'agisse des siens ou de ceux des autres (Bourhis & Leyens, 1999; Dubois, 1994). Il existe trois dimensions dans l'attribution causale (Weiner, 1986) :

- la stabilité de la cause perçue (caractéristiques stables/habilités *versus* instables/chance) ;
- le caractère interne ou externe de cette cause (efforts/capacités *versus* tâche/hasard) ;
- et le contrôle perçu de la relation causale (possibilité/ou non d'agir autrement).

En parallèle de cette définition de l'attribution causale peut être suggérée celle du Locus of Control (LOC). Le LOC réfère au « degré de relation causale que les individus

établissent entre leurs conduites et/ou leurs caractéristiques personnelles (traits, aptitudes, compétences, comportements, attitudes) et les renforcements positifs ou négatifs qu'ils reçoivent, c'est-à-dire ce qui leur arrive ou doit leur arriver dans la vie » (Dubois, 1994, p.14).

Dans le SI, cette notion d'attribution est retrouvée. Les critères d'identification de ce syndrome englobent effectivement le fait qu'un individu exprime des difficultés à accepter ses réussites, ou à croire qu'il mérite les retours positifs. Il tend de plus à être déçu de sa réalisation, tout en attribuant son succès à des causes externes ou à des rituels comportementaux (Holmes et al., 1993).

4.1.2 L'attribution causale des *imposteurs*

4.1.2.1 L'explication d'une réussite

D'un point de vue clinique, le processus explicatif d'une réussite des *imposteurs* est de manière générale externe et instable (Clance, 1985; Clance et al., 1995; Clance & Imes, 1978; Clance & O'Toole, 1987; Holmes et al., 1993; Langford & Clance, 1993). Hirschfeld (1982) appuie cette notion de mauvaise identification et internalisation de la réussite, les *imposteurs* ne parvenant pas à considérer certains aspects d'eux-mêmes comme causes probables de leur succès (intelligence, capacités, compétences).

D'un point de vue empirique, les *imposteurs* tendent à éprouver de profonds sentiments de non-contrôle sur leur environnement et à favoriser un LOC externe (Brauer & Wolf, 2016; Cohen, 1990; Cromwell et al., 1990; Robinson & Goodpaster, 1991; Rohrman et al., 2016; September et al., 2001; Sightler & Wilson, 2001; Thompson et al., 2000; Vergauwe et al., 2015).

Pour les *imposteurs*, la chance, le hasard, le fait d'avoir été au bon endroit au bon moment, la surestimation des compétences par les autres, le charme ou les interactions sociales sont davantage les éléments fondamentalement explicatifs de leur situation que leurs

compétences (Brauer & Wolf, 2016; Chae et al., 1995; Cherpas, 1998; Harvey, 1981; Imes, 1979; Pirotsky, 2001; Thompson et al., 1998; Topping & Kimmel, 1985). Ces attributions vont alimenter un cercle vicieux de mésestimation de leur légitimité.

4.1.2.2 Le maintien d'une mauvaise attribution

En effet, quatre types de comportements tendraient alors à maintenir les *sentiments d'imposture*. Cette description a pu se faire en premier lieu chez les femmes (Clance & Imes, 1978) mais peut aussi être envisagée de manière plus générale (Pirotsky, 2001). Ces comportements ne se retrouvent néanmoins pas tous ensemble dans le SI (Clance & Imes, 1978).

4.1.2.2.1 La préparation frénétique

Le premier comportement réfère à la sur-préparation (ou travail frénétique) mise en place lors du cycle de l'imposteur et sera traité dans le Chapitre 4.1.3. Favoriser un autre comportement, plus adapté, est difficile pour les *imposteurs* du fait des preuves que ce cycle a pu fournir pour aboutir à une réussite et de leur superstition.

4.1.2.2.2 Le masque de l'imposteur

Le deuxième comportement pouvant entretenir le SI est un sentiment de tromperie personnelle et sociale, retrouvé dans la littérature scientifique (Yates & Chandler, 1998). L'expression d'idées, d'opinions ou de flatteries ne serait pas en accord avec les véritables pensées des *imposteurs*, par crainte de ne pas être considérés comme intelligents ou d'être rejetés. Cela rejoint l'idée de masque propre au SI. Les attributions des réussites se centreront de ce fait essentiellement sur l'image, jugée personnellement inauthentique, donnée aux autres. Ils éprouveront ainsi des difficultés à s'octroyer le droit de paraître authentiques.

4.1.2.2.3 Différents atouts mis en évidence

L'usage de charme et d'atouts tels que l'humour, l'amitié, parfois la sexualité pour

obtenir l'approbation d'autrui et impressionner l'entourage serait un troisième comportement de maintien d'une mauvaise attribution et du SI. De ce fait, toute remarque quant à l'intelligence des *imposteurs* ne semblera pas pouvoir être intériorisée. Ces dernières seront davantage basées sur les attributs mis en avant que sur les compétences, rejoignant une attribution aux compétences sociales (Harvey, 1981). Abandonner ces comportements conduirait à donner la preuve d'une imposture.

4.1.2.2.4 La vision des femmes qui réussissent

Enfin, le quatrième comportement décrit semble davantage rendre compte d'un maintien du processus d'attribution inadapté et du maintien du SI chez les femmes, spécifiquement. Mead (1949) fait remarquer l'existence d'une vision négative des femmes montrant leur confiance en leur capacité. Afin d'éviter de paraître moins féminine et en donnant une fausse image, elles pourraient atteindre leur objectif tout en apaisant les craintes vis-à-vis de leurs réussites (Horner, 1972).

4.1.3 Le cycle de l'imposteur : le maintien d'une mauvaise attribution

4.1.3.1 Les explications causales issues du cycle de l'imposteur

De manière plus spécifique, le cycle de l'imposteur (Clance, 1985) peut particulièrement rendre compte de ce processus d'attribution dysfonctionnel. La procrastination ou travail excessif mis en place suite à une période d'anxiété servira d'explication causale de la réussite (Chapitre 3.3.3, Figure 3.1). Ce succès, bien qu'amenant un soulagement ou une satisfaction sur le court terme, n'est pas internalisé, étant au contraire attribué :

- à des causes externes et instables (chance, hasard, erreur, relations en cas de procrastination ; surestimation de la part des autres en cas de travail excessif, par exemple) ;
- à des causes internes mais instables (efforts en cas de travail excessif, par exemple).

Ce cycle ne favorisera ni la bonne attribution de sa performance, ni l'analyse objective de celle-ci. Le cercle vicieux instauré tendra à maintenir alors une faible perception de compétence au lieu d'améliorer la confiance en soi. Il amène les *imposteurs* à craindre de ne pas pouvoir réussir une tâche nouvelle ou de ne pas pouvoir répéter un succès déjà réalisé (Chae et al., 1995; Clance & O'Toole, 1987; Thompson et al., 1998).

4.1.3.2 L'attribution à l'effort : interne mais instable

L'un des premiers comportements de maintien du SI (Clance & Imes, 1978) se situe au travers de cette attribution à l'effort (Chapitre 4.1.2). Il consiste en un travail acharné par peur de paraître « stupide », donnant lieu à d'excellentes performances, de bons retours des collègues et supérieurs. Cette impression de succès reste toutefois vague et difficile à internaliser, puisqu'expliquée par l'*imposteur* par un effort intensif, non représentatif de son intelligence, et une croyance erronée d'être illégitime et de certainement pouvoir échouer à l'avenir.

4.1.3.3 L'attribution à l'effort : interne mais dénigrée

L'attribution d'une réussite à l'effort lui-même n'est cependant pas fondamentalement toujours associable au SI (Imes, 1979). Si cet effort est perçu comme une méthode efficace et socialement valorisée pour atteindre un but désiré, il ne donne pas lieu à l'expression d'un SI. Or, certains messages et modèles parentaux internalisés (Chapitre 2), bases développementales du SI, préconisent une réussite sans effort particulièrement important, reflet d'une capacité naturelle ou d'une intelligence innée pour réussir (Chapitre 3.2.2).

Le fait de travailler de manière frénétique est, dans le SI, plutôt perçu comme un signe d'incapacité ou de manque de connaissance, du fait de devoir compenser des lacunes éventuelles par une importante préparation. Selon les études, ce processus d'attribution à l'effort peut en effet se retrouver dans le SI, positivement (Pirotsky, 2001) ou négativement (Chae et al., 1995; Topping, 1983) parmi d'autres éléments explicatifs (Harvey, 1981; Thompson et al., 1998).

4.2 Des difficultés à accepter les indices positifs

Bien qu'il puisse se rapprocher d'un comportement socialement accepté, proche de la modestie (Kets de Vries, 2005; Leary et al., 2000), le SI, rend compte d'une conviction réelle et persistante quant à son manque supposé de compétence ou d'intelligence (Clance, 1985). Cette difficulté d'acceptation des réussites s'explique principalement par le rejet de la reconnaissance d'autrui et le perfectionnisme inadapté exprimé par les *imposteurs*.

4.2.1 La signification de la reconnaissance d'autrui

4.2.1.1 Le besoin de reconnaissance

Pour les *imposteurs*, réussir n'est pas satisfaisant. Ils manifestent au contraire un désir intense d'être reconnus et meilleurs que leurs pairs pour prouver leur légitimité (Chrisman et al., 1995; Dudau, 2014a; Ross et al., 2001; Topping, 1983). Ce besoin d'être remarquable constitue l'un des symptômes du SI (Clance, 1985).

Il est en réalité nécessaire pour les *imposteurs* d'obtenir l'approbation des autres quant à leur réalisation, bien qu'ils ne soient pas en mesure de les accepter (Clance & Imes, 1978; Dudau, 2014a). Pour Clance (1985), le critère le plus saillant du SI est l'incapacité à croire et accepter les compliments, les félicitations ou la reconnaissance d'autrui.

Ce besoin de reconnaissance ou d'être remarquable dans leur domaine d'expertise alimente l'insatisfaction des *imposteurs*. Il leur est donc difficile d'envisager un point de vue positif sur leur résultat. Ce symptôme, tout comme le SI, peut se généraliser à plusieurs domaines (Clance, 1985; Sigtler & Wilson, 2001), donnant lieu aux attitudes Superwomen/men.

4.2.1.2 Le dénigrement des compliments

Malgré une réussite et quels que soient les feedback, les *imposteurs* rejettent les signes de reconnaissance, de félicitations ou les compliments qui leur sont adressés (Brauer & Wolf, 2016; Clance & O'Toole, 1987). Ils se sentent en effet non-méritants de ces succès ou considèrent ne pas en avoir droit (Gibson-Beverly & Schwartz, 2008; Ross & Krukowski, 2003). Ils tendront même à rechercher constamment des excuses afin de minimiser, rejeter ou dénigrer leur réussite (Ferrari & Thompson, 2006).

Leur mauvais processus d'attribution, leur superstition, leur sentiment d'illégitimité, ainsi que leur crainte de ne pas être à la hauteur à l'avenir alimentent cette difficulté d'acceptation des retours positifs (Holmes et al., 1993). Les *imposteurs* éprouvent moins d'affects positifs face à une réussite, surtout lorsque cette réussite est publique (Leary et al., 2000).

4.2.2 Des standards excessifs de réalisations

4.2.2.1 Le perfectionnisme

Cette difficulté d'acceptation, en contradiction de leur besoin de reconnaissance, s'explique notamment par les fortes cognitions perfectionnistes des *imposteurs*. Le perfectionnisme serait un élément important à la fois dans l'émergence et dans le maintien du SI (Kets de Vries, 2005; Sakulku & Alexander, 2011).

Les *imposteurs* font preuve de hauts standards de réussite, d'un évitement et d'une intolérance quant à l'imperfection (Ferrari & Thompson, 2006; Thompson et al., 1998). Ce besoin de perfection se retrouve tant dans leurs réalisations que dans leur présentation de soi (Cromwell et al., 1990; Ferrari & Thompson, 2006; Hewitt et al., 2003). Bien que les notions de perfectionnisme et de SI puissent sembler proches, leur validité divergente a pu être empiriquement validée (Rohrmann et al., 2016).

4.2.2.2 L'insatisfaction chronique

Alimentant leurs difficultés à accepter leurs réussites ou les retours objectifs positifs, les *imposteurs* sont insatisfaits de leurs réalisations. A la fin d'une tâche, ils annoncent une plus faible satisfaction de leur performance que les autres et l'évaluent généralement négativement (Cozzarelli & Major, 1990; Thompson et al., 1998, 2000). Ils sont en effet davantage centrés sur leur moindre erreur, avec une attention accrue aux détails, en considérant qu'ils pourraient toujours mieux faire (Clance, 1985; Dudau, 2014b; Thompson et al., 2000).

CHAPITRE 5

La peur d'être démasqué

5.1 Un secret bien gardé

A contrario des *non-imposteurs* pouvant exprimer leur insécurité, leur manque de confiance en soi ou leur incertitude quant à leur réussite, les *imposteurs* tendent à garder ces ressentis secrets (Harvey & Katz, 1985).

5.1.1 Une personnalité introvertie

Les *imposteurs* sont décrits comme étant introvertis (Clance & O'Toole, 1987; Prince, 1989), ces observations ayant été validées empiriquement (Chapitre 1.3.2.1).

Les *imposteurs* tendent ainsi à être tournés sur eux-mêmes et leur monde interne et semblent être détachés et distants dans leurs interactions sociales (Ross et al., 2001). Discrètes, peu démonstratives ou communicatives quant à leur ressenti, ces personnes tendent à souvent se remettre en question (Clark et al., 2014; McGregor et al., 2008; Ross & Krukowski, 2003; Thompson et al., 1998). Elles se blâment elles-mêmes lors de situations négatives (Chae et al., 1995). De plus, elles ruminent leur situation ou leur nécessité de perfection (Dudau, 2014b; Ferrari & Thompson, 2006) mais aussi leur sentiment d'inauthenticité (Clance, 1985; Clance & Imes, 1978; Clance & O'Toole, 1987).

5.1.2 Un sentiment d'isolement

Cependant, malgré ces ressentis pouvant porter préjudice à leur bien-être, les *imposteurs* tendent à vivre ces expériences de manières clandestines et secrètes (Bouffard et al., 2011; Clance, 1985; Young, 2011), au point de s'isoler et ressentir d'autant plus un fort sentiment d'isolement (Prata & Gietzen, 2007; Zorn, 2005). Du fait de leur conviction d'une incapacité certaine, de la crainte de critiques ou d'incompréhension, les *imposteurs* n'abordent pas d'emblée ces manifestations (Clance, 1985; Clance & Imes, 1978).

Cet aspect secret n'aide pas à en diminuer sa puissance. Au regard de l'apprentissage de la non-expression de ces ressentis (Bouffard et al., 2011; Clance, 1985), ce vécu clandestin ne permet pas aux *imposteurs* la confrontation de leur conviction à la réalité et les amène au contraire à ressentir ce malaise de plus en plus fréquemment et intensément (McElwee & Yurak, 2010).

5.2 La peur d'une incompétence mise à jour

Bien qu'il existe un continuum entre les imposteurs véritables et les personnes présentant le SI (Kets de Vries, 2005), il est important de les distinguer (Gediman, 1985). Toute personne, du moment où elle présente une image de façade ou agit différemment selon les contextes sociaux, peut être qualifiée d'imposteur (Kets de Vries, 2005). Cependant, la crainte des imposteurs véritables d'être un jour démasqués est justifiée tandis que celle des personnes présentant ce syndrome est irrationnelle. Ces individus tendent même à moins manipuler ou tricher que les autres (Ferrari, 2005; McElwee & Yurak, 2010; Ross & Krukowski, 2003)

L'anxiété inhérente au SI, souvent généralisée (Clance & O'Toole, 1987; Topping & Kimmel, 1985) est un élément central, associée tant à la peur de voir son incompétence

démasquée (Kolligian, 1990) qu'à celle de compromettre les autres au travers de leur imposture (Clance et al., 1995).

Cette anxiété se retrouve tant au travers de la dimension Névrosisme de la personnalité, prédominante chez les *imposteurs* mais aussi au regard de leur sentiment de vulnérabilité, leur peur de l'échec et du succès, d'un conditionnement anxieux dans leur réussite et de leur incapacité à se détendre (Clance, 1985; Clance & O'Toole, 1987; Fried-Buchalter, 1997; McElwee & Yurak, 2010; Ross et al., 2001).

5.2.1 La peur de l'évaluation

Les *imposteurs* présentent une importante peur de l'évaluation négative de la part des autres (Brauer & Wolf, 2016; Chrisman et al., 1995; Clance & O'Toole, 1987; Ross & Krukowski, 2003; Thompson et al., 2000).

Méfiant et se protégeant vis-à-vis des intentions des autres (Beard, 1990; Prince, 1989; Ross & Krukowski, 2003), les *imposteurs* perçoivent les situations stressantes comme un risque de montrer leurs lacunes plutôt que comme une possibilité de challenge ou d'évolution (Cozzarelli & Major, 1990; Ross et al., 2001; September et al., 2001; Thompson et al., 2000).

5.2.2 La peur de l'échec

5.2.2.1 Définition de la peur de l'échec

La peur de l'échec résulte des connotations négatives de l'échec dans la société (Birney, Burdick, & Teevan, 1969), ce dernier pouvant renvoyer à un manque d'effort, la preuve d'une incompétence ou le fait de ne pas savoir gérer les difficultés, par exemple. Quelle que soient l'intelligence des individus, leurs compétences, leurs qualités, il arrive un

jour où l'autre de faire l'expérience d'un échec ou d'une difficulté. Cette idée est connue des *imposteurs* mais pourtant difficilement acceptable.

Ainsi, pour éviter de se retrouver parmi ceux qui « essayent mais échouent », certaines personnes peuvent (Birney et al., 1969):

- soit s'engager dans des activités où de faibles niveaux de performances sont attendus ;
- soit réaliser des tâches en deçà de leur réel potentiel ;
- soit ne pas s'engager lorsque les risques d'échecs et d'erreurs sont trop importants.

5.2.2.2 La peur de l'échec des *imposteurs*

5.2.2.2.1 L'anticipation anxieuse des *imposteurs*

Les *imposteurs* présentent en effet une importante peur de l'échec, symptôme constitutif du SI cliniquement et empiriquement (Clance, 1985; Clance & O'Toole, 1987; Clancey, 2015; Fried-Buchalter, 1997; Kumar & Jagacinski, 2006; Topping & Kimmel, 1985).

Avant la réalisation d'une tâche, ces personnes démontrent une plus grande préoccupation quant aux erreurs possibles et un important pessimisme quant à leur futur résultat (Cozzarelli & Major, 1990; Thompson et al., 2000). Cette anxiété d'appréhension est toutefois un construit distinct du SI (Rohrman et al., 2016).

5.2.2.2.2 La signification d'un échec pour les *imposteurs*

Un échec éventuel peut être expliqué par des circonstances externes de la part des *imposteurs*, comme la difficulté ou la validité de la tâche ou encore des manifestations physiques ou somatiques qui seront davantage verbalisées que par les *non-imposteurs* (Ferrari & Thompson, 2006; Leary et al., 2000)

Cependant, notamment au regard des messages parentaux, un échec est, pour les *imposteurs* (Cozzarelli & Major, 1990; Thompson et al., 1998) :

- intolérable du fait de montrer un manque de compétence ou de connaissance ;
- internalisé du fait de prouver des lacunes propres à l'individu sans considérer de facteurs externes ;
- généralisé du fait de se percevoir comme globalement incompetent, tant dans un domaine que dans tous les autres.

5.2.2.2.3 Les conséquences de la peur de l'échec des *imposteurs*

L'incertitude ressentie à l'égard des bonnes stratégies à mettre en place et le pessimisme quant à la possibilité de réellement réussir à la hauteur des objectifs fixés alimentent la peur de l'échec des *imposteurs* (Clance, 1985; Clance & O'Toole, 1987; Ross et al., 2001). Elle les conduit à :

- viser des objectifs moindres, en deçà de leur potentiel réel afin d'être certains de ne pas risquer de subir un échec ;
- à éviter les situations difficiles, trop compétitives ou pouvant induire un échec trop important ;
- à éviter la réalisation de tâches ayant pu être brillamment réussies par un membre de l'entourage.

Un échec est pour les *imposteurs* synonyme d'humiliation (Cowman & Ferrari, 2002; Kohut, 1984; Langford & Clance, 1993; White, 2001). Clance (1985) propose de questionner ces expériences de honte pour comprendre les manifestations du SI chez les *imposteurs*. Hantées par l'idée de pouvoir être ridiculisées ou humiliées, d'être dans des situations embarrassantes, ces personnes préfèrent ne pas prendre de risque (Clance & O'Toole, 1987).

5.2.3 La peur et la culpabilité quant à la réussite

5.2.3.1 Définition de la peur du succès

La peur du succès se traduit par (Horner, 1972; Metzler & Conroy, 2004) :

- la peur du changement ;
- la peur d'être différent des autres ;
- la crainte d'un isolement social ou émotionnel, de l'abandon ou du rejet de la part de son entourage (famille, amis, collègues) ;
- la peur d'amener des attentes plus importantes et des objectifs plus difficilement réalisables ;
- la culpabilité, notamment dans le fait surtout de s'affirmer dans une compétition ;
- la crainte de pouvoir surpasser une performance précédente établie par quelqu'un d'admiré, et donc d'entraîner la jalousie ;
- une pression constante ressentie de devoir toujours se surpasser pour améliorer sa performance et toujours mieux faire que les précédents résultats.

5.2.3.2 Le vécu du succès des *imposteurs*

5.2.3.2.1 La peur du succès

Paradoxalement à leur peur de l'échec, les *imposteurs* craignent tout autant de réussir (Clance, 1985; Clance & O'Toole, 1987; Fried-Buchalter, 1992, 1997).

Cette peur du succès s'explique notamment par leur faible perception de compétence et leur mauvaise attribution, les amenant à ne pas se sentir légitimes. Elle se traduit donc dans le SI par (Chae et al., 1995; Clance, 1985; Fried-Buchalter, 1992, 1997; McElwee & Yurak, 2010) :

- la peur du changement, surtout personnel et individuel ;

- la peur d'amener de nouvelles exigences, plus difficiles, conférant un risque d'échec plus important ;
- la peur de ne pas pouvoir être à la hauteur à l'avenir.

5.2.3.2.2 Un conditionnement du cycle de l'imposteur

Le cycle de l'imposteur, lors de la réalisation d'une tâche, amène de profonds affects négatifs (doutes, inquiétudes, anxiété, cauchemars, nervosité) (Clance, 1985; Holmes et al., 1993). Ce point peut référer à l'une des définitions du SI en tant qu'état affectif aversif pouvant être ressenti dans diverses situations, notamment de réussite (McElwee & Yurak, 2010). Il conduit aussi à l'adoption de certains rituels comportementaux (procrastination ou travail excessif) (Ross & Krukowski, 2003).

Ainsi, tant la procrastination permettra d'un côté d'éviter l'anxiété ressentie et protéger l'estime de soi de la possibilité d'un échec, tant la préparation excessive pourra de l'autre garantir le succès pour pallier un sentiment d'incapacité (Clance & O'Toole, 1987). Ces deux stratégies restent toutefois sujettes à d'importants affects négatifs dans le SI.

Le cycle de l'imposteur aboutissant cependant généralement à un succès, cet apprentissage et ce conditionnement amènent les *imposteurs* à rapidement associer succès et anxiété. Ces personnes vont tendre à craindre de s'engager de nouveau dans ce cercle vicieux, étant donné les affects, comportements et cognitions auxquels il réfère (Clance, 1985).

5.2.3.2.3 La culpabilité vis-à-vis du succès

La culpabilité due à l'accès à un niveau socio-économique supérieur de celui des parents, ou si l'entourage de ces personnes n'a lui-même que peu connu de situations de réussite, amène les *imposteurs* à appréhender leur succès (Clance, 1985; Harvey, 1981). Les personnes vulnérables à l'expression d'un SI peuvent notamment être celles qui, pour la première fois dans l'histoire familiale, ont pu réussir (étude, carrière) et accéder à un statut social différent (Clance, 1985; Clance et al., 1995; Harvey & Katz, 1985; Young, 2011). A

contrario, les *imposteurs* peuvent craindre de surpasser des succès déjà brillamment réalisés par d'autres membres de la famille (Clance, 1985).

Cette culpabilité conduit les *imposteurs* à dissimuler ou diminuer leurs véritables performances ou potentiels. Au lieu de se satisfaire de leurs succès, ces personnes auront plutôt tendance à craindre de paraître trop compétentes, trop intelligentes, trop douées, trop différentes des autres et donc d'être mises à l'écart. Les *imposteurs* craindront d'amener la jalousie, l'hostilité ou des conflits. Ces succès amèneraient donc potentiellement le risque d'être rejeté (Clance, 1985; Fried-Buchalter, 1992, 1997). Les *imposteurs* peuvent craindre tant de ne pas être acceptés dans leur nouveau statut social que d'être rejetés par les personnes de leur ancien statut (Clance et al., 1995).

5.3 Problématique et plan de recherche

Les recherches portant sur le SI se multiplient depuis quelques dizaines d'années et soulignent l'intérêt à porter sur un syndrome dont les symptômes peuvent paraître contradictoires et paradoxaux. Les études empiriques continuent d'apporter des informations pertinentes à la fois sur l'apparition du SI, sa fréquence, ses manifestations cognitives, comportementales ou émotionnelles, ainsi que sur les méthodes de prise en charge de ce syndrome.

Douter de soi peut-être constructif et légitime. Mais la récurrence et l'intensité des *sentiments d'imposture* peuvent devenir problématiques. Peu d'études orientent néanmoins leurs recherches sur le caractère potentiellement pathologique de ce syndrome. De plus, les études en France sur le SI sont encore assez rares, notamment en termes de prise en charge et d'outils adaptés d'accompagnement, alors que la demande des patients en souffrance, de la population non-clinique et des thérapeutes émerge. En effet, l'expression du SI, poussée à son extrême, peut être à l'origine d'une grande souffrance.

La première difficulté est ainsi d'identifier un syndrome vécu de manière généralement secrète. La deuxième difficulté consiste ensuite à déceler la limite entre le normal et le pathologique dans le SI, étant donné (Clance & O'Toole, 1987; Clark et al., 2014; Fruhan, 2002; McElwee & Yurak, 2010; Vergauwe et al., 2015) :

- d'une part les apports parfois vécus positivement de ce syndrome ;
- d'autre part ses impacts tant individuels qu'organisationnels.

La troisième difficulté, enfin, réside vraisemblablement dans l'adoption de nouvelles croyances plus adaptées, en contradiction avec certains messages appris et ancrés depuis parfois longtemps.

C'est dans ce contexte, dans une perspective de compréhension du SI mais aussi dans un souci d'apporter de nouveaux outils aux TCC, que ce travail de recherche a été développé. Les objectifs de ce travail de thèse sont alors d'une part de fournir un outil valide de mesure de la présence et de l'intensité du SI, dans une version francophone, et d'autre part de répondre à la question des manifestations anxieuses prédominantes dans ce syndrome et de l'utilisation de la notion d'acceptation inconditionnelle de soi en tant que ligne directrice d'une prise en charge.

La présentation de ce travail de recherche s'organise ainsi en trois axes.

Le premier axe vise à valider sur la population générale une échelle de mesure du SI. Celle-ci est largement utilisée. Elle est composée de trois dimensions associées au SI, dont l'impression d'illégitimité, l'attribution de sa situation à des facteurs externes et la difficulté à accepter les signes de reconnaissance. Il s'agit d'un questionnaire déjà validé et dont les dimensions sont retrouvées, dans sa version d'origine (Chrisman et al., 1995; Kertay, Clance, & Holland, 1992; McElwee & Yurak, 2010) ainsi que dans sa version germanique (Brauer & Wolf, 2016). Il n'existe cependant pas d'études de validation de cette échelle dans sa version francophone. La validation du concept du SI en tant que construit indépendant permettra

d'asseoir la pertinence de l'intérêt grandissant quant à ce syndrome. La validation de la structure factorielle de l'échelle permettra l'obtention d'un outil de mesure pertinent. La mise en évidence de la détresse émotionnelle et de l'image de soi négative des *imposteurs* visera à définir un SI pathologique au regard de ses comorbidités. Il est notamment attendu que les *imposteurs* exprimant un SI intense présenteront une importante anxiété, une faible estime de soi et un faible sentiment d'efficacité personnelle.

Le second axe consiste à mettre en évidence les manifestations anxieuses prédominantes dans ce syndrome afin d'en comprendre son expression et envisager des moyens de prévention et d'accompagnements adaptés au regard de son intensité et des profils des différents *imposteurs*. Il est attendu une expression importante de ces différentes manifestations, particulièrement le stress perçu et l'anxiété.

Le troisième axe cherchera à explorer les attitudes dysfonctionnelles des *imposteurs* dans leurs interactions sociales ainsi que leurs croyances irrationnelles quant à l'échec. La dimension de l'acceptation inconditionnelle de soi sera de plus explorée afin de fournir une meilleure compréhension des enjeux inhérents aux SI ainsi que d'envisager une nouvelle orientation de prise en charge.

Les aspects théoriques s'inscrivant dans ces trois axes, la méthodologie ainsi que les résultats de l'ensemble des travaux menés, sont présentés dans les chapitres suivants. Les chapitres 6, 7 et 8 traiteront de la validation de l'outil d'évaluation du SI. Les chapitres 9 et 10 traiteront des manifestations anxieuses inhérentes au syndrome. Les chapitres 11 et 12 décriront les principaux aspects de prise en charge en lien avec les résultats de l'étude.

DEUXIÈME PARTIE

Caractéristiques, évaluation et prise en charge du syndrome de l'imposteur

CHAPITRE 6

Aspects théoriques des validités de construits et de mesures du syndrome de l'imposteur

6.1 Symptomatologie du syndrome de l'imposteur

6.1.1 Observer le syndrome de l'imposteur

La difficulté première au regard du SI réside d'abord dans l'identification d'un syndrome vécu de manière généralement secrète. Les personnes le présentant n'abordent pas d'emblée ces manifestations, en entretien clinique comme ailleurs.

Bien que « lever le masque » soit l'un des objectifs principaux d'une prise en charge des *imposteurs* (Clance, 1985), l'identification première de ce syndrome reste difficile. Cette difficulté est due, d'une part du fait de l'importante comorbidité qui lui est associée, comme les troubles anxieux, les troubles de l'humeur ou les troubles de la personnalité (Chrisman et al., 1995; Oriel et al., 2004; Ross & Krukowski, 2003) et d'autre part du fait de la constellation de symptômes qui peuvent amener à ne considérer que quelques une de ces manifestations (perfectionnismes, faible estime de soi, pessimisme, anxiété), qui se révèlent

pourtant des construits distincts (Rohrman et al., 2016). L'existence d'échelles de mesures et de critères d'identification permet de pouvoir déceler plus aisément ce syndrome.

6.1.2 Psychopathologie du syndrome de l'imposteur

Les symptômes cliniques les plus fréquemment observés et reportés sont présentés autour des manifestations anxieuses et dépressives et de la faible estime de soi (Clance & Imes, 1978; Kolligian & Sternberg, 1991). Ces trois notions se révèlent en effet fortement associées, et prédictives, du SI (Oriel et al., 2004).

6.1.2.1 La détresse émotionnelle dans le syndrome de l'imposteur

6.1.2.1.1 Une instabilité émotionnelle

Les *imposteurs* peuvent présenter une bonne intelligence émotionnelle, notamment en terme d'évaluation et d'expression des émotions tout comme de leur utilisation (Ghorbanshirodi, 2012). Associée à l'estime de soi, cette intelligence émotionnelle explique près de 39% de la variance du SI (Ghorbanshirodi, 2012). Les émotions impactent en effet de manière importante le SI (Clancey, 2015). Pour les *imposteurs*, cette intelligence émotionnelle les amène cependant à donner davantage d'importance aux évaluations et aux regards d'autrui les concernant, du fait d'un mauvais contrôle émotionnel. Ils ont tendance à se focaliser de manière excessive sur les causes de leurs succès ou échecs (Ghorbanshirodi, 2012).

Ces personnes tendent au névrosisme. Elles éprouvent ainsi davantage d'émotions négatives que positives et plus d'émotions négatives que les *non-imposteurs* (Bernard et al., 2002; Chae et al., 1995; Lester & Moderski, 1995; Rohrman et al., 2016; Ross et al., 2001; Vergauwe et al., 2015). Ces émotions à valences négatives se situent essentiellement autour de la honte, de la culpabilité, des affects dépressifs et anxieux (Clance & O'Toole, 1987; Cowman & Ferrari, 2002; Kolligian & Sternberg, 1991; Langford & Clance, 1993; Leary et

al., 2000; McElwee & Yurak, 2007) au détriment d'affects positifs (McElwee & Yurak, 2007). Ces manifestations émotionnelles se retrouvent tant lors du vécu d'une situation amenant des sentiments liés au SI que lorsque cet événement est remémoré, témoignant de l'impact important de ces ressentis d'imposture (McElwee & Yurak, 2010)

6.1.2.1.2 Les symptômes dépressifs

Chae et al. (1995) décrivent les *imposteurs* comme éprouvant de forts affects négatifs et paraissant déprimés. De nombreux auteurs ont pu mesurer le lien entre le SI et les symptomatologies dépressives (Brauer & Wolf, 2016; Chrisman et al., 1995; Dompe, 2011; Mattie et al., 2008; McGregor et al., 2008; Oriel et al., 2004). La dépression, inhérente au névrosisme, est fortement associée au SI (Bernard et al., 2002; Ross et al., 2001). Néanmoins, la dépression et le SI se révèlent deux construits empiriquement distincts (Rohrman et al., 2016), notamment en terme d'attribution causale (Brauer & Wolf, 2016).

Le non-respect de leurs standards de réussite, la suractivité, l'incapacité à tirer satisfaction de leurs résultats et le sentiment d'illégitimité constant amènent les *imposteurs* à éprouver de forts affects dépressifs.

6.1.2.1.3 Les symptômes anxieux

De même, ces personnes présentent d'importants affects anxieux, mesurés dans la dimension névrosisme des traits de personnalité et dont l'association est plus importante qu'avec la dépression (Bernard et al., 2002; Chae et al., 1995; Dompe, 2011; Ross et al., 2001).

Le SI est de plus associé à l'anxiété sociale (Chrisman et al., 1995). Il existe enfin un lien significatif entre ce syndrome et l'anxiété-trait ($r = .65, p < .001$) ainsi qu'avec l'anxiété-état ($r = .39, p < .001$) (Oriel et al., 2004).

6.1.2.2 Le sentiment d'efficacité personnelle dans le syndrome de l'imposteur

6.1.2.2.1 Définition du sentiment d'efficacité personnelle

La manière de percevoir son efficacité personnelle influe sur une grande partie du fonctionnement humain, allant des cognitions aux comportements, en passant par la motivation ou les manifestations émotionnelles. Ce sentiment ne réfère pas nécessairement aux aptitudes ou compétences que l'individu possède mais davantage à ce qu'il croit pouvoir en faire lors de situations diverses (Bandura, 1986, 1997).

Le sentiment d'efficacité personnelle est un jugement de ses capacités à réaliser une tâche donnée avec succès. Les individus ayant un fort sentiment d'efficacité personnelle sont confiants quant à leurs réussites futures. Le sentiment d'efficacité personnelle lui-même, plus que la capacité seule, va pouvoir influencer les efforts, les choix et la persévérance (Bandura, 1986, 1997).

6.1.2.2.2 Les sources du sentiment d'efficacité personnelle

Il existe quatre sources du sentiment d'efficacité personnelle (Bandura, 1997).

La première source correspond à l'expérience active de maîtrise. Elle est fondée sur la maîtrise personnelle des tâches à effectuer.

La deuxième source rend compte de l'expérience vicariante ou de l'expérience indirecte. Elle consiste en l'apprentissage reposant sur le processus de comparaison sociale, c'est-à-dire sur l'observation.

La troisième source est la persuasion verbale. Elle renvoie qu'au travers des feedback évaluatifs, des encouragements, des suggestions, des avertissements, des conseils ou des interrogations de personnes significantes, l'individu peut croire qu'il possède le potentiel nécessaire pour effectuer avec succès un comportement qui pouvait l'embarrasser.

Enfin, la quatrième source évoque les états physiologiques et émotionnels. Une association entre une faible performance et un état émotionnel aversif pourra amener à douter de ses compétences personnelles alors qu'un individu sera plus enclin à croire au succès lorsqu'il n'est pas gêné par un état aversif.

6.1.2.2.3 *Imposteurs efficaces ?*

Le SI est de manière générale associé à un faible sentiment d'efficacité personnelle (Clancey, 2015; Eschbach, 1990; Ives, 2011; Jöstl et al., 2012; Lapp-Rincker, 2003; Vergauwe et al., 2015). Plus précisément, les *imposteurs* présentent une faible expérience active de maîtrise (Blondeau, 2014). Cela témoigne de leurs difficultés à intégrer pleinement leurs compétences ou qualités malgré leurs réussites successives ou les indices objectifs de succès dans leur situation. Ce faible sentiment d'efficacité personnelle peut expliquer 54% de la variance du SI (Vergauwe et al., 2015).

6.1.2.3 L'estime de soi dans le syndrome de l'imposteur

6.1.2.3.1 Définition de l'estime de soi

Le concept d'estime de soi peut référer tant à une évaluation globale de soi (estime de soi globale) qu'à une évaluation spécifique (estime de soi se référant à un domaine particulier) (David, Cote, Szentagota, McMahon, & Digiuseppe, 2013; Rosenberg, Schooler, Schoenbach, & Rosenberg, 1995). Il s'agit d'un jugement de valeur sur soi, positif ou négatif (Rosenberg, 1965). L'estime de soi inclut de plus la notion de performance et d'approbation (Chapitre 11.2.2).

6.1.2.3.2 L'estime de soi des *imposteurs*

La faible estime de soi des *imposteurs* peut expliquer entre 8% et 28% de la variance de leur syndrome (Cherpas, 1998; Harvey, 1981; Ross & Krukowski, 2003; Vergauwe et al., 2015). Oriel et al. (2004) ont constaté un poids important de l'estime de soi en tant que

prédicteur du SI. L'estime de soi des *imposteurs* n'a semble-t-il pas évolué au même rythme que leur situation, leurs compétences ou leur réussite (André & Lelord, 2008).

Toutefois, ils auraient une estime de soi suffisamment bonne pour leur permettre d'atteindre leurs objectifs et réussir leurs tâches (Jamail, 1992). Les *imposteurs* présentent même généralement une bonne estime de soi, leurs *sentiments d'imposture* se manifestant dans un domaine particulier de leur vie (Young, 2011).

Ils se satisferaient même de certaines autres caractéristiques les concernant, comme les compétences sociales ou leur implication dans les tâches qui pourront dès lors être des fondements explicatifs de leur situation (Frieze, 1978; Harvey, 1981; Pirotsky, 2001; Vergauwe et al., 2015).

Ces différentes valeurs prédictives du SI au regard de l'estime de soi rendent compte des difficultés de pouvoir expliquer ce syndrome par cette unique notion. Cette dernière ne permet pas en effet, à elle seule, d'expliquer le SI, ni la manière de ces personnes de percevoir positivement d'autres caractéristiques, ni leur motivation à réussir, ni encore leur réussite objective (Cozzarelli & Major, 1990; Harvey, 1981; Pirotsky, 2001; Smith-Clark, 1988). Bien que liés, les concepts d'estime de soi et de SI sont ainsi à distinguer l'un de l'autre (Cozzarelli & Major, 1990; Kolligian & Sternberg, 1991; Rohrman et al., 2016; Smith-Clark, 1988).

6.1.3 Un syndrome de l'imposteur pathologique ?

Douter de soi peut-être constructif et légitime. Le SI n'est d'ailleurs pas considéré comme une pathologie en tant que tel (Jarrett, 2010), il s'agirait plutôt d'une manifestation normale qui peut s'exprimer au moins une fois dans la vie. Cela réfère davantage à un obstacle au bien-être ou à l'expression de son véritable potentiel qu'à un trouble avéré (Clance, 1985; Kets de Vries, 2005).

Il existe des témoignages positifs dans l'expression du SI (Fruhan, 2002; McElwee & Yurak, 2010). Notamment, pour certaines personnes, ce syndrome leur permettrait d'avoir une forte implication dans leurs activités, pour prouver leurs compétences. Les *sentiments d'imposture* augmenteraient la motivation à réussir, la réflexion, la tendance à être consciencieux(se), afin de favoriser le succès. Ce syndrome favoriserait l'humilité afin de garantir des interactions adaptées et éviter la prétention ou l'orgueil vis-à-vis de sa réussite. Enfin, les *imposteurs* se sentiraient rassurés du fait d'être valorisés ou estimés par autrui, en contradiction avec leur perception d'eux-mêmes. Ces témoignages se révèlent toutefois rares.

Lorsque ce doute devient trop fréquent et trop intense, il peut devenir problématique. Le SI peut notamment influencer la motivation et les décisions de poursuivre ses études ou sa carrière (Blondeau, 2014; Clance & O'Toole, 1987; Clark et al., 2014) ainsi qu'influencer l'absentéisme ou les *turnover* en entreprise (Kets de Vries, 2005). Les *imposteurs* peuvent être amenés à ne pas prendre de risques et adopter certaines exigences en matière de confort (Dudau, 2014a; Steinberg, 1986). Ils tendront ainsi à préférer des positions ou des postes à bas niveau et non stimulants par crainte d'être démaqués s'ils se retrouvaient dans des situations légitimes de leurs capacités (Clance, 1985; Clance & Imes, 1978). Les *imposteurs* se sentent mal à l'aise avec l'intimité et jugent leurs relations potentiellement instables du fait de leurs inquiétudes (Alvarado, 2015). Le SI peut enfin se révéler une cause importante de désaccords, de conflits ou de mésententes conjugales (Clance, 1985).

Même à moindre degré, ce syndrome s'accompagne de préjudices portant atteinte au bien-être comme, entre autres, une faible estime de soi, un sentiment de non-contrôle, une faible perception de compétence ou une forte anxiété (Bouffard et al., 2011).

Ce syndrome peut alors avoir un impact réel et négatif dans la vie des personnes qui le présentent sur le long terme (Brems et al., 1994; Ferrari & Thompson, 2006; September et al., 2001; Studdard, 2002; Ward, 1990), jusqu'à prédire à 15% une détresse psychologique

(Henning et al., 1998; Oriel et al., 2004). Le SI est lié à une diminution du bien-être psychologique ou général et de la satisfaction de vie (Clance & O'Toole, 1987; Henning et al., 1998; September et al., 2001). Le SI peut de plus se ressentir de plus en plus fréquemment et se généraliser à différents domaines de la vie (Leary et al., 2000; McElwee & Yurak, 2010; Sigtler & Wilson, 2001).

6.2 Mesurer le syndrome de l'imposteur

6.2.1 Echelles de mesure

En complément des critères d'observation (Chapitre 1.1, Tableau 1.1.2), plusieurs échelles de mesure du SI sont à ce jour proposées, essentiellement anglophones.

6.2.1.1 Harvey Impostor Phenomenon Scale (HIPS)

Il s'agit de l'une des premières échelles de mesure du SI (Harvey, 1981; Harvey & Katz, 1985). Trois facteurs ont pu être mis en évidence au travers de ces 14 items, ces derniers expliquant 54,7% de la variance du SI : le facteur **Imposteur** (impression de tromper les autres, d'être découvert, de dissimuler des secrets, impression de réussir grâce à la chance ou suite à une erreur), le facteur **Indignité** (réalisations dues à de véritables capacités, sentiment de ne pas mériter la reconnaissance, difficulté d'acceptation des compliments) et le facteur **Inadéquation** (impression d'inauthenticité, manque de confiance en l'avenir). Ces facteurs expliquent chacun respectivement 32,2%, 12,7% et 9,8% de la variance du SI.

Cependant, bien que longuement utilisée, la HIPS est aujourd'hui discutée. Notamment, une mauvaise consistance interne de l'échelle globale ($\alpha = .34$) a pu être rapportée (Edwards, Zeichner, Lawler, & Kowalski, 1987). Les formulations des items pouvaient être perçues de manière trop négative par les répondants, influençant de fait la

précision des réponses (Chrisman et al., 1995). Enfin, il semblerait que la HIPS ne parvienne pas à différencier clairement les personnes présentant le SI des autres (Holmes et al., 1993).

6.2.1.2 Perceived Fraudulence Scale (PFS)

Encore peu utilisée dans les recherches sur le SI, la PFS (Kolligian & Sternberg, 1991) compte 51 items. Elle comporte deux facteurs, **Impression d'inauthenticité** et **Dépréciation de soi**. Plusieurs études ont pu révéler de bons indices de consistance internes, $.88 < \alpha < .95$ (Chrisman et al., 1995; Kolligian & Sternberg, 1991; Leary et al., 2000). Cependant, la limite principale de cet outil se situe dans le fait qu'il ne réfère pas à différents types de situations pouvant suggérer le SI (Kolligian & Sternberg, 1991).

6.2.1.3 Impostorism Scale (IS)

Récente, l'IS (Leary et al., 2000) est encore peu répandue mais courte et simple à utiliser. Bien que présentant d'intéressants critères de validation ($r = .70$ et $.80$, $p < .001$, avec les autres échelles du SI ; $\alpha = .87$; Leary et al., 2000 ; McElwee & Yurak, 2007), elle n'est cependant ni traduite, ni proposée, ni validée en langue française.

6.2.1.4 State Impostor Phenomenon Scale (SIPS)

Une échelle de mesure du SI en tant qu'état psychologique, contrairement aux recherches précédentes qui le référaient plutôt en tant que trait stable de la personnalité, a été développée (Fujie, 2010). Deux facteurs sont confirmés (**Incompétence subjective** et **Sentiments de tromperie envers les autres**), l'échelle étant proposée dans trois types de situations amenant les *sentiments d'imposture* (**nouvelle expérience, évaluation reçue, expérience inattendue**).

La consistance interne de cette échelle est satisfaisante, tant sur l'instrument global ($.79 < \alpha < .86$) que par facteurs ($.71 < \alpha < .87$) quelque soit la situation proposée. De plus, de

nombreux autres construits sont ainsi associés à la SIPS de manière significative, comme l'estime de soi ($-.44 < r < -.36$; $p < .001$) et l'anxiété ($.24 < r < .33$; $p < .001$).

6.2.1.5 Clance Impostor Phenomenon Scale (CIPS)

La CIPS (Clance, 1985) est un outil de choix de mesure de ce syndrome, notamment dans la population générale (Holmes et al., 1993). Créée à partir d'observations cliniques, cette échelle identifie le SI tant dans le domaine clinique que dans le cadre de recherches empiriques. En parallèle de la liste de critères du syndrome (Holmes et al., 1993), sa passation rapide permet d'identifier et mesurer l'intensité du syndrome en tant que tel (French, Ulrich-French, & Follman, 2008) en mesurant un ressenti pouvant se manifester de manière générale, mais pouvant également se référer à des situations spécifiques.

La CIPS différencie de plus le SI d'autres concepts pouvant lui être proches (Chrisman et al., 1995; Ross et al., 2001; Thompson et al., 2000; Want & Kleitman, 2006). Elle démontre une excellente cohérence interne ($.86 < \alpha < .96$) et de fortes corrélations avec d'autres échelles de mesure du SI (Chrisman et al., 1995; Dudau, 2014a; French et al., 2008; Holmes et al., 1993; McElwee & Yurak, 2007, 2010; Pirotsky, 2001).

6.2.2 Caractéristiques de l'échelle

Trois facteurs ont pu être identifiés dans la CIPS, notamment dans la version anglophone (Chrisman et al., 1995; Kertay et al., 1992) et la version germanique (Brauer & Wolf, 2016).

Cependant, plusieurs limites malmènent actuellement l'utilisation de la CIPS pour aider à la mesure du SI. Il convient de noter que ces facteurs semblent instables, certains pouvant se confondre (French et al., 2008) ou certains items n'appartenant pas aux facteurs initiaux (Brauer & Wolf, 2016). Selon les études, le premier facteur peut être nommé tant

Impression de tromper (Chrisman et al., 1995; Kertay et al., 1992) que **Peur de l'échec** (McElwee & Yurak, 2010). L'échelle est peu disponible en langue française. Elle n'est à ce jour pas encore validée dans sa version francophone. Enfin, la validité test-retest n'a pas été étudiée (French et al., 2008).

6.3 Objectifs de la recherche

Le premier objectif de cette étude est d'abord de pouvoir évaluer la validité de la CIPS, notamment au travers de sa consistance interne. Etablir une nouvelle fois le lien entre le SI et diverses manifestations de détresse émotionnelle, ainsi qu'avec le sentiment d'efficacité personnelle et l'estime de soi permettront de distinguer le SI d'autres concepts pouvant porter à confusion. Il s'agira de plus de définir jusqu'à quel point le SI peut être considéré comme une expérience normale sans comorbidités préjudiciables au bien-être.

A l'aide de la seconde étude, les propriétés psychométriques seront évaluées, tant au travers d'une analyse d'items qu'une mesure de sa consistance interne ou l'exploration d'une structure factorielle. Il s'agira de fournir un outil pratique et valide de mesure du SI en langue française. Nous chercherons de plus à mesurer la fidélité test-retest de la CIPS.

CHAPITRE 7

Etude 1 : Validation de la version française de la « Clance Impostor Phenomenon Scale » (CIPS)

7.1 Méthodologie

7.1.1 Population

L'échantillon (N = 549) était composé de 70% de femmes (N_f = 387) et de 30% d'hommes (N_h = 162), âgé de 18 ans à 69 ans (M = 34,81 ; ET = 13,09). Parmi les répondants, 7,3% (N = 40) appartenaient à la catégorie professionnelle **En recherche d'un emploi**, 32,1% (N = 176) à celle **Etudiant(e)**, 46,8% (N = 257) étaient **Actif/ve occupé(e)**, 4,6% (N = 25) étaient **Retraité(e)** et 9,2% (N = 51) se sont situés dans la catégorie **Autre** sans précision supplémentaire.

7.1.2 Matériel

7.1.2.1 Clance Impostor Phenomenon Scale (CIPS)

La CIPS (Clance, 1985) est l'échelle la plus utilisée à ce jour, mesurant le SI en tant que trait. Elle est composée de 20 items et mesure divers manifestations en lien avec l'expression de ce syndrome : le sentiment de donner aux autres une fausse image de soi ; le sentiment d'être moins capable que ses pairs ; la peur de ne pas pouvoir répéter son succès ; l'attribution du succès à la chance, une erreur ou le charme ; la peur de l'échec ou de l'évaluation ; ainsi que le rejet de la reconnaissance d'autrui.

Elle est présentée sous la forme d'une échelle de Likert en 5 points (de « 1, pas du tout » à « 5, tout le temps »). Au score final (entre 20 et 100), plus l'individu obtient un score élevé, plus il présente un SI. Un score égal ou inférieur à 40 correspond à peu de caractéristiques d'un SI. Un score entre 41 et 60 rend compte d'expériences modérées d'un SI. Entre 61 et 80, nous pouvons considéré une forte fréquence d'un SI. Un score au-dessus de 80 indique d'intenses expériences de ce syndrome (Clance, 1985).

7.1.2.2 Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21)

La DASS (Lovibond & Lovibond, 1995) est un outil de mesure plébiscité tant dans le domaine de la pratique clinique que dans celui de la recherche pour évaluer différentes formes de détresses émotionnelles (Ramasawmy, 2015; Tran, Tran, & Fisher, 2013). Il existe deux versions, une première à 42 items (DASS-42) et une seconde à 21 items (DASS-21). Cet outil permet d'évaluer la sévérité des symptômes anxieux au travers de l'activation neurovégétative (items 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20) ainsi que l'anhédonie, le désespoir et l'auto-dévalorisation caractéristiques des symptômes dépressifs (items 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21). Les symptômes de

stress sont mesurés à l'aide de l'irritabilité perçue ou des tensions ressenties dans les relations avec autrui (items 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18).

Le questionnaire est établi sur une échelle de Likert en 4 points (de 0, « pas du tout » à 3, « tout le temps ») sur laquelle le répondant se positionne sur chacun des énoncés, se remémorant son état sur la semaine écoulée. L'instrument est validé en langue française et présente de bonnes propriétés psychométriques, dont un indice de consistance interne satisfaisant pour les trois sous-échelles de dépression ($\alpha = .79$), d'anxiété ($\alpha = .72$) et de stress ($\alpha = .78$) (Ramasawmy, 2015).

7.1.2.3 Positive Affect and Negative Affect Schedule (PANAS)

Le PANAS (Watson, Clark, & Tellegen, 1988) est constitué d'une première sous-échelle d'affects négatifs (PANAS_{AN}) et d'une seconde sous-échelle d'affects positifs (PANAS_{AP}), de 10 items chacune. La sous-échelle d'affects positifs comportent les adjectifs : actif(ve), alerte, attentif(ve), déterminé(e), enthousiaste, excité(e), inspiré(e), intéressé(e), fier(e) et fort(e). La sous-échelle d'affects négatifs est composée des adjectifs : craintif(ve), honteux(se), agité(e), peiné(e), hostile, coupable, nerveux(se), effrayé(e), contrarié(e) et irritable.

Le répondant s'auto-évalue sur une échelle de Likert en 5 points (de 1, « très peu ou pas du tout » à 5, « énormément »). Les instructions s'orientent sur une période de temps donnée, soit à court terme ou à plus long terme. Dans cette étude, la consigne se centrait sur la semaine antérieure à la passation. Les scores s'étendent de 10 à 50 pour chacune des sous-échelles.

Les propriétés psychométriques du PANAS se révèlent satisfaisantes sur différents types de populations (Huebner & Dew, 1995; Kerner, 1992; Watson et al., 1988). La version française présente notamment de bons indices de consistance interne pour les sous-échelles

PANAS_{AP} ($\alpha = .90$) et PANAS_{AN} ($\alpha = .77$), permettant de disposer d'un outil fiable et valide de mesure des dimensions affectives (Bouffard & Lapierre, 1997).

7.1.2.4 Self Efficacy Scale (SES)

La Self Efficacy Scale (Sherer et al., 1982) est un outil d'évaluation du sentiment d'efficacité personnelle. Elle est constituée de 21 items sur lesquels le répondant se situe à l'aide d'une échelle de Likert en 5 points (de 1, « absolument pas d'accord » à 5, « tout à fait d'accord »).

L'échelle a été traduite et adaptée en langue française (Chambon et al., 1992) et présente de bonnes qualités psychométriques. Les indices de consistances internes sont satisfaisant, tant dans sa version anglophone ($.71 < \alpha < .86$) (Sherer et al., 1982) que francophone ($.77 < \alpha < .83$) (Michaud, Savard, Goyer, Paquette, & Prévost, 2013).

7.1.2.5 Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)

La RSES (Rosenberg, 1965) est une échelle de mesure de l'estime de soi, comportant 10 items. Les participants indiquent leur degré d'accord pour chaque affirmation sur une échelle de Likert en 4 point, allant de 1, « tout à fait en désaccord » à 4, « tout à fait en accord ». L'obtention du score se fait en additionnant directement les réponses aux questions 1, 2, 4, 6 et 7. Pour les questions 3, 5, 8, 9 et 10, la cotation est inversée. Le score s'étend de 10 à 40. Un score élevé renvoie à une bonne estime de soi.

L'échelle a été traduite et validée en français. Elle présente de bonne qualités psychométriques avec des indices de cohérences internes compris entre $.70 < \alpha < .90$ (Vallières & Vallerand, 1990).

7.1.3 Procédure

La CIPS a été extraite de la version française de l'ouvrage de Clance (1992). Elle a été soumise sous forme de pré-test afin de récolter les ressentis des participants. Au regard des informations reçues, les adverbes de temps ont été retirés des énoncés pour éviter les redondances avec les réponses suggérées par l'échelle de Likert (Tableau 7.1).

Tableau 7.1 : exemples d'items reformulés après commentaires.

Avant passation :

1. J'ai **souvent** réussi un test ou une tâche même si j'avais peur de ne pas la réussir avant de commencer.
8. Je réalise **rarement** un projet ou une tâche aussi bien que je voudrai le faire.
9. **Parfois** j'estime ou je crois que mon succès dans mon travail ou dans ma vie est dû à une erreur.
14. J'ai **souvent** peur d'échouer à une nouvelle tâche même si je réussis généralement ce que j'essaie.

Après passation :

1. J'ai déjà réussi un test ou une tâche même si j'avais peur de ne pas la réussir avant de la commencer.
 8. Je réalise peu un projet ou une tâche aussi bien que je voudrais le faire.
 9. J'estime ou je crois que mon succès dans ma vie ou dans mon travail est dû à une erreur.
 14. J'ai peur d'échouer à une nouvelle tâche même si je réussis généralement ce que j'essaie.
-

Les participants ont pu compléter les questionnaires au moyen d'une passation via un lien internet sur la plateforme Limesurvey. L'échelle a été diffusée à l'aide des forums de discussion, la passation de questionnaires par internet se révélant une méthode de recueil de données valide (Gosling, Vazire, Srivastava, & John, 2004). L'étude a de plus été proposée à

plusieurs cabinets de coaching en transition de carrière. Les répondants ont rempli la CIPS, la DASS-21, le PANAS, la SES et la RSES sans modification d'ordre.

7.1.4 Traitement des données

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS, version 20. Les questionnaires complets uniquement ont été utilisés pour effectuer les traitements statistiques.

Dans un premier temps, des analyses descriptives ont permis de définir la composition de l'échantillon. Des mesures de tendance centrale et de dispersion ont été effectuées sur les scores des échelles. Une analyse de validité a été menée en s'appuyant sur l'étude de l'alpha de Cronbach. Les analyses de corrélations ont réitéré les liens pouvant exister entre le SI et les différentes variables étudiées. Une analyse de variance multivariée a permis de confirmer les différences d'expression de la détresse émotionnelle, du sentiment d'efficacité personnelle et de l'estime de soi au regard des seuils initiaux établit par Clance (1985). L'établissement d'un modèle, étudié par une analyse factorielle confirmatoire, a permis d'assurer la distinction du SI des autres concepts mesurés.

Dans un second temps, une analyse de régression a suggéré un poids significatif de certaines des variables étudiées. Ces indicateurs ont servi de base à une analyse en clusters afin d'identifier les différents profils de l'échantillon au regard de l'intensité du SI.

7.2 Résultats

7.2.1 Analyses descriptives

Les scores moyens aux différentes échelles sont présentés dans le Tableau 7.2. L'alpha de Cronbach a été calculé afin d'estimer la consistance interne des questionnaires. Les indices de consistance interne rejoignent ceux de la littérature concernant les facteurs de la DASS

VALIDITES DE CONSTRUIT ET DE MESURE DU SYNDROME DE L'IMPOSTEUR :
ETUDE 1

(Ramasawmy, 2015), les sous-échelles PANAS_{AP} et PANAS_{AN} (Bouffard & Lapierre, 1997), la SES (Michaud et al., 2013; Sherer et al., 1982) et la RSES (Vallières & Vallerand, 1990).

Concernant la CIPS, nous constatons un alpha satisfaisant, témoignant d'une consistance interne satisfaisante. Ce résultat est comparable à ceux obtenus par les études de validation de ses versions anglophones et germaniques (Brauer & Wolf, 2016; Chrisman et al., 1995; French et al., 2008; Holmes et al., 1993).

Tableau 7.2 : valeurs moyennes et alpha de Cronbach pour les échelles de mesure

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type	Alpha de Cronbach
CIPS	20	97	62,40	15,22	.92
DASS-21					
Dépression	0	21	7,82	5,35	.90
Anxiété	0	18	4,74	4,28	.84
Stress	0	21	8,23	4,89	.88
PANAS					
Affects Positifs	10	47	27,43	7,93	.88
Affects négatifs	10	50	23,87	8,99	.90
SES	31	97	66,39	13,19	.88
RSES	11	40	27,24	6,14	.89

Notes : CIPS : Clance Impostor Phenomenon Scale ; DASS-21 : Depression Anxiety Stress Scales à 21 items ; PANAS : Positive Affect and Negative Affect Schedule ; SES : Self Efficacy Scale ; RSES : Rosenberg Self-Esteem Scale

7.2.2 Analyses de corrélations

Des coefficients de corrélation (Bravais Pearson) ont été calculés afin d'estimer la validité concourante de la CIPS. Les corrélations ont été observées entre le score total à la CIPS et le score total à chacune des autres échelles. Les résultats des analyses de corrélations sont rassemblés dans le Tableau 7.3.

Tableau 7.3 : corrélations des scores à la CIPS avec les manifestations de détresses émotionnelles (DASS-21, PANAS), le sentiment d'efficacité personnelle (SES) et l'estime de soi (RSES)

	CIPS	DASS _{Dépression}	DASS _{Anxiété}	DASS _{Stress}	PANAS _{AP}	PANAS _{AN}	SES	RSES
CIPS	-	.55	.51	.45	-.35	.51	-.61	-.72
DASS _{Dépression}		-	.63	.67	-.50	.69	-.57	-.65
DASS _{Anxiété}			-	.73	-.20	.73	-.42	-.51
DASS _{Stress}				-	-.21	.80	-.34	-.46
PANAS _{AP}					-	-.18	.54	.55
PANAS _{AN}						-	-.44	-.54
SES							-	.69
RSES								-

Notes : Les corrélations sont toutes significatives à $p < .01$

CIPS : Clance Impostor Phenomenon Scale ; DASS_{Dépression} : 'Depression' ; DASS_{Anxiété} : 'Anxiety' ; DASS_{Stress} : 'Stress' ; PANAS_{AP} : 'Positive Affect' ; PANAS_{AN} : 'Negative Affect' ; SES : Self Efficacy Scale ; RSES : Rosenberg Self-Esteem Scale

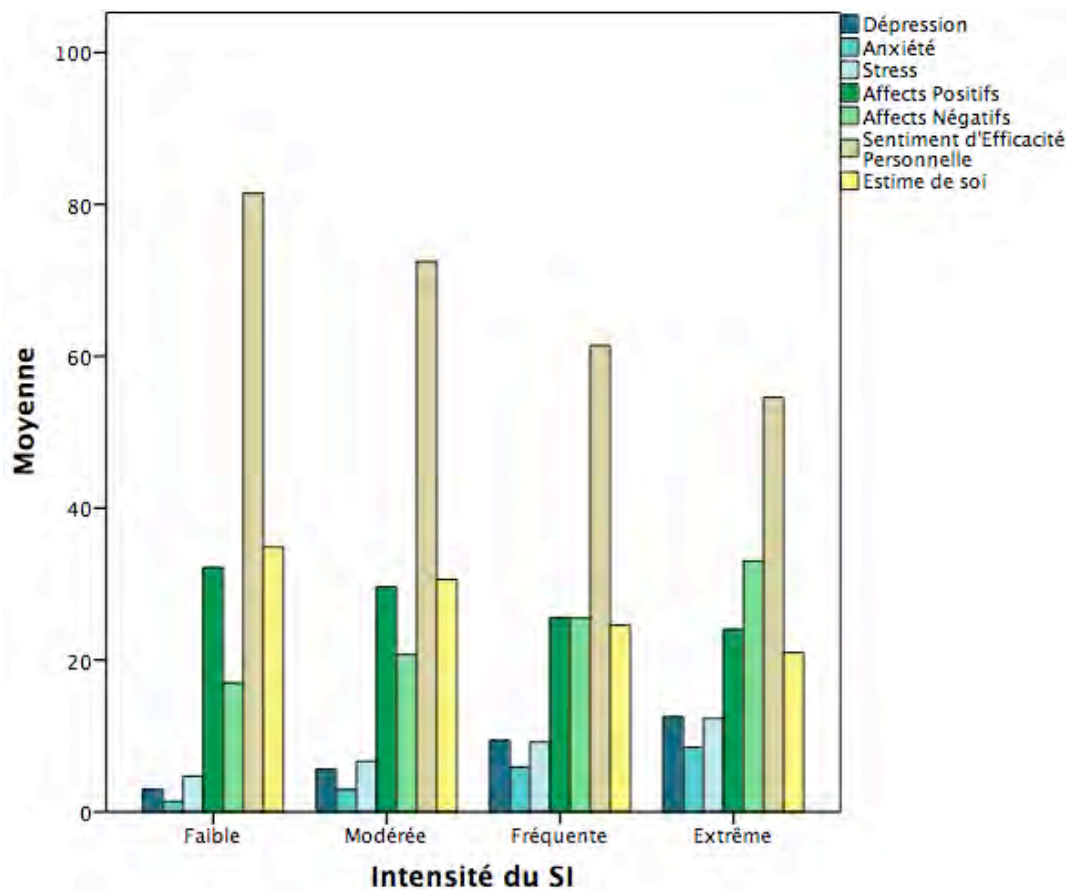
De fortes corrélations émergent entre la CIPS et les trois facteurs DASS_{Dépression}, DASS_{Anxiété} et DASS_{Stress} de la DASS-21, témoignant de l'augmentation de la détresse émotionnelle avec l'augmentation de l'expression du SI. De même, des corrélations fortes à modérées, respectivement entre la CIPS et la sous-échelle PANAS_{AN} et entre la CIPS et la sous-échelle PANAS_{AP} indiquent que plus les individus expriment un SI, plus ils tendent à éprouver d'affects négatifs et moins d'affects positifs. Notamment, il est intéressant de constater que les corrélations les plus fortes sont observées pour les adjectifs **coupables** ($r = .47$; $p < .01$), **honteux(se)** ($r = .47$; $p < .01$) et **craintif(ve)** ($r = .43$; $p < .01$) des affects négatifs.

La corrélation entre la CIPS et la SES se révèle négative. Plus les individus expriment un SI, moins leur sentiment d'efficacité personnelle est important. Malgré leur réussite ou leurs résultats, la perception des *imposteurs* les amène à ne pas prendre en compte cette efficacité. Cette association se retrouve pour l'estime de soi avec une plus forte corrélation.

7.2.3 Analyse de variance multivariée

Dans l'utilisation de la CIPS, Clance (1985) a déterminé quatre niveaux d'intensité du SI : une intensité faible, modérée, forte et une intensité extrême. Afin de confirmer cette approche, une analyse de variance multivariée a été réalisée dans le but de mesurer les scores aux différentes échelles en fonction des quatre niveaux d'intensité du SI. Le test montre un effet multivarié significatif : lambda de Wilks $\lambda = .11$; $F_{3,545} = 22,70$; $p < .001$, $\eta^2 = .23$. La Figure 7.1 propose une représentation graphique de l'évolution des variables étudiées.

Figure 7.1 : représentation graphique de la répartition des scores à la détresse émotionnelle (DASS-21, PANAS), au sentiment d'efficacité personnelle (SES) et à l'estime de soi (RSES) selon les quatre niveaux d'intensité du SI



Note : $N_{\text{Faible}} = 55$; $N_{\text{Modérée}} = 185$; $N_{\text{Fréquente}} = 248$; $N_{\text{Extrême}} = 61$

L'effet de la détresse émotionnelle est confirmé par l'analyse de variance univariée, tant concernant la dépression, $F_{3;545} = 65,76$; $p < .001$, $\eta^2 = .27$, que l'anxiété, $F_{3;545} = 57,96$; $p < .001$, $\eta^2 = .24$ et le stress, $F_{3;545} = 40,20$; $p < .001$, $\eta^2 = .18$.

L'analyse confirme de plus l'effet des affects à valence positive, $F_{3;545} = 21,82$; $p < .001$, $\eta^2 = .11$, et négative, $F_{3;545} = 54,51$; $p < .001$, $\eta^2 = .23$.

Enfin, nous constatons cet effet pour le sentiment d'efficacité personnelle, $F_{3;545} = 100,65$; $p < .001$, $\eta^2 = .36$ et l'estime de soi, $F_{3;545} = 153,05$; $p < .001$, $\eta^2 = .46$.

Un test post hoc (test de Tukey) confirme la différence significative entre chacun des groupes d'intensités différentes du SI concernant la majorité des variables. Une absence de différence est observée concernant les affects positifs entre, d'une part, les intensités faibles et modérées du SI et, d'autre part, les intensités fréquentes et extrêmes du SI. Les résultats sont présentés dans le Tableau 7.4.

Les personnes présentant une faible intensité du syndrome éprouvent davantage d'émotions positives que négatives, $t_{54} = 12,156$; $p < .001$, au contraire des individus qui le manifestent de manière extrême. Ces derniers expriment en effet davantage d'émotions négatives que positives, $t_{60} = -5,908$; $p < .001$.

Tableau 7.4 : moyennes (M), écarts type (ET) et tests post hoc (test de Tukey) des effets des différentes variables sur les quatre niveaux d'intensité mesurés par la CIPS

	Faible		Modérée		Fréquente		Extrême	
	M	ET	M	ET	M	ET	M	ET
DASS _{Dépression}	2,95 ^d	3,25	5,60 ^d	4,24	9,40 ^d	5,00	12,49 ^d	4,96
DASS _{Anxiété}	1,36 ^c	1,89	2,94 ^c	2,95	5,91 ^d	4,40	8,49 ^d	4,15
DASS _{Stress}	4,71 ^c	3,42	6,66 ^c	4,53	9,19 ^d	4,59	12,30 ^d	4,29
PANAS _{AP}	32,16 ^a	8,00	29,63 ^a	7,34	25,58 ^b	7,61	24,00 ^b	7,17
PANAS _{AN}	17,00 ^c	6,54	20,71 ^c	7,26	25,50 ^d	8,51	33,03 ^d	8,38
SES	81,47 ^d	10,29	72,46 ^d	10,08	61,42 ^d	11,23	54,59 ^d	9,80
RSES	34,85 ^d	3,63	30,62 ^d	4,39	24,58 ^d	4,81	20,97 ^d	4,56

Notes : ^a absence de différence significative entre les intensités faible et modérée du SI ; ^b absence de différence significative entre les intensités fréquente et extrême du SI ; ^c différence significative à $p < .05$ entre les intensités faible et modérée du SI ; ^d différence significative à $p < .001$ entre les quatre intensités du SI

CIPS : Clance Impostor Phenomenon Scale ; DASS_{Dépression} : sous-échelle 'Depression' ; DASS_{Anxiété} : sous échelle 'Anxiety' ; DASS_{Stress} : sous-échelle 'Stress' ; PANAS_{AP} : sous-échelle 'Positive Affect' ; PANAS_{AN} : sous-échelle 'Negative Affect' ; SES : Self Efficacy Scale ; RSES : Rosenberg Self-Esteem Scale

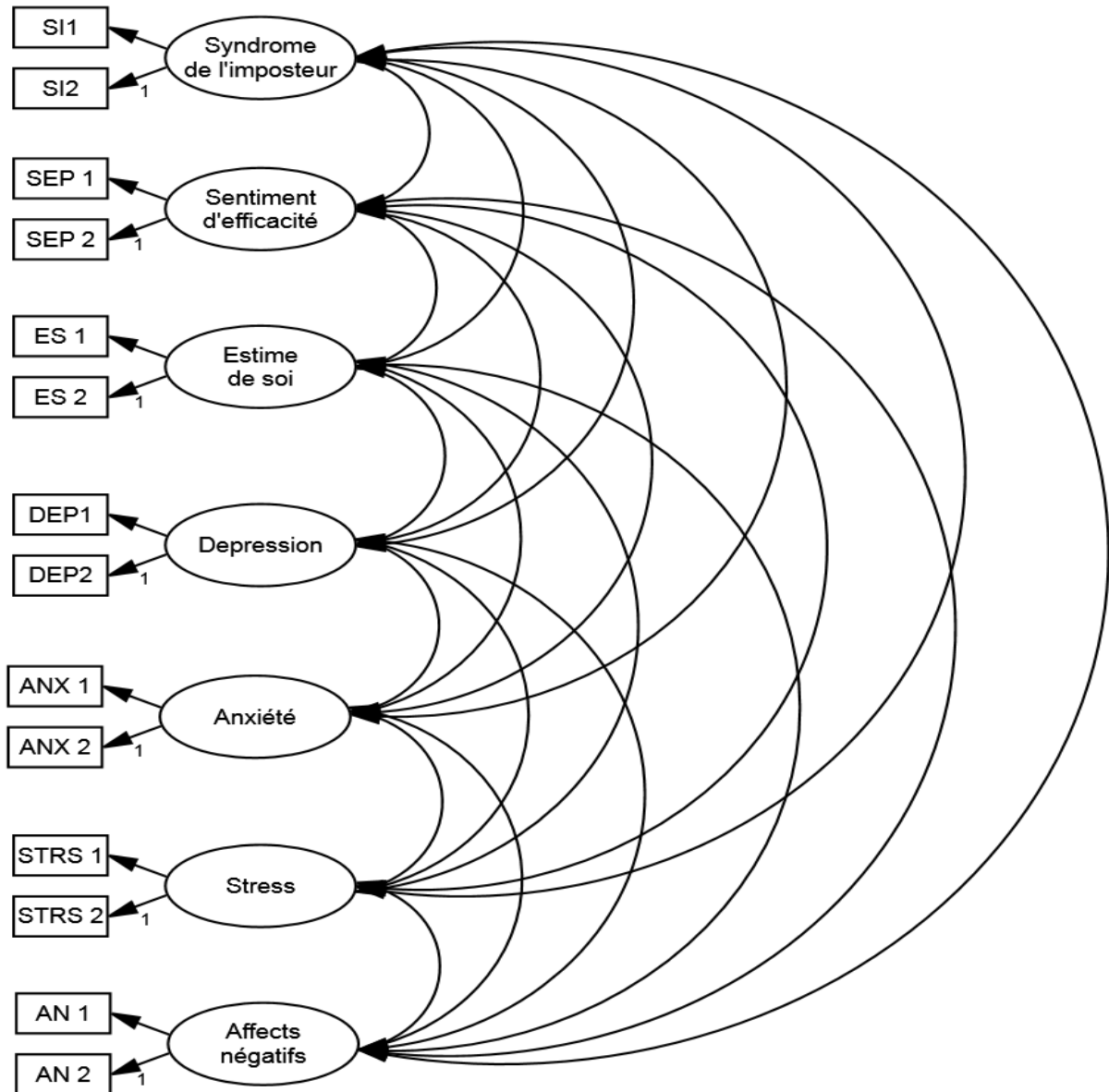
7.2.4 Analyse factorielle confirmatoire

Face aux amalgames inhérents aux descriptions théoriques du SI et de certains autres concepts, et compte tenu des recherches ayant pu affirmer la définition du SI comme un construit indépendant, la nécessité de validé ce concept se pose en préambule à tout autres analyses.

En référence à l'étude de Rohrmann et al. (2016), la validité divergente de la CIPS a été évaluée à l'aide d'une analyse factorielle confirmatoire. Afin de réduire le nombre de variables, les items de chaque échelle ont été regroupés aléatoirement en deux sous-échelles pour toutes les variables étudiées (Marsh, Hau, Balla, & Grayson, 1998). Ces regroupements d'items ont ainsi servi de base d'indicateur de la validité de chaque construit.

La validation du SI comme construit indépendant et distinct s'est effectuée au travers de l'étude de sept modèles. La Figure 7.2 représente le modèle initial décrivant sept construits indépendants, bien que supposés corrélés.

Figure 7.2 : modèle 1, à 7 facteurs, proposant le SI en tant que concept distinct



Notes : SI : Syndrome de l'Imposteur ; SEP : Sentiment d'efficacité personnelle ; ES : Estime de soi ; DEP : Dépression ; ANX : Anxiété ; STRS : Stress ; AN : Affects négatifs

Ce modèle a été comparé aux 6 autres modèles où, pour chacun d'entre eux, le SI était combiné à un second construit afin de proposer un construit commun. Chacun des modèles comparés, composé dès lors de 6 facteurs, possédait donc 1) le SI regroupé à un autre construit, et 2) les 5 construits indépendants restants du modèle initial. L'objectif de l'analyse factorielle confirmatoire était donc de tester dans quel mesure le modèle à 7 facteurs (correspondant au SI en tant que concept distinct) pouvait être considéré comme plus valide que les modèles proposant la combinaison du SI avec d'autres construits semblables (modèles à 6 facteurs). Dans la mesure où les indicateurs choisis respecteront les seuils d'acceptation requis, le Modèle 1 décrivant le SI comme construit distinct témoignera de sa validité en tant que concept indépendant.

Le logiciel AMOS.23 a été utilisé. Afin de tester la validité du modèle, le ratio du Chi deux et du degré de liberté (χ^2/ddl) - le chi deux seul étant sensible à la taille de l'échantillon - a été choisi. Il doit être inférieur à 5 pour témoigner d'un bon ajustement du modèle (Pedhazur & Pedhazur Schmelkin, 1001). De plus, l'indice d'adéquation (GFI) et l'indice d'adéquation ajusté (AGFI) ont été analysés. Les valeurs doivent être supérieures ou égales à .90 (plus elles sont élevées, meilleur est l'ajustement) (Bentler & Bonett, 1980). Le Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) a été mesuré, sa valeur devant être égale ou inférieure à .05 (plus elle est faible, meilleur est l'ajustement). Le Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) a été utilisé pour évaluer la validation. Sa valeur doit être inférieure ou égale à .08 (plus elle est faible, meilleur est l'ajustement du modèle) (Roussel, 2005). La comparaison des différents modèles s'est enfin basée sur et l'indice comparatif d'ajustement (CFI), dont la valeur doit être supérieure à .90, et le Aikake information criterion (AIC), cet indice permettant de déterminer parmi plusieurs modèles alternatifs le modèle le plus parcimonieux. Il doit être le plus faible possible. Les corrélations entre les facteurs ont été observées.

Le Modèle 2 propose le regroupement du SI avec le sentiment d'efficacité personnelle. Le Modèle 3 combine le SI avec l'estime de soi. Les Modèles 4, 5 et 6 réunissent respectivement le SI et la dépression, l'anxiété et le stress. Le Modèle 7 regroupe le SI et les affects négatifs.

L'ensemble des indices selon les modèles est présenté dans le Tableau 7.5. Le Modèle 1 présente les indicateurs les plus satisfaisants, témoignant de la validité de construit du SI en tant que concept indépendant. Le SI peut donc être considéré comme un concept certes corrélés à l'estime de soi, au sentiment d'efficacité personnelle et à la détresse émotionnelle, mais comme un construit distinct de ces différentes notions. Les indices de covariances entre le SI et chacun des six autres facteurs sont de plus en dessous du seuil maximum de discrimination proposé (.85) (Brown, 2006).

La Figure 7.3 représente le Modèle 1 validé.

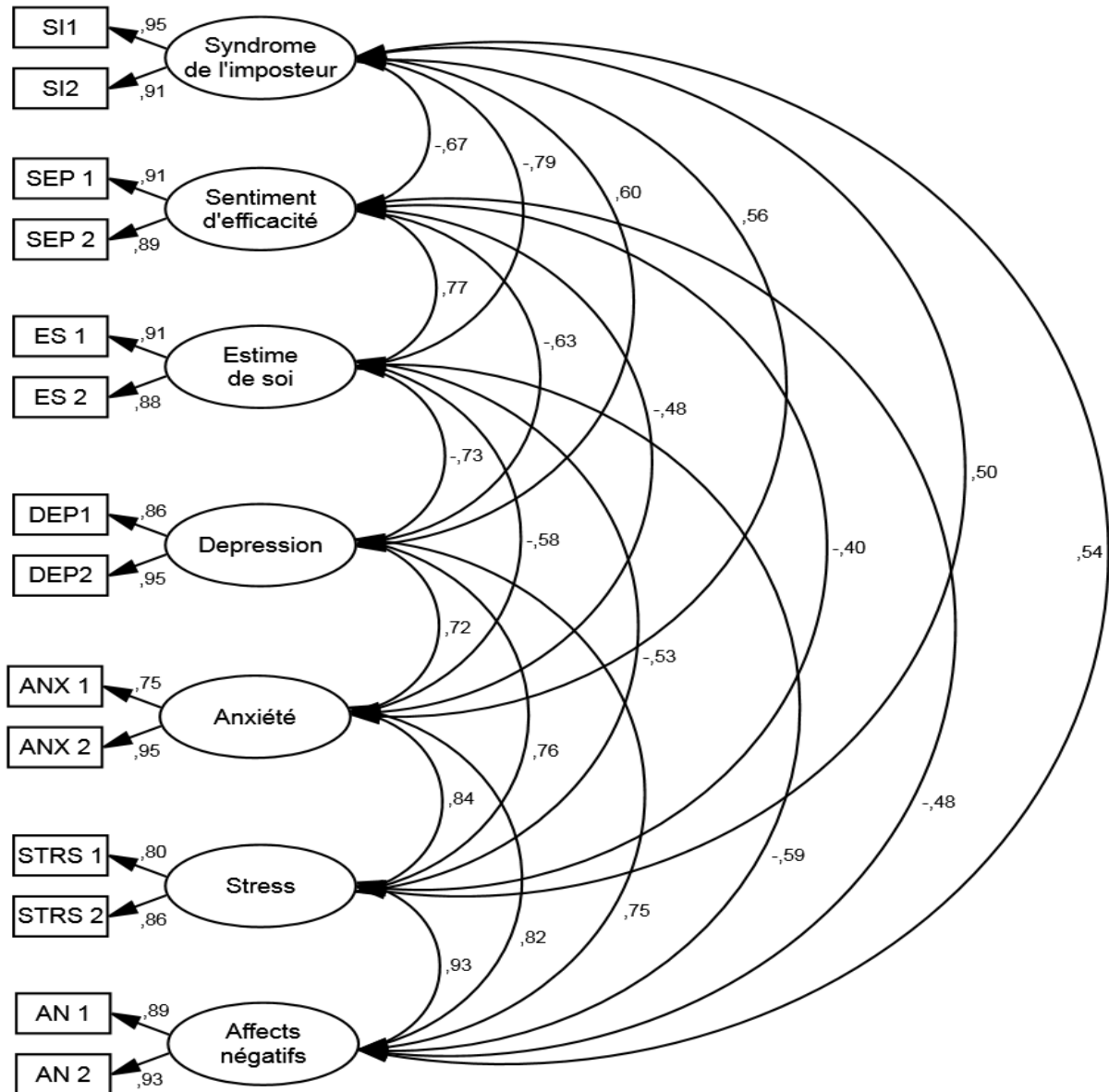
Tableau 7.5 : indices d'acceptabilité des modèles proposés dans la validation du construit du
SI

	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4	Modèle 5	Modèle 6	Modèle 7
χ^2/ddl	3,309	10,197	8,112	13,241	13,119	15,110	16,073
GFI	0,953	0,854	0,874	0,820	0,817	0,794	0,791
AGFI	0,911	0,753	0,787	0,697	0,691	0,652	0,646
RMSEA	0,065	0,130	0,114	0,149	0,149	0,160	0,166
SRMR	0,024	0,052	0,036	0,058	0,116	0,133	0,087
CFI	0,981	0,915	0,934	0,886	0,888	0,869	0,860
AIC	283,287	718,234	588,926	906,939	899,358	1022,83	1082,557

Notes : Modèle 1 : SI = indépendant ; Modèle 2 : SI = sentiment d'efficacité personnelle ;
Modèle 3 : SI = estime de soi ; Modèle 4 : SI = dépression ; Modèle 5 : SI = Anxiété ; Modèle
6 : SI = stress ; Modèle 7 : SI = affects négatifs

Les valeurs en **gras** respectent les seuils d'acceptation de l'indicateur

Figure 7.3 : modèle 1, à 7 facteurs, validant le SI en tant que concept distinct



Notes : SI : Syndrome de l'Imposteur ; SEP : Sentiment d'efficacité personnel ; ES : Estime de soi ; DEP : Dépression ; ANX : Anxiété ; STRS : Stress ; AN : Affects négatifs

7.2.5 Analyse de régression multiple

Afin de poursuivre le second objectif d'exploration d'un seuil « pathologique » du SI, une analyse de régression multiple a été réalisée pour déterminer les prédicteurs des scores à la CIPS. Le Tableau 7.6 présente ces résultats.

Parmi toutes les variables sélectionnées, l'estime de soi (51%), le sentiment d'efficacité personnelle (22%) et l'anxiété (13%) se révèlent des prédicteurs significatifs. Les affects positifs sont significativement prédicteur avec toutefois un poids plus faible (9,5%). Les autres variables ne prédisent pas de manière significative le score à l'échelle du SI. Ce modèle, $F_{7;541} = 102,16$; $p < .001$, explique 56% de la variance de la CIPS ($R^2_{\text{ajusté}} = .564$).

Tableau 7.6 : analyse de régression des prédicteurs au score de la CIPS

Variabes	B	Erreur standard	β	t	Signification
DASS _{Dépression}	.078	.141	.027	.554	.580
DASS _{Anxiété}	.461	.162	.130	2,836	.005
DASS _{Stress}	.138	.160	.044	.862	.389
PANAS _{AP}	.181	.074	.095	2,465	.014
PANAS _{AN}	.005	.093	.003	.057	.954
SES	-.250	.048	-.216	-5,207	.001
RSES	-1,274	.112	-.514	-11,362	.001

CIPS : Clance Impostor Phenomenon Scale ; DASS_{Dépression} : 'Depression' ; DASS_{Anxiété} : 'Anxiety' ; DASS_{Stress} : 'Stress' ; PANAS_{AP} : 'Positive Affect' ; PANAS_{AN} : 'Negative Affect' ; SES : Self Efficacy Scale ; RSES : Rosenberg Self-Esteem Scale

Les valeurs en **gras** rendent compte de la significativité du caractère prédictif des variables étudiées

7.2.6 Analyse des clusters

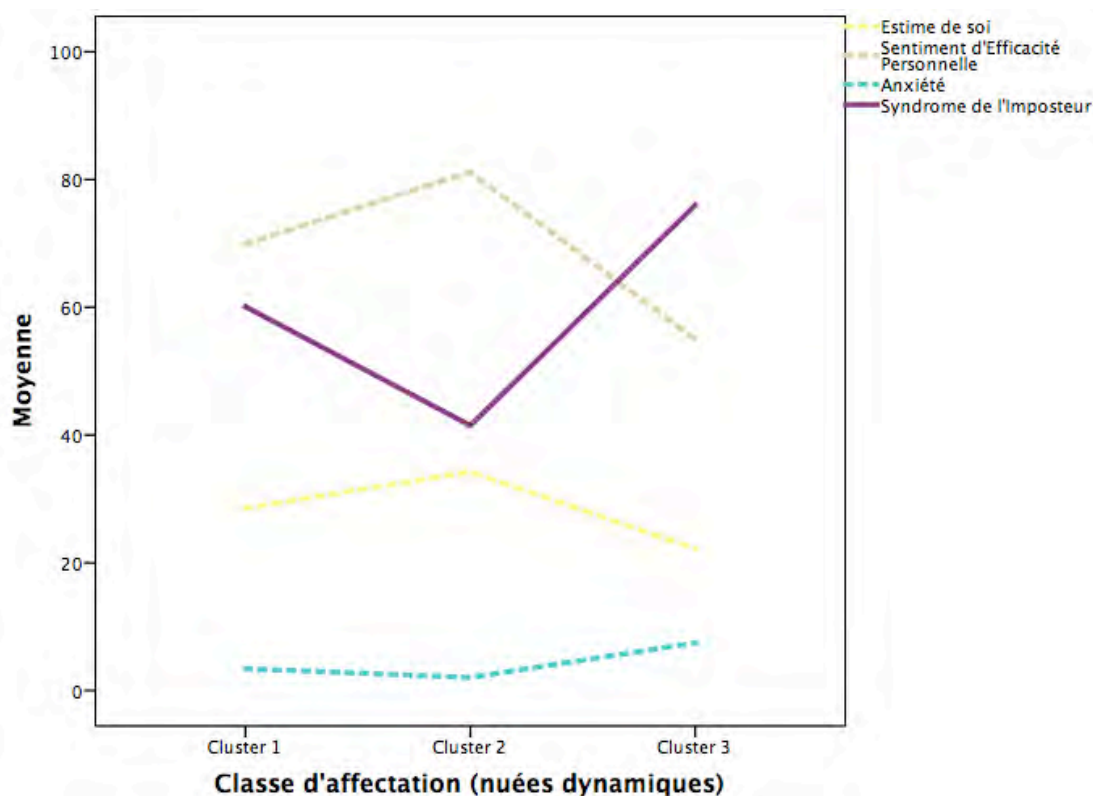
Suite à l'analyse de régression, une analyse hiérarchique en cluster a été réalisée afin de déterminer les profils de notre échantillon au regard de l'expression du SI. La méthode de Ward a été utilisée pour minimiser la variabilité à l'intérieur des différents profils identifiés (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 1998). Etant données que toutes les mesures ne sont pas significativement prédictives dans notre modèle, seules les variables prédictives de la CIPS et ayant un poids important ont été incluses dans l'analyse : l'estime de soi (RSES), le sentiment d'efficacité personnelle (SES) et l'anxiété (DASS_{Anxiété}). Le carré de la distance euclidienne a été utilisé pour déterminer la distance entre les répondants sur les dimensions sélectionnées.

L'analyse des coefficients d'agglomération indique une différence importante entre les étapes 545 et 546, suggérant l'émergence de clusters hétérogènes. Cette analyse, ainsi que le dendrogramme, indiquaient qu'un découpage en trois groupes semblait le plus approprié (Yim & Ramdeen, 2015). Ces trois groupes représentent des personnes présentant le SI à des degrés différents et ayant des profils distincts en termes d'estime de soi, de sentiment d'efficacité personnelle et d'anxiété.

Une analyse en cluster non hiérarchique avec la méthode des k-moyennes a été réalisée. Les résultats ont confirmé la composition des trois clusters. Le cluster 1 était composé de 207 répondants (38 % de l'échantillon), le cluster 2 en comprenait 121 (22 %) et le troisième cluster comptait 221 participants (40 %).

La Figure 7.4 présente les caractéristiques mesurées pour chacun des trois groupes.

Figure 7.4 : caractéristiques de l'échantillon selon le syndrome de l'imposteur (CIPS), l'estime de soi (RSES), le sentiment d'efficacité personnelle (SES) et l'anxiété (DASS_{Anxiété})



Note : $N_{\text{cluster1}} = 207$; $N_{\text{cluster2}} = 121$; $N_{\text{cluster3}} = 221$

Le cluster 1, les **imposteurs**, est caractérisé par des scores modérés d'estime de soi et de sentiment d'efficacité personnelle ainsi que par un score moyen d'anxiété. L'intensité du SI peut à ce stade est qualifié de modérée ou fréquente (Clance, 1985). Les répondants du cluster 2, les **non-imposteurs**, ont des scores élevés d'estime de soi, de sentiment d'efficacité personnelle ainsi que des scores faibles en anxiété et en intensité du SI. Le cluster 3, les **imposteurs-intenses**, est composé de participants ayant des scores faibles en estime de soi et en sentiment d'efficacité personnelle ainsi que des scores élevés en anxiété et intensité du SI. Les données descriptives de la CIPS concernant les profils du SI sont présentées dans le Tableau 7.7.

Tableau 7.7 : scores minimums, maximums, moyennes (M), indices de confiance (95%) et écarts type à la CIPS selon les clusters

CIPS	score _{Min}	score _{Max}	M	95% IC	ET
Cluster 1 ^a	33	78	60,11	[59,09 ; 61,13]	7,44
Cluster 2 ^b	20	58	41,49	[40,11; 42,87]	7,67
Cluster 3 ^c	57	97	75,99	[74,95 ; 77,03]	7,86

CIPS : Clance Impostor Phenomenon Scale

Notes : ^a N = 207 ; ^b N = 121 ; ^c N = 221

7.2.6.1 Validation des clusters

Afin de valider la solution à trois groupes, un test de MANOVA a été réalisé sur les clusters et les variables relatives à l'estime de soi, au sentiment d'efficacité personnelle, à l'anxiété et au SI.

Le test montre un effet multivarié significatif : lambda de Wilks $\lambda = .14$; $F_{8,1086} = 225,519$; $p < .001$, $\eta^2 = .62$. Cet effet multivarié étant statistiquement significatif, les effets univariés ont été analysés. Un effet univarié a été observé pour l'estime de soi, $F_{2,546} = 377,00$; $p < .001$, $\eta^2 = .58$, le sentiment d'efficacité personnelle, $F_{2,546} = 421,90$; $p < .001$, $\eta^2 = .61$, l'anxiété, $F_{2,546} = 109,16$; $p < .001$, $\eta^2 = .29$ et l'intensité du SI, $F_{2,546} = 807,43$; $p < .001$, $\eta^2 = .75$.

Un test post hoc (test de Tukey) confirme la différence significative entre chacun des clusters concernant ces différentes variables. Les données descriptives sont présentées dans le Tableau 7.8.

Tableau 7.8 : moyennes (M), écarts types (ET) et tests post-hoc (test de Tukey) des effets des trois catégories de clusters sur l'estime de soi, le sentiment d'efficacité personnelle et l'anxiété selon les profils du SI

	Non-imposteurs		Imposteurs		Imposteurs-intenses	
	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>
RSES	34,25*	3,34	28,57*	3,92	22,17*	4,36
SES	81,18*	8,23	69,93*	8,42	54,98*	8,18
DASS _{Anxiété}	2,04*	2,80	3,42*	3,26	7,45*	4,29
CIPS	41,49*	7,67	60,11*	7,44	75,99*	7,86

Note : dans chaque rangée, les moyennes ayant les mêmes indices sont significativement différentes entre elles à * $p < .001$

CIPS : Clance Impostor Phenomenon Scale ; DASS_{Anxiété} : sous-échelle 'Anxiety' ; SES : Self Efficacy Scale ; RSES : Rosenberg Self-Esteem Scale

Afin d'identifier d'éventuelles différences dans les trois clusters sur les scores de dépression (DASS_{Dépression}), de stress (DASS_{Stress}) et d'affects positifs (PANAS_{AP}) et négatifs (PANAS_{AN}), un test de MANOVA a été réalisé. Le test montre un effet multivarié significatif : lambda de Wilks $\lambda = .561$; $F_{8;1086} = 45,466$; $p < .001$, $\eta^2 = .25$.

Un effet univarié a été observé pour la dépression, $F_{2;546} = 162,71$; $p < .001$, $\eta^2 = .37$, le stress, $F_{2;546} = 66,33$; $p < .001$, $\eta^2 = .61$, les affects positifs, $F_{2;546} = 76,89$; $p < .001$, $\eta^2 = .22$, et les affects négatifs, $F_{2;546} = 93,34$; $p < .001$, $\eta^2 = .26$.

Un test post hoc (test de Tukey) confirme la différence significative entre chacun des clusters concernant ces différentes variables. Les données descriptives sont présentées dans le Tableau 7.9.

Tableau 7.9 : moyennes (M), écarts types (ET) et tests post-hoc (test de Tukey) des effets des trois catégories de clusters sur la dépression, le stress et les affects selon les profils du SI

	Non-imposteurs		Imposteurs		Imposteurs-intenses	
	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>
DASS _{Dépression}	3,73*	3,91	6,12*	4,15	11,65*	4,98
DASS _{Stress}	5,53*	4,24	7,11*	4,51	10,76*	4,42
PANAS _{AP}	32,49*	7,13	28,99*	7,28	23,19*	6,70
PANAS _{AN}	18,15*	6,70	21,56*	7,34	29,18*	8,67

Note : dans chaque rangée, les moyennes ayant les mêmes indices sont significativement différentes entre elles à * $p < .001$

DASS_{Dépression} : sous-échelle 'Depression' ; DASS_{Stress} : sous-échelle 'Stress' ; PANAS_{AP} : sous-échelle 'Positive Affect' ; PANAS_{AN} : sous-échelle 'Negative Affect'

7.2.6.2 Caractéristique des clusters

Les capacités à identifier correctement les personnes présentant le SI et à les différencier des **non-imposteurs** résident tant dans l'utilisation de la CIPS que dans la prise en compte des incidences que peut amener ce syndrome sur le bien-être et la détresse psychologique qui peut en découler (Holmes et al., 1993). Cette différenciation sera établie au regard des seuils critiques des scores à la DASS_{Dépression}, la DASS_{Anxiété} et à la DASS_{Stress} (Lovibond & Lovibond, 1995) tout en considérant les différences d'expression affectives.

Les données descriptives des **non-imposteurs** indiquent que les scores de ces profils à la DASS_{Dépression} ($M_{95\%IC}$ [3,02 ; 4,43]), à la DASS_{Anxiété} ($M_{95\%IC}$ [1,54 ; 2,55]) et à la

DASS_{Stress} ($M_{95\%IC}$ [4,77 ; 6,29]) se situent dans les seuils normaux de la dépression (seuil_{Min} = 0 ; seuil_{Max} = 4), de l'anxiété (seuil_{Min} = 0 ; seuil_{Max} = 3), et du stress (seuil_{Min} = 0 ; seuil_{Max} = 7). Une comparaison des expressions affectives intra-sujets suggère que les **non-imposteurs** éprouvent davantage d'émotions positives que négatives, $t_{120} = 18,03$; $p < .001$.

Dans notre étude, les **imposteurs** ($M_{95\%IC}$ [59,09 ; 61,73]) présentent un score proche des seuils modérés-maximum et fréquents-minimum élaborés par Clance (1985) pour définir l'intensité du syndrome. Ces individus possèdent un score à la DASS_{Dépression} ($M_{95\%IC}$ [5,55 ; 6,69]) pouvant être qualifié de moyen (seuil_{Min} = 5 ; seuil_{Max} = 6). Leur score à la DASS_{Anxiété} ($M_{95\%IC}$ [2,97 ; 3,87]) est au-dessus du seuil normal (seuil_{Min} = 0 ; seuil_{Max} = 3) proche d'une expression moyenne (seuil_{Min} = 4 ; seuil_{Max} = 5). Le score à la DASS_{Stress} ($M_{95\%IC}$ [6,50 ; 7,72]) se situe dans les seuils normaux (seuil_{Min} = 0 ; seuil_{Max} = 7) mais à la limite d'une expression moyenne (seuil_{Min} = 8 ; seuil_{Max} = 9). Une comparaison des expressions affectives intra-sujets suggère que les **imposteurs** ressentent plus d'émotions positives que négatives, $t_{206} = 10,07$; $p < .001$ bien qu'ils ressentent davantage d'émotions négatives que les **non-imposteurs** (Tableau 7.9).

Les données descriptives des **imposteurs-intenses** ($M_{95\%IC}$ [74,95 ; 77,03]) indiquent que ces profils ont des scores à la DASS_{Dépression} ($M_{95\%IC}$ [11,05 ; 12,24]), à la DASS_{Anxiété} ($M_{95\%IC}$ [6,88 ; 8,02]) et à la DASS_{Stress} ($M_{95\%IC}$ [10,18 ; 11,35]) correspondant respectivement à des symptômes dépressifs sévères (seuil_{Min} = 11 ; seuil_{Max} = 13), des symptômes anxieux modérés à sévères (respectivement seuil_{Min} = 6 ; seuil_{Max} = 7 et seuil_{Min} = 8 ; seuil_{Max} = 9) et des manifestations modérées de stress (seuil_{Min} = 10 ; seuil_{Max} = 12). Une comparaison des expressions affectives intra-sujets indique que les **imposteurs-intenses** éprouvent de plus davantage d'émotions négatives que positives, $t_{220} = -8,68$; $p < .001$.

7.3 Discussion

L'objectif de cette étude était de pouvoir valider la Clance Impostor Phenomenon Scale (CIPS) dans sa version francophone, notamment en termes de validités convergentes et divergentes. Il visait ainsi à explorer certaines manifestations psychopathologiques à l'aide d'outils différents des précédentes recherches pour 1) différencier le SI de concepts proches mais distincts, et 2) suggérer la possibilité d'un SI pouvant être qualifié de pathologique.

Parmi les participants de cette étude, 40% présentait un SI intense, témoignant d'une forte fréquence de ce syndrome et de la nécessité de pouvoir l'étudier. Cette proportion peut paraître importante, notamment en comparaison de la littérature, mais elle peut s'expliquer du fait que notre échantillon est majoritairement composé d'actifs/ves occupés/ées. De plus, le recrutement des participants au moyen de diffusion par les coaches en transition de carrière à leur liste de contacts et de clients peut expliquer ce taux important de personnes présentant le SI. Ce syndrome se retrouve effectivement fréquemment lors des phases de transition de vie (Clance, 1985; Harvey, 1981).

Les résultats de cette étude ont d'abord confirmé la consistance interne satisfaisante de la CIPS, première mesure de validation. La constitution d'un modèle explorant l'expression conjointe des manifestations du SI et d'autres construits proches a permis de confirmer l'existence du SI en tant que concept distinct et d'appuyer les validités convergentes et divergentes de la CIPS. Bien que corrélé et parfois fortement associé, ce syndrome se révèle différent d'un état émotionnel aversif, de la dépression (Brauer & Wolf, 2016; Rohrmann et al., 2016), de l'anxiété et du stress, ainsi que de l'estime de soi (Cozzarelli & Major, 1990; Harvey, 1981; Pirotsky, 2001; Rohrmann et al., 2016; Smith-Clark, 1988) et du sentiment d'efficacité personnelle. Ces résultats sont importants tant pour appuyer l'existence d'un syndrome encore peu connu ou reconnu (Tice & Wallace, 2003) que pour permettre

l'identification du SI et un accompagnement adapté des *imposteurs*.

Les résultats ont appuyé les différences d'intensités possibles du SI selon les seuils fournis par Clance (1985) dans l'utilisation de l'échelle. Néanmoins, les affects positifs ne différaient pas de manière significative entre les intensités faible et modérée, d'une part, et les intensités fréquentes et extrêmes d'autre part. Les *imposteurs* expriment toutefois plus d'émotions négatives que les autres, ce qui rejoint la littérature (McElwee & Yurak, 2007, 2010), notamment de honte, de culpabilité et de peur. Ces ressentis sont fréquemment rencontrés chez les *imposteurs* du fait de leur difficulté à respecter leur niveau élevé d'exigence, de leur sentiment d'inadéquation dans leurs interactions sociales, de leur sentiment de ne pas mériter leur situation actuelle et de leur crainte de voir leur imposture mise à jour (Clance & O'Toole, 1987; Cowman & Ferrari, 2002; Kolligian & Sternberg, 1991).

A l'instar de la littérature, notre étude a confirmé un lien positif entre le SI et diverses manifestations psychopathologiques comme la dépression, l'anxiété et le stress. De même, les personnes exprimant ce syndrome tendent à avoir un faible sentiment d'efficacité personnelle et une faible estime de soi. L'analyse de régression a pu mettre en évidence les effets significatifs de l'anxiété, du sentiment d'efficacité personnelle et de l'estime de soi, poids retrouvés dans la littérature scientifique (Oriol et al., 2004). Enfin, l'analyse en clusters a permis de mettre en évidence trois profils dans notre échantillon en fonction de l'intensité du SI : les **non-imposteurs**, les **imposteurs** et les **imposteurs-intenses** en fonction de ces trois variables prédictives. Ces types de profils n'apparaissent pas dans la littérature scientifique contemporaine.

Les **non-imposteurs** sont des personnes qui expriment peu de ressentis en lien avec le SI, en présentant une faible détresse émotionnelle, une bonne appréhension de leur efficacité et une bonne estime de soi.

Les **imposteurs** expriment quant à eux un SI déjà fréquent, au regard des seuils fournis par Clance (1985), tout en présentant encore une bonne estime de soi et un sentiment d'efficacité personnelle moyen, bien que de manière plus faible que les **non-imposteurs**. Ce résultat suggère tant une diminution de la valorisation personnelle dans le SI qu'une possibilité, en parallèle, d'exprimer ce syndrome en gardant une image relativement positive de soi. En effet, les *imposteurs* peuvent certes se juger illégitimes dans certains domaines de leur vie, se dévaloriser et craindre le jugement des autres, comme être tout autant satisfaits d'autres caractéristiques, atouts ou qualités dont ils peuvent disposer. Ils parviennent ainsi à garder un sentiment de valeur personnelle adéquat. De plus, la détresse émotionnelle est modérée, suggérant un impact moindre de ce syndrome, pouvant rejoindre certains témoignages à ce sujet (Fruhan, 2002; McElwee & Yurak, 2010). Cependant, cette détresse émotionnelle se révèle tout même plus importante que pour les **non-imposteurs**, traduisant des effets préjudiciables au bien-être individuel lorsque ce syndrome s'exprime même à moindre degré.

Enfin, les **imposteurs-intenses** présentent une prédominance d'affects négatifs, des symptomatologies dépressives, anxieuses et de stress importantes, ainsi qu'une faible estime de soi et un faible sentiment d'efficacité personnelle. Ce résultat suggère le caractère potentiellement pathologique d'un SI extrême (Clance, 1985), au regard de ses comorbidités, et témoigne de la nécessité de pouvoir le prendre en charge (Chapitre 11.3). A cette intensité du SI, l'image négative de soi autoalimentée du fait de ne pas se sentir légitime et compétent, l'anxiété intense de pouvoir être démasqué et le manque de confiance en ses capacités, malgré ses réussites, font de ce syndrome une problématique de bien-être psychologique.

Ces trois profils rendent ainsi compte des caractéristiques différentes pouvant se manifester dans l'expression et l'intensité du SI.

Les résultats de cette première étude de validation restent cependant à relativiser

compte-tenu de l'utilisation de questionnaires auto-administrés. L'absence de prise en considération d'entretiens cliniques dans l'établissement des profils peut laisser penser à une classification arbitraire. La différenciation des **imposteurs** et des **non-imposteurs** s'est toutefois faite en mesurant la sévérité des symptômes anxieux dont les seuils normaux et modérés se retrouvaient confondus dans le cluster des **imposteurs**. De plus, les échelles utilisées pour mesurer la détresse émotionnelle (DASS-21 et PANAS) s'orientent sur un intervalle de temps donné, amenant le répondant à évaluer son état affectif sur la semaine antérieure. Cette restriction temporelle amène une mesure de moindre qualité du vécu émotionnel inhérent au SI en comparaison d'une période plus étendue. Enfin, le taux important *d'imposteurs* témoigne du biais de sélection impliqué dans l'utilisation de la diffusion d'études sur internet.

La CIPS présente toutefois de bonnes propriétés pour mesurer la présence et l'intensité d'un syndrome généralement gardé secret. Prendre en charge un SI peut s'avérer utile même si ce dernier s'exprime à moindre degré, étant donné ses impacts possibles sur le bien-être. A un degré intense, ce syndrome peut être vécu de manière pathologique au regard de ses comorbidités. Cette étude appuie tant la nécessité de pouvoir prendre en charge les personnes exprimant le SI que l'utilisation de la CIPS dans ces accompagnements.

CHAPITRE 8

Etude 2 : Propriétés psychométriques de la « Clance Impostor Phenomenon Sale » (CIPS)

8.1 Méthodologie

8.1.1 Population

L'échantillon (N = 1597) était composé de 69,5% de femmes ($n_f = 1110$) et de 30,5% d'hommes ($n_h = 487$), âgé de 18 ans à 65 ans ($M = 29,87$; $ET = 9,508$). Parmi les répondants, 6,87% (N = 108) appartenaient à la catégorie professionnelle **En recherche d'un emploi**, 37,6% (N = 601) à celle **Etudiant(e)**, 54,2% (N = 867) à la catégorie **Actif/ve occupé(e)**, 0,3% (N = 4) étaient **Retraité(e)** et 1,1% (N = 17) se sont situés dans la catégorie **Autre** sans précision supplémentaire.

8.1.2 Matériel

8.1.2.1 Clance Impostor Phenomenon Scale (CIPS)

Un cut-off à 62 a été établi pour différencier les personnes exprimant un SI de ceux ne le manifestant pas (Holmes et al., 1993). Trois facteurs de la CIPS (Clance, 1985) ont pu être mis en évidence (Brauer & Wolf, 2016; Chrisman et al., 1995; Kertay et al., 1992; McElwee & Yurak, 2010).

Le facteur 1, **Sentiment de tromper** (*Fake*, en anglais) ou **Peur de l'échec** (*Fear of failure*, en anglais) réfère au doute constant vis-à-vis de soi, de son intelligence ou de ses compétences. Ce premier facteur peut expliquer entre 38.5% (Chrisman et al., 1995) et 26.78% (McElwee & Yurak, 2010) de la variance de l'échelle et présente une bonne consistance interne, allant de $\alpha = .84$ (Brauer & Wolf, 2016; French et al., 2008) à $\alpha = .89$ (McElwee & Yurak, 2010).

Le deuxième facteur, **Attribution du succès** (*Luck*, en anglais) décrit la tendance des *imposteurs* à attribuer leur réussite à des causes externes comme la chance, le hasard ou les relations, au détriment de leurs compétences réelles. Ce facteur peut expliquer entre 19.59% (McElwee & Yurak, 2010) et 7.2% (Chrisman et al., 1995) de la variance de l'échelle. Il présente aussi une bonne consistance interne, de $\alpha = .60$ ou $.70$ (Brauer & Wolf, 2016; French et al., 2008) à $\alpha = .74$ (McElwee & Yurak, 2010).

Enfin, le **Dénigrement des compétences** (*Discount*, en anglais) en tant que troisième facteur, rend compte des difficultés à reconnaître, accepter et être fier de sa performance ou de sa réussite dans le SI. Ce troisième facteur peut expliquer entre 9.2% (Chrisman et al., 1995) et 14.87% (McElwee & Yurak, 2010) de la variance de l'échelle. Il présente une bonne consistance interne, allant de $\alpha = .73$ (Brauer & Wolf, 2016), $\alpha = .76$ (McElwee & Yurak, 2010), à $\alpha = .79$ (French et al., 2008).

8.1.3 Procédure

Les participants ont pu compléter la CIPS sur les années 2014 à 2016 au moyen d'une passation via un lien internet sur la plateforme Limesurvey. L'échelle a été diffusée à l'aide des forums de discussion, des secrétariats d'universités ou de plusieurs associations universitaires ou professionnelles. Une seconde passation a été réalisée à quatre semaines d'intervalle pour une mesure de la fidélité test-retest.

8.1.4 Traitement des données

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS version 20. Les questionnaires complets uniquement ont été utilisés pour effectuer les traitements statistiques.

Dans un premier temps, des analyses descriptives ont permis de définir la composition de l'échantillon. Des mesures de tendance centrale et de dispersion ont été effectuées sur les scores de l'échelle, de manière globale puis au regard du profil *imposeur* vs *non-imposeur* selon le cut-off. Une analyse de validité de la CIPS s'est appuyée sur les alphas de Cronbach en fonction des profils.

Dans un second temps, une analyse factorielle en composante principale (ACP) avec rotation orthogonale Varimax a été réalisée afin d'étudier la structure factorielle de la CIPS. Les conditions d'utilisation du test ont été contrôlées à l'aide du test de Bartlett, du test de Kaiser-Meyer-Olkin et des matrices de corrélations. De plus, le nombre de facteurs à retenir pour la CIPS a été déterminé à l'aide d'un Scree test (Cattell, 1966) et de l'étude des valeurs propres (Kaiser, 1960). L'appartenance de chaque item aux facteurs a été validée par des indices de saturation supérieurs .40 (Dancey & Reidy, 2007).

Enfin, une analyse factorielle confirmatoire a permis d'évaluer la qualité d'ajustement du modèle de la version de la CIPS selon plusieurs indices d'ajustement (Roussel, 2005; Tabachnick & Fidell, 2001) à l'aide du logiciel AMOS. Afin de valider le modèle, le ratio du

Chi deux et du degré de liberté (χ^2/ddl) a été choisi (norme d'acceptabilité <5). De plus, l'indice d'adéquation (GFI) et l'indice d'adéquation ajusté (AGFI) ont été analysés (norme d'acceptabilité $>.90$). Le Root Mean Square Residual (RMR) et le Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) ont été mesurés (norme d'acceptabilité $<.05$). Le Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) a été utilisé pour évaluer la validation (norme d'acceptabilité $<.08$). Le modèle initial a été comparé à deux autres modèles, basé sur l'indice comparatif d'ajustement (CFI) et le Tucker-Lewis Index (normes d'acceptabilité $>.90$) ainsi que le Aikake information criterion (AIC), cet indice doit être le plus faible possible. La fidélité test-retest de l'échelle globale et de ses facteurs a également été testée, ainsi que la consistance interne des sous-échelles.

8.2 Résultats

8.2.1 Analyses descriptives

Les données descriptives sont présentées dans le Tableau 8.1. Elles sont conformes à celles observées dans l'étude 1. La consistance interne a de nouveau été calculée. L'échelle démontre une nouvelle fois un bon niveau de fiabilité. Le cut-off suggère que l'échantillon est composé de 49% de **non-imposteurs** (N = 783) et de 51% d'**imposteurs** (N = 814).

Tableau 8.1 : valeurs moyennes, écarts type, scores minimums et maximums et alpha de Cronbach pour la CIPS en fonction de l'intensité du SI

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type	Alpha de Cronbach
CIPS	24	100	62,93	14,323	.91
CIPS _{non-imposteur}	24	61	50,31	7,947	.71
CIPS _{imposteur}	62	100	74,10	8,065	.73

CIPS : Clance Impostor Phenomenon Scale

8.2.2 Analyse factorielle exploratoire

Une analyse en composante principale (ACP) a été effectuée sur les 20 items de la CIPS avec la méthode de transformation Varimax, procédure déjà utilisée dans le cadre des précédentes études de validation factorielle (Chrisman et al., 1995; McElwee & Yurak, 2010). Les critères de Kaiser (valeur propre supérieure à 1) ont servi de base afin de déterminer le nombre de facteurs à retenir. L'indice KMO, qui doit être supérieur à .70 (Evrard, Pras, & Roux, 2003), est de .94 et peut être qualifié de méritoire. Il nous indique que les corrélations entre les items sont de bonne qualité. Le résultat du test de sphéricité de Bartlett, $\chi^2(153) = 12390,321$, est significatif, $p < .001$, indiquant que les standards pour une ACP sont respectés.

En complément, les corrélations inter-items ont été vérifiées par l'exploration d'une matrice de corrélation de Bravais Pearson. Les items 1 (**J'ai déjà réussi un test ou une tâche même si j'avais peur de ne pas la réussir avant de la commencer**) et 2 (**Je peux donner l'impression que je suis plus compétent(e) que je ne le suis réellement**) démontrent une

corrélation inter-item faible et inférieure au seuil minimum de .30 recommandé (Nunnally & Bernstein, 1994). Ces deux items ont donc été exclus de l'analyse.

L'analyse factorielle exploratoire suggère trois facteurs ayant des valeurs propres supérieures à 1 (7,48 ; 1,28 ; 1,09). Le graphique des valeurs propres semble néanmoins indiquer que la matrice de corrélation peut se résumer à un seul facteur. Les facteurs expliquent 55% de la variance de la CIPS. Leurs données descriptives sont présentées dans le Tableau 8.2.

Tableaux 8.2 : valeurs moyennes, écart type, scores minimum et maximums des trois facteurs de la CIPS issus de l'analyse en composante principale

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
Facteur 1	11	50	31,84	8,199
Facteur 2	3	15	7,90	3,039
Facteur 3	5	25	16,48	4,388

CIPS : Clance Impostor Phenomenon Scale

Le premier facteur comprend les items 3, 6, 7, 8, 12, 13, 14, 17, 18, 20 et correspond à l'impression de tromper son entourage ou de ne pas être à la hauteur. Il explique 42% % de la variance. Il a été nommé **Fraude perçue**.

Le deuxième facteur fait référence à l'attribution de sa réussite à des causes externes (chance, erreur, hasard) et explique 7% de la variance. Il comprend les items 5, 9 et 11. Il a été nommé **Attribution du succès**.

Enfin, le dernier facteur explique 6% de la variance et est composé des items 4, 10, 15, 16 et 19. Il rend compte du dénigrement, du rejet des compliments ou de la reconnaissance d'autrui. Il a été nommé **Dénigrement des compliments**.

La matrice factorielle de la solution à trois facteurs de la CIPS est présentée à l'aide du
Tableau 8.3.

Tableau 8.3 : matrice factorielle de la solution à trois facteurs de la CIPS

Notes : Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales. Méthode de rotation :

Varimax avec normalisation de Kaiser. Les valeurs remplacées par le signe '-' correspondent

à des indices de saturations inférieurs à .40. La rotation a convergé en 4 itérations.

^a Les items 1 et 2 ont été exclus de l'analyse

Tableau 8.3 : matrice factorielle de la solution à trois facteurs de la CIPS

	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3
1. J'ai déjà réussi un test ou une tâche même si j'avais peur de ne pas la réussir avant de la commencer. ^a	-	-	-
2. Je peux donner l'impression que je suis plus compétent(e) que je ne le suis réellement. ^a	-	-	-
3. J'évite si possible les évaluations et j'ai peur que les autres m'évaluent.	.474	.421	-
4. Quand les gens me font un compliment sur quelque chose que j'ai réalisé, j'ai peur de ne pas être capable d'être à la hauteur de leurs attentes à l'avenir.	.465	.416	.419
5. Je pense que j'ai obtenu ma position actuelle, ou que j'ai réussi parce qu'il m'est arrivé d'être au bon endroit au bon moment, ou parce que je connaissais les bonnes personnes.	-	.809	-
6. J'ai peur que les personnes qui me sont importantes puissent découvrir que je ne suis pas aussi capable qu'ils le pensent.	.589	.547	-
7. J'ai tendance à me rappeler les fois où je n'ai pas fait de mon mieux plutôt que des moments où j'ai fait de mon mieux.	.576	-	-
8. Je réalise peu un projet ou une tâche aussi bien que je voudrais le faire.	.557	-	-
9. J'estime ou je crois que mon succès dans ma vie ou dans mon travail est dû à une erreur.	-	.716	-
10. Il est difficile pour moi d'accepter des compliments ou des éloges sur mon intelligence ou ma réussite.	-	-	.689
11. J'estime que mon succès est dû à la chance.	-	.762	-
12. Je suis déçu(e) de ce que j'ai pu réaliser jusqu'ici et j'estime que je devrais pouvoir réaliser beaucoup plus.	.661	-	-
13. J'ai peur que les autres découvrent mon véritable manque de connaissance ou manque d'intelligence.	.572	.590	-
14. J'ai peur d'échouer à une nouvelle tâche même si je réussis généralement ce que j'essaie.	.615	-	-
15. Quand j'ai réussi à une tâche et qu'on a reconnu mon succès, j'ai des doutes quant à mes capacités de pouvoir continuer à réussir.	.593	-	.425
16. Si je reçois beaucoup d'éloges ou de reconnaissance pour quelque chose que j'ai réalisé, j'ai tendance à minimiser l'importance de ce que j'ai fait.	-	-	.733
17. Je compare mon intelligence à ceux qui m'entourent et je pense qu'ils sont peut être plus intelligents que moi.	.427	.451	-
18. Je m'inquiète de ne pas réussir à un projet ou à un examen, bien que mon entourage ait une confiance absolue en ma réussite.	.558	-	-
19. Si je vais recevoir une promotion ou une reconnaissance de quelque sorte, j'hésite à le dire aux autres jusqu'à ce que ce soit un fait accompli.	-	-	.649
20. Je me sens mal et découragé(e) si je ne suis pas "le (la) meilleur(e)" ou au moins "remarquable" lorsqu'il faut réussir.	.657	-	-

Les items 3 (**J'évite si possible les évaluations et j'ai peur que les autres m'évaluent**), 6 (**J'ai peur que les personnes qui me sont importantes puissent découvrir que je ne suis pas aussi capable qu'ils le pensent**), 13 (**J'ai peur que les autres découvrent mon véritable manque de connaissance ou manque d'intelligence**) et 17 (**Je compare mon intelligence à ceux qui m'entourent et je pense qu'ils sont peut être plus intelligents que moi**) présentaient des saturations équivalentes sur les facteurs 1 et 2. Leur formulation et leur signification les rapprochent cependant davantage d'un sentiment de tromperie et d'une dévalorisation que d'une mauvaise attribution.

Les items 4 (**Quand les gens me font un compliment sur quelque chose que j'ai réalisé, j'ai peur de ne pas être capable d'être à la hauteur de leurs attentes à l'avenir**) et 15 (**Quand j'ai réussi à une tâche et qu'on a reconnu mon succès, j'ai des doutes quant à mes capacités de pouvoir continuer à réussir**) démontrent des saturations équivalentes, respectivement sur les trois facteurs, ou sur les facteurs 1 et 3.

Concernant l'item 4, ces saturations suggèrent qu'il peut correspondre soit au fait qu'un compliment reçu amène l'impression d'être surestimé par son entourage, soit à une sous-estimation de ses compétences ou une moindre attribution interne dans la réussite lors de la réception des compliments, soit à un dénigrement de ses compétences du fait des exigences perçues à la réception d'un compliment. Cet item est inclus dans le facteur **Dénigrement des compliments** du fait d'une réaction à la réception d'un compliment, rejoignant les autres items de ce même facteur.

Pour l'item 15, les saturations suggèrent qu'une réussite amène l'impression de ne pas être à la hauteur, ou que la reconnaissance des pairs amène à diminuer son sentiment d'efficacité personnelle. Cet item a été inclus dans le facteur **Dénigrement des compliments** du fait d'une réaction à la reconnaissance de l'entourage.

Le choix de l'inclusion de ces deux items dans le facteur **Dénigrement des compliments** s'appuie sur le fait que l'inhabileté à recevoir les compliments constitue l'une des caractéristiques saillantes du SI (Clance, 1985).

Une analyse de corrélation a ensuite été réalisée entre les trois facteurs. Les résultats sont présentés dans le Tableau 8.4. Les corrélations entre chacun des facteurs sont fortes et significatives.

Tableau 8.4 : corrélation des scores entre les trois facteurs de la CIPS

	1.	2.	3.
1. Fraude Perçue	-	.61	.72
2. Attribution du succès		-	.55
3. Dénigrement des compliments			-

Note : les corrélations sont toutes significatives à $p < .01$.

Facteur 1 : Faraude Perçue ; Facteur 2 : Attribution du succès ; Facteur 3 : Dénigrement des compliments

Une analyse de consistante interne a été effectuée sur chaque facteur. Les facteurs **Fraude perçue** ($\alpha = .87$), **Attributions du succès** ($\alpha = .78$) et **Dénigrement des compliments** ($\alpha = .77$) présentent des indices satisfaisants.

8.2.3 Analyse factorielle confirmatoire

Une analyse factorielle confirmatoire a permis d'évaluer la qualité d'ajustement du modèle de la version à 18 items et trois facteurs de la CIPS selon plusieurs indices d'ajustement. Ces indices ont été comparés à un modèle à deux facteurs (les facteurs **Fraude perçue** et **Dénigrement des compliments** ayant été combinés) et un modèle unifactoriel. Les

résultats sont présentés dans le Tableau 8.5 et indiquent que le modèle à trois facteurs est théoriquement le plus satisfaisant. La plupart des indices respectent les différents seuils d'acceptation. De plus, comparativement aux solutions uni- (SRMR = .057, TLI = .962, CFI = .795), bi- (SRMR = .057, TLI = .963, CFI = .796), ou tri-factorielles de French et al. (2008), les indices de la solution à trois facteurs de la CIPS de cette étude sont majoritairement plus parcimonieux. Il en est de même en comparaison des solutions uni- (RMSEA = .11, CFI = .88, TLI = .86), bi- (RMSEA = .10, CFI = .90, TLI = .89) ou tri-factorielles (RMSEA = .09, CFI = .92, TLI = .90) de Brauer & Wolf (2016). La prise en compte de l'AIC permet de constater que la solution à trois facteurs proposée est la plus parcimonieuse, bien que la solution à deux facteurs est une valeur équivalente.

Tableau 8.5 : résultats de l'analyse factorielle confirmatoire de la CIPS.

Modèles	χ^2/ddl	GFI	AGFI	SRMR	RMR	RMSEA	CFI	TLI	AIC
3 ^a	9,262	0,91	0,89	0,04	0,06	0,07	.91	.90	1300,64
2 ^b	12,007	0,91	0,88	0,05	0,08	0,08	.91	.88	1312,76
1 ^c	13,780	0,87	0,84	0,05	0,10	0,09	.86	.84	1955,87
Normes	< 5	> .90	> .90	< .05	< .05	< .08	> .90	> .90	Le plus petit

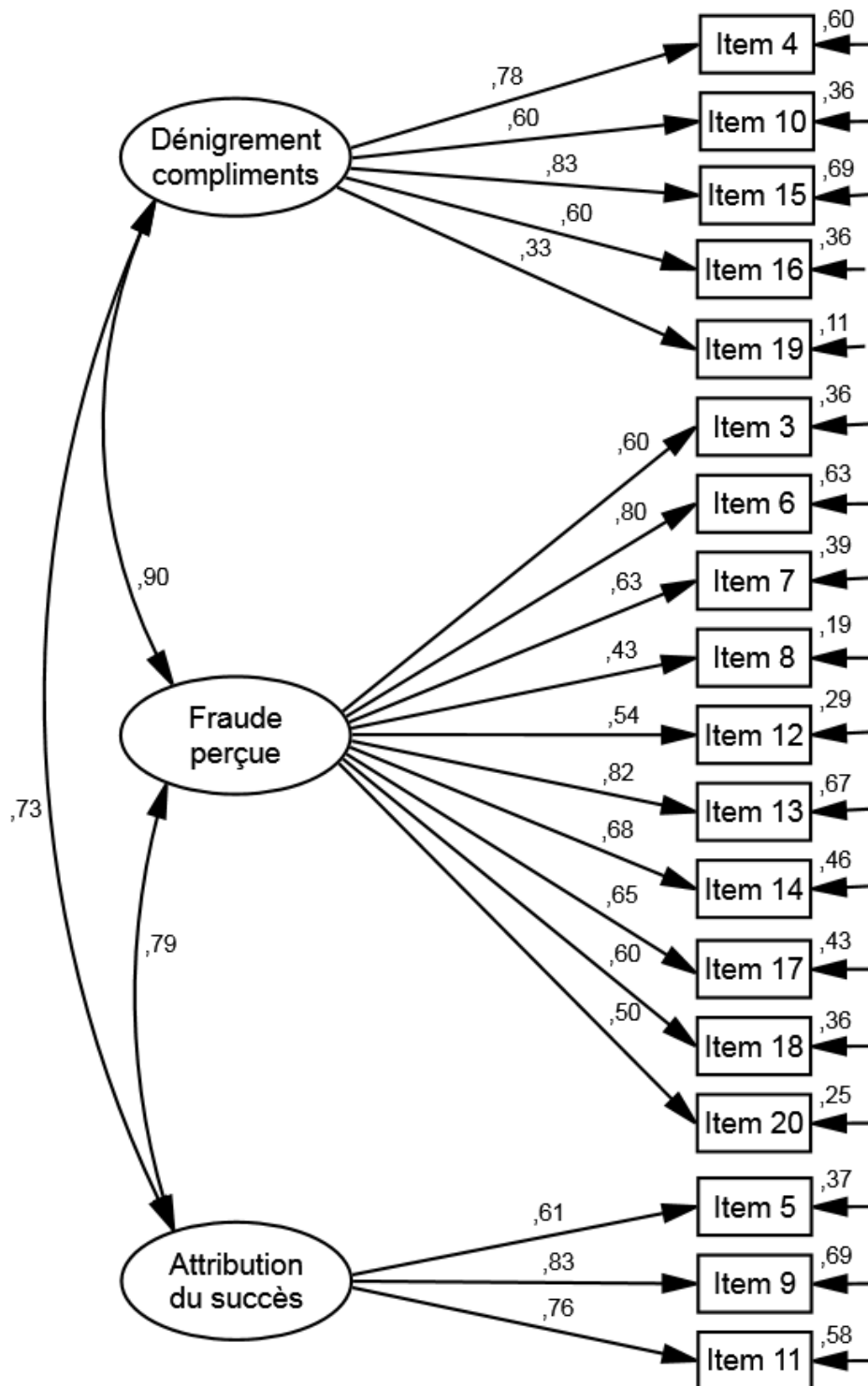
Note : L'écriture en **gras** correspond aux normes standards d'acceptabilité de qualité d'ajustement des modèles de mesure par analyses factorielles confirmatoires. Elle indique dans les modèles correspondant les valeurs respectant ces normes standards.

^a3 : solution tri-factorielle ; ^b2 : solution bi-factorielle ; ^c1 : solution uni-factorielle

Les covariances entre les facteurs rejoignent la littérature (French et al., 2008), $r_{\text{Dénigrement/Fraude}} = .90$; $r_{\text{Fraude/Attribution}} = .79$; $r_{\text{Attribution/Dénigrement}} = .73$. Cependant, la validité discriminante entre les facteurs **Fraude Perçue** et **Dénigrement des compliments** se

révèlent faible, étant donnée sa valeur supérieure au seuil requis (.85 ; Brown, 2006). Le modèle structural de la CIPS est présenté sur la Figure 8.1.

Figure 8.1 : modèle structural de la Clance Impostor Phenomenon Scale (CIPS)



8.2.4 Fidélité test-retest

La fidélité test–retest a pu être mesurée en comparant les réponses de 283 sujets à 4 semaines d'intervalle. Cet échantillon comportait 80,2% de femmes ($N_f = 227$) et 19,8% d'hommes ($N_h = 56$), âgés de 18 à 63 ans ($M = 28,36$; $ET = 10,52$). Le coefficient de corrélation de Pearson obtenu sur l'échelle globale est de $r = .86$; $p < .01$, indiquant une bonne fidélité test–retest.

La fidélité test–retest a de plus été mesurée sur les trois facteurs identifiés et confirmés. Les coefficients de corrélation de Pearson obtenus pour les facteurs **Fraude perçue** ($r = .83$; $p < .01$), **Attribution du succès** ($r = .80$; $p < .01$) et **Dénigrement des compliments** ($r = .80$; $p < .01$) sont satisfaisants, indiquant une bonne fidélité test–retest des trois facteurs.

8.3 Discussion

A ce jour, bien que disponible et utilisée dans une visée clinique et de recherche, la CIPS n'était pas validée en langue française, notamment en termes de structure factorielle. Cette étude a tant pu démontrer les propriétés psychométriques de la version française de la CIPS mais aussi questionner la validité factorielle de l'échelle de manière générale.

L'échantillon de taille importante peut permettre une référence normative de l'expression du SI, tant concernant le profil **imposteurs** que **non-imposteurs**. Ces normes peuvent s'avérer utiles pour situer un patient exprimant ou non un SI, tant pour rassurer ce dernier qu'en terme d'indicateur pour le praticien.

La consistance interne de l'échelle se révèle une nouvelle fois satisfaisante, témoignant de sa fiabilité quelle que soit l'intensité du SI, considérée ici de manière dichotomique.

La fidélité test-retest faisait encore défaut à ce jour à la CIPS malgré la nécessité de mesure pour valider ses différentes propriétés psychométriques (French et al., 2008). L'échelle globale présente une bonne fidélité et est donc utilisable pour mesurer l'évolution du SI dans une prise en charge.

La structure du questionnaire en trois dimensions a pu être démontrée (Chrisman et al., 1995), réitérée (Brauer & Wolf, 2016; McElwee & Yurak, 2010) mais aussi discutée (French et al., 2008). La présente étude a permis d'établir un modèle satisfaisant de la CIPS à trois facteurs qui présentent à la fois des indices de consistance interne satisfaisants ainsi que de bonnes fidélités test-retest. La prise en compte de l'AIC (le plus faible possible) est un indice supplémentaire permettant de privilégier le modèle le plus parcimonieux. Il n'apparaît pas dans les études antérieures de validation de la CIPS. Les moyennes mesurées peuvent de plus servir de normes de comparaison sur ces trois dimensions. L'analyse exploratoire et confirmatoire de la structure factorielle rendent compte de la cohérence à explorer différentes dimensions dans le SI.

Le facteur **Fraude perçue** reste le facteur prédominant, ce qui rejoint les études antérieures (Brauer & Wolf, 2016; Chrisman et al., 1995; McElwee & Yurak, 2010). Cette prévalence s'explique notamment par le fait qu'il s'agit là de l'une des caractéristiques principales et discriminantes du SI. Cette impression de tromper autrui, de ne pas être à la hauteur, de porter un masque d'intelligence ou de compétence, ou encore de donner une fausse image de soi font du SI un construit à part entière et distinct d'autres concepts.

La confirmation de l'existence du facteur **Attribution du succès** est intéressante dans la mesure où, du moment où un individu éprouve des difficultés à bien s'attribuer et s'approprier ses réussites, il peut très vite être amené à exprimer un SI (Harvey, 1981).

Enfin, le facteur **Dénigrement des compliments** rend compte des difficultés des *imposteurs* à se sentir méritants de leur succès et à accepter les marques et indices de

reconnaissance. Cela rejoint l'une des difficultés principales des *imposteurs* (Clance, 1985).

Les corrélations significatives entre les trois sous-échelles suggèrent l'évolution possible d'une expression du SI. Plus un individu aura le sentiment de tromper son entourage, plus il tendra à dénigrer ses feedback positifs et plus il éprouvera des difficultés à s'attribuer les mérites de sa situation actuelle.

Différents outils de prise en charge peuvent ainsi être proposés, tant sur le sentiment d'inauthenticité, la peur de l'échec ou le pessimisme inhérents au SI pour améliorer un sentiment de légitimité, que sur le processus d'attribution afin d'amener les patients à expliquer de manière plus rationnelle leurs réussites ou leur situation actuelle. Enfin, des méthodes d'affirmation de soi peuvent s'avérer utiles pour favoriser l'apprentissage de la réception des marques de reconnaissance.

Malgré ses apports, cette étude comporte toutefois plusieurs limites. Notamment, une reformulation de certains items serait nécessaire afin d'assurer leur appartenance à un facteur unique. Certains items (3, 4, 6, 13, 15, 17) présentaient en effet des indices de saturation élevés et équivalents sur plusieurs facteurs. Leur signification, en lien avec les descriptions théoriques du SI, a permis de privilégier leur appartenance à un seul facteur mais de nouvelles études seraient nécessaires pour réitérer et confirmer la structure factorielle de la CIPS. Notamment, certains items ne rejoignent pas les mêmes facteurs que lors d'études de validation antérieures (Brauer & Wolf, 2016; French et al., 2008). De plus, étant donné la complexité et les multiples possibilités d'affiner un travail statistique de validation d'outils, d'autres analyses pourraient être effectuées pour appuyer la validité et les propriétés psychométriques de l'échelle. Il aurait été intéressant de mesurer les validités concourantes et discriminantes avec une échelle d'inauthenticité, d'attribution et d'affirmation de soi, au regard des trois facteurs. Enfin, la possibilité d'utiliser une version courte de la CIPS est à envisager, les items 1 et 2 ayant été exclus des analyses. Une version à 16 items est aussi

proposée (Kertay et al., 1992) dans laquelle toutefois les trois facteurs ne sont pas retrouvés (French et al., 2008).

La version francophone de la CIPS se révèle ainsi un outil de choix dans la prise en charge du SI. Elle peut de ce fait être utilisée tant dans sa version globale (Brauer & Wolf, 2016; French et al., 2008; Ross & Krukowski, 2003) que factorielle (Chrisman et al., 1995; McElwee & Yurak, 2010). Ces utilisations peuvent servir d'identification de la présence et de l'intensité du SI mais aussi d'indicateur de l'évolution de la prise en charge et d'indice d'adaptation possible des méthodes d'intervention thérapeutique sur ces différents axes.

CHAPITRE 9

Aspects théoriques de la symptomatologie anxieuse dans le syndrome de l'imposteur

9.1 L'anxiété inhérente au syndrome de l'imposteur

9.1.1 De l'anxiété-trait et de l'anxiété-état

La peur, ou l'anxiété, est une émotion se manifestant sur une dimension physiologique (augmentation du rythme cardiaque, sueurs, tensions musculaires, tremblements, vertiges), comportementale (évitement, attaque, immobilisme) et psychologique (anticipation, inquiétude, perception de non-contrôle ou d'imprévisibilité). L'anxiété est une émotion normale bien qu'elle puisse se révéler inadaptée ou pathologique du fait de son intensité, de sa sévérité et de sa fréquence parfois excessive ainsi que de ses impacts sur le bien-être individuel et sur la qualité de vie (American Psychiatric Association, 2013).

Deux facettes de l'anxiété ont été distinguées, les différenciant par leur caractère stable et instable, ponctuel ou continu (Cattell, 1966). Les concepts d'anxiété-trait et d'anxiété-état ont ensuite été approfondis afin d'en fournir une explication empirique (Spielberger, 1989).

L'anxiété-état est définie comme un état émotionnel transitoire, variant en fréquence et en intensité (nervosité, tension, inquiétude) et se manifestant par une appréhension parfois excessive de certaines situations. Cette anxiété sera importante lorsque les circonstances seront perçues et vécues comme potentiellement et irrationnellement menaçantes, comme dans le cas des phobies par exemple.

L'anxiété-trait, quant à elle, est relativement stable, renvoyant à une disposition à percevoir l'environnement comme menaçant ou dangereux. Elle se ressent de manière générale. Plus les individus vont présenter une anxiété-trait importante, plus ils tendront à exprimer une anxiété-état intense du fait de la perception de situations, de plus en plus nombreuses, comme dangereuses.

9.1.2 Anxiété-trait dans le syndrome de l'imposteur : la peur

d'être démasqué

La tendance des *imposteurs* à autoalimenter le doute de soi ou à rejeter les évidences de succès va pouvoir contribuer à leur anxiété, du fait de se percevoir comme illégitimes et de chercher constamment à prouver leur valeur sous peine d'être démasqués (Ferrari & Thompson, 2006).

L'idée de « masque » est importante dans le SI. Cette anxiété permanente et intense de pouvoir être « démasqué » fait du SI une véritable barrière au bien-être psychologique (Kolligian, 1990).

De manière générale, les *imposteurs* sont décrits comme anxieux (Clance & Imes, 1978; Clance & O'Toole, 1987). Leur tendance au névrosisme les amène à l'expression plus importante de l'anxiété (Bernard et al., 2002; Ross & Krukowski, 2003). Cette anxiété peut ainsi se manifester sous la forme d'une anxiété-trait (Oriel et al., 2004), essentiellement due à la crainte des *imposteurs* de pouvoir être découverts au quotidien (Ross & Krukowski, 2003)

ou à la pression qu'ils se donnent dans leur objectif d'atteindre un idéal de perfection (Langford & Clance, 1993) (Chapitre 5).

9.1.3 Anxiété-état dans le syndrome de l'imposteur : l'importance de la performance

Les *imposteurs* sont décrits comme des personnes admirées, respectées et compétentes dans leur carrière (Clance, 1985). Mais ce « masque » de compétence ou d'intelligence est confronté à leur ressenti interne de tromperie (Clance & Imes, 1978; Matthews & Clance, 1985). Ils tendront à éprouver une forte anxiété lors de la réalisation d'une tâche (anticipation anxieuse, doutes, inquiétudes, cauchemars), retrouvée dans le cycle de l'imposteur (Clance & Imes, 1978).

Cette anxiété se retrouve ainsi sous la forme d'une anxiété-état (Oriol et al., 2004) du fait d'un faible sentiment d'efficacité personnelle ou de contrôle sur leur succès (Bouffard et al., 2011; Cozzarelli & Major, 1990; Fujie, 2010; Kolligian & Sternberg, 1991; Royse-Roskowski, 2010; Thompson et al., 2000). La peur de l'évaluation ainsi que la peur de l'échec (Chapitre 5.2) constituent les éléments fondamentaux de l'expression d'une forte anxiété-état dans le SI (Clance & Imes, 1978; Fried-Buchalter, 1997; Thompson et al., 2000). Cet état émotionnel se manifeste cependant aussi au travers de la peur du succès (Chapitre 5.2.3) par les *imposteurs* (Clance & O'Toole, 1987; Jöstl et al., 2012).

9.2 Le jugement d'autrui dans le syndrome de l'imposteur

9.2.1 L'importance du regard des autres

Les *imposteurs* se sentent vulnérables, tant vis-à-vis de leurs performances que du regard des autres. Ces personnes sont décrites comme agréables, charmantes, ouvertes et à

l'aise dans leurs interactions avec les autres (Clance, 1985). Elles se sentent pourtant mal à l'aise, sont plutôt introverties, peu communicatives et parfois méfiantes et évitantes vis-à-vis des autres (Chae et al., 1995; Ross & Krukowski, 2003; Ross et al., 2001).

Le SI est d'ailleurs décrit comme une forme manifeste d'anxiété sociale (Kolligian & Sternberg, 1991). Ces personnes manifestent en effet un fort besoin de paraître intelligentes ou compétentes, un fort besoin d'approbation et entretiennent un sentiment de valeur personnelle en se définissant au travers de l'admiration et de l'approbation des autres (Dudau, 2014b; Langford & Clance, 1993). Elles accordent une grande importance à la manière dont elles vont pouvoir être perçues par les autres, au point d'en avoir peur et d'éviter l'attention des autres pour ne pas dévoiler leurs défauts (Chrisman et al., 1995; Kolligian & Sternberg, 1991; Ross & Krukowski, 2003).

Pour compenser leur sentiment d'inauthenticité ou de tromperie, ces personnes tendront à adopter des stratégies de présentation de soi, par auto-dévalorisation en se sous-estimant ou sur une base perfectionniste, avec un important besoin de paraître parfait (Ferrari & Thompson, 2006; Leary et al., 2000; McElwee & Yurak, 2007). Ces stratégies de présentation de soi réfèrent une nouvelle fois la notion de « masque », à une image idéalisée donnée aux autres, qui n'est cependant pas en adéquation avec le ressenti interne des *imposteurs*. Ces stratégies semblent toutefois être davantage adoptées de manière automatique dans un but de protection de soi plutôt que de manière contrôlée (Gerstmann, 1999; McElwee & Yurak, 2007).

9.2.2 La phobie sociale

La phobie sociale est définie comme la peur ou la détresse ressentie par un individu face au regard et au jugement d'autrui (American Psychiatric Association, 2013). La littérature distingue deux types de contexte pouvant renvoyer à son expression : un contexte

social ou un contexte de performance, ainsi que lors d'une anticipation de ces situations (Antony & Swinson, 2000; Blanco, Nissenson, & Liebowitz, 2001; Heimberg, Brozovich, & Rapee, 2010; Hofmann, Heinrichs, & Moscovitch, 2004). Un degré élevé de phobie sociale peut engendrer des répercussions négatives chez l'individu (American Psychiatric Association, 2013), et ce tant dans le domaine personnel que professionnel ou scolaire (Schneier et al., 1994; Stein, McQuaid, Laffaye, & McCahill, 1999).

Les contextes et situations de peur dans la phobie sociale se situent typiquement dans les interactions sociales, l'évaluation négative d'autrui, les situations de performance et d'évaluation directe, la possibilité de laisser une impression négative aux autres ou le fait d'agir de manière embarrassante et d'attirer l'attention (Antony & Swinson, 2000; Brown et al., 1997; Carleton et al., 2009b; Thompson & Rapee, 2002).

9.3 Stress et syndrome de l'imposteur

9.3.1 Définition du stress

Le stress (voir Quintard (2001) pour revue) peut tant désigner l'état réactionnel d'un organisme, une réponse physiologique face à un excitant « stresseur » (physique, chimique ou psychologique) (Selye, 1956) qu'une « transaction entre la personne et l'environnement, dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être » (Lazarus & Folkman, 1984). Par conséquent, le stress dépend autant de la situation environnementale, des ressources adaptatives individuelles que des capacités de l'individu à y faire face.

Les réactions de stress vont donc dépendre tant de la situation des sujets que de leur état émotionnel induit par le stresseur (Lazarus & Folkman, 1984). Ces réactions sont d'autant plus fortes que l'émotion engendrée par cet événement est intense (Dantzer, 1989).

Notamment, quatre facteurs vont intervenir lorsque la situation est perçue comme menaçante (Lupien, 2010) :

- la possibilité de contrôle de la situation ;
- la capacité de prévision de l'évolution des événements ;
- sa nouveauté ;
- et la menace sur l'égo.

9.3.2 *Imposteurs et stress*

9.3.2.1 Perception d'une situation

Les *imposteurs* manifestent une forte perception de non-contrôle ainsi qu'une faible tolérance à l'ambiguïté. Cela s'explique notamment par le fait qu'ils ne parviennent pas à intégrer leurs compétences ou leurs capacités. Ils considèrent donc ne pas avoir d'acquis ou de moyens pour faire face aux situations, tant nouvelles que familières (September et al., 2001; Thompson et al., 2000).

Les *imposteurs* présentent de plus un sentiment de plus grande ambiguïté dans leur rôle ou leur environnement que les *non-imposteurs* (Cohen, 1990; Harvey, 1981; Pirotsky, 2001). Ils ne se font pas confiance, ni en eux ni en leur potentiel ou leur efficacité, cela pouvant amener à percevoir certaines situations comme imprévisibles.

Du fait de ne pas intégrer leur réussite ou leurs compétences, les *imposteurs* perçoivent et vivent les situations connues comme nouvelles. Ils vont en effet tendre à éprouver une crainte réelle de ne pas pouvoir réussir une tâche nouvelle mais aussi de ne pas pouvoir répéter un succès déjà réalisé (Chae et al., 1995; Clance & O'Toole, 1987; Thompson et al., 1998).

Les *imposteurs* tendent enfin à manifester une plus grande appréhension des situations, notamment évaluatives, les percevant comme plus aversives, étant donné le risque de prouver leur incompétence, ou plus difficiles que les *non-imposteurs* (Cozzarelli & Major, 1990; Thompson et al., 2000).

9.3.2.2 Stratégies d'ajustement inhérentes au syndrome de l'imposteur

9.3.2.2.1 Définition de l'auto-sabotage

L'auto-sabotage (Rhodewalt, 1990; Siegel, Scillitoe, & Parks-Yancy, 2005) se définit comme l'acte de création d'obstacles pouvant diminuer une performance (*behavioural self-handicapping*, en anglais) ou la revendication de difficultés externes, internes, physiques ou psychologiques (*claimed self-handicapping*, en anglais) pouvant ainsi influencer les explications données à des résultats (Ferrari & Tice, 2000; Hirt, McCrea, & Kimble, 2000).

La notion d'auto-sabotage réfère ainsi à un ensemble d'attitudes et d'habitudes qui empêche la mise en place d'actions nécessaires et efficaces à la résolution d'un problème ou la réalisation d'une tâche. Si la performance de l'individu est faible, l'auto-sabotage atténue donc le lien entre :

- cette performance ;
- la capacité réelle du sujet ;
- et les évaluations qui peuvent en être faites.

Ces stratégies se mettent en place dans l'anticipation d'un éventuel danger. Elles ont ainsi un but de protection de l'estime de soi. A travers ces stratégies, l'individu tente de, et espère, préserver une certaine image de compétence, aussi bien à ses yeux qu'aux yeux des autres, en pouvant expliquer la possibilité d'un échec par les obstacles qu'il aurait pu rencontrer. En conséquence, les observateurs ne peuvent pas conclure que la faible performance d'un sujet est le résultat direct d'un manque de capacité.

9.3.2.2.2 Auto-sabotage des *imposteurs*

En réponse au stress, à la peur et à l'anxiété ressenties, les *imposteurs* tendront à mettre un place certaines stratégies dites d'auto-handicap ou d'auto-sabotage (Cowman & Ferrari, 2002; Dudau, 2014b; Ferrari & Thompson, 2006; Leary et al., 2000; Rohrmann et al., 2016; Ross et al., 2001; Want & Kleitman, 2006). Notamment, à titre d'exemple, à travers :

- la procrastination ;
- la tendance à la préparation excessive ;
- l'évitement ;
- un manque d'organisation ;
- la revendication de symptômes physiques ou psychologiques lors d'une tâche difficile.

Ces stratégies amènent cependant les *imposteurs* à ressentir davantage d'anxiété lors de leur réalisation (Ross et al., 2001). Le cycle de l'imposteur (Chapitre 5.2.3.2.2), notamment, rend compte du maintien de l'anxiété au travers de la procrastination et du travail frénétique. La première stratégie permettant une mise à distance physique du problème, la seconde une mise à distance psychologique de l'émotion ressentie, sans pour autant l'accepter et la gérer.

9.4 Objectifs de la recherche

L'étude 1 a pu démontrer le poids prédictif de l'anxiété dans le SI. Si nous nous intéressons aux manifestations anxieuses dans cette étude, c'est d'abord pour pouvoir établir un lien entre les différents types d'anxiété (trait ou état) mais aussi avec la phobie sociale, notamment dans les interactions, ou le stress perçu, ces deux derniers n'apparaissant pas dans la littérature contemporaine. Des corrélations positives avec ces différentes variables sont attendues ainsi qu'un poids important des diverses symptomatologies anxieuses dans la

variance du SI. La mise en évidence de profils *d'imposteurs* au regard de cette symptomatologie permettra d'identifier différentes expressions du SI. Enfin, l'établissement d'un modèle d'émergence du SI servira à une meilleure compréhension de sa mise en place.

CHAPITRE 10

Etude 3 : Expressions de la symptomatologie anxieuse dans le syndrome de l'imposteur

10.1 Méthodologie

10.1.1 Population

L'échantillon (N = 694) était composé de 81,6% de femmes (N_f = 566) et de 18,4% d'hommes (N_h = 128), âgé de 18 ans à 68 ans (M = 28,49; ET = 9,77). Parmi les répondants, 7,3% (N = 51) appartenaient à la catégorie professionnelle **En recherche d'un emploi**, 48,4% (N = 336) à celle **Etudiant(e)**, 37,3% (N = 259) étaient **Actif/ve occupé(e)** et 7% (N = 48) se sont situés dans la catégorie **Autre** (Homme/Femme au foyer, Retraité(e) ou sans précision).

10.1.2 Matériel

10.1.2.1 Clance Impostor Phenomenon Scale (CIPS)

La CIPS (Clance, 1985) est un auto-questionnaire à 20 items. Il évalue la présence et l'intensité du SI. Il présente trois facteurs, mis en évidence tant dans l'étude 2 que dans la littérature (Brauer & Wolf, 2016; Chrisman et al., 1995; Kertay et al., 1992; McElwee & Yurak, 2010), référant à l'impression de tromper (Fraude perçue), la mauvaise attribution de sa réussite (Attribution du succès) et la difficulté à recevoir les feedback positifs (Dénigrement des compliments). Au score final (entre 20 et 100), plus le score du sujet est élevé, plus la personne présente le SI. Un score à partir de 62 (sur 100) indique que la personne présente un certain degré de SI (Holmes et al., 1993). Les études 1 et 2, ainsi que la littérature scientifique, ont pu mettre en évidence un bon niveau de consistance interne de l'échelle.

10.1.2.2 Echelle d'anxiété état-trait (STAI-Y)

La STAI-Y (Spielberger, 1993), échelle d'autoévaluation, comporte deux échelles : une échelle d'anxiété-état (ou situationnelle) et une échelle d'anxiété-trait.

L'échelle d'anxiété-état (STAI-Y_S), de 20 items, mesure les sentiments d'appréhension, la tension, la nervosité et l'inquiétude ressentie par la personne au moment d'une situation spécifique. Dans cette étude, une situation d'évaluation est proposée au regard de la peur prédominante des *imposteurs* d'être démasqués lors de ces situations. Le questionnaire est établi sur une échelle de Likert en 4 points. Les items 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 sont cotés de 1, « pas du tout » à 4, « beaucoup, alors que les items 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 sont inversés (de 1, « beaucoup » à 4, « pas du tout »).

Le questionnaire d'anxiété-trait (STAI- Y_T), de 20 items, mesure l'anxiété ressentie par un individu de manière générale. Il est présenté sous la forme d'une échelle de Likert en 4 point, allant de 1, « presque jamais » à 4, « presque toujours » pour les items 2, 4, 5, 8, 9, 11,12, 15, 17, 18, 20. La cotation est inversée pour les items 1, 3, 6, 7, 10, 13, 14, 16, 19 (1, « presque toujours », 4, « presque jamais »).

10.1.2.3 Social Interaction Phobia Scale (SIPS)

Auto-questionnaire à 14 items, la SIPS (Carleton et al., 2009) permet d'évaluer les symptômes propres à l'anxiété sociale, ses items se voulant être un sous-ensemble de la Social Interaction Anxiety Scale et de la Social Phobia Scale (Mattick & Clarke, 1998).

Elle mesure les symptômes émotifs et comportementaux de l'anxiété sociale au travers de trois dimensions : social interaction anxiety (items 1, 2, 3, 4, 5), fear of overt evaluation (6, 7, 8, 10, 13, 14), et fear of attracting attention (9, 11, 12). L'échelle est présentée sous la forme d'une échelle de Likert en 5 points, allant de 0, « pas du tout », à 4, « extrêmement ».

Sa consistance interne est satisfaisante dans sa version française validée ($\alpha = .96$) (Duranceau, Peluso, Collimore, Asmundson, & Carleton, 2014). Sa brièveté, ses qualités psychométriques ainsi que l'existence d'un seuil clinique ($\text{score}_{\text{seuil}} = 21$) en font un outil de choix de mesure de la phobie sociale dans les interactions (Carleton et al., 2009; Duranceau et al., 2014).

10.1.2.4 Perceived Stress Scale (PSS)

La PSS (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983) est une échelle d'autoévaluation à 10 items. A chaque item, la personne évalue sa fréquence d'apparition sur une période donnée (le mois précédent) en se positionnant sur une échelle de Likert en 5 points (de 1, « jamais » à 5, « souvent »). Les items 4, 5, 7 et 8 sont inversés.

La PSS présente deux facteurs, la perception de débordement (items 1, 2, 3, 6, 9, 10), référant à l'accumulation des contraintes et des sollicitations de l'environnement au point de dépasser les ressources de l'individu pour y faire face, et l'efficacité personnelle perçue (items 4, 5, 7, 8), renvoyant à la croyance d'une personne en ses capacités de surmonter les difficultés pour atteindre un objectif. Ces deux facteurs présentent des coefficients de consistance interne satisfaisants (respectivement $\alpha = .85$ et $.80$) (Bellinghausen, Collange, Botella, Emery, & Albert, 2009).

L'établissement de seuils de stress facteur de risque de trouble anxieux ($\text{score}_{\text{seuil}} = 28$), de dépistage de l'anxiété ($\text{score}_{\text{seuil}} = 25 ; 26$), de facteur de risque du trouble dépressif ($\text{score}_{\text{seuil}} = 29$) et de dépistage de la dépression ($\text{score}_{\text{seuil}} = 27 ; 28$) fait de cet outil un questionnaire pertinent d'évaluation tant de l'intensité du stress perçu que de ses impacts sur l'individu (Collange, Bellinghausen, Chappé, & Albert, 2013).

10.1.3 Procédure

Les participants ont pu compléter les questionnaires volontairement au moyen d'une passation via un lien internet sur la plateforme Limesurvey. L'étude a de plus été proposée à plusieurs organismes de gestion du stress. Les échelles (CIPS ; STAI-Y_S ; STAI-Y_T ; SIPS ; PSS) ont été administrées sans modification d'ordre. Puisque les deux échelles d'anxiété-état et d'anxiété-trait ont été administrées ensemble, la passation s'est effectuée dans l'ordre recommandé, STAI-Y_S d'abord, puis STAI-Y_T.

10.1.4 Traitement des données

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide des logiciels SPSS version 20. Les questionnaires complets uniquement ont été utilisés pour effectuer les traitements statistiques.

Dans un premier temps, des analyses descriptives ont permis de définir la composition

de l'échantillon. Des mesures de tendance centrale et de dispersion ont été effectuées sur les scores des échelles. Une analyse de validité a été menée sur chaque échelle en s'appuyant sur l'étude de l'alpha de Cronbach. Les analyses de corrélations ont indiqué les liens pouvant exister entre le SI et les différentes manifestations anxieuses étudiées.

Dans un second temps, une analyse de régression a suggéré des poids significatifs différents de certaines des variables sur la CIPS. Une analyse de clusters a de plus démontré des profils *d'imposteurs* aux manifestations anxieuses différentes. Ces résultats ont servi de base à l'élaboration d'un modèle d'émergence du SI à partir des manifestations anxieuses étudiées.

10.2 Résultats

10.2.1 Analyses descriptives

Les scores moyens aux différentes échelles sont présentés dans le Tableau 10.1. L'alpha de Cronbach a été calculé pour chaque échelle afin d'estimer la consistance interne des questionnaires. La CIPS, notamment, présente une nouvelle fois un indice satisfaisant, témoignant de sa validité.

Tableau 10.1 : valeurs moyennes et alpha de Cronbach pour les échelles de mesure

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type	Alpha de Cronbach
CIPS	25	96	63,62	14,48	.92
SIPS	0	55	18,62	12,72	.94
SIPS _{SIA}	0	20	8,40	5,39	.92
SIPS _{FOE}	0	24	6,51	5,73	.89
SIPS _{FAA}	0	12	3,71	3,30	.83
STAI-Y _S	21	80	55,49	14,22	.95
STAI-Y _T	21	80	50,34	11,51	.93
PSS	11	49	30,67	7,89	.89
PSS _{PD}	6	30	19,54	5,49	.86
PSS _{EPP}	4	20	11,12	3,04	.77

Notes : CIPS : Clance Impostor Phenomenon Scale ; SIPS : Social Interaction Phobia Scale ; SIPS_{SIA} : Social Interaction Anxiety ; SIPS_{FOE} : Fear of Overt Evaluation ; SIPS_{FAA} : Fear of Attracting Attention ; STAI-Y : State-Trait Anxiety Inventory ; STAI-Y_S : Anxiété-état ; STAI-Y_T : Anxiété-trait ; PSS : Perceived Stress Scale ; PSS_{PD} : Perception de débordement ; PSS_{EPP} : Efficacité personnelle perçue.

10.2.2 Analyses de corrélations

Des coefficients de corrélation (Bravais Pearson) ont été calculés afin d'estimer le lien entre la CIPS et les différentes manifestations anxieuses étudiées. Les corrélations ont été observées entre le score total à la CIPS et le score total à chacune des autres échelles, ainsi qu'en fonction de chacune de leurs sous-échelles respectives. La CIPS est corrélée de manière positive et significative à la SIPS, la STAI-Y_T, la STAI-Y_S et la PSS. Les résultats des analyses de corrélations par facteurs sont rassemblés dans le Tableau 10.2.

Tableau 10.2 : corrélation entre les scores à la CIPS et les sous-échelles de la Social Interaction Phobia Scale (SIPS) et de la Perceived Stress Scale (PSS)

	SIPS _{SIA}	SIPS _{FOE}	SIPS _{FAA}	STAI-Y _T	STAI-Y _S	PSS _{PD}	PSS _{EPP}
CIPS	.53	.50	.53	.73	.53	.59	.51
SIPS _{SIA}	-	.63	.63	.52	.39	.36	.41
SIPS _{FOE}		-	.75	.54	.41	.44	.44
SIPS _{FAA}			-	.60	.40	.44	.44
STAI-Y _T				-	.59	.73	.69
STAI-Y _S					-	.44	.45
PSS _{PD}						-	.68
PSS _{EPP}							-

Notes : Les corrélations sont toutes significatives à $p < .01$

CIPS : Clance Impostor Phenomenon Scale ; SIPS_{SIA} : Social Interaction Anxiety ; SIPS_{FOE} : Fear of Overt Evaluation ; SIPS_{FAA} : Fear of Attracting Attention ; PSS_{PD} : Perception de débordement ; PSS_{EPP} : Efficacité personnelle perçue.

Plus les personnes présentent un SI, plus elles tendent à exprimer de l'anxiété de manière générale mais aussi lors d'une évaluation et dans leurs interactions sociales. Elles expriment de plus un niveau plus élevé de stress.

10.2.3 Analyses de régression multiple

Une analyse de régression multiple a été réalisée à partir des scores totaux de chaque sous-échelle afin de mesurer les prédicteurs du SI. La majorité des variables se révèlent prédictives de la CIPS. Ce modèle, $F_{7;686} = 137,787$; $p < .001$, explique 58% de la variance de

l'échelle ($R^2_{\text{ajusté}} = .580$). L'anxiété-trait possède à elle-seule un poids de 45,7 % dans le score total de la CIPS. En revanche, les coefficients de régression associés aux deux facteurs de la SIPS, **Fear of Overt Evaluation** et **Fear of Attracting Attention** ne sont pas significativement positifs. Le Tableau 10.3 présente ces résultats.

Tableau 10.3 : analyse de régression des prédicteurs au score de la CIPS

Variabiles	B	Erreur standard	β	t	Signification
SIPS _{SIA}	.458	.092	.170	5,002	.000
SIPS _{FOE}	.071	.100	.028	.707	.480
SIPS _{FAA}	.162	.180	.037	.904	.367
STAI-Y _T	.575	.057	.457	10,032	.000
STAI-Y _S	.132	.032	.129	4,173	.000
PSS _{PD}	.430	.102	.163	4,228	.000
PSS _{EPP}	-.351	.175	-.074	-2,008	.045

CIPS : Clance Impostor Phenomenon Scale ; SIPS_{SIA} : Social Interaction Anxiety ; SIPS_{FOE} : Fear of Overt Evaluation ; SIPS_{FAA} : Fear of Attracting Attention ; PSS_{PD} : Perception de débordement ; PSS_{EPP} : Efficacité personnelle perçue.

10.2.4 Analyse des clusters

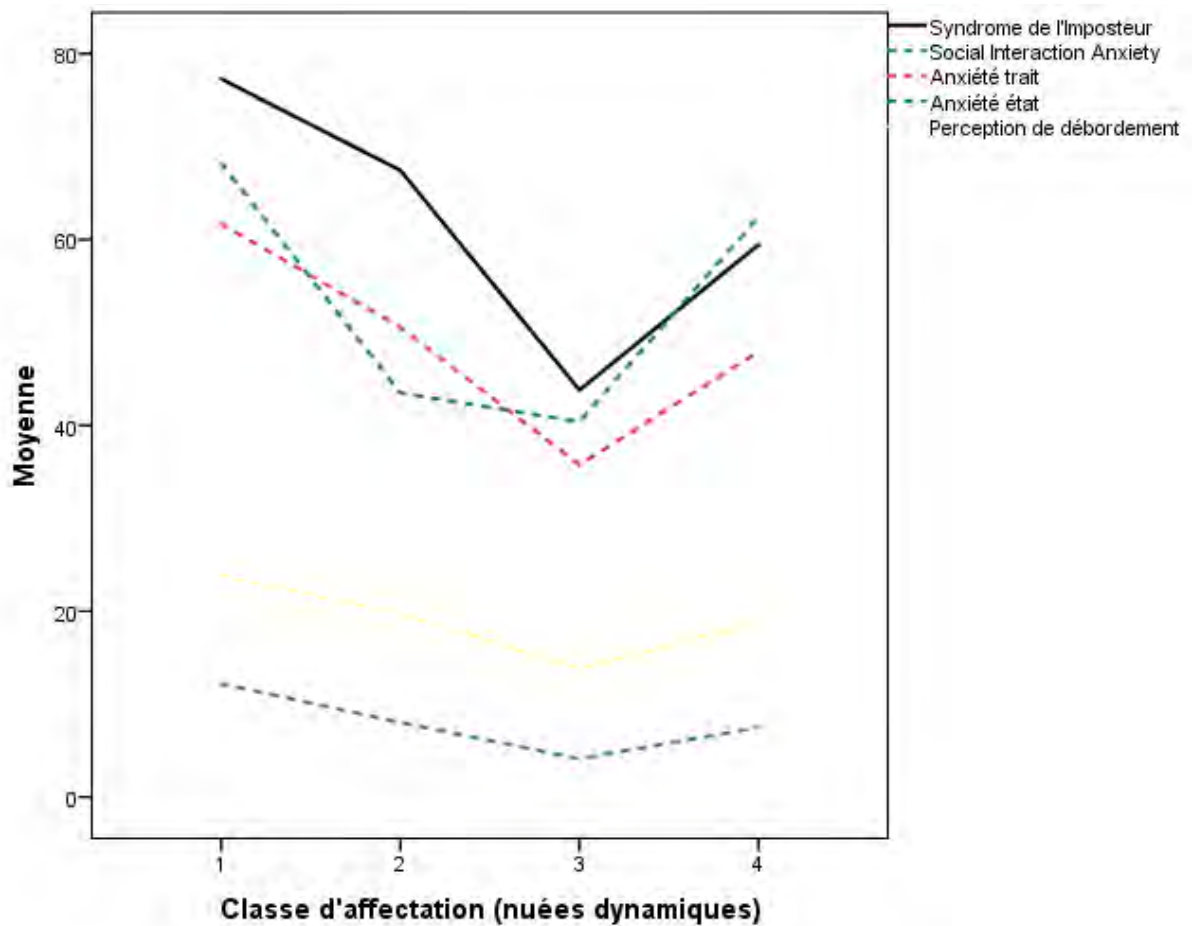
Suite à l'analyse de régression initiale, une analyse hiérarchique en cluster a été réalisée afin de déterminer les profils de notre échantillon au regard de l'expression du SI et des diverses manifestations anxieuses étudiées. La méthode de Ward a été utilisée pour minimiser la variabilité à l'intérieur des différents profils identifiés (Hair et al., 1998). Le carré de la distance euclidienne a été utilisé pour déterminer la distance entre les répondants

sur les dimensions sélectionnées.

Le dendogramme indiquait qu'un découpage en quatre groupes semblait le plus approprié (Yim & Ramdeen, 2015). Ces quatre groupes représentent des personnes présentant le SI à des degrés différents et ayant des profils distincts en termes de phobie dans les interactions sociales, d'anxiété-trait, d'anxiété-état et de stress perçu.

Une analyse en cluster non hiérarchique avec la méthode des k-moyennes a été réalisée. Les résultats ont confirmé la composition des quatre clusters. Le cluster 1 était composé de 231 répondants (33,3% de l'échantillon), le cluster 2 en comprenait 153 (22%), le cluster 3 en comptait 145 (20,9%) et le quatrième cluster regroupait 165 participants (23,8%). La Figure 10.1 présente les caractéristiques mesurées pour chacun des trois groupes.

Figure 10.1 : caractéristiques de l'échantillon selon le syndrome de l'imposteur (CIPS), l'expression phobique dans les interactions sociales (SIPS), l'anxiété-trait et état (STAI-Y_T et STAI-Y_S) et le stress perçu (PSS)



Note : $N_{\text{cluster1}} = 231$; $N_{\text{cluster2}} = 153$; $N_{\text{cluster3}} = 145$; $N_{\text{cluster4}} = 165$

10.2.4.1 Validation des clusters

Afin de valider la solution à quatre groupes, un test de MANOVA a été réalisé sur les clusters et les variables étudiées, en reprenant les scores globaux de chaque échelle. Le test montre un effet multivarié significatif : lambda de Wilks $\lambda = .09$; $F_{5,686} = 179,001$; $p < .001$, $\eta^2 = .56$.

Cet effet multivarié étant statistiquement significatif, les effets univariés ont été analysés. Un effet univarié a été observé pour l'intensité du SI, la phobie dans les interactions sociales, l'anxiété-trait, l'anxiété-état et le stress perçu. Ces effets sont présentés dans le Tableau 10.4.

Tableau 10.4 : moyennes (M), écarts types (ET) des effets des quatre catégories de clusters concernant la phobie dans les interactions sociales, l'anxiété-trait, l'anxiété-état et le stress perçu selon les profils du SI

	$F_{3,690}$	η^2	Cluster 1		Cluster 2		Cluster 3		Cluster 4	
			M	ET	M	ET	M	ET	M	ET
CIPS	570,348	.71	77,29*	6,93	67,45*	8,79	43,81*	7,81	59,44*	7,82
SIPS	143,085	.38	28,84*	12,26	17,76	10,46	7,35*	7,00	15,78	8,44
STAI-Y _T	438,853	.66	61,67*	6,04	50,56*	7,57	35,75*	6,45	47,94*	7,13
STAI-Y _S	556,120	.71	68,19*	6,93	43,50*	7,47	40,39*	9,57	62,44*	7,10
PSS	194,814	.46	36,86*	5,380	31,01	6,23	21,92*	5,77	29,79	5,98

Notes : CIPS : Clance Impostor Phenomenon Scale ; SIPS : Social Interaction Phobia Scale ; STAI-Y_T : Anxiété-trait ; STAI-Y_S : Anxiété-état ; PSS : Perceived Stress Scale.

Dans chaque rangée, les moyennes possédant un indice sont significativement différentes dans tous les groupes, * $p < .001$

Un test post hoc (test de Tukey) confirme la différence significative entre chacun des clusters concernant plusieurs de ces différentes variables. Certaines d'entre elles ne sont toutefois pas significativement différentes. Concernant la SIPS, les clusters 2 et 4 ne diffèrent pas de manière significative, $t_{326} = 1.90$; $p = .059$. Les clusters 2 et 4 ne diffèrent pas de manière significative en terme de stress perçu (PSS), $t_{326} = 1,80$; $p = .072$.

10.2.4.2 Caractérisation des clusters

Le cluster 3 est composé d'individus ne manifestant pas le SI ($M_{95\%IC}$ [42,52; 45,09]) selon le cut-off (Holmes et al., 1993), bien que l'intensité du syndrome puisse être qualifiée de modérée ($score_{seuil} = 41-60$; Clance, 1985), dans la borne inférieure du seuil. Leur score à la SIPS est faible et leurs scores à la STAI- Y_T et à la STAI- Y_S correspondent aux normes des manifestations d'anxiété (Bruchon-Schweitzer & Paulhan, 1990). Ces individus ne présentent donc pas d'anxiété manifeste. Enfin, leur score à la PSS est en dessous du seuil de dépistage des troubles anxieux ($score_{seuil} = 25$; 26) et dépressifs ($score_{seuil} = 27$; 28). Ce cluster a été nommé **non-imposteurs**.

Le cluster 4 n'est pas constitué non plus d'individus manifestant le SI selon le cut-off, bien que l'intensité du syndrome puisse aussi être qualifiée de modérée, dans la borne supérieure du seuil ($M_{95\%IC}$ [58,27; 60,61]). Ces individus peuvent être considérés comme *imposteurs*. Ce cluster rend compte de personnes ayant un score à la SIPS en dessous du seuil critique de phobie dans les interactions sociales mais au dessus des normes d'anxiété-état. Ils présentent une anxiété-état plus importante qu'une anxiété-trait, témoignant du caractère anxiogène d'une situation d'évaluation, $t_{144} = -5,742$; $p < .001$. Leur score à la PSS est au dessus du seuil critique de stress, en tant que facteur de risque pour le trouble anxieux ($score_{seuil} = 28$) et pour le trouble dépressif ($score_{seuil} = 29$). Ce cluster a été nommé les **imposteurs-modérés-évaluatifs anxieux**.

Le cluster 2 est caractérisé par un score élevé à la CIPS ($M_{95\%IC}$ [66,05; 68,86]). Ces individus manifestent le SI de manière fréquente (Clance, 1985). Ils présentent des scores d'anxiété-trait et d'anxiété-état au dessus des normes de la population. De plus, leur anxiété-trait est plus importante que leur anxiété-état, $t_{152} = 8,90$; $p < .001$. Ils présentent cependant une anxiété-état plus faible que les individus du cluster 4 (Tableau 10.4). Ces résultats suggèrent une forte anxiété quotidienne chez ces *imposteurs*. Leur score à la SIPS n'indique pas d'expression de phobie dans les interactions sociales. Leur score à la PSS est néanmoins au dessus du seuil critique de stress, en tant que facteur de risque pour le trouble anxieux ($score_{seuil} = 28$) et pour le trouble dépressif ($score_{seuil} = 29$). Ce cluster a été nommé les **imposteurs-anxieux-généraux**.

Les individus du cluster 1 présentent un haut niveau d'intensité du SI ($M_{95\%IC}$ [76,37; 78,20]). Leurs scores à la SIPS, aux échelles d'anxiété et à la PSS sont largement au-dessus des seuils critiques, respectivement de phobie dans les interactions sociales ($score_{seuil} = 21$), d'anxiété-trait et -état et de stress en tant que facteur de risque des troubles anxio-dépressifs. Ce cluster a été nommé **imposteurs-intenses-phobiques-sociaux**.

10.2.5 Modèle d'émergence du SI

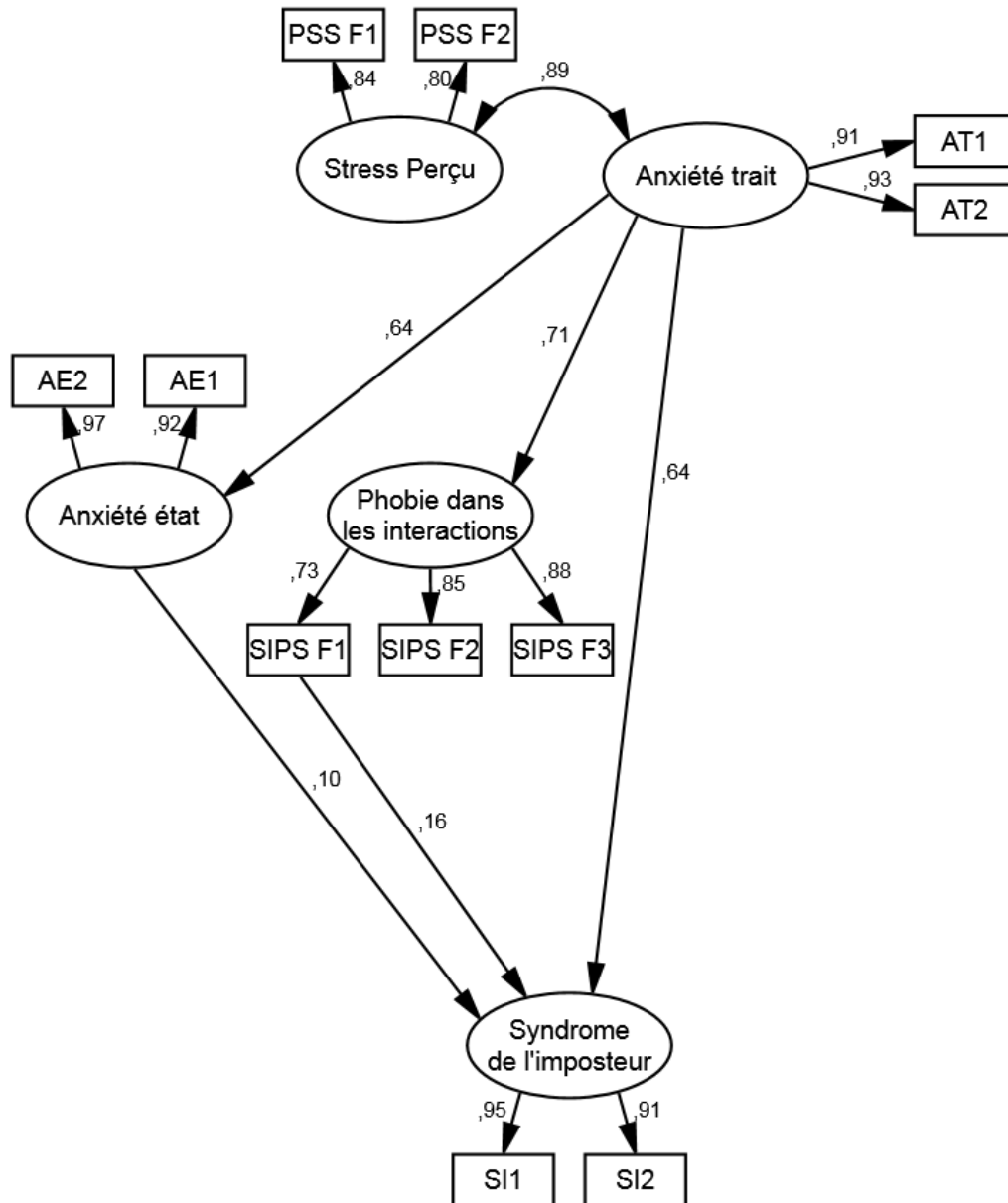
A partir des résultats issus de l'analyse de régression et de l'analyse hiérarchique en cluster, un modèle explicatif de l'émergence du SI a été formalisé, estimé et identifié. L'établissement de ce modèle s'est fondé sur la prédisposition au stress et à l'anxiété-trait de la part des *imposteurs*. L'anxiété-état et la phobie dans les interactions sociales (SIPS_{SIA}) sont envisagées comme manifestations anxieuses secondaires, amenant une augmentation de l'intensité du SI. Dans le cas où les indicateurs choisis respectent les seuils d'acceptation requis, le modèle proposé témoignera des conditions de l'émergence du SI, en terme de manifestations anxieuses. Afin de réduire le nombre de variables, les items de la CIPS, de la

STAI- Y_T et Y_S ont été regroupés aléatoirement en deux sous-échelles (Marsh et al., 1998). Les facteurs des échelles SIPS et PSS ont été inclus dans le modèle.

Afin de tester la validité du modèle, le ratio du Chi deux et du degré de liberté (χ^2/ddl) a été choisi, avec un seuil d'acceptabilité inférieur à 5 pour témoigner d'un bon ajustement (Pedhazur & Pedhazur Schmelkin, 1001). Les indices d'adéquation (GFI), d'adéquation ajusté (AGFI) et comparatif d'ajustement (CFI) ont été analysés. Leurs valeurs doivent être supérieures ou égales à .90 (Bentler & Bonett, 1980). Le Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) a de plus été mesuré. Sa valeur doit être égale ou inférieure à .05. Le Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), dont la valeur doit être inférieure ou égale à .08 (Roussel, 2005) a été utilisé pour évaluer la validation.

Le modèle d'émergence du SI est présenté à l'aide de la Figure 10.2.

Figure 10.2 : modèle d'émergence du SI



Notes : PSS F1 = Perception de débordement ; PSS F2 = Efficacité personnelle perçue ; AT1, AT2 = Anxiété-trait ; AE1, AE2 = Anxiété-état ; SIPS F1 = Social Interaction Anxiety ; SIPS F2 = Fear of Overt Evaluation ; SIPS F3 = Fear of Attracting Attention

Les indices sont satisfaisants ($\chi^2/\text{ddl} = 3,638$; GFI = .97 ; AGFI = .94 ; CFI = .98 ; SRMR = .023 ; RMSEA = .062). Le modèle proposé témoigne de l'impact conjoint du stress perçu et de l'anxiété-trait, d'une part de manière directe sur le SI, d'autre part de manière indirecte en favorisant l'expression de l'anxiété-état et de la phobie dans les interactions sociales pour intensifier son expression.

10.3 Discussion

Les personnes présentant le SI sont des personnes anxieuses. La peur d'être démasqué constitue un élément d'anxiété fondamental de ce syndrome (Kolligian, 1990). La peur de l'évaluation et du jugement d'autrui en sont deux points importants (Chrisman et al., 1995; Clance & O'Toole, 1987; Ross & Krukowski, 2003; Thompson et al., 2000). L'étude 1 avait pu suggérer le poids important de l'anxiété dans le SI. L'étude actuelle a pu tant réitérer des résultats antérieurs que mesurer l'expression et l'impact des différentes manifestations d'anxiété inhérentes à ce syndrome.

Plus les personnes expriment un SI, plus elles sont anxieuses de manière générale, mais aussi face à l'évaluation. Elles ressentent de plus davantage de stress, en termes de perception de débordement, et sont sujettes au développement d'une phobie dans leurs interactions sociales lorsque ce syndrome atteint des seuils d'intensités importants.

Les résultats suggèrent que le facteur Efficacité personnelle perçue de la PSS possède un faible poids prédictif de la CIPS. Or, la littérature décrit les *imposteurs* comme ayant un faible sentiment d'efficacité personnelle (Blondeau, 2014; Clancey, 2015; Ives, 2011; Vergauwe et al., 2015). Ce facteur rend compte, ici, de l'une des ressources personnelles dont l'individu dispose pour faire face aux contraintes et demandes de l'environnement, c'est-à-dire en sa croyance sur sa capacité ou sa compétence dans la maîtrise de **son débordement** (Bellinghausen et al., 2009). Cette définition est plus spécifique que le sentiment d'efficacité

personnelle soumis par Bandura (1997), renvoyant en la croyance des individus en leur capacité à mobiliser les ressources nécessaires pour maîtriser certaines situations mais, aussi, **réussir**. Cette subtilité peut rendre compte du faible poids prédictif de ce facteur dans le SI, les *imposteurs* étant davantage sensibles à leur sentiment d'efficacité personnelle de manière générale dans la réussite d'une tâche.

Le poids prédictif du seul facteur **Social Interaction Anxiety** de la SIPS témoigne des difficultés des *imposteurs* à pouvoir interagir dans un groupe du fait de leur peur de montrer leur méconnaissance, leur « fausse » intelligence, de paraître stupides et d'être démasqués par autrui dans leurs échanges. Les items présentés dans les facteurs Fear of Overt Evaluation (7. Je me sens embarrassé(e) si je dois entrer dans une salle où d'autres sont déjà assis ; 13. Dans un ascenseur, je deviens tendu(e) si les gens me regardent) et Fear of Attracting Attention (10. Si je devais porter un plateau à travers une cafétéria pleine de monde, je deviendrais tendu(e) ; 11. J'ai peur de perdre le contrôle de moi-même devant d'autres personnes) rendent compte, certes, des préoccupations en lien avec la phobie sociale, mais de questionnements moins prédominants dans un SI, expliquant le manque de poids prédictif de ces facteurs dans l'expression de ce syndrome. Néanmoins, l'intensité du SI étant liée à l'expression de la phobie sociale (Cluster 1), les *imposteurs* aux *sentiments d'imposture* extrêmes peuvent développer une importante phobie dans leurs interactions.

Le poids des manifestations anxieuses peut, de plus, servir d'élément explicatif de la mauvaise attribution du succès de la part des *imposteurs*. Cette observation rejoint la théorie de l'attribution causale (Heider, 1958) dont les trois dimensions de stabilité (caractéristiques stables/habilités vs instables/chance), d'internalité (efforts/capacités vs tâche/hasard) et de contrôle perçu (possibilité/ou non d'agir autrement) (Weiner, 1986) se retrouvent dans le SI. Les personnes présentant ce syndrome manifestent en effet une forte perception de non-contrôle sur leur environnement (September et al., 2001; Thompson et al., 2000). Cette

perception s'explique ainsi par le fait qu'elles ne parviennent pas à intégrer leurs compétences ou leurs capacités, notamment en vivant les situations de réussite de manière anxieuse et de façon débordée sans pouvoir identifier leurs actions efficaces. Ces facteurs prédictifs vont favoriser une attribution externe, de type chance/erreur ou erreur de jugement retrouvée dans le SI. Réussir malgré cette pression ressentie, malgré l'accumulation des contraintes et des sollicitations de l'environnement, et ce jusqu'au dépassement des ressources individuelles, n'amène pas à une bonne attribution de son succès mais davantage à sa non appropriation.

Quatre profils ont pu émerger de l'analyse en clusters, témoignant de divers types *d'imposteurs* concernant les manifestations anxieuses.

Les **non-imposteurs** expriment de manière générale des manifestations anxieuses normales. Ils ne sont donc pas anxieux. Mais l'émergence de trois types *d'imposteurs* au regard de ces symptomatologies est intéressante, bien que ces derniers ne se distinguent pas sur certaines des manifestations.

Les **imposteurs-anxieux-généraux** expriment quoiqu'il en soit une anxiété sous forme de trait de personnalité (Bernard et al., 2002; Oriol et al., 2004; Ross & Krukowski, 2003; Ross et al., 2001; Vergauwe et al., 2015), de manière plus importante que les **non-imposteurs**. Ils ne sont toutefois pas nécessairement plus anxieux lors des évaluations que dans leur quotidien. Ces situations d'évaluation ne leur semblent pas plus importantes, menaçantes ou aversives que leur quotidien où la peur d'être démasqués reste latente de manière continue. Leur niveau de stress perçu est cependant élevé, rejoignant les facteurs de risque de troubles anxio-dépressifs. Les enjeux de ces **imposteurs-anxieux-généraux** résident surtout dans la gestion de cette anxiété quotidienne (restructuration cognitive autour de la peur d'être démasqué), l'organisation de leur environnement et la mise en place de stratégies adaptatives face au stress.

Les **imposteurs-modérés-évaluatifs-anxieux** possèdent un score à la CIPS dans la borne supérieure du seuil modéré. Bien qu'anxieux de manière générale comme les **imposteurs-anxieux-généraux**, ils accordent davantage d'importance aux évaluations du fait d'une nécessité de prouver leurs compétences ou leur légitimité à un instant donné. Cette anxiété d'évaluation est plus intense que pour les **non-imposteurs** et les **imposteurs-anxieux-généraux**. Une situation d'évaluation n'est donc pas vécue comme un challenge ou une chance de se dépasser mais bien comme un risque d'échec prouvant une incompétence (September et al., 2001). Leurs hauts standards de réussite irréalisables et leur besoin de reconnaissance (Chrisman et al., 1995; Vergauwe et al., 2015) suggèrent une perception de menace d'intégrité face à une situation d'évaluation. Une moindre attention dans leur manière d'être perçus par autrui amène peu d'expression de phobie dans leurs interactions sociales. Ils peuvent ainsi paraître agréables dans ces interactions malgré leur anxiété (Clance, 1985). Ils restent cependant à risque de troubles anxio-dépressifs. L'identification des pensées dysfonctionnelles associées à une évaluation semble ainsi primordiale.

Enfin, les **imposteurs-intenses-phobiques-sociaux** accordent une grande importance, et à l'évaluation, et au regard d'autrui. Cela témoigne de leurs difficultés à se sentir légitimes et de leur tendance à craindre de manière intense de pouvoir être démasqués. Cette peur réside tant dans leur quotidien que lors d'une évaluation ou durant leurs échanges avec autrui, potentiellement due à la honte ressentie dans leurs interactions (Cowman & Ferrari, 2002). Ces individus peuvent donc paraître peu communicants, froids, distants, voire méfiants (Chae et al., 1995). Ce profil *d'imposteurs* rejoint l'idée que le SI peut rendre compte d'une forme d'anxiété sociale (André & Lelord, 2008; Kolligian & Sternberg, 1991). Les enjeux de l'accompagnement de ce profil *d'imposteurs*, à forte intensité du SI, résident tant dans la gestion du stress et de l'anxiété que dans la peur du regard des autres, le gain de confiance en soi dans les interactions et la réappropriation de méthodes de communication.

L'établissement d'un modèle d'émergence du SI permet de comprendre la possibilité de sa mise en place au regard des manifestations anxieuses. Les contextes environnementaux stressants dans lesquels le SI peut tendre à s'exprimer (Chapitre 1.3.2.2), ainsi que l'anxiété-trait ressentie par les *imposteurs*, se révèlent des facteurs de risque conséquents. L'anxiété-état et la phobie dans les interactions sociales sont, quant à elles, des manifestations intensifiant son expression. Ce modèle n'apparaît pas dans la littérature scientifique contemporaine. Questionner la probabilité de la survenue d'un SI dans ces contextes stressants semble donc une démarche à développer, tant d'un point de vue préventif que dans l'élaboration d'un accompagnement immédiat.

Malgré ses apports, cette recherche n'est cependant pas sans limites. D'une part, l'échantillon est majoritairement féminin. Or, la population féminine tend à exprimer davantage d'anxiété que les hommes au regard des normes de la STAI-Y (Spielberger, 1993). D'autre part, la PSS mesurant le stress perçu a été orienté sur le mois antérieur à la passation. Il aurait pu être pertinent de formuler la consigne sur une phase d'évaluation afin d'identifier les liens pouvant exister avec l'anxiété-état. Enfin, d'autres échelles de mesure des manifestations anxieuses auraient pu être utilisées, en complément ou substitut.

Les résultats de cette étude peuvent ainsi orienter la prise en charge mais aussi la prévention du SI. D'après les scores de stress perçu, tant de dépistage que comme facteur de risque des troubles anxio-dépressifs, la nécessité de questionner l'existence d'un SI dans ces contextes est pertinente. Il est cependant difficile de distinguer si l'environnement en tant que tel est contraignant pour les *imposteurs* ou si leur besoin de reconnaissance et leurs attitudes Superwomen/men conduisent à une forte expression de stress. Cette recherche interroge enfin la présence de certaines cognitions dysfonctionnelles ou de croyances inadaptées concernant la performance ou le jugement d'autrui chez les personnes exprimant un SI.

CHAPITRE 11

Aspects théoriques des outils de prise en charge du syndrome de l'imposteur

11.1 Croyances et attitudes des *imposteurs*

11.1.1 Les attitudes dysfonctionnelles

11.1.1.1 Définition des attitudes dysfonctionnelles

A de mêmes situations, chacun procède à une interprétation propre. La souffrance des individus résulte ainsi de leurs façons d'évaluer, d'interpréter et de réagir face à diverses situations (Beck, 1963, 1964, Ellis, 1962, 1994).

Lorsque ce processus est inadapté, que les pensées sont rigides et généralisées, ces évaluations sont déformées, conduisant à des pensées automatiques, des émotions dysfonctionnelles et des réponses comportementales inadaptées (Ellis, 1995; Ellis & Dryden, 1997).

Certaines attitudes, dites alors dysfonctionnelles, peuvent servir de base à l'émergence d'une symptomatologie clinique, en tant que facteur de vulnérabilité. L'expression d'une

psychopathologie découle alors en grande partie de certaines « distorsions de la réalité », elles-mêmes fondées sur des « hypothèses et des prémisses erronées » (Beck, 2010). En effet, selon la théorie cognitive (Beck, 1963, 1964, 1967), les évaluations de stimuli internes ou d'événements externes peuvent être biaisées, puisque sous-tendues par des systèmes de croyance et un éventail d'attitudes inadaptées, aboutissant à des interprétations pouvant être erronées (Beck, 1964; Cottraux, 2011).

11.1.1.2 Attitudes dysfonctionnelles et psychopathologie

Des cognitions particulières et spécifiques se retrouvent dans la dépression (Greenberg & Beck, 1989), l'anxiété (Haaga, Dyck, & Ernst, 1991), les troubles obsessionnels-compulsifs (Salkovskis et al., 2000), les phobies (Beck & Greenberg, 1988) ou encore dans le stress quotidien, les dépendances, les troubles de la personnalité ou du comportement alimentaire (Beck, 1976, 2010; Cottraux, 2011).

Idées d'incompétences, d'erreurs, de menaces, de dangers ou d'incertitudes, valeurs d'approbation, de réussite, d'amour, de perfectionnisme ou d'exigence et d'obligation ne sont qu'un bref aperçu des attitudes dysfonctionnelles les plus fréquentes (Weissman, 1979). Elles entachent alors de manière excessive la vision que les individus peuvent avoir d'eux-mêmes ou de leurs performances ou compétences.

11.1.2 Les croyances rationnelles et irrationnelles

11.1.2.1 Définition

Les individus ne sont pas émus par les événements qu'ils subissent mais plutôt par la perception subjective et irrationnelle qu'ils en font (Beck, 2010; Ellis & Harper, 2007). Un système de croyance est établi au fil des événements de vie. Il représente des modèles internes stables et des référentiels solides, constituant un système d'interprétation particulier (Beck,

2010; Cottraux, 2011). Il est ainsi utilisé pour percevoir, traiter et se remémorer l'information tout en ayant son implication forte et propre dans la formation des émotions (David, Schnur, & Birk, 2004).

Il est dès lors important de distinguer les croyances dites rationnelles, flexibles, pragmatiques et cohérentes, des croyances irrationnelles, illogiques, rigides et reflets d'exigences (Ellis, 1962, 1994).

11.1.2.1.1 Les croyances irrationnelles

Onze croyances irrationnelles ont pu être identifiées (Ellis, 2000) mais la littérature se concentre aujourd'hui sur quatre principales catégories :

- la position d'exigence (*demandingness*, en anglais). Elle rend compte d'un absolutisme ou d'obligations infligés à soi comme à autrui ;
- le catastrophisme (*awfulizing*, en anglais). Elle réfère à l'évaluation d'un événement de manière plus négative que nécessaire ;
- l'intolérance à la frustration (*frustration intolerance*, en anglais). Elle renvoie à l'impossibilité perçue de faire face aux circonstances en les considérant comme intolérables ;
- et l'évaluation globale, tant de soi que d'autrui ou de la vie (*global evaluation*, en anglais). Elle induit un étiquetage à partir d'un élément négatif, une généralisation.

11.1.2.1.2 Les croyances rationnelles

A l'inverse, les croyances rationnelles sont (Ellis, 2000) :

- la préférence (*flexible and motivational preference*, en anglais) ;
- une évaluation nuancée des événements négatifs, sans dramatisation (*nuanced evaluation of badness*, en anglais) ;
- la tolérance à la frustration (*frustration tolerance*, en anglais) ;

- et l'acceptation inconditionnelle, tant de soi que de l'autre ou de la vie (*unconditional acceptance*, en anglais).

De plus, ces croyances, tant rationnelles qu'irrationnelles, s'orientent sur trois thèmes fréquemment rencontrés : le besoin de réussite, le besoin d'approbation ou le besoin de confort (DiGiuseppe, Leaf, Exner, & Robin, 1988).

11.1.2.2 Impacts des croyances irrationnelles et rationnelles

Si les croyances irrationnelles sont effectivement associées à des émotions négatives dysfonctionnelles, des impacts négatifs sur les objectifs ou la performance et une faible estime de soi, les croyances rationnelles se rapprochent, elles, des émotions positives ou négatives fonctionnelles et une bonne estime de soi (David et al., 2004; Davies, 2006; Kombos, Fournet, & Estes, 1989; Prola, 1985; Shahmohamadi, Khaledian, & Ahmadi, 2011; Wicker, Brown, Hagen, Boring, & Wiehe, 1990).

Les croyances irrationnelles sont ainsi un important facteur de vulnérabilité psychologique. Elles sont de plus négativement associées à une acceptation inconditionnelle de soi (David et al., 2013; Davies, 2006, 2007, 2008).

11.2 De l'estime à l'acceptation inconditionnelle de soi

11.2.1 L'estime de soi : valences et inhérences

Il ne fait plus de doute qu'une faible estime de soi est dysfonctionnelle, en s'associant à des symptômes anxieux et dépressifs (Beck, Steer, Epstein, & Brown, 1990; Tarlow & Haaga, 1996). Mais une estime de soi trop élevée peut aussi avoir des répercussions négatives, comme une sensibilité moindre aux feedback, des comportements agressifs, un sentiment de supériorité, un rejet d'autrui ou une vulnérabilité émotionnelle aux critiques plus

importante (Baumeister, Smart, & Boden, 1996; Schlenker, Soraci, & McCarthy, 1976; Shrauger & Lund, 1986).

11.2.2 L'instabilité de l'estime de soi

Entre l'un ou l'autre de ces niveaux, l'estime de soi reflète donc un système d'évaluation. Elle renvoie ainsi à un jugement de valeur sur soi, sans base nécessairement objective. Pour la majorité des individus, l'estime de soi est un trait instable, basée sur les attributions de sa performance, cette dernière étant à son tour instable (Chabrol, Rousseau, & Callahan, 2006).

L'évaluation de soi est donc dysfonctionnelle, illogique et rend surtout compte d'un processus de généralisation, notamment puisque qu'elle vient particulièrement après la réussite ou l'échec d'une activité mais aussi selon le regard ou l'approbation d'autrui. Elle entraîne de ce fait des états dépressifs si l'évaluation est mauvaise (sentiments de désespoir, de perte) ou anxieux si les standards sont trop élevés (idées de critique, de perfectionnisme, d'erreur ou d'incapacité) (Ellis, 1962, 1995). Enfin, elle amène de fortes préoccupations concernant la comparaison sociale, celle-ci étant à la base d'un certain nombre de croyances irrationnelles (Ellis, 1994).

Cette évaluation fragile oscillant d'un pôle positif à un pôle négatif de manière fluctuante ne permet donc pas à l'individu de se faire confiance ni de se juger à sa juste valeur.

11.2.3 L'acceptation inconditionnelle de soi

Du point de vue de la Psychothérapie-Comportementale-Emotionnelle-Rationnelle (PCER) (Ellis, 1962, 1995), il conviendrait que l'individu s'accepte de manière totale, globale

et inconditionnelle afin de pallier cette tendance naturelle à l'évaluation. Un individu peut en effet s'accepter (Ellis, 1977) :

- que ses actions soient ou non réalisées de manière intelligente, correcte ou efficace ;
- ou qu'il reçoive ou non la validation, l'amour ou le respect des autres.

Antagoniste à l'estime de soi, l'acceptation inconditionnelle de soi ne dépend plus de facteurs instables comme la performance ou l'approbation des autres et se révèle plus constante. A la différence de la résignation, l'acceptation inconditionnelle de soi garde et favorise un potentiel d'amélioration ou d'évolution de son fonctionnement individuel. Elle se base sur l'idée que tout être humain est faillible ou imparfait mais qu'il n'en reste pas moins un être humain de valeur qui peut changer et progresser.

Ce processus semble toutefois difficile du fait des tendances de l'être humain à la catégorisation, notamment celle basée sur l'évaluation de soi, et de l'apprentissage d'une acceptation de soi conditionnelle très tôt durant l'enfance (David et al., 2013; Ellis, 2001).

11.2.4 Les bénéfices de l'acceptation inconditionnelle de soi

Pourtant, les bénéfices d'une acceptation inconditionnelle de soi sont nombreux. Elle s'associe négativement aux symptômes dépressifs (Chamberlain & Haaga, 2001a, 2001b; Flett, Besser, Davis, & Hewitt, 2003; Scott, 2007; Stanković, Matić, Vukosavljević-Gvozden, & Opačić, 2015; Stanković & Vukosavljević-Gvozden, 2011) ou anxieux (Chamberlain & Haaga, 2001a; Stanković & Vukosavljević-Gvozden, 2011), mais aussi à la colère ou au perfectionnisme négatif (Flett et al., 2003; Hall, Hill, Appleton, & Kozub, 2009; Scott, 2007; Stanković & Vukosavljević-Gvozden, 2011).

Les personnes faisant preuve d'une acceptation inconditionnelle de soi tendent de plus à adopter moins de croyances irrationnelles (Davies, 2006, 2007, 2008). Cela concerne tant l'intolérance à la frustration (Stanković et al., 2015; Stanković & Vukosavljević-Gvozden,

2011) que le besoin d'approbation, le besoin de réussite et l'évaluation globale (Davies, 2006, 2007, 2008). Ces personnes sont moins préoccupées par leurs erreurs et doutent moins quant à leurs actions (Stanković et al., 2015). Elles éprouvent une meilleure stabilité émotionnelle (Davies, 2006) et décrivent une plus grande satisfaction de vie, un meilleur bien-être psychologique et un bonheur plus important (Chamberlain & Haaga, 2001a; David et al., 2013; Macinnes, 2006).

11.2.5 Un imposteur qui s'accepte ?

11.2.5.1 Les croyances irrationnelles des imposteurs

Bien qu'une seule étude empirique ait pu établir un lien entre le SI et les croyances irrationnelles (Dudau, 2014a), les descriptions théoriques et les recherches concernant certaines des manifestations de ce syndrome rejoignent un certain nombre de croyances irrationnelles : plus les *sentiments d'impostures* sont intenses, plus l'adoption de croyances irrationnelles est importante, notamment en termes de besoin d'accomplissement qui se révèle prédicteur.

La position d'exigence se situe dans les tendances des *imposteurs* à éprouver une forte motivation à réussir en se fixant de hauts standards de réalisation et des objectifs irréalisables, tout en restant profondément insatisfaits de leurs performances (Thompson et al., 1998, 2000; Vergauwe et al., 2015).

Le catastrophisme émane de leur peur de l'évaluation de la part d'autrui, de la peur de l'échec ou du succès ainsi que de leur sensibilité à la critique vécue comme preuve de leur imposture (Dudau, 2014b; Thompson et al., 1998, 2000).

L'intolérance à la frustration réside essentiellement dans leur manière d'appréhender et vivre les échecs, vécus de manière intolérable et induisant davantage de défense suite à une humiliation perçue (Ferrari & Thompson, 2006; Thompson et al., 1998).

Enfin, l'évaluation globale de soi se retrouve tant dans la dichotomie de leur perception de soi que dans l'intériorisation et la généralisation de leurs erreurs ou de leurs échecs à leur image de soi (Clance & Imes, 1978; Thompson et al., 1998; Young, 2011).

11.2.5.2 Les attitudes dysfonctionnelles des *imposteurs*

Les descriptions de la symptomatologie du SI et de ses diverses manifestations rejoignent à multiples reprises les descriptions des attitudes dysfonctionnelles de la littérature (Beck, Brown, Steer, & Weissman, 1991; Bouvard et al., 1994; Talepasand, Alijani, & Rezaie, 2010).

Les *imposteurs* sont animés par l'exigence de paraître intelligents et sont soucieux de l'image qu'ils peuvent donner aux autres (Hewitt et al., 2003; Ross et al., 2001; Thompson et al., 2000). Cette disposition renvoie au besoin de plaire à autrui ou à l'évitement quant au fait de montrer ses faiblesses (Beck et al., 1991). Leur besoin d'être remarquable (Clance & O'Toole, 1987; Langford & Clance, 1993) semble rejoindre le besoin d'impressionner (Beck et al., 1991).

Leur perfectionnisme inadapté (Ferrari & Thompson, 2006; Thompson et al., 1998, 2000; Vergauwe et al., 2015) se rapproche d'une attitude dysfonctionnelle identifiée sous le même nom (Beck et al., 1991).

Si leur estime de soi semble essentiellement dépendre d'un côté de leur performance, elle est aussi régie de l'autre par une recherche d'estime et de validation de la part de l'entourage (Dudau, 2014b; Langford & Clance, 1993; Thompson et al., 1998), renvoyant aux

attitudes de besoin d'approbation ou de recherche d'estime (Beck et al., 1991; Bouvard et al., 1994; Talepasand et al., 2010).

11.2.5.3 Syndrome de l'imposteur et acceptation inconditionnelle de soi

Selon son histoire personnelle, son environnement de développement ou les événements façonnant sa vie, un individu élabore son propre système de pensées, de croyances, d'émotions et de comportements (Beck, 1964, 2010). De même, ses croyances et sa manière de s'accepter conditionnellement se mettent en place très tôt, notamment à travers les pratiques parentales ou les critiques adressées pendant l'enfance (Ellis, 2001).

Or, le SI trouve en partie ses origines dans la dynamique familiale (Chapitre 2), tant concernant les messages transmis quant à l'intelligence, la performance et la réussite, que vis-à-vis des exigences parentales ou de l'environnement durant l'enfance (Clance & Imes, 1978; Dudau, 2014b; King & Cooley, 1995; Want & Kleitman, 2006).

Les *imposteurs* tendent surtout à vouloir maintenir l'admiration et le respect de la part des autres (Dudau, 2014a; Langford & Clance, 1993). Ils éprouvent cependant une difficulté à accepter les réussites et les compliments (Chapitre 4.1.2 ; Chapitre 4.2.1). Les échecs impactent de manière plus importante les *imposteurs* que les *non-imposteurs* (Cozzarelli & Major, 1990). Le processus de comparaison sociale inadapté (Chapitre 3.2.3 ; Chapitre 3.3.2 ; Chapitre 3.3.3) ainsi que le vécu négatif des critiques et des échecs (Chapitre 5.2) témoignent des méfaits de leur faible estime de soi et faible acceptation inconditionnelle de soi (September et al., 2001).

11.3 Prise en charge du syndrome de l'imposteur

Il est utile de mettre en avant les techniques thérapeutiques qui semblent s'adresser, de manière pertinente, au traitement du SI. Sont présentés ci-dessous les éléments qui sont le plus souvent retrouvés dans la pratique des TCC.

11.3.1 Lever le masque

Favoriser l'alliance thérapeutique et l'authenticité de la part du thérapeute est déjà un premier élément essentiel dans l'observation, l'identification ou la verbalisation du SI (Clance & O'Toole, 1987). L'identification du syndrome peut s'établir au travers de ses manifestations symptomatologiques mais aussi au regard de leurs contradictions (Bernard et al., 2002) :

- haut standard de réussite, perfectionnisme *versus* difficultés à internaliser ses succès ou recevoir les feedback ;
- recherche de performance et buts irréalisables pour prouver ses compétences *versus* craintes de la réussite ;
- stratégies d'auto-handicap *versus* peur de l'échec.

La technique de la flèche descendante permet de plus d'identifier les croyances fondamentales liées au SI derrière ces attitudes dysfonctionnelles.

Il est important que le thérapeute manifeste son empathie, sans pour autant endosser ces ressentis ni s'empresse de rassurer immédiatement son patient qui exprime une conviction parfois persistante (Clance, 1985; Matthews & Clance, 1985).

Les groupes de parole ou thérapies de groupes à thèmes généraux vont pouvoir révéler, au travers de la dynamique et des interactions, le système de croyances du patient et permettre d'amener le thérapeute à porter son attention sur un mode de fonctionnement

inhérent au SI (Matthews & Clance, 1985). Les thérapies de groupes spécifiques autour du SI permettent, quant à elles, aux personnes manifestant ce syndrome de sortir de leur solitude ou de leur sentiment d'isolement en se retrouvant dans d'autres cas significativement semblables (Clance & Imes, 1978; Prata & Gietzen, 2007).

« Faire tomber le masque » est l'essentiel de la thérapie (Clance, 1985). En effet, en individuel tant qu'en groupe, favoriser l'authenticité et la restitution d'un vrai-self est un élément clé afin de diminuer la nécessité des *imposteurs* de présenter des images de façades pour gagner l'approbation des autres (Langford & Clance, 1993). Les jeux de rôle (« je pense que je suis un imposteur », « je suis peut-être intelligent(e) »), mettant en scène des personnes que le patient pense avoir trompées, semblent de bons préambules, tant dans l'expression de ses ressentis que dans la relativisation du syndrome du fait des retours reçus (Clance & Imes, 1978).

11.3.2 Les outils d'accompagnement

Chaque patient exprimera différemment un SI, celui-ci pouvant s'exprimer à partir de symptômes qui ne sont pas tous essentiels (Chapitre 1) mais les enjeux de la prise en charge résident globalement dans :

- la mise en évidence d'attitudes dysfonctionnelles et l'apprentissage de cognitions et comportements plus adaptés ;
- la construction d'un meilleur processus d'attribution ;
- la restitution d'une image positive mais surtout réaliste de soi ;
- la diminution de la dépendance du sujet à l'évaluation.

11.3.2.1 Un nouvel apprentissage

Etant donné l'impact de la dynamique familiale dans l'émergence du SI et l'apprentissage d'un certain nombre de messages pouvant se révéler dysfonctionnels (Chapitre 2), une exploration du contexte de développement et des expériences précoces peut se révéler intéressante. Cette exploration peut aider non seulement à comprendre la perception créée à partir des sources, mais aussi le cycle de conditionnement mis en place par la suite. Cela peut donc favoriser l'adoption de croyances plus rationnelles autour des échecs, des succès ou de l'imperfection et du rejet (Clark et al., 2014; Langford & Clance, 1993).

La mise en évidence des stratégies d'auto-handicap, fortement associées au SI (Dudau, 2014b; Ferrari & Thompson, 2006; Want & Kleitman, 2006) en réponse à leur sentiment de vulnérabilité (Ross & Krukowski, 2003) peut permettre le rétablissement de méthodes de gestion du temps et des tâches plus adaptées.

De même, l'apprentissage de méthodes de relaxation peut s'avérer nécessaire étant donné l'incapacité des *imposteurs* à se détendre au quotidien (Clance & Imes, 1978).

11.3.2.2 Attribuer plus justement

Un travail sur le processus d'attribution et la prise de conscience des ressources individuelles est nécessaire. Le journal des attributions hebdomadaire ou encore le camembert des attributions (Chae et al., 1995; Clance & Imes, 1978; Matthews & Clance, 1985) peuvent être utiles pour rétablir un meilleur poids des circonstances internes (au delà des compétences sociales, pour certains), inhérentes à l'individu (compétences, intelligence, qualités).

Ces exercices peuvent être proposés tant sur des situations anciennes (diplômes, accès à l'emploi, rôle de parent) qu'actuelles ou lors de la réalisation de certaines tâches, notamment au regard du cycle de l'imposteur.

11.3.2.3 Se comparer autrement

Adopter un meilleur processus de comparaison sociale (Chayer & Bouffard, 2010) permettrait aux *imposteurs* de se servir de modèles comme moteur et source d'inspiration plutôt que comme preuve d'incompétence ou d'inintelligence personnelle.

11.3.2.4 Changer ses représentations

Une psychoéducation de l'intelligence et des modèles descriptifs (Chapitre 3.2.1), ainsi qu'une diminution du but de performance, généralement irréalisable, peuvent enfin aider ces personnes à davantage apprécier leurs atouts (Kumar & Jagacinski, 2006; Langford & Clance, 1993; Vergauwe et al., 2015).

11.3.2.5 Intégrer son efficacité

Les *imposteurs* pensent ne pas pouvoir répéter leur succès, sont pessimistes quant à leurs futures nouvelles réalisations et rejettent les feedback positifs (Clance & O'Toole, 1987; Clance & Imes, 1978). La restitution d'une image plus positive et réaliste de soi intervient vraisemblablement au travers du sentiment d'efficacité personnelle et de ses quatre sources, prédicteur conséquent du SI (Blondeau, 2014; Vergauwe et al., 2015). Le fait de se questionner de manière adaptée et bien intégrer leurs réussites peut permettre aux *imposteurs* de mieux les considérer.

11.3.2.6 S'affirmer

L'accompagnement des *imposteurs* implique aussi un travail d'affirmation de soi du fait des difficultés éprouvées par ces personnes à formuler des demandes et des refus, recevoir les critiques ou accepter les compliments (Clance & O'Toole, 1987; Clark et al., 2014; Thompson et al., 1998).

11.3.2.7 Dans la lignée de l'acceptation inconditionnelle de soi

La sensibilité au contexte social ainsi que le besoin de reconnaissance inhérent au SI (Chrisman et al., 1995; Leary et al., 2000; McElwee & Yurak, 2007) amènent à orienter la prise en charge dans la diminution du besoin de réussite et de la dépendance à l'approbation des autres en intégrant un sentiment de valeur personnelle (Dudau, 2014a; Langford & Clance, 1993).

Ces différents accompagnements peuvent amener à trouver une alternative à sa définition de soi-même au travers de sa performance (bonne ou mauvaise) ou de l'approbation des autres (accepté ou rejeté) auxquelles les *imposteurs* témoignent une grande sensibilité. La prise de conscience de l'impact direct de ces notions sur l'estime de soi, généralement de manière dichotomique, ainsi que la représentation des erreurs ou des échecs sous forme de catastrophisme, suggèrent un travail sur l'acceptation inconditionnelle de soi pour restructurer ces croyances irrationnelles.

11.4 Objectifs de la recherche

L'étude 1 a pu montrer le poids de l'anxiété en tant que prédicteur du SI : les *imposteurs* sont donc des personnes anxieuses, notamment (étude 3) de part l'expression de l'anxiété d'évaluation et la phobie dans les interactions sociales lorsque ce syndrome s'exprime à un degré important. De plus, l'estime de soi semble être un prédicteur significatif important, bien qu'une bonne estime de soi puisse se retrouver avec une intensité du SI qualifiée de modérée à fréquente (étude 1). Au regard de ces résultats, il convient de se questionner sur la présence de croyances irrationnelles quant à l'échec, inhérentes à l'évaluation, et d'attitudes dysfonctionnelles, inhérentes à la peur du regard des autres. Ces préoccupations quant aux notions de performance et d'approbation, bases de l'estime de soi, reflètent une faible acceptation inconditionnelle de soi.

La nature perceptrice, c'est-à-dire de ressenti subjectif du SI (Thompson et al., 2000) montre de manière évidente que les croyances ou attitudes de ces personnes se façonnent sans base objective. Nous pouvons donc nous attendre à l'adoption de croyances irrationnelles d'absolutisme, de catastrophisme, de généralisation ou d'intolérance à la frustration chez les *imposteurs*, ainsi que des attitudes dysfonctionnelles de recherche d'estime ou d'approbation et d'une faible acceptation inconditionnelle de soi. Il semble pertinent de mesurer l'influence de ce modèle sur la variance du SI.

CHAPITRE 12

Etude 4 : Croyances irrationnelles, attitudes dysfonctionnelles et acceptation inconditionnelle de soi dans le syndrome de l'imposteur

12.1 Méthodologie

12.1.1 Population

L'échantillon (N = 873) était composé de 78,9% de femmes (N_f = 689) et de 21,1% d'hommes (N_h = 184), âgé de 18 ans à 68 ans (M = 28,22 ; ET = 10,41). Parmi les répondants, 9% (N = 79) appartenaient à la catégorie professionnelle **En recherche d'un emploi**, 54,3% (N = 474) à celle **Etudiant(e)**, 34,5% (N = 301) étaient **Actif/ve occupé(e)** et 2,2% (N = 19) se sont situés dans la catégorie **Autre** (Homme/Femme au foyer, Retraité(e) ou sans précision).

12.1.2 Matériel

12.1.2.1 Rational and Irrational Belief Scale (RIBS)

La RIBS est une échelle comportant 12 items (dont 2 items contrôle), permettant de

mesurer la tendance des individus à avoir recours à des croyances rationnelles (RIBS-RBs) ou irrationnelles (RIBS-IBs). Elle est basée sur la description des croyances fournie par Ellis (1962).

Adaptée pour cette étude aux croyances quant à une situation d'échec, elle est présentée sur une échelle de Likert en 5 points (de 1, « vraiment pas d'accord » à 5, « vraiment d'accord ») et permet de constater les croyances irrationnelles (items 1, 3, 4, 5, et 11), ainsi que les croyances rationnelles (items 2, 7, 9, 10 et 12). Les scores s'étendent de 10 à 25 pour les deux types de croyances.

12.1.2.2 Dysfunctional Attitude Scale Form A (DAS-A)

La DAS-A (Weissman & Beck, 1978) est une échelle d'évaluation des schémas dépressiogènes prédisposant un individu à la dépression. Elle constitue l'une des mesures possibles des croyances irrationnelles ainsi que l'une des plus pertinentes pour évaluer les distorsions cognitives en lien avec les troubles dépressifs (Bridges & Harnish, 2010; Macavei, 2006).

A l'origine, quarante affirmations sont présentées, le participant devant indiquer son degré d'accord avec chacun des énoncés à l'aide d'une échelle de Likert en 7 points (de « 1, entièrement d'accord » à « 7, entièrement en désaccord »). Une solution à 4 facteurs sur une échelle réduite est proposée (Bouvard et al., 1994) : recherche d'estime des autres (items 16, 32, 19, 7, 1, 5, 27, 39), capacité d'opposition aux autres (items 13, 30, 8, 26, 9, 31), indépendance à l'égard des autres (items 24, 12, 2, 15) et recherche d'approbation (items 35, 34, 26, 29, 28).

La fidélité test-retest et la consistance interne sont bonnes (Bouvard et al., 1994). Le score total se calcule en additionnant les réponses des dix items directs (items 2, 6, 12, 17, 24, 29, 30, 35, 37, 40), calculés de 1 à 7, des trente autres items dits indirects, calculés de 7 à 1.

Plus le score total est élevé, plus les attitudes dysfonctionnelles sont importantes. Le score s'étend de 29 à 203.

12.1.2.3 Unconditional Self-Acceptance Questionnaire (USAQ)

L'USAQ (Chamberlain & Haaga, 2001a) comporte 20 items et mesure le degré d'acceptation inconditionnelle de soi d'après les descriptions d'Ellis (1977).

Les réponses sont présentées aux sujets sous la forme d'une échelle de Likert, allant de « 1, presque toujours faux » à « 7, presque toujours vrai ». Onze items sont inversés (items 1, 4, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 19), témoignant d'une acceptation conditionnelle de soi. Les 9 autres items, directs, indiquent une acceptation inconditionnelle de soi. Le score total varie de 20 à 140. Plus le sujet a un score élevé, plus il présente une acceptation inconditionnelle de soi.

L'USAQ présente de bonnes propriétés psychométriques, dont une bonne consistance interne dans ses différentes versions traduites (Chamberlain & Haaga, 2001a, 2001b; Davies, 2006; Hall et al., 2009; Stanković et al., 2015; Stanković & Vukosavljević-Gvozden, 2011; Thompson & Waltz, 2008).

12.1.2.4 Clance Impostor Phenomenon Scale (CIPS)

Les études 1, 2 et 3 ont permis de rendre compte des bonnes propriétés psychométriques de la version française de la CIPS (Clance, 1985).

Elle est présentée sous la forme d'une échelle de Likert en 5 points (de « 1, pas du tout » à « 5, tout le temps »). Au score final (entre 20 et 100), plus l'individu obtient un score élevé, plus il présente un SI. Un score égal ou inférieur à 40 correspond à peu de caractéristiques d'un SI. Un score entre 41 et 60 rend compte d'expériences modérées d'un SI. Entre 61 et 80, nous pouvons considéré une forte fréquence d'un SI. Un score au-dessus de 80 indique d'intenses expériences de ce syndrome (Clance, 1985).

12.1.3 Procédure

Les participants ont pu compléter les questionnaires volontairement au moyen d'une passation via un lien internet sur la plateforme Limesurvey (forums de discussions, associations professionnelles, associations d'étudiants). Les échelles (RIBS-IBs; RIBS-RBs ; DASS ; USAQ ; CIPS) ont été administrées sans modification d'ordre.

12.1.4 Traitement des données

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide des logiciels SPSS version 20. Les questionnaires complets uniquement ont été utilisés pour effectuer les traitements statistiques.

Dans un premier temps, des analyses descriptives ont permis de définir la composition de l'échantillon. Des mesures de tendance centrale et de dispersion ont été effectuées sur les scores des échelles. Une analyse de validité a été menée sur chaque échelle en s'appuyant sur l'étude de l'alpha de Cronbach.

Dans un second temps, les analyses de corrélations ont indiqué les liens pouvant exister entre le SI et les différentes variables étudiées. Une analyse de variance multivariée a démontrée des manifestations différentes selon l'intensité du SI. Des analyses de régression ont suggéré des poids significatifs différents de certaines variables en fonction des sous-échelles étudiées. Ces résultats ont servi de base à l'établissement d'un modèle d'expression du SI autour des croyances irrationnelles quant à l'échec, des attitudes dysfonctionnelles et de l'acceptation inconditionnelle de soi.

12.2 Résultats

12.2.1 Analyses descriptives

Les scores moyens aux différentes échelles sont présentés dans le Tableau 12.1. L'alpha de Cronbach a été calculé pour chaque échelle afin d'estimer la consistance interne

des questionnaires. La CIPS, notamment, présente une nouvelle fois un indice satisfaisant, témoignant de sa validité.

Tableau 12.1 : valeurs moyennes et alpha de Cronbach pour les échelles de mesure

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type	Alpha de Cronbach
RIBS-IBs	5	25	12,11	3,93	.75
RIBS-RBs	6	25	18,20	3,17	.60
DAS-A	29	197	96,25	27,21	.93
DAS-A _{Estime}	16	110	59,21	17,30	.80
DAS-A _{Opp}	6	40	16,03	6,00	.70
DAS-A _{Ind}	4	27	11,83	4,29	.58
DAS-A _{Appro}	3	21	9,19	3,61	.64
USAQ	33	129	81,56	17,50	.85
CIPS	24	100	61,58	14,28	.91

Notes : RIBS-IBs : Irrational Belief Scale ; RIBS-RBs : Rational Belief Scale ; DAS-A : Dysfunctional Attitude Scale Form A ; DAS-A_{Estime} : recherche d'estime des autres ; DAS-A_{Opp} : capacité d'opposition aux autres ; DAS-A_{Ind} : indépendance à l'égard des autres ; DAS-A_{Appro} : recherche d'approbation ; USAQ : Unconditional Self-Acceptance Questionnaire ; CIPS : Clance Impostor Phenomenon Scale

Bien que les indices de cohérences internes de la RIBS-RBs et des facteurs 3 (DAS-A_{Ind}) et 4 (DAS-A_{Appro}) de la DASS-A soient inférieurs au seuil requis (.70), il convient de préciser que plus une échelle comporte d'éléments, plus l'indice alpha de Cronbach risque d'augmenter. Or, l'échelle de croyances rationnelles et les deux facteurs de la DASS-A

comportent respectivement 5, 4 et 5 items. Les indices peuvent donc être considérés comme acceptables.

Au regard des seuils proposés par Clance (1985), 5,8% des participants présentent peu d'expression du SI (N = 51), 44,3% manifestent des *sentiments d'impostures* de manière modérée (N = 387), 39,2% expriment un SI fréquemment (N = 342) et 10,7% ressentent ce syndrome de façon intense (N = 93).

12.2.2 Analyses de corrélations

Des coefficients de corrélation (Bravais Pearson) ont été calculés afin d'estimer le lien entre la CIPS et les différentes variables étudiées. Les corrélations ont été observées entre le score total à la CIPS et le score total à chacune des autres échelles, ainsi qu'en fonction de chacune de leurs sous-échelles respectives.

La CIPS est corrélée de manière significative à l'ensemble des variables. Plus les personnes présentent un SI, plus elles tendent à adopter des croyances irrationnelles quant à un échec. Elles expriment de plus davantage d'attitudes dysfonctionnelles et une plus faible acceptation inconditionnelle de soi que les personnes exprimant un SI à moindre degré. Les résultats des analyses de corrélations sont rassemblés dans le Tableau 12.2.

La CIPS est corrélée à l'ensemble des croyances irrationnelles quant à l'échec, qu'il s'agisse de la position d'exigence ($r = .35$; $p < .01$), du catastrophisme ($r = .43$; $p < .01$), de l'intolérance à la frustration ($r = .43$; $p < .01$), mais surtout de l'évaluation globale avec une corrélation plus forte ($r = .53$; $p < .01$). Plus les individus ressentent des *sentiments d'imposture*, plus ils tendront à s'infliger l'obligation de réussir et à percevoir un échec de manière plus négative que nécessaire. Ils tendront de plus à considérer un échec comme intolérable et à s'étiqueter de manière globale et négative suite à un échec.

La CIPS est corrélée positivement à l'ensemble des quatre facteurs de la DAS-A : la recherche d'estime de la part des autres ($r = .61$; $p < .01$), la capacité d'opposition aux autres ($r = .56$; $p < .01$), l'indépendance à l'égard des autres ($r = .45$; $p < .01$) et la recherche d'approbation ($r = .45$; $p < .01$). Plus un SI s'exprime, plus les attitudes dysfonctionnelles se manifestent.

Tableau 12.2 : corrélations entre scores à la CIPS, à la RIBS, la DAS-A et l'USAQ

	RIBS-IBs	RIBS-RBs	DAS-A	USAQ
CIPS	.55	-.40	.64	-.67
RIBS-IBs	-	-.58	.67	-.61
RIBS-RBs		-	-.52	.51
DAS-A			-	-.81
USAQ				-

Notes : Les corrélations sont toutes significatives à $p < .01$

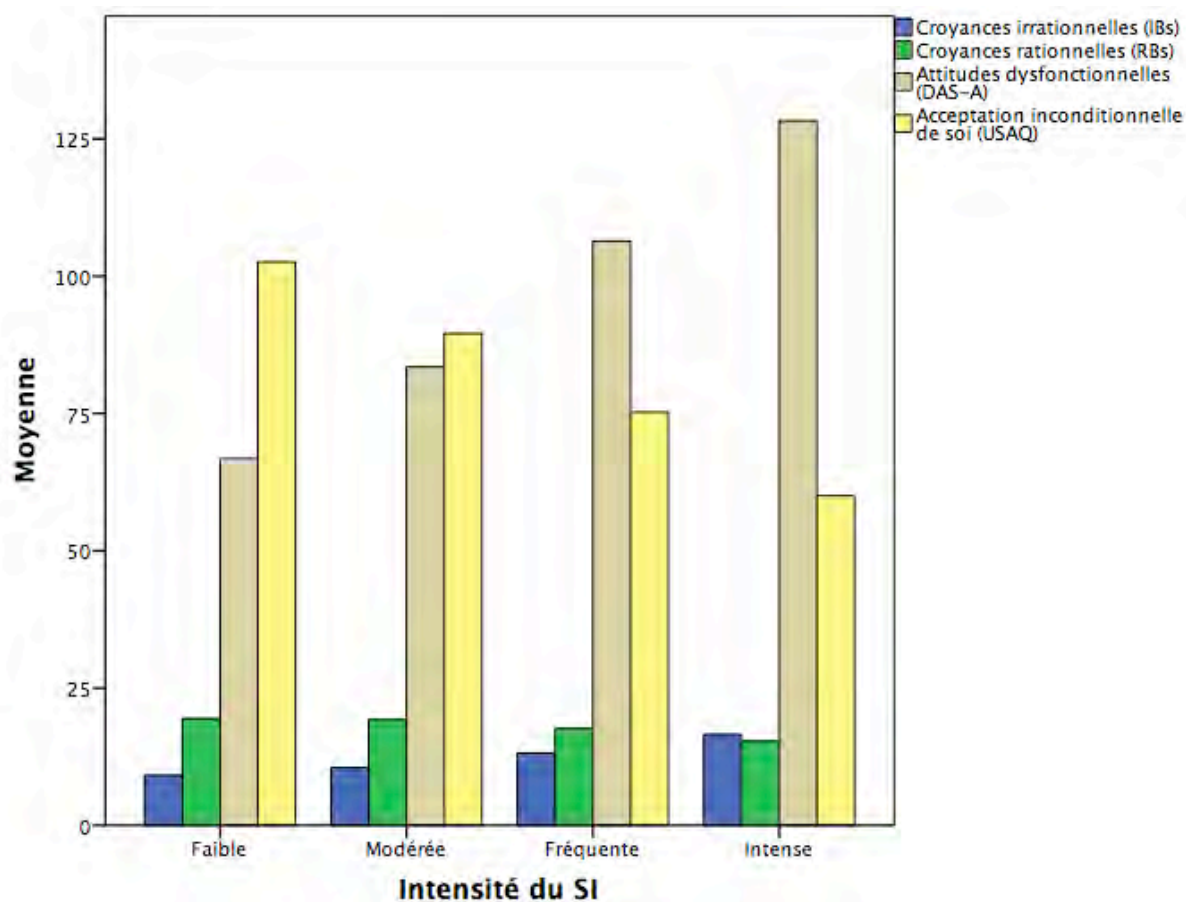
RIBS-IBs : Irrational Belief Scale ; RIBS-RBs : Rational Belief Scale ; DAS-A : Dysfunctional Attitude Scale Form A ; USAQ : Unconditional Self-Acceptance Questionnaire ; CIPS : Clance Impostor Phenomenon.

12.2.3 Analyse de variance multivariée

Dans l'utilisation de la CIPS, Clance (1985) a déterminé quatre niveaux d'intensité du SI : une intensité faible, modérée, forte et une intensité extrême. Afin d'explorer les profils cognitifs (croyances irrationnelles quant à l'échec, attitudes dysfonctionnelles, acceptation inconditionnelle de soi) en fonction du degré du SI selon cette approche, une analyse de variance multivariée a été réalisée. Le test montre un effet multivarié significatif : lambda de

Wilks $\lambda = .56$; $F_{12;2291} = 47,54$; $p < .001$, $\eta^2 = .18$. La Figure 12.1 propose une représentation graphique de l'évolution des variables étudiées.

Figure 12.1 : représentation graphique de la répartition des scores quant aux croyances rationnelles et irrationnelles vis-à-vis de l'échec (RIBS), aux attitudes dysfonctionnelles (DAS-A) et à l'acceptation inconditionnelle de soi (USAQ) selon les quatre niveaux d'intensité du SI



Note : $N_{Faible} = 51$; $N_{Modérée} = 387$; $N_{Fréquente} = 342$; $N_{Extrême} = 93$

L'effet des croyances quant à l'échec est confirmé par l'analyse de variance univariée, tant concernant les croyances irrationnelles, $F_{3,869} = 108,37$; $p < .001$, $\eta^2 = .27$, que rationnelles, $F_{3,869} = 55,59$; $p < .001$, $\eta^2 = .16$. L'analyse confirme de plus l'effet des attitudes dysfonctionnelles, $F_{3,869} = 169,43$; $p < .001$, $\eta^2 = .37$. Enfin, nous constatons cet effet significatif, plus important, pour l'acceptation inconditionnelle de soi, $F_{3,869} = 185,1$; $p < .001$, $\eta^2 = .39$.

Les moyennes et écarts type des différents scores sont présentés dans le Tableau 12.3. Pour les intensités faible du SI, $t_{50} = -13,80$; $p < .001$, modérée, $t_{386} = -35,82$; $p < .001$, et fréquente, $t_{341} = -14,38$; $p < .001$, les croyances rationnelles quant à l'échec sont significativement plus importantes que les croyances irrationnelles. Une absence de différence significative est observée pour le degré intense du SI, $t_{92} = 1,88$; $p = .063$. Les *imposteurs* à degré faible, modéré et fréquent, expriment ainsi davantage de croyances rationnelles qu'irrationnelles quant à l'échec alors que les *imposteurs* à intensité extrême ont une représentation équivalente en terme de rationalité et d'irrationalité sur cette notion.

Un test post hoc (test de Tukey) confirme la différence significative entre chacun des groupes d'intensités différentes du SI concernant la grande majorité des variables. Seule une absence de différence est observée concernant les croyances rationnelles entre les groupes d'intensité faible et modéré du SI. Les résultats sont présentés dans le Tableau 12.2.3.1.

Tableau 12.3 : moyennes (M), écarts type (ET) et tests post hoc (test de Tukey) des effets des différentes variables sur les quatre niveaux d'intensité mesurés par la CIPS

	Faible		Modérée		Fréquente		Intense	
	M	ET	M	ET	M	ET	M	ET
RIBS-IBs	9,08*	3,76	10,51*	3,14	13,16*	3,47	16,55*	3,60
RIBS-RBs	19,43 ^{NS}	2,75	19,26 ^{NS}	2,59	17,61*	3,00	15,31*	3,76
DAS-A	66,78*	20,68	83,47*	20,30	106,39*	22,71	128,31*	23,55
USAQ	102,59*	13,39	89,55*	13,32	75,24*	14,30	60,01*	13,06

Notes : NS, absence de différence significative entre les intensités faible et modérée du SI ;

Dans chaque ligne, les valeurs possédant l'indice * sont différentes de manière significative à $p < .001$ entre les quatre intensités du SI.

RIBS-IBs : Irrational Belief Scale ; RIBS-RBs : Rational Belief Scale ; DAS-A : Dysfunctional Attitude Scale Form A ; USAQ : Unconditional Self-Acceptance Questionnaire ; CIPS : Clance Impostor Phenomenon.

12.2.4 Analyse de régression

Une première analyse de régression multiple a été réalisée afin de déterminer les prédicteurs des scores à la CIPS. Les croyances rationnelles (RIBS-RBs), irrationnelles (RIBS-IBs), les attitudes dysfonctionnelles (DASS-A) et l'acceptation inconditionnelle de soi (USAQ) ont été incluses dans le modèle. Le Tableau 12.4 présente ces résultats.

Parmi toutes les variables sélectionnées, l'acceptation inconditionnelle de soi (40%), les attitudes dysfonctionnelles (22%) et les croyances irrationnelles quant à l'échec (18%) se révèlent des prédicteurs significatifs. Les croyances rationnelles quant à l'échec ne prédisent

pas de manière significative le score à l'échelle du SI. Ce modèle, $F_{4,868} = 212,07$; $p < .001$, explique 49% de la variance de la CIPS ($R^2_{\text{ajusté}} = .492$).

Tableau 12.4 : analyse de régression des prédicteurs au score de la CIPS

Variabes	B	Erreur standard	β	t	Signification
RIBS-IBs	.649	.127	.179	5,095	.000
RIBS-RBs	.134	.138	.030	.974	.331
DAS-A	.113	.023	.215	4,858	.000
USAQ	-.328	.034	-.402	-9,601	.000

Notes : RIBS-IBs : Irrational Belief Scale ; RIBS-RBs : Rational Belief Scale ; DAS-A : Dysfunctional Attitude Scale Form A ; USAQ : Unconditional Self-Acceptance Questionnaire ; CIPS : Clance Impostor Phenomenon Scale.

Afin d'approfondir le poids des différentes variables, une seconde analyse de régression a été réalisée en considérant chacune des croyances irrationnelles (position d'exigence, catastrophisme, intolérance à la frustration, évaluation globale), les quatre facteurs de la DASS-A (recherche d'estime de la part des autres ; capacité d'opposition aux autres ; indépendance à l'égard des autres ; recherche d'approbation) et l'acceptation inconditionnelle de soi (USAQ). Les croyances rationnelles ont été exclues de ce modèle du fait de l'absence de poids significatif dans l'analyse précédente. Les résultats sont présentés dans le Tableau 12.5.

Parmi les croyances irrationnelles, seules les croyances d'évaluation globale (15%) et de catastrophisme (9%) sont prédictives de manière significative de la CIPS. Les croyances irrationnelles d'absolutisme et d'intolérance à la frustration ne prédisent pas de manière significative le score à la CIPS. Les attitudes dysfonctionnelles d'opposition aux autres (9%)

et de recherche d'approbation (8%) se révèlent significativement prédictives de la CIPS, à contrario des attitudes de recherche d'estime et d'indépendance à l'égard des autres. L'acceptation inconditionnelle de soi possède toujours un poids important (38%). Ce modèle, $F_{9,863} = 99,785$; $p < .001$, explique 51% de la variance de la CIPS ($R^2_{\text{ajusté}} = .505$).

Tableau 12.5 : analyse de régression des prédicteurs au score de la CIPS

Variables	B	Erreur standard	β	t	Signification
Absolutisme	-.190	.361	-.016	-.528	.598
Catastrophisme	1,072	.355	.090	3,021	.003
Intolérance à la frustration	.501	.420	.039	1,193	.233
Evaluation globale	1,952	.432	.149	4,522	.000
DAS-A _{Estime}	.059	.037	.071	1,597	.111
DAS-A _{Opp}	.224	.088	.094	2,556	.011
DAS-A _{Ind}	-.033	.109	-.010	-.302	.763
DAS-A _{Appro}	.301	.127	.076	2,377	.018
USAQ	-.311	.034	-.381	-9,264	.000

Note : DAS-A_{Estime} : recherche d'estime des autres ; DAS-A_{Opp} : capacité d'opposition aux autres ; DAS-A_{Ind} : indépendance à l'égard des autres ; DAS-A_{Appro} : recherche d'approbation ; USAQ : Unconditional Self-Acceptance Questionnaire ; CIPS : Clance Impostor Phenomenon Scale.

12.2.5 Modèle d'expression du SI

L'analyse de régression a montré les poids prédictifs des croyances irrationnelles d'évaluation globale et de catastrophisme dans le SI. De plus, les attitudes dysfonctionnelles

de capacité d'opposition aux autres et de recherche d'approbation sont les plus importantes. Enfin, l'acceptation inconditionnelle de soi présente une prédiction élevée.

Ces résultats ont servi de ligne de base pour l'établissement d'un modèle d'expression du SI pour comprendre les manifestations inhérentes à ce syndrome, notamment les croyances et attitudes sous-jacentes à son expression (Modèle 1). Afin de réduire le nombre de variables, les items de la CIPS et de l'USAQ ont été regroupés aléatoirement en deux sous-échelles (Marsh et al., 1998).

Le test de la validité de ce modèle d'expression du SI s'est d'abord établi sur le ratio du Chi deux et du degré de liberté (χ^2/ddl) (norme d'acceptabilité inférieure à 5) (Pedhazur & Pedhazur Schmelkin, 1001). De plus, l'indice d'adéquation (GFI) et l'indice d'adéquation ajusté (AGFI) ont été analysés (norme d'acceptabilité supérieure à .90) (Bentler & Bonett, 1980). Le Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) a été mesuré (norme d'acceptabilité égale ou inférieure à .05). Le Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) a été utilisé pour évaluer la validation (norme d'acceptabilité inférieure ou égale à .08) (Roussel, 2005).

Le modèle initial (Modèle 1) a enfin été comparé à un modèle englobant toutes les croyances irrationnelles (incluant l'intolérance à la frustration et l'absolutisme) et l'ensemble des attitudes dysfonctionnelles (incluant la recherche d'estime et l'indépendance à l'égard des autres) (Modèle 2). Il a de plus été comparé à des modèles regroupant le SI et l'acceptation inconditionnelle de soi en tant que construits communs (Modèle 3), réunissant le SI et les attitudes dysfonctionnelles (Modèle 4) et englobant le SI et les croyances irrationnelles en tant que construits identiques (Modèle 5). Cette comparaison s'est basée sur l'indice comparatif d'ajustement (CFI) (norme d'acceptabilité supérieure à .90) (Bentler & Bonett, 1980) et le Aikake information criterion (AIC), cet indice permettant de déterminer le modèle le plus parcimonieux. Il doit être le plus faible possible.

L'ensemble des indices en fonction des modèles est présenté dans le Tableau 12.6. Le modèle initial (Modèle 1) comporte les indices les plus satisfaisants.

Tableau 12.6 : modèle d'expression du SI par les croyances irrationnelles, les attitudes dysfonctionnelles et l'acceptation inconditionnelle de soi

	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4	Modèle 5
χ^2/ddl	3,51	5,04	30,15	21,09	13,80
GFI	0,99	0,96	0,86	0,90	0,93
AGFI	0,97	0,93	0,70	0,79	0,86
CFI	0,99	0,97	0,88	0,91	0,95
SRMR	0,017	0,04	0,05	0,071	0,063
RMSEA	0,05	0,07	0,183	0,152	0,121
AIC	93,17	301,85	550,59	396,48	272,64

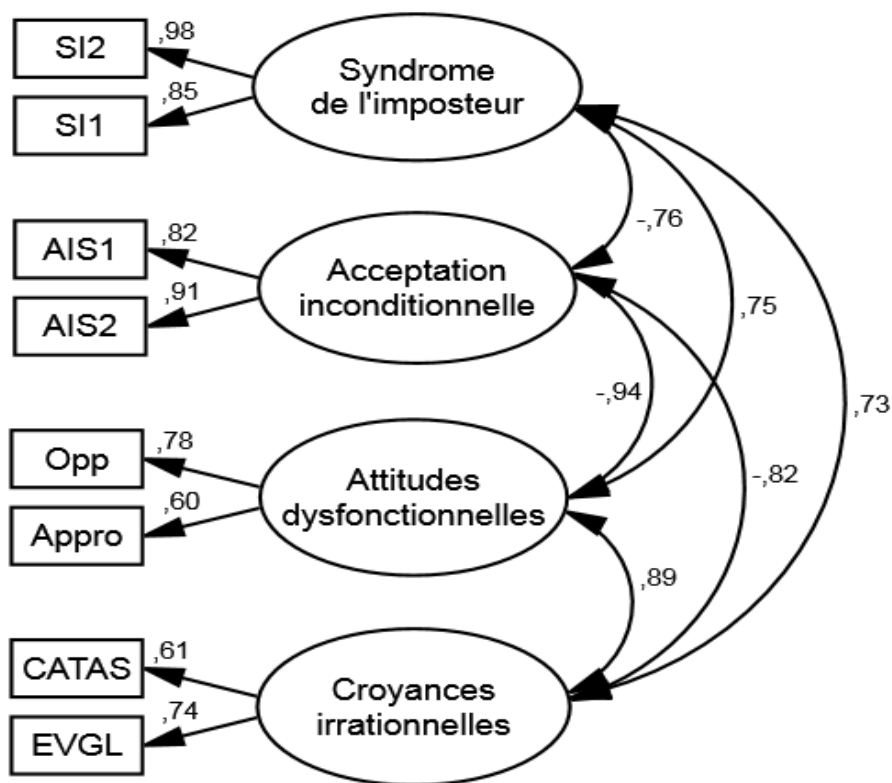
Notes : Modèle 1 : SI, croyances irrationnelles (évaluation globale et catastrophisme), attitudes dysfonctionnelles (recherche d'approbation et capacité d'opposition aux autres) et acceptation inconditionnelle de soi ; Modèle 2 : SI, ensemble des croyances irrationnelles et des attitudes dysfonctionnelles et acceptation inconditionnelle de soi ; Modèle 3 : SI = acceptation inconditionnelle de soi ; Modèle 4 : SI = attitudes dysfonctionnelles ; Modèle 5 : SI = croyances irrationnelles

Les indices en **gras** respectent les normes d'acceptabilité

Les covariances entre les variables indiquent des notions proches, mais qui cependant rendent compte de construits distincts étant donné les indices des différents modèles. Le modèle explicatif de l'expression du SI est présenté à l'aide de la Figure 12.2.

Les *imposteurs* sont donc des personnes qui envisagent un échec de manière catastrophique tout en s'évaluant globalement négativement suite à un échec. Elles présentent des attitudes dysfonctionnelles d'opposition aux autres (peu de demande d'aide, peu de demande d'information, vision inférieure de soi en cas de mauvaise performance), et une faible acceptation inconditionnelle de soi.

Figure 12.2 : modèle cognitif et comportemental de l'expression du SI à partir des croyances irrationnelles, des attitudes dysfonctionnelles et de l'acceptation inconditionnelle de soi.



Notes : SI2, SI1 = Syndrome de l'Imposteur ; AIS1, AIS2 = acceptation inconditionnelle de soi ; Opp = capacité d'opposition aux autres ; Appro = recherche d'approbation ; CATAS = catastrophisme quant à l'échec ; EVGL = évaluation globale face à l'échec

12.3 Discussion

L'objectif principal de cette étude était de pouvoir fournir un profil cognitif et comportemental des *imposteurs* aux regards de leurs croyances quant à l'échec (rationnelles vs irrationnelles), leurs attitudes dysfonctionnelles et leur acceptation inconditionnelle de soi.

Les *imposteurs* sont des personnes qui adoptent des croyances irrationnelles, entre autre, de catastrophisme et d'évaluation globale quant à l'échec. Il s'agit des croyances les plus prédictives dans le SI. De plus, plus les *sentiments d'imposture* sont intenses, plus les individus tendent à exprimer des attitudes dysfonctionnelles, notamment d'opposition aux autres et de recherche d'approbation. Enfin, plus le SI se manifeste de manière importante, moins les *imposteurs* font preuve d'une acceptation inconditionnelle de soi.

Ces résultats rejoignent le besoin d'accomplissement mis en évidence chez les *imposteurs* (Dudau, 2014a) mais aussi leur besoin d'être remarquables (Clance, 1985). Leur peur de l'échec (Clance et al., 1995; Clance & O'Toole, 1987; Fried-Buchalter, 1992, 1997; Jöstl et al., 2012; Ross et al., 2001) semble essentiellement rendre compte de leur vision catastrophique de ce dernier. Les *imposteurs* tendent ainsi à dramatiser un échec, alimentant, d'un côté, leur peur de l'évaluation ou leur anticipation anxieuse d'une tâche et, de l'autre, la crainte d'être démasqués du fait de démontrer une incompétence au travers d'un échec.

Cette incompétence est de plus perçue comme totale, globale, générale, témoignant d'une évaluation globale de soi. Cela rejoint le constat qu'un échec impacte de manière plus importante l'estime de soi des *imposteurs* que celle des *non-imposteurs* (Cozzarelli & Major, 1990) du fait d'être internalisé et généralisé (Thompson et al., 1998). Il est de plus perçu comme humiliant (Clance et al., 1995). A partir d'un échec, les *imposteurs* tendront ainsi à s'étiqueter globalement de manière négative, sans prendre en compte le caractère isolé de ce dernier ni le fait qu'il ne reflète pas l'ensemble de leurs compétences.

Néanmoins, la mise en évidence de l'adoption plus importante de croyances rationnelles qu'irrationnelles quant à l'échec par les *imposteurs* à intensité faible, modérée et fréquente (tandis que les *imposteurs* à degré intense n'ont pas de représentation significativement différente en termes de rationalité et d'irrationalité) questionne le poids de ces croyances sur les manifestations du SI. D'autres notions semblent en effet sous-tendre l'expression de ce syndrome.

L'une des notions complémentaires rejoint les attitudes dysfonctionnelles prédictives du SI. Elles sont, d'une part, la capacité d'opposition aux autres et, d'autre part, la recherche d'approbation.

La première rend compte à la fois des risques de désaccords et de conflits pouvant induire un sentiment de rejet mais aussi la vision négative, sous forme de faiblesse, de la demande d'aide ou de méconnaissances sur un sujet donné. Les *imposteurs* souhaitent en effet maintenir une image positive aux yeux des autres pour prouver leur légitimité. Les désaccords peuvent activer leur peur du rejet (Clance et al., 1995). La demande d'aide ou les questionnements lors d'incompréhension sont perçus comme preuve de faiblesse, de leur méconnaissance donc de leur imposture. Cette attitude dysfonctionnelle d'opposition rejoint de plus la notion de performance, dans le sens où un résultat inférieur définit une personne comme inférieure. Du fait de leur but de performance et de leur vision irrationnelle de cette notion (Clance & O'Toole, 1987; Holmes et al., 1993; Kumar & Jagacinski, 2006), les *imposteurs* peuvent tendre à se juger inférieurs s'ils ne sont pas à la hauteur des autres ou encore à la hauteur de leur niveau d'exigence. La tendance des *imposteurs* à l'adoption de la croyance irrationnelle d'évaluation globale alimente vraisemblablement cette attitude dysfonctionnelle, ces-derniers établissant un amalgame entre la performance et la représentation d'un individu. Enfin, cette attitude dysfonctionnelle d'opposition rend compte d'une méfiance quant à autrui, disposition mise en évidence dans la littérature (Ross &

Krukowski, 2003). Les *imposteurs* craignent que leurs lacunes puissent être découvertes. Ils peuvent donc à la fois être préoccupés par l'image donnée aux autres mais aussi par les risques que l'entourage puisse être à l'affût de leurs limites.

L'attitude dysfonctionnelle de recherche d'approbation, quant à elle, rejoint la définition classique de la croyance irrationnelle de besoin d'approbation (DiGiuseppe et al., 1988; Ellis & Harper, 2007). La peur du rejet et le besoin d'approbation des *imposteurs* alimentent vraisemblablement cette attitude (Dudau, 2014a). Cherchant à construire leur sentiment de valeur personnelle au travers du regard des autres, les *imposteurs* tendent ainsi à considérer cette approbation comme nécessaire et indispensable à leur bonheur ou leur bien-être. Cette attitude dysfonctionnelle questionne de plus la notion de masque mise en place dans le SI ainsi que la possibilité des *imposteurs* de développer leur authenticité.

L'acceptation inconditionnelle de soi reste néanmoins le prédicteur le plus important du SI. Ce résultat rejoint la littérature qui n'avait cependant établi qu'une corrélation entre ces deux concepts (September et al., 2001). L'acceptation inconditionnelle de soi rend compte de la difficulté des *imposteurs* à faire face à leurs échecs mais aussi aux critiques émises par un tiers. Elle rejoint leur non-acceptation des compliments ou de leur réussite ainsi que leur tendance à la comparaison sociale inadaptée.

Il semble donc pertinent de considérer ce poids de l'acceptation inconditionnelle de soi pour amener les *imposteurs* à ne plus se définir au regard de leur performance ou de leurs compétences mais davantage selon leurs qualités et forces mises en place dans une tâche. Cette nouvelle définition de soi n'amène ainsi aucune notion de comparaison, ou du moins une comparaison plus adaptée. Dans le cadre d'une prise en charge du SI, il s'agirait d'augmenter le sentiment de valeur personnelle des *imposteurs* à partir de ce qu'ils sont (être), et non vis-à-vis de ce qu'ils font (avoir), c'est à dire de ne plus dépendre de leurs résultats ou du regard des autres pour se définir. Ce travail thérapeutique peut tant s'orienter sur la

diminution de l'impact des échecs sur la représentation de soi des *imposteurs* que sur l'appropriation des réussites à un instant donné. En effet, les *imposteurs* peuvent manifester une peur du succès mais aussi ne pas se considérer capables de reproduire leur résultat à l'avenir. L'acceptation inconditionnelle de soi pourrait s'orienter sur l'appropriation et l'acceptation des qualités mises en œuvre lors d'une réussite à un instant donné, sans obligation de répétition, pour permettre une meilleure appropriation des succès de la part des *imposteurs*.

De plus, il conviendrait de les amener à retrouver du plaisir dans les activités, plutôt que d'axer leur réalisation sur la performance, et envisager des buts réalisables, sans nécessairement chercher à « prouver sa valeur » au travers de ces derniers. Améliorer l'acceptation inconditionnelle de soi des *imposteurs* leur permettrait d'être mieux armés face aux pressions de réussites universitaires ou professionnelles.

Malgré ses apports, cette étude comporte plusieurs limites. Deux des questionnaires utilisés (l'USAQ et la RIBS) n'ont pas fait l'objet d'une validation en français. De plus, la RIBS rend compte d'une liste de croyances (rationnelles et irrationnelles), non pas d'une échelle de mesure telle que nous pouvons la retrouver dans l'Attitude and Beliefs Scale (DiGiuseppe et al., 1988) qui évalue à la fois les croyances ir/rationnelles telles que définies par Ellis mais aussi les domaines dans lesquelles elles se retrouvent. Il aurait pu être intéressant d'orienter la RIBS sur le besoin d'approbation pour établir des comparaisons avec les résultats obtenus à partir de la DASS-A. L'échantillon est de plus majoritairement féminin et étudiant, ce qui questionne la généralisation des résultats.

L'intérêt majeur d'étudier et de mettre en évidence les croyances irrationnelles et les attitudes dysfonctionnelles des *imposteurs*, sous-tendues par une faible acceptation de soi, est de développer notre compréhension du SI. Avec sa visée exploratrice des cognitions dysfonctionnelles inhérentes à ce syndrome dans un axe privilégiant l'acceptation

inconditionnelle de soi, cette étude peut fournir une ouverture pour l'élaboration d'une trame de prise en charge de ce syndrome. Cet accompagnement peut, certes, se baser sur une psychoéducation de ces manifestations mais aussi sur l'apprentissage d'un style rationnel de pensées vis-à-vis des échecs, la diminution des attitudes d'opposition et de recherche d'approbation ainsi qu'une représentation plus réaliste de la performance et du sentiment de valeur personnelle au travers de l'acceptation inconditionnelle de soi.

DISCUSSION GÉNÉRALE

Ce travail de thèse avait dans un premier temps l'objectif de valider un outil francophone d'aide à l'évaluation du SI. Le dispositif méthodologique utilisé dans ce travail de recherche a permis de démontrer la validité de la CIPS.

L'étude 1 a réitéré le lien entre le SI et l'estime de soi, déjà mis en évidence dans la littérature scientifique. Mais bien que l'estime de soi puisse être fortement associée au SI, elle n'explique vraisemblablement pas l'ensemble de ses manifestations. Ces résultats permettent d'appuyer l'existence d'un SI à part entière et soulignent l'intérêt de tenir compte de l'aspect hétérogène de ce syndrome afin d'éviter un diagnostic secondaire. En effet, la validité divergente de la CIPS et la mise en évidence d'une estime de soi à un niveau adapté, malgré l'expression modérée/fréquente du SI, témoignent d'une problématique qui se situe au delà de ce concept. Notamment, la notion de sentiment d'efficacité personnelle garde aussi un poids important dans la prédisposition au SI. Ces résultats ont permis d'envisager un premier approfondissement autour de l'acceptation inconditionnelle de soi.

Parallèlement, les seuils d'intensité élaborés par Clance (1985) rendent compte tant de l'évolution de l'expression du SI que de ses comorbidités. Bien qu'il soit difficile de catégoriser un individu en fonction de son score à la CIPS, ces seuils permettent de se rendre compte de l'impact du SI selon son intensité. L'étude 1 a en effet démontré l'existence d'un SI potentiellement pathologique, du fait de niveaux d'anxiété, de dépression et stress

importants. Le poids prédictif de l'anxiété aura permis de questionner l'importance et la forme des manifestations anxieuses dans le SI.

En considérant le SI sur un continuum du normal au pathologique, l'interprétation de l'intensité de son expression est cependant difficile. En effet, définir à quel moment ce syndrome peut être entravant devient rapidement subjectif, en considérant d'une part le caractère adapté/inadapté de ses manifestations, et d'autre part les impacts sur le bien-être des personnes qui l'expriment. La prise en compte des comorbidités inhérentes au SI pour évaluer son caractère « pathologique » a été le choix fait pour cette étude. Ces manifestations anxio-dépressives se retrouvent en effet fréquemment dans ce syndrome. Leurs intensités, au seuil extrême du SI, témoignent des préjudices pouvant porter atteinte au bien-être des personnes qui le manifestent.

L'étude 2 a pu appuyer la validité factorielle de la CIPS au travers de ses trois facteurs (Fraude perçue, Attribution du succès, Dénigrement des compliments). Comparativement aux études de validation antérieures, la prise en compte d'un ensemble d'indices plus nombreux a permis l'identification d'une structure factorielle satisfaisante. Cette échelle peut proposer une mesure globale d'un SI ainsi qu'au regard de ces trois facteurs en début de prise en charge. La structure factorielle permet de plus d'envisager des outils de prise en charge adaptés selon les problématiques saillantes du patient en consultation. Elle peut enfin fournir des indices d'évolution de l'accompagnement thérapeutique.

L'ensemble des études réalisées dans ce travail de thèse a pu valider la CIPS en tant qu'échelle de mesure du SI (validité convergente, validité divergente, cohérences internes, fidélité test-retest, validité factorielle). Cette échelle trouve donc toute sa pertinence dans son implication clinique et son utilisation dans le cadre de la recherche. Cet outil, dans sa version francophone, faisait encore défaut aux praticiens.

Un second objectif était de mettre en évidence les manifestations anxieuses inhérentes au SI et d'en étudier les différents aspects. Savoir que les *imposteurs* présentent une anxiété importante, peu importe son intensité, justifie l'apprentissage de méthodes de relaxation ou de gestion du stress ainsi que la recherche de plaisir dans les activités à réaliser. La verbalisation et l'acceptation de ces manifestations anxieuses sont des éléments primordiaux pour commencer à effriter le « masque » des *imposteurs*. Néanmoins, peu d'études ont pu s'intéresser à ces manifestations.

L'étude 3 a permis de démontrer que cette anxiété s'exprime ainsi tant sous la forme d'une anxiété trait-état, que sous la forme d'un important stress perçu, pouvant être facteur de risque des troubles anxio-dépressifs, et de phobie sociale. De nouveau, les quatre degrés d'intensité du SI rendent compte de l'évolution de l'expression des comorbidités inhérentes à ce syndrome. L'étude a pu mettre en évidence des profils d'*imposteurs* anxieux différents et a conduit à l'établissement d'un modèle satisfaisant d'émergence du SI. Ce modèle trouve toute sa pertinence dans la nécessité de pouvoir interroger la mise en place de ce syndrome lors des étapes stressantes de la vie. Associées à une personnalité anxieuse, ces périodes, généralement de transition (professionnelle ou personnelle), peuvent conduire à l'expression d'un SI. Bien connaître les facteurs de risques et les symptômes anxieux inhérents au SI est utile dans sa prévention. Des audits, un soutien psychologique ainsi qu'une psychoéducation permettraient une anticipation de l'émergence d'un SI ou une prise en charge immédiate, le cas échéant. La mise en place d'une prise en charge adaptée incluant la gestion de l'anxiété et du stress est importante. En effet, s'approprier sa situation actuelle pour amenuiser ses *sentiments d'imposture* est, certes, fondamental (Chapitre 11.3.2) mais apprendre à l'accepter avec des niveaux d'anxiété et de stress adaptés est indispensable.

Au regard des résultats des études 1 et 3, questionnant tant l'impact de l'estime de soi que de l'anxiété, la question de l'impact des croyances irrationnelles quant à l'échec, des

attitudes dysfonctionnelles et de l'acceptation inconditionnelle de soi s'est posée. L'objectif était d'établir un profil cognitif et comportemental des *imposteurs* d'après ces concepts. Une seule étude, à notre connaissance, a pu établir un lien entre les croyances irrationnelles et le SI. Or, en complément des études déjà réalisées pour comprendre le SI, l'identification des croyances et attitudes inadaptées des *imposteurs* est utile tant pour l'individu que pour le thérapeute. La connaissance du profil cognitif des *imposteurs* concernant l'échec, leurs attitudes et leur acceptation in/conditionnelle de soi permet d'envisager des outils de restructuration et d'accompagnement efficaces sur le long terme (étude 4).

Les *imposteurs* possèdent, certes, des croyances irrationnelles quant à l'échec mais pas de manière plus importante que leurs croyances rationnelles. La prédiction de l'évaluation globale et du catastrophisme rend compte des automatismes inadaptés des *imposteurs* quant à leur représentation d'une situation d'échec. Les attitudes dysfonctionnelles se centrent essentiellement sur le besoin d'approbation et la capacité à s'opposer à autrui. Face à leur désir d'être respectés et admirés, mais aussi de part leur peur du rejet, les *imposteurs* tendent à adopter ces attitudes qui vont, sans nul doute, alimenter leur sentiment d'inauthenticité. La représentation de la demande d'aide ou des interrogations lors d'incompréhension comme une « faiblesse » questionne sur leur vision erronée de certains comportements, notamment d'affirmation de soi. Enfin, un accompagnement basé sur l'acceptation inconditionnelle de soi peut aider les *imposteurs* à se détacher de la notion de performance.

L'ensemble des données recueillies suggère qu'un suivi psychologique peut être proposé, et pertinent, pour les *imposteurs*, qu'importe son niveau d'intensité. Si un degré fréquent peut être associé à une estime de soi encore suffisamment bonne (étude 1), il rend aussi compte de manifestations anxieuses, dépressives ou de stress (étude 3) ainsi que de croyances et attitudes inadaptées (étude 4). Ces résultats peuvent apporter de nouvelles pistes

de recherche à mener en entretiens cliniques, notamment la construction de l'analyse fonctionnelle des patients et la compréhension du SI.

L'examen des cognitions, tant quant à l'échec qu'au sujet de l'approbation ou de l'acceptation inconditionnelle de soi, doit être considéré comme un outil indispensable dans la prise en charge de ces personnes.

Cette prise en charge peut notamment se dérouler pour permettre une restructuration cognitive afin d'amoindrir les effets délétères des croyances et attitudes erronées des *imposteurs*. Les résultats indiquent qu'il est important d'amoindrir la tendance à l'évaluation globale et au catastrophisme. Les *imposteurs* tendent ainsi à généraliser leurs erreurs et leurs échecs en une totale incompétence, ce qui explique leur catastrophisme exprimé sur ces derniers. Éviter cette dichotomie et cette globalisation semble un premier moyen d'amoindrir la peur d'être démasqués des *imposteurs*. Il s'agit notamment de les amener à ne plus considérer les échecs comme une preuve d'imposture mais plutôt comme un événement d'apprentissage et une possibilité d'amélioration.

Afin de se détacher de la notion de performance et d'approbation, il semble pertinent d'apprendre aux *imposteurs* à s'accepter de manière inconditionnelle. La psychologie positive (Seligman, Rashid, & Parks, 2006), au travers de la connaissance de soi et l'identification des vertus et des forces de caractère, peut notamment être un exemple de proposition thérapeutique d'acceptation inconditionnelle de soi.

Il s'agit en effet pour les *imposteurs* de pouvoir identifier leurs ressources personnelles, au-delà de leurs actions, de leur réussite ou de leur efficacité. Dénigrant leur succès, s'appropriant leurs échecs, sensibles au regard des autres, les *imposteurs* accordent davantage d'importance à l'évaluation réfléchie qu'à leur propre connaissance individuelle. L'acceptation de leurs forces et leur orientation et expression dans la tâche permettrait aux *imposteurs* de développer leur plaisir dans leurs réalisations. Cette connaissance de soi

n'altère pas nécessairement la performance, permettant au contraire un engagement plus significatif. Elle favorise de plus une comparaison sociale plus adaptée.

Le développement de l'optimisme et de la gratitude peuvent de plus se révéler pertinents (Seligman et al., 2006). Il s'agirait de restructurer une vision stable/générale/interne des échecs et instable/isolée/externe des réussites afin de diminuer le pessimisme des *imposteurs* et améliorer leurs attributions. La gratitude pourrait les amener à davantage apprécier leurs acquis plutôt que sur les risque d'être démasqués.

La thérapie émotive-rationnelle semble de plus adaptée afin de restructurer les pensées dysfonctionnelles et les croyances irrationnelles des *imposteurs* (Ellis & Harper, 2007). Questionner la logique, les preuves et la fonctionnalités des *sentiments d'imposture*, au regard des indices objectifs de succès, amènerait les *imposteurs* à réaliser par et pour eux-mêmes leur légitimité.

Malgré ses apports, ce travail n'est pas sans limite. Notamment, la limite principale de ce travail de thèse se situe dans son aspect essentiellement quantitatif. L'utilisation de questionnaires ne peut se soustraire à l'interprétation clinique. Bien que l'utilisation de la CIPS puisse rendre compte d'un seuil clinique empiriquement mesuré et validé, la réalisation d'entretiens cliniques reste à la base de toute évaluation et proposition de prise en charge. Cette échelle, comme les études réalisées dans ce travail de thèse, peuvent fournir un soutien dans la compréhension des *imposteurs* ainsi que plusieurs indicateurs de la présence, de l'intensité et des manifestations inhérentes au SI, bien que les facteurs identifier dans l'étude 2 puissent sembler fragiles. En effet, les facteurs associés au sentiment de fraude et au dénigrement sont proches mais ont été maintenus dans le questionnaire malgré leurs indices statistiques. Cela renvoie de ce fait aux limites de ce questionnaire dont une nouvelle évaluation pourrait être intéressante. De plus, le nombre conséquent *d'imposteurs* dans chacune des études témoigne des biais de sélection inhérents à la diffusion de questionnaires

sur internet. Les caractéristiques des échantillon (étude 3, majoritairement féminin ; étude 4, majoritairement étudiant) questionnent la généralisation des résultats.

Cependant, l'intérêt grandissant quant à l'expression du SI, dans le domaine professionnel essentiellement mais aussi étudiant, tout comme les fortes proportions *d'imposteurs* dans chacune des études, témoignent de la pertinence de s'intéresser au SI. Malgré la principale limite consécutive à la diffusion des recherches via les réseaux sociaux, les quatre études ont pu démontrer la fréquence et la diversité des degrés de ce syndrome. Les personnes concernées, comme les praticiens, restent à la recherche d'outils valides tant de mesure que d'accompagnement adaptés.

BIBLIOGRAPHIE

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment : A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Alvarado, C. (2015). *I'm not all that: a look at the imposter phenomenon in intimate relationships*. EWU Masters Thesis Collection, Paper 277.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th éd.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- André, C., & Lelord, F. (2008). *L'estime de soi. S'aimer pour mieux vivre avec les autres*. Paris: Odile Jacob.
- Antony, M. M., & Swinson, R. P. (2000). *The shyness and social anxiety workbook: Proven techniques for overcoming your fears*. Oakland, É.-U: New Harbinger Publications.
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : The exercise of control*. New York: Freeman.
- Baumeister, R. F., Smart, L., & Boden, J. M. (1996). Relation of Threatened Egotism to Violence and Aggression: The Dark Side of High Self-Esteem. *Psychological Review*, 103(1), 5-33. [https://doi.org/0033-295X/96/\\$3.00](https://doi.org/0033-295X/96/$3.00)
- Beard, J. (1990). *Personality correlates of the impostor phenomenon: An exploration of gender differences in critical needs*.

- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: Part I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: Part II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper and Row.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (2010). *La thérapie cognitive et les troubles émotionnels*. Bruxelles: de Boeck.
- Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. A., & Weissman, A. N. (1991). Factor Analysis of the Dysfunctional Attitude Scale in a Clinical Population. *Psychological Assessment*, 3(3), 478-483.
- Beck, A. T., & Greenberg, R. L. (1988). Cognitive therapy of panic disorders. *American Psychiatric Press*, 7, 571-583.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Epstein, N., & Brown, G. (1990). Beck Self-Concept Test. *Psychological Assessment*, 2, 191-197.
- Bellinghausen, L., Collange, J., Botella, M., Emery, J. L., & Albert, E. (2009). Validation factorielle de l'échelle française de stress perçu en milieu professionnel. *Santé Publique*, 21(4), 365-373.
- Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness-of-fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88(3), 588-600.
- Bernard, N. S., Dollinger, S. J., & Ramaniah, N. V. (2002). Applying the Big Five Personality Factors to the Impostor Phenomenon. *Journal of Personality Assessment*, 78(2), 321-333.

- Birney, R., Burdick, H., & Teevan, R. (1969). *Fear of failure motivation*. New York: Van Nostrand.
- Blanco, C., Nissenson, K., & Liebowitz, M. R. (2001). Social anxiety disorder: Recent findings in the areas of epidemiology, etiology, and treatment. *Current Psychiatry Reports*, 3, 273–280. <https://doi.org/10.1007/s11920-001-0019-9>
- Blondeau, L. A. (2014). *The impact of the impostor phenomenon on the math self-efficacy of males and females in STEM majors*. (Dissertation Abstracts International). University of Texas, Austin, Texas. Consulté à l'adresse <https://repositories.lib.utexas.edu/bitstream/handle/2152/26007/BLONDEAU-DISSERTATION-2014.pdf?sequence=1>
- Boszormenyi-Nagy, I., & Spark, G. M. (1973). *Invisible loyalties : Reciprocity in intergenerational family therapy*. New York: Harper & Row.
- Bouffard, L., & Lapierre, S. (1997). La mesure du bonheur. *Revue québécoise de psychologie*, 18(2), 271-310.
- Bouffard, T., Chayer, M.-H., & Sarrat-Vézina, E. (2011). Validation d'un questionnaire du sentiment d'imposture pour enfants et adolescents (QSIEA). *Canadian Journal of Behavioural Science*, 43(1), 13-19.
- Bourhis, R. Y., & Leyens, J. P. (1999). *Stéréotypes, discrimination et relations intergroupes*. Lièges: Mardaga.
- Bouvard, M., Cottraux, J., Charles, S., Ciadella, P., Guerin, J., & Aimard, G. (1994). Étude de validation sur une population française de l'échelle d'attitudes dysfonctionnelles de Weissman et Beck (DAS Forme A). *Thérapie Comportementale et Cognitive*, 4, 127-135.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss : Vol. 2. Separation : Anxiety and anger*. New York: Basic Books.

- Brauer, K., & Wolf, A. (2016). Validation of the German-language Clance Impostor Phenomenon Scale (GCIPS). *Personality and Individual Differences, 102*, 153–158.
- Brems, C., Baldwin, M. R., Davis, L., & Namyniuk, L. (1994). The imposter syndrome as related to teaching evaluations and advising relationships of university faculty members. *Journal of Higher Education, 65*, 183-193.
- Bridges, K. R., & Harnish, R. J. (2010). Role of irrational beliefs in depression and anxiety: a review. *HEALTH, 2*(8), 862-877.
- Brown, E. J., Turovsky, J., Heimberg, R. G., Juster, H. R., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1997). Validation of the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale across the anxiety disorders. *Psychological Assessment, 9*, 21-27.
<https://doi.org/10.1037/1040-3590.9.1.21>
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: Guilford.
- Bruchon-Schweitzer, M., & Paulhan, I. (1990). *Manuel pour l'inventaire d'Anxiété Trait-État (Forme Y)*. Université de Bordeaux II: Laboratoire de Psychologie de la Santé.
- Bussotti, C. (1990). *The impostor phenomenon: Family roles and environment*. (Doctoral dissertation, Georgia State University, 1990). Dissertation Abstracts International, 51, 4041B.
- Buunk, B. P., Kuyper, H., & Van der Zee, Y. G. (2005). Affective response to social comparison in the classroom. *Basic and Applied Social Psychology, 27*(3), 229–237.
- Cannone, B. (2009). *Le sentiment d'imposture*. Paris: Gallimard.
- Carleton, R. N., Collimore, K. C., Asmundson, G. J. G., McCabe, R. E., Rowa, K., & Antony, M. M. (2009a). Refining and validating the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. *Depression and Anxiety, 26*, E71-81.

- Carleton, R. N., Collimore, K. C., Asmundson, G. J., McCabe, R. E., Rowa, K., & Antony, M. M. (2009b). Refining and validating the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. *Depression and Anxiety, 26*, 71–81.
- Caselman, T. D. (2000). *The imposter phenomenon among American and Japanese adolescents: Gender, self-perception, self-concept and social support variables*. (Unpublished Ph.D.). Oklahoma State University, Oklahoma.
- Caselman, T. D., Self, P. A., & Self, A. I. (2006). Adolescent attributes contributing to the imposter phenomenon. *Journal of Adolescence, 29*(3), 395-405.
- Casselman, S. E. (1991). *The impostor phenomenon in medical students: Personality correlates and developmental issues*. Unpublished Psy.D., Virginia Consortium for Professional Psychology (Old Dominion University), Virginia.
- Castro, D. M., Jones, R. A., & Mirsalimi, H. (2004). Parentification and the Impostor Phenomenon: An Empirical Investigation. *The American Journal of Family Therapy, 32*, 205-207.
- Cattell, R. B. (1966a). Patterns of change: Measurement in relation to state dimension, trait change, lability, and process concepts. In R. B. Cattell, *Handbook of multivariate experimental psychology* (p. 288–329). Chicago: Rand McNally.
- Cattell, R. B. (1966b). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research, 1*(2), 245-276. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr0102_10
- Chabrol, H., Rousseau, A., & Callahan, S. (2006). Preliminary Results of a Scale of Assessing Instability of Self-Esteem. *Canadian Journal of Behavioural Science, 38*(2), 136-141.

- Chae, J.-H., Piedmont, R. L., Estadt, B. K., & Wicks, R. J. (1995). Personological Evaluation of Clance's Impostor Phenomenon Scale in a Korean Sample. *Journal of Personality Assessment, 65*(3), 468-485.
- Chamberlain, J. M., & Haaga, D. A. F. (2001a). Unconditional self-acceptance and psychological health. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 19*(3), 163-176.
- Chamberlain, J. M., & Haaga, D. A. F. (2001b). Unconditional self-acceptance and responses to negative feedback. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 19*(3), 177-189.
- Chambon, O., Cornillon-Jacouton, D., Germain, M. H., Assouline, B., Landazuri, F., & Marie-Cardine, M. (1992). Bien-être subjectif et qualité de vie. Définitions, mesures et facteurs déterminants. Implications thérapeutiques. *L'Information Psychiatrique, Suppl. 5*, LVII-LXII.
- Chayer, M. H., & Bouffard, T. (2010). Relations between impostor feelings and upward and downward identification and contrast among 10- to 12-year-old students. *European Journal of Psychology of Education, 25*(1), 125-140.
- Cherpas, C. C. (1998). *The generalizability of the impostor phenomenon to adults employed in professional and nonprofessional occupations*. (Unpublished Ph.D.). Kent State University, Ohio.
- Chrisman, S. M., Pieper, W. A., Clance, P. R., Holland, C. L., & Glickauf-Hughes, C. (1995). Validation of the Clance Impostor Phenomenon Scale. *Journal of Personality Assessment, 65*(3), 456-467.
- Clance, P. R. (1985). *The Impostor Phenomenon: Overcoming the fear that haunts your success*. Atlanta, GA: Peachtree.

- Clance, P. R. (1992). *Le Complexe d'imposture : Ou Comment surmonter la peur qui mine votre sécurité*. Paris: Flammarion.
- Clance, P. R., Dingman, D., Reviere, S. L., & Stober, D. R. (1995). Impostor Phenomenon in an interpersonal/social context : Origins and treatment. *Women and Therapy, 16*(4), 79-96.
- Clance, P. R., & Imes, S. A. (1978). The Impostor Phenomenon in High Achieving Women : Dynamics and Therapeutic Intervention. *Psychotherapy: Theory, research and Practice, 15*(3), 241-247.
- Clance, P. R., & O'Toole, M. A. (1987). Impostor phenomenon: An internal barrier to empowerment and Achievement. *Women and Therapy, 6*(3), 51-64.
- Clancey, K. (2015). *I pretend to know everything: The impostor phenomenon in male psychology graduate students*. (Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, Vol 75(8-B)(E). The Chicago School of Professional Psychology, US.
- Clark, M., Vardeman, K., & Barba, S. (2014). Perceived Inadequacy: A Study of the Imposter Phenomenon among College and Research Librarians. *College & Research Libraries, 75*(3), 255-271.
- Cohen, E. (1990). *The imposter phenomenon : An interactionist perspective*. Unpublished dissertation, University of Toronto.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. A. (1983). A Global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*, 385-396.
- Cokley, K., McClain, S., Enciso, A., & Martinez, M. (2013). An Examination of the Impact of Minority Status Stress and Impostor Feelings on the Mental Health of Diverse

- Ethnic Minority College Students. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 41, 82-95.
- Collange, J., Bellinghausen, L., Chappé, J., & Albert, E. (2013). Stress perçu : à partir de quel seuil devient-il un facteur de risque pour les troubles anxiodépressifs ? *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 74(1), 7-15.
- Cottraux, J. (2011). *Les thérapies comportementales et cognitives*. Paris: Masson.
- Cowman, S. E., & Ferrari, J. R. (2002). "Am I for Real?" Predicting Impostor Tendencies from Self-Handicapping and Affective Components. *Social Behavior and Personality*, 30(2), 119-126.
- Cozzarelli, C., & Major, B. (1990). Exploring the validity of the impostor phenomenon. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9(4), 401-417.
- Cromwell, B. (1989). *The impostor phenomenon in the classroom: Personality and cognitive correlates*. Unpublished Ph.D., Old Dominion University, Virginia.
- Cromwell, B., Brown, N., Sanchez-Huceles, J., & Adair, F. L. (1990). The impostor phenomenon and personality characteristics of high school honor students. *Journal of Social Behavior and Personality*, 5(6), 563-573.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2007). *Statistiques sans maths pour psychologues*. Bruxelles: De Boeck.
- Dantzer, R. (1989). *L'illusion psychosomatique*. Paris: Odile Jacob.
- David, D., Cote, C. D., Szentagota, A., McMahon, J., & Digiuseppe, R. (2013). Philosophical versus psychological Unconditional Acceptance: implications for constructing the Unconditional Acceptance Questionnaire. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 13(2a), 445-464.

- David, D., Schnur, J., & Birk, J. (2004). Functional and dysfunctional feelings in Ellis's cognitive theory of emotion: an empirical analysis. *Cognition and emotion*, 18(6), 869-880.
- Davies, M. F. (2006). Irrational beliefs and unconditional self-acceptance. I. Correlational evidence linking two key features of REBT. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 24(2), 113-124.
- Davies, M. F. (2007). Irrational beliefs and unconditional self-acceptance. II. Experimental evidence for a causal link between two key features of REBT. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 26(2), 89-101. <https://doi.org/10.1007/s10942-007-0060-7>
- Davies, M. F. (2008). Irrational beliefs and unconditional self-acceptance. III. The relative importance of different types of irrational beliefs. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 26(2), 102-118. <https://doi.org/10.1007/s10942-007-0061-6>
- Devries, S. I. (1989). *The impostor phenomenon and management of countertransference in therapists*. Unpublished Ph.D., Fairleigh Dickinson University, New Jersey.
- DiGiuseppe, R., Leaf, R., Exner, T., & Robin, M. V. (1988). *The development of a measure of rational/irrational thinking*. Paper presented at the World Congress of Behavior Therapy, Edinburgh, Scotland, September.
- Dinnel, D. L., Hopkins, J., & Thompson, T. (2002). *The role of family environment variables in the development of failure-avoidant behaviours*. Paper presented at the Self-Concept Enhancement and Learning Facilitation (SELF), Research Centre International Conference, Sydney, Australia.
- Dompe, P. (2011). *The Impostor Phenomenon in Psychology Graduate Students : A Measure of the Prevalence, in Which Year It Is Most Prevalent, and the Psychological*

- Symptoms Involved*. (Doctoral Dissertation, Alliant International University, Fresno).
Dissertation Abstracts Internationa, 978-1-1247-2008-1.
- Dubois, N. (1994). *La norme d'intériorité et le libéralisme*. Grenoble: P.U.G.
- Dudau, D. P. (2014a). Irrational Beliefs and Impostor Phenomenon among High School Students: A Correlational Model and its Relevance to REBT Practice. *Romanian Journal of Cognitive Behavioral Therapy and Hypnosis*, 1(1), 1-15.
- Dudau, D. P. (2014b). The relation between perfectionism and impostor phenomenon. *Social and Behavioral Sciences*, 127, 129 – 133.
- Duranceau, S., Peluso, D. L., Collimore, K. C., Asmundson, G. J. G., & Carleton, R. N. (2014). La Social Interaction Phobia Scale : propriétés psychométriques de la version française. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 46(3), 406–413.
- Dweck, C. (1986). Motivational processes affective learning. *American Psychologist*, 41, 1040–1048.
- Dweck, C. S., & Leggett, E. L. (1988). A social-cognitive approach to motivation and personality. *Psychological Review*, 95, 256-273.
- Edwards, P. W., Zeichner, A., Lawler, N., & Kowalski, R. (1987). A Validation Study of the Harvey Impostor Phenomenon Scale. *Psychotherapy*, 24(2), 256-259.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1977). Psychotherapy and the value of a human being. In A. Ellis & R. Grieger (Éd.), *Handbook of rational-emotive therapy* (p. 99–112). New York: Springer.
- Ellis, A. (1994). *Reason and Emotion in Psychotherapy* (Birch Lane Press). New York.
- Ellis, A. (1995). Changing rational-emotive therapy (RET) to rational emotive behavior therapy (REBT). *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 13, 85–89.

- Ellis, A. (2000). Rational-emotive therapy. In R. J. Corsini & D. Wedding, *Current Psychotherapies* (6th éd., p. 168-204). Peacock: Itasca.
- Ellis, A. (2001). *Overcoming Destructive Beliefs, Feelings, and Behaviors*. New York: Prometheus Books.
- Ellis, A., & Dryden, W. (1997). *The practice of Rational Emotive Behavior Therapy* (Second Ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Ellis, A., & Harper, R. A. (2007). *La thérapie émotivo-rationnelle*. Genève: Ambre.
- Eschbach, L. M. (1990). *A study of selected psychological variables as causal factors of the imposter phenomenon among undergraduate college women* (Unpublished Ph.D.). Washington State University, Washington.
- Evrard, Y., Pras, B., & Roux, E. (2003). *Market : Études et recherches en marketing* (3e éd.). Paris: Dunod.
- Ferrari, J. R. (2005). Impostor tendencies and academic dishonesty : do they cheat they way to success ? *Social Behavior and Personality*, 33(1), 11-18.
- Ferrari, J. R., & Thompson, T. (2006). Impostor fears: Links with self-presentational concerns and self-handicapping behavior. *Personality and Individual Differences*, 40, 341-352.
- Ferrari, J. R., & Tice, D. M. (2000). Procrastination as a self-handicap for men and women: A task avoidance strategy in a laboratory setting. *Journal of Research in Personality*, 34, 73-83.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7, 117-140.
- Flett, G. L., Besser, A., Davis, R. A., & Hewitt, P. L. (2003). Dimensions of Perfectionism, Unconditional Self-Acceptance, and Depression. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 21(2), 119-138.

- French, B. F., Ulrich-French, S. C., & Follman, D. (2008). The psychometric properties of the Clance Impostor Scale. *Personality and Individual Differences, 44*, 1270–1278.
- Fried-Buchalter, S. (1992). Fear of success, fear of failure, and the impostor phenomenon : A factor analytic approach to convergent and divergent validity. *Journal of Personality Assessment, 58*, 368-379.
- Fried-Buchalter, S. (1997). Fear of Success, Fear of Failure, and the Impostor Phenomenon Among Male and Female Marketing Managers. *Sex Roles, 37*(11), 847-859.
- Frieze, I. H. (1978). Women's expectations for causal attributions of success and failure. In M. T. Mednick, S. S. Tangri, & L. W. Hohan, *Women and achievement: Social and motivational analyses* (p. 158-171). New York: John Wiley.
- Fruhan, G. A. (2002). *Understanding feelings of fraudulence in the early professional lives of women*. (Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, Vol. 63 (5-B), 2581.). Massachusetts School of Professional Psychology, Massachusetts.
- Fujie, R. (2010). Development of the State Impostor Phenomenon Scale. *Japanese Psychological Research, 52*(1), 1-11.
- Gediman, H. K. (1985). Imposture, inauthenticity, and feeling fraudulent. *Journal of the American Psychological Association, 33*(4), 911-935.
- Gerstmann, E. A. (1999). *Impostor phenomenon: A test of basic assumptions*.
- Ghorbanshirodi, S. (2012). The relationship between self-esteem and emotional intelligence with impostor syndrome among medical students of Guilan and Heratsi (Iranian) Universities. *Journal of Basic Applied Scientific Research, 2*(2), 1793-1802.

- Gibson-Beverly, G., & Schwartz, J. P. (2008). Attachment, Entitlement, and the Impostor Phenomenon in Female Graduate Students. *Journal of College Counseling, 11*, 119-132.
- Gosling, S. D., Vazire, S., Srivastava, S., & John, O. P. (2004). Should we trust web-based studies? A comparative analysis of six preconceptions about internet questionnaires. *The American psychologist, 59*(2), 93-104.
- Grant, D. F., Battle, D. A., Murphy, S. C., & Heggoy, S. J. (1999). Black female secondary honor graduates : Influences on achievement motivation. *Journal of Secondary Gifted Education, 10*, 103-119.
- Gravois, J. (2007). You're not fooling anyone. *The Chronicle of Higher Education, 54*(11), A1. Retrieved November 5, 2008, from <http://chronicle.com>
- Greenberg, M. S., & Beck, A. T. (1989). Depression versus anxiety: a test of the content specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology, 98*, 9-13.
- Groat, M. D. (2003). *An investigation of acculturation and psychological adjustment of socially mobile individuals*. (Unpublished Ph.D.). State University of New York at Albany, New York.
- Haaga, D. A., Dyck, M. J., & Ernst, D. (1991). Empirical status of cognitive theory of depression. *Psychological Bulletin, 110*, 215-236.
- Hair, W. E., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1998). *Multivariate data analysis* (5th ed). NJ: Prentice Hall: Upper Saddle River.
- Hall, H. K., Hill, A., Appleton, P., & Kozub, S. A. (2009). The mediating influence of unconditional self-acceptance on the relationship between perfectionism, labile self-esteem and exercise dependence. *Psychology of Sport and Exercise, 10*, 35-44.
<https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2008.05.003>

- Harvey, J. C. (1981). *The Impostor Phenomenon and Achievements: A Failure to Internalize Success*. (Dissertation Abstracts International). Temple University, Pennsylvania. Consulté à l'adresse 42. (4969 4970B)
- Harvey, J. C., & Katz, C. (1985). *If I'm so successful, why do I feel like a fake? The impostor phenomenon*. New York: St. Martin's.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley.
- Heimberg, R. G., Brozovich, F. A., & Rapee, R. M. (2010). A cognitive-behavioral model of social anxiety disorder: Update and extension. In S. G. Hofmann & P. M. DiBartolo, *Social anxiety: Clinical, developmental, and social perspectives* (p. 395–422). New York, NY: Elsevier. Consulté à l'adresse doi:10.1016/B978-0-12-375096-9.00015-8
- Henning, K., Ey, S., & Shaw, D. (1998). Perfectionism, the impostor phenomenon and psychological adjustment in medical, dental, nursing and pharmacy students. *Medical Education*, 32(5), 456-464.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Sherry, S. B., Habke, M., Parkin, M., Lam, R. W., ... Stein, S. B. (2003). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(6), 1303–1325.
- Hirschfeld, M. (1982). *The impostor phenomenon in successful career women* (Unpublished Ph.D.). Fordham University, New York.
- Hirt, E. R., McCrea, S. M., & Kimble, C. E. (2000). Public self-focus and sex differences in behavioural selfhandicapping: Does increasing self-threat still make it “just a man's game?”. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 1131–1141.
- Hofmann, S. G., Heinrichs, N., & Moscovitch, D. A. (2004). The nature and expression of social phobia: Toward a new classification. *Clinical Psychology Review*, 24, 769–797. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.07.004>

- Holmes, S. W., Kertay, L., Adamson, L. B., Holland, C. L., & Clance, P. R. (1993). Measuring the Impostor Phenomenon: A Comparison of Clance's IP Scale and Harvey's IP Scale. *Journal of Personality Assessment*, 60(1), 48-59.
- Horner, M. S. (1972). Toward an understanding of achievement-related conflicts in women, 28, 157-175.
- Huebner, E. S., & Dew, T. (1995). Preliminary validation of the positive and negative affect schedule with adolescent. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 13, 286-293.
- Imes, S. A. (1979). *The impostor phenomenon as a function of attribution patterns and internalized femininity masculinity in high achieving women and men*. (Doctoral dissertation, Georgia State University, 1979). Dissertation Abstracts International, 40, 5868B-5869B.
- Ives, S. (2011). *The impact of an online orientation program on the impostor phenomenon, self-efficacy, and anxiety*. (Doctoral Dissertation, Walden University). Dissertation Abstracts International, 978-1-1243-9130-4..
- Jamail, S. R. (1992). *Predicting the impostor phenomenon in successful career women* (Unpublished Ph.D.). Miami Institute of Psychology of the Caribbean Center for Advanced Studies, Florida.
- Jarrett, C. (2010). Feeling Like a fraud. *Psychologist*, 23(5), 380-383.
- Jörtl, G., Bergsmann, E., Lüftenegger, M., Schober, B., & Spiel, C. (2012). When Will They Blow My Cover? The Impostor Phenomenon Among Austrian Doctoral Students. *Zeitschrift für Psychologie*, 220(2), 109–120.
- Jurkovic, G. J., Jessee, E. H., & Goglia, L. R. (1991). Treatment of parental children and their families : Conceptual and technical issues. *American Journal of Family Therapy*, 19, 302–314.

- Kaiser, H. F. (1960). The application of electronic computers to factor analysis. *Educational and Psychological Measurement, 20*, 141-151.
- Kamarzarrin, H., Khaledian, M., Shooshtari, M., Yousefi, E., & Ahrami, R. (2013). A study of the relationship between self-esteem and the imposter phenomenon in the physicians of Rasht city. *European Journal of Experimental Biology, 3*(2), 363-366.
- Kerner, K. (1992). Assessing subjective well-being in the Old-Old. *Research on Aging, 14*(2), 131-168.
- Kertay, L., Clance, P. R., & Holland, C. L. (1992). *A factor study of the Clance Impostor Phenomenon Scale*. Unpublished manuscript, Georgia State University, Atlanta.
- Kets de Vries, M. (2005). The dangers of feeling like a fake. *Harvard Business Review, 83*(9), 110-116.
- King, J. E., & Cooley, E. L. (1995). Achievement Orientation and the Impostor Phenomenon Among College Students. *Contemporary Educational Psychology, 20*, 304-312.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* Chicago: University of Chicago Press.
- Kolligian, J. J. (1990). Perceived fraudulence as a dimension of perceived incompetence. In R. J. Sternberg & J. J. Kolligian, *Competence considered* (p. 261–285). New Haven, CT: Yale University Press.
- Kolligian, J., & Sternberg, R. (1991). Perceived Fraudulence in Young Adults : Is There an “Impostor Syndrome”? *Journal of Personality Assessment, 56*(2), 308-326.
- Kombos, N. A., Fournet, G. P., & Estes, R. E. (1989). Effects of irrationality on a trail making performance task. *Perceptual and Motor Skills, 68*(2), 591-598.
- Kumar, S., & Jagacinski, C. M. (2006). Imposters have goals too: The Imposter Phenomenon and its Relationship to Achievement Goal Theory. *Personality and Individual Differences, 40*, 147-157.

- Langford, J. (1990). *The need to look smart : The impostor phenomenon and motivations for learning*. (Doctoral dissertation, Georgia State University, 1990). Dissertation Abstracts International, 51, 3604B.
- Langford, J., & Clance, P. R. (1993). The impostor phenomenon: Recent research findings regarding dynamics, personality and family patterns and their implications for treatment. *Psychotherapy, 30*, 495-501.
- Lapp-Rincker, R. H. (2003). *Achievement motivation in honors students: The role of the impostor phenomenon and self-efficacy*. (Doctoral dissertation). Retrieved from Digital Dissertations: ProQuest. (3111491).
- Lawler, N. K. (1984). *The Impostor Phenomenon in High Achieving Persons and Jungian Personality Principles*. Unpublished dissertation, Georgia State University, Atlanta, GA. Dissertation Abstracts International, 45, 2693-2694B.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leary, M. R., Patton, K., Orlando, A., & Funk, W. W. (2000). The impostor phenomenon: Self-perceptions, reflected appraisals, and interpersonal strategies. *Journal of Personality, (68)*, 725-756.
- Legassie, J., Zibrowski, E. M., & Goldszmidt, M. A. (2008). Measuring resident well-being: impostorism and burnout syndrome in residency. *Journal of General Internal Medicine, 23(7)*, 1090–1094. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0536-x>
- Lester, D., & Moderski, T. (1995). The impostor phenomenon in adolescents. *Psychological Reports, 76*, 466.
- Li, S., Hughes, J., & Thu, S. M. (2014). The links between parenting styles and imposter phenomenon. *Psi Chi Journal of Psychological Research, 19(2)*, 50-57.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sydney: Psychology Foundation.

- Lupien, S. (2010). *Par amour du stress*. Montréal: Editions au Carré.
- Macavei, B. (2006). Dysfunctional Attitudes Scale, Form A; norms for the Romanian population. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 6(2), 157-171.
- Macinnes, D. L. (2006). Self-esteem and self-acceptance: an examination into their relationship and their effect on psychological health. *Journal of Psychiatric and Mental health Nursing*, 13(5), 483-389.
- Marsh, H. W., Hau, K. T., Balla, J. R., & Grayson, D. (1998). Is More Ever Too Much? The Number of Indicators per Factor in Confirmatory Factor Analysis. *Multivariate Behavioral Research*, 33(2), 181-220.
- Matthews, G., & Clance, P. R. (1985). Treatment of the impostor phenomenon in psychotherapy clients. *Psychotherapy in Private Practice*, 3(1), 71-81.
- Matthews, G., & Gibbs, M. (1985). Impostor update [Letter to the editor]. *Psychology Today*, 19(7), 5.
- Matthews, S. F. (2001). *The relationship between self-esteem and impostor phenomenon of female teachers for kindergarten through grade 12*. (Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering). Western Michigan University, Michigan, US.
- Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470.
- Mattie, C., Gietzen, J., Davis, S., & Prata, J. (2008). The Imposter Phenomenon: Self-Assessment And Competency to Perform as a Physician Assistant in the United States. *The Journal of Physician Assistant Education*, 19(1), 5-12.

- McElwee, R. O., & Yurak, T. J. (2007). Feeling versus acting like an impostor: Real feelings of fraudulence or self-presentation? *Individual Differences Research*, 5(3), 201-220.
- McElwee, R. O., & Yurak, T. J. (2010). The Phenomenology of the Impostor Phenomenon. *Individual Differences Research*, 8(3), 184-197.
- McGregor, L. N., Gee, D. E., & Posey, K. E. (2008). I feel like a fraud and it depresses me: The relation between the imposter phenomenon and depression. *Social Behavior and Personality*, 36(1), 43-48.
- McIntyre, T. M. (1990). *A study of the relationship between women's interpersonal behavior, impostor feelings, sex-role attitudes, and their professional status*. Unpublished dissertation, Georgia State University, Atlanta, Georgia.
- Mead, M. (1949). *Male and Female*. New York: Morrow.
- Metzler, J. N., & Conroy, D. E. (2004). Structural validity of the Fear of Success Scale. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 8, 89-108.
- Michaud, G., Savard, R., Goyer, L., Paquette, S., & Prévost, M. (2013). *Indicateurs communs : Transformer la culture d'évaluation des services en employabilité*. (Rapport de recherche de l'expérimentation au Québec No. 4). Université de Sherbrooke.
- Miller, D. G., & Kastberg, S. M. (1995). Of blue collars and ivory towers : Women from blue-collar backgrounds in higher education. *Roeper Review*, 18(1), 27-33.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd éd.). New York: McGraw Hill.
- Oriel, K., Plane, M. B., & Mundt, M. (2004). Family Medicine Residents and the Impostor Phenomenon. *Family Medicine*, 36(4), 248-252.

- Pedhazur, E. J., & Pedhazur Schmelkin, L. (1001). *Measurement, design, and analysis: An integrated approach*. Hillsdale, NJ: LEA.
- Phillips, D. A. (1987). Socialization of perceived academic competence among highly competent children. *Child Development*, 58, 1306-1320.
- Pirotsky, H. (2001). *An investigation of both the trait and state aspects of the impostor phenomenon within an organizational context* (Doctoral dissertation, University of Guelph, 2001). Dissertation Abstracts International, 39(04), 1260.
- Prata, J., & Gietzen, J. (2007). The Imposter Phenomenon in Physician Assistant Graduates. *The Journal of Physician Assistant Education*, 18(4), 33-36.
- Prince, T. J. (1989). The impostor phenomenon revisited: A validity study of Clarice's IP Scale.
- Prola, M. (1985). Irrational beliefs and intellectual performance. *Psychological Reports*, 57(2), 431-434.
- Quintard, B. (2001). Le concept de stress et ses méthodes d'évaluation. *Recherche en soins infirmiers*, 67, 46-67.
- Ramasawmy, S. (2015). *Validation of the « French Depression Anxiety Stress Scales » (DASS-21) and predictors of depression in an adolescent Mauritian population* (Unpublished Ph.D.). Université Aix-Marseille, Marseille.
- Rhodewalt, F. (1990). Self-handicappers: Individual differences in the preference for anticipatory, self-protective acts. In R. L. Higgins, C. R. Snyder, & S. Berglas (Éd.), *Self-handicapping: The paradox that isn't. The Plenum series in social/clinical psychology* (p. 69-106). New York: Plenum Press.

- Robinson, S. L., & Goodpaster, S. K. (1991). The effects of parental alcoholism on perception of control and imposter phenomenon. *Current Psychology: Research & Reviews*, *10*(1), 113-119.
- Rohrmann, S., Bechtoldt, M. N., & Leonhardt, M. (2016). Validation of the Impostor Phenomenon among Managers. *Frontiers in Psychology*, *7*, 821. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00821>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., & Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, *60*, 141-156.
- Ross, S. R., & Krukowski, R. A. (2003). The imposter phenomenon and maladaptive personality: type and trait characteristics. *Personality and Individual Differences*, *34*, 477–484.
- Ross, S. R., Stewart, J., Mugge, M., & Fultz, B. (2001). The impostor phenomenon, achievement dispositions, and the five factor model. *Personality and Individual Differences*, *31*(8), 1347-55.
- Roussel, P. (2005). Méthodes de développement d'échelles pour questionnaires d'enquête. In P. Roussel & F. Wacheux, *Management des ressources humaines : Méthodes de recherche en sciences humaines et sociales* (p. 245–276). Bruxelles: De Boeck.
- Royse-Roskowski, J. C. (2010). *Imposter phenomenon and counseling self-efficacy : The impact of imposter feelings* (Doctoral dissertation, Ball State University)..
- Safarzadeh, S., Esfahaniasl, M., & Bayat, M. R. (2012). The Relationship between Self-Concept and Achievement Motive with Imposter Phenomenon in Students of the

- Islamic Azad University of Ahvaz. *Journal of Basic and Applied Scientific Research*, 2(12), 12802-12808.
- Sakulku, J., & Alexander, J. (2011). The Impostor Phenomenon. *International Journal of Behavioral Science*, 6(1), 73-92.
- Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., ... Thorpe, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behavior Research Therapy*, 38, 347-372.
- Sanford, A. A., Ross, E. M., Blake, S. J., & Cambiano, R. L. (2015). Finding Courage and Confirmation: Resisting Impostor Feelings through Relationships with Mentors, Romantic Partners, and Other Women in Leadership. *Advancing Women in Leadership*, 35, 31-41.
- Schlenker, B. R., Soraci, S., & McCarthy, B. (1976). Self-esteem and group performance as determinants of egocentric perceptions in cooperative groups. *Human Relations*, 29, 1163-1176.
- Schneier, F. R., Heckelman, L. R., Garfinkel, R., Campeas, R., Fallon, B. A., Gitow, A., & Liebowitz, M. R. (1994). Functional impairment in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 322-331.
- Scott, J. (2007). The effect of perfectionism and unconditional self-acceptance on depression. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 25(1), 35-64.
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61, 774-788.
- Selye, H. (1956). *Le stress de la vie*. Paris: Gallimard.

- September, A. N., McCarry, M., & Baranowsky, A. (2001). The relation between well-being, impostor feelings, and gender role orientation among Canadian university students. *Journal of Social Psychology, 141*(2), 218-232.
- Shahmohamadi, A., Khaledian, M., & Ahmadi, Y. (2011). Relationship of irrational beliefs with students' academic achievement. *International Review of Business, and Social Sciences, 1*(1), 51-56.
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The Self-Efficacy Scale: Construction and validation. *Psychological Reports, 51*, 663-671.
- Shrauger, J. S., & Lund, A. K. (1986). Self-evaluation and reactions to evaluations from others. *Journal of Personality, 43*, 19-26.
- Siegel, P. A., Scillitoe, J., & Parks-Yancy, R. (2005). Reducing the tendency to self-handicap: The effect of self-affirmation. *Journal of Experimental Social Psychology, 41*, 589–597.
- Sightler, K. W., & Wilson, M. G. (2001). Correlates of the Impostor Phenomenon among Undergraduate Entrepreneurs. *Psychological Reports, 88*, 679-680.
- Smith, R. (2000). Assimilative and contrastive reactions to upward and downward social comparisons. In J. Suls & L. Weeler, *Handbook of social comparison* (Plenum, p. 173–200). New York.
- Smith-Clark. (1988). *The impostor phenomenon: A study of the construct in registered nurses*. Unpublished Ph.D., California School of Professional Psychology - Los Angeles, California.

- Sonnak, C., & Towell, T. (2001). The impostor phenomenon in British university students: Relationships between self-esteem, mental health, parental rearing style and socioeconomic status. *Personality and Individual Differences, 31*, 863-874.
- Spielberger, C. D. (1989). *State-Trait Anxiety Inventory: A comprehensive bibliography*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D. (1993). *Inventaire d'anxiété état-trait forme Y (STAI-Y)*. (M. Bruchon-Schweitzer & I. Paulhan, Trad.). Paris: Éditions du centre de psychologie appliquée.
- Stanković, S., Matić, M., Vukosavljević-Gvozden, T., & Opačić, G. (2015). Frustration Intolerance and Unconditional Self-Acceptance as Mediators of the Relationship between Perfectionism and Depression. *PSIHOLOGIJA, 48*(2), 101–117. <https://doi.org/10.2298/PSI1502101S>
- Stanković, S., & Vukosavljević-Gvozden, T. (2011). The Relationship of a Measure of Frustration Intolerance with Emotional Dysfunction in a Student Sample. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy, 29*(1), 17-34.
- Stein, M. B., McQuaid, J. R., Laffaye, C., & McCahill, M. E. (1999). Social phobia in the primary care medical setting. *The Journal of Family Practice, 48*, 514–519.
- Steinberg, J.A. (1986). Clinical interventions with women experiencing the impostor phenomenon. *Women & Therapy, 5*(4), 19-26.
- Studdard, S. S. (2002). Adult women students in the academy: Impostors or members? *Journal of Continuing Higher Education, 50*, 24-37.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics* (4th éd.). Boston: Allyn and Bacon.
- Talepasand, S., Alijani, F., & Rezaie, A. (2010). Exploring factor structure of the dysfunctional attitudes scale. *Procedia Social and Behavioral Sciences, 5*, 1400–1408.

- Tarlow, E. M., & Haaga, D. A. F. (1996). Negative Self-Concept: Specificity to Depressive Symptoms and Relation to Positive and Negative Affectivity. *Journal of Research in Personality, 30*(1), 120–127. <https://doi.org/10.1006/jrpe.1996.0008>
- Thompson, B. L., & Waltz, J. A. (2008). Mindfulness, Self-Esteem, and Unconditional Self-Acceptance. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 26*(2), 119-126. <https://doi.org/10.1007/s10942-007-0059-0>
- Thompson, S., & Rapee, R. M. (2002). The effect of situational structure on the social performance of socially anxious and non-anxious participants. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 33*, 91–102. [https://doi.org/10.1016/S0005-7916\(02\)00021-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7916(02)00021-6)
- Thompson, T., Davis, H., & Davidson, J. (1998). Attributional and affective responses of impostors to academic success and failure outcomes. *Personality and Individual Differences, 25*(2), 381-396.
- Thompson, T., Foreman, P., & Martin, F. (2000). Impostor fears and perfectionistic concern over mistakes. *Personality and Individual Differences, 29*, 629-647.
- Tice, D. M., & Wallace, H. M. (2003). The reflected self: Creating yourself as (you think) others see you. In M. R. Leary & J. P. Tangney (Éd.), *Handbook of Self and Identity* (p. 91-105). New York: Guilford.
- Topping, M.E.H. (1983). *The Impostor Phenomenon: A Study of Its Construct and Incidence in University Faculty Members*. Unpublished dissertation, University of South Florida. *Dissertation Abstracts International, 44*, 1948-1949B.
- Topping, M. E. H., & Kimmel, E. B. (1985). The impostor phenomenon : Feeling phony. *Academic Psychology Bulletin, 7*, 213-226.

- Tran, D., Tran, T., & Fisher, J. (2013). Validation of the depression anxiety stress scales (DASS) 21 as a screening instrument for depression and anxiety in a rural community-based cohort of northern Vietnamese women. *BMC Psychiatry, 13*, 24-31.
- Vallières, E. F., & Vallerand, R. J. (1990). Traduction et validation canadienne française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg (Translation to French (Canadian) and validation of Rosenberg's self-esteem scale). *International Journal of Psychology, 25*, 305–316.
- Van der Zee, K. I., Buunk, B. P., DeRuiter, J. H., Tempelaar, R., VanSonderen, E., & Sanderman, R. (1996). Social comparison and the subjective well-being of cancer patients. *Basic and Applied Social Psychology, 18*(4), 453–468.
- Vergauwe, J., Wille, B., Feys, M., De Fruyt, F., & Anseel, F. (2015). Fear of being exposed: The trait-relatedness of the impostor phenomenon and its relevance in the work context. *Journal of Business and Psychology, 30*(3), 565-581.
- Villwock, J. A., Sobin, L. B., & Harris, T. M. (2015). *Impostor Syndrome and Burnout Among American Medical Students—Incidence and Implications for Otolaryngology*. 118th Annual Meeting at COSM, Boston, MA. Consulté à l'adresse <http://www.triomeetingposters.org/poster/impostor-syndrome-and-burnout-among-american-medical-students-incidence-and-implications-for-otolaryngology/>
- Want, J., & Kleitman, S. (2006). Imposter phenomenon and self-handicapping: Links with parenting styles and self-confidence. *Personality and Individual Differences, 40*(5), 961-971.
- Ward, G.R. (1990). *The relationships among attributional styles, motivational orientations and the impostor phenomenon among high achieving undergraduate students*. Unpublished dissertation, University of New Mexico, Albuquerque, New Mexico.

- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
- Weiner, B. (1986). *An Attributional Theory of Motivation and Emotion*. New York: Springer Verlag.
- Weissman, A. N. (1979). *The Dysfunctional Attitude Scale: A validation study*.
- Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation*. Paper presented at the meeting the American Education Research Association, Toronto, Canada.
- Wells, R. S. (2011). *The impact of motivation on academic success: using the imposter phenomenon to understand the experiences of a selected group in a 'black' higher education institution*. (Dissertation Abstracts International). University of Zululand, South Africa.
- White, S. F. (2001). *The impostor phenomenon and self experiences: The role of shame and self-cohesion in perceived fraudulence*. (Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering). State University of New York, Albany, NY.
- Wicker, F. W., Brown, G., Hagen, A. S., Boring, W., & Wiehe, J. A. (1990). Interactions of irrational beliefs with goal pursuit. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 8(3), 147-158.
- Yates, G. C. R., & Chandler, M. (1998). *Impostor phenomenon in Tertiary students*. Presented at Annual Conference for the Australian Association for Research in Education, Adelaide.
- Yim, O., & Ramdeen, K. T. (2015). Hierarchical Cluster Analysis: Comparison of Three Linkage Measures and Application to Psychological Data. *The Quantitative Methods for Psychology*, 11(1), 8-21.

BIBLIOGRAPHIE

Young, V. (2003). The imposter syndrome : finding a name for the feelings. From:
<http://www.impostersyndrome.com>.

Young, V. (2011). *The Secret Thoughts of Successful Women : Why Capable People Suffer from the Impostor Syndrome and How to Thrive in Spite of It*. New York: Crown Business.

Zorn, D. (2005). Academic culture feeds the imposter phenomenon. *Academic Leader*, 21, 8-9.

ANNEXES

ANNEXE A

Déclaration CNIL

RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION NORMALE

Numéro de déclaration

1923604 v 0

du 25 janvier 2016

Monsieur CHASSANGRE Kevin
UNIVERSITE TOULOUSE JEAN JAURES
OCTOGONE - CENTRE D'ETUDES ET DES
RECHERCHES EN PSYCHOPATHOLOGIE ET
PSYCHOLOGIE DE LA SANTE
5 ALLEE ANTONIO MACHADO
31058 TOULOUSE CEDEX 9

À LIRE IMPÉRATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par le voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « Informatique et Libertés », consultez le site Internet de la CNIL : www.cnil.fr

Organisme déclarant

Nom : UNIVERSITE TOULOUSE JEAN JAURES

N° SIREN ou SIRET :

193113834 00017

Service : OCTOGONE - CENTRE D'ETUDES ET DES RECHERCHES
EN PSYCHOPATHOLOGIE ET PSYCHOLOGIE DE LA SANTE

Code NAF ou APE :

8542Z

Adresse : 5 ALLEE ANTONIO MACHADO

Tél. : 05.61.50.37.38

Code postal : 31058

Fax. :

Ville : TOULOUSE CEDEX 9

Traitement déclaré

Finalité : APRES GARANTIE DU RESPECT DE L'ANONYMAT ET LE CONTENTEMENT ECLAIRE, L'OBJECTIF DE CE RECUEIL DE DONNEES EST LE TRAITEMENT STATISTIQUE DANS LE CADRE D'UNE ACTIVITE DE RECHERCHE EN DOCTORAT DE PSYCHOLOGIE SUR LE THEME DU SYNDROME DE L'IMPOSTEUR

Fait à Paris, le 25 janvier 2016
Par délégation de la commission

Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

ANNEXE B

Etude 1 : Validation de la version française de la « Clance Impostor Phenomenon Scale » (CIPS)

B.1 Clance Impostor Phenomenon Scale (CIPS)

Consigne : pour chaque question, indiquez ce qui indique au mieux comment l'énoncé est vrai pour vous. Il est préférable de donner la première réponse qui vous vient à l'esprit plutôt que de s'arrêter sur chaque énoncé et y penser à plusieurs reprises.

(page suivante)

	Pas Du tout	Rarement	Parfois	Souvent	Tout le Temps
1. J'ai déjà réussi un test ou une tâche même si j'avais peur de ne pas la réussir avant de la commencer.					
2. Je peux donner l'impression que je suis plus compétent(e) que je ne le suis réellement.					
3. J'évite si possible les évaluations et j'ai peur que les autres m'évaluent.					
4. Quand les gens me font un compliment sur quelque chose que j'ai réalisé, j'ai peur de ne pas être capable d'être à la hauteur leurs attentes à l'avenir.					
5. Je pense que j'ai obtenu ma position actuelle, ou que j'ai réussi parce qu'il m'est arrivé d'être au bon endroit au bon moment, ou parce que je connaissais les bonnes personnes.					
6. J'ai peur que les personnes qui me sont importantes puissent découvrir que je ne suis pas aussi capable qu'ils le pensent.					
7. J'ai tendance à me rappeler les fois où je n'ai pas fait de mon mieux plutôt que des moments où j'ai fait de mon mieux.					
8. Je réalise peu un projet ou une tâche aussi bien que je voudrais le faire.					
9. J'estime ou je crois que mon succès dans ma vie ou dans mon travail est dû à une erreur.					
10. Il est difficile pour moi d'accepter des compliments ou des éloges sur mon intelligence ou ma réussite.					
11. J'estime que mon succès est dû à la chance.					
12. Je suis déçu(e) de ce que j'ai pu réaliser jusqu'ici et j'estime que je devrais pouvoir réaliser beaucoup plus.					
13. J'ai peur que les autres découvrent mon véritable manque de connaissance ou manque d'intelligence.					
14. J'ai peur d'échouer à une nouvelle tâche même si je réussis généralement ce que j'essaie.					
15. Quand j'ai réussi à une tâche et qu'on a reconnu mon succès, j'ai des doutes quant à mes capacités de pouvoir continuer à réussir.					
16. Si je reçois beaucoup d'éloges ou de reconnaissance pour quelque chose que j'ai réalisé, j'ai tendance à minimiser l'importance de ce que j'ai fait.					
17. Je compare mon intelligence à ceux qui m'entourent et je pense qu'ils sont peut être plus intelligents que moi.					
18. Je m'inquiète de ne pas réussir à un projet ou à un examen, bien que mon entourage ait une confiance absolue en ma réussite.					
19. Si je vais recevoir une promotion ou une reconnaissance de quelque sorte, j'hésite à le dire aux autres jusqu'à ce que ce soit un fait accompli.					
20. Je me sens mal et découragé(e) si je ne suis pas "le (la) meilleur(e)" ou au moins "remarquable" lorsqu'il faut réussir.					

B.2 Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21)

Consigne : veuillez lire chaque énoncé et indiquez lequel correspond le mieux à votre expérience au cours de la **dernière semaine**. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

Ne vous attardez pas trop longuement sur les énoncés.

(page suivante)

Durant cette dernière semaine :

Durant cette dernière semaine :

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup	Tout le temps
1. J'ai trouvé difficile de me relaxer.				
2. J'ai senti que j'avais la bouche sèche.				
3. J'ai eu l'impression de ne pas pouvoir être positif/positive.				
4. J'ai eu de la difficulté à respirer (par exemple, respirations excessivement rapides, essoufflement sans effort physique).				
5. J'ai trouvé difficile d'être motivé(e) à commencer des activités.				
6. J'ai réagi de façon exagérée.				
7. J'ai eu des tremblements (par exemple, des mains).				
8. J'ai eu l'impression d'être nerveux/nerveuse.				
9. Je me suis inquiété(e) en pensant à des situations où je pourrais paniquer et faire de moi un(e) idiot(e).				
10. J'ai eu le sentiment de ne rien envisager avec plaisir.				
11. Je me suis aperçu(e) que je devenais agité(e).				
12. J'ai eu de la difficulté à me détendre.				
13. Je me suis senti(e) triste.				
14. J'ai été intolérant(e) à tout ce qui m'empêchait de faire ce que j'avais à faire.				
15. J'ai eu le sentiment d'être presque pris(e) de panique.				
16. J'ai été incapable de me sentir motivé(e) au sujet de quoi que ce soit.				
17. J'ai eu le sentiment de ne pas valoir grand chose comme personne.				
18. J'ai eu l'impression d'être agacé(e) pour un oui pour un non.				
19. J'ai senti mon coeur battre vite sans effort physique.				
20. J'ai eu peur sans bonne raison.				
21. J'ai eu l'impression que la vie n'avait aucune signification.				

B.3 Positive Affect and Negative Affect Schedule (PANAS)

Consigne : l'échelle suivante est constituée d'un certain nombre de mots qui décrivent différents sentiments et différentes émotions. Lisez chaque item et indiquez la réponse appropriée, c'est à dire jusqu'à quel point vous êtes senti(e) de cette façon durant **la dernière semaine**.

(page suivante)

Durant cette dernière semaine, je me suis senti(e) :

	Très peu/ pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Enormément
Intéressé(e)					
Peiné(e)					
Excité(e)					
Contrarié(e)					
Fort(e)					
Coupable					
Effrayé(e)					
Hostile					
Enthousiaste					
Fier/Fière					
Irritable					
Alerte					
Honteux(se)					
Inspiré(e)					
Nerveux(se)					
Déterminé(e)					
Attentif(ve)					
Agité(e)					
Actif(ve)					
Craintif(ve)					

B.4 Self Efficacy Scale (SES)

Consigne : veuillez indiquer vos propres sentiments à propos de chaque affirmation ci-dessous en indiquant le degré d'accord qui décrit le mieux vos sentiments **de manière générale**.

(page suivante)

De manière générale :

	nt pas	Plutôt pas	d'accord	d'accord,	ni pas	Plutôt	d'accord	Tout à fait	d'accord
1. Quand je fais des projets, je suis certain de pouvoir les mettre à exécution.									
2. Un de mes problèmes est que je ne peux pas me mettre au travail lorsqu'il faudrait.									
3. Si je n'arrive pas à faire quelque chose du premier coup, je continue d'essayer jusqu'à ce que j'y arrive.									
4. Il m'est difficile de me faire de nouveaux amis.									
5. Quand j'établis des objectifs qui sont importants pour moi, il est rare que je les atteigne.									
6. J'abandonne les choses avant de les avoir terminées.									
7. Si j'aperçois quelqu'un que j'aimerais rencontrer, je vais vers cette personne plutôt que d'attendre qu'elle vienne vers moi.									
8. J'évite de faire face aux difficultés.									
9. Si quelque chose a l'air trop compliqué, je ne prends même pas la peine d'essayer.									
10. Si je rencontre quelqu'un d'intéressant, mais avec qui il est très difficile de lier amitié, je vais vite arrêter tout effort de lier amitié avec cette personne.									
11. Quand j'ai quelque chose de désagréable à faire, je m'y colle jusqu'à ce que je l'aie complètement terminé.									
12. Quand je décide de faire quelque chose, je m'y consacre immédiatement.									
13. Quand j'essaie d'apprendre quelque chose de nouveau, j'abandonne très vite si je n'y arrive pas tout de suite.									
14. Quand j'essaie de devenir ami avec quelqu'un, mais qu'au départ cette personne ne semble pas intéressée par moi, j'abandonne très facilement.									
15. Quand des problèmes inattendus surviennent, j'arrive bien à y faire face.									
16. Je n'arrive pas à me comporter comme je le voudrais lors de réunions sociales (fêtes, repas, apéritifs etc.).									
17. J'ai confiance en moi.									
18. Mes amis actuels, je les ai parce que c'est moi qui au départ ai fait l'effort de lier amitié.									
19. J'abandonne facilement.									
20. Il me semble que je suis capable de faire face à la plupart des problèmes qui surviennent dans ma vie.									
21. Mes amis actuels, je les ai parce que j'ai des capacités à lier des amitiés.									

B.5 Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)

Consigne : Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous.

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.				
2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.				
3. Tout bien considéré, je suis porté(e) à me considérer comme un(e) raté(e).				
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.				
5. Je sens peu de raisons d'être fier(e) de moi.				
6. J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même.				
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de moi.				
8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.				
9. Parfois je me sens vraiment inutile.				
10. Il m'arrive de penser que je suis un bon(ne) à rien.				

ANNEXE C

Etude 3 : Expressions de la symptomatologie anxieuse dans le syndrome de l'imposteur

C.1 Echelle d'anxiété-état (STAI-YS)

Consigne : imaginons la situation suivante ; dans quelques instants, vous allez participer à une **évaluation** dont le résultat est **particulièrement important** pour vous et la suite de votre carrière/vos études. Lisez chacun des énoncés et cochez ce qui convient le mieux à la façon dont vous vous sentez **maintenant, avant cette évaluation**.

(page suivante)

Avant cette évaluation importante :	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
1. Je me sens calme				
2. Je me sens sûr(e) de moi				
3. Je suis tendu(e)				
4. Je me sens contraint(e)				
5. Je me sens à mon aise				
6. Je me sens bouleversé(e)				
7. Je m'inquiète à l'idée de malheurs possibles				
8. Je me sens satisfait(e)				
9. J'ai peur				
10. Je me sens bien				
11. J'ai confiance en moi				
12. Je me sens nerveux(se)				
13. Je suis agité(e)				
14. Je me sens indécis(e)				
15. Je suis détendu(e)				
16. Je suis content(e)				
17. Je suis inquiet(e)				
18. Je me sens troublé(e)				
19. Je me sens stable				
20. Je me sens dans de bonnes dispositions				

C.2 Echelle d'anxiété-trait (STAI-YT)

Consigne : lisez chacun des énoncés et cochez dans la case appropriée ce qui convient le mieux à la façon dont vous vous sentez **en général**. Il n'existe ni bonnes ni mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur chacun des énoncés, mais donnez la réponse qui semble décrire le mieux ce que vous ressentez **généralement**.

(page suivante)

Généralement :

	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
1. Je me sens dans de bonnes dispositions				
2. Je me sens nerveux(e) et agité(e)				
3. Je suis content(e) de moi				
4. Je voudrais être aussi heureux(se) que les autres semblent l'être				
5. Je me sens un(e) raté(e)				
6. Je me sens paisible				
7. Je suis calme, détendu(e) et de sang froid				
8. J'ai l'impression que les difficultés se multiplient à un point tel que je ne peux les surmonter				
9. Je m'inquiète trop à propos de choses qui n'en valent pas la peine				
10. Je prends facilement des décisions				
11. J'ai des pensées qui me tourmentent				
12. Je manque de confiance en moi				
13. Je suis sûr(e) de moi				
14. Je prends facilement des décisions				
15. Je ne me sens pas à la hauteur				
16. Je suis content(e)				
17. Des pensées sans importance me trottent dans la tête et me tracassent				
18. Je ressens les contretemps si fortement que je ne peux les chasser de mon esprit				
19. Je suis quelqu'un de calme				
20. Je suis tendu(e) ou agité(e) dès que je réfléchis à mes soucis et problèmes actuels				

C.3 Social Interaction Phobia Scale (SIPS)

Consigne : Pour chaque question, indiquez s'il vous plaît à quelle fréquence l'affirmation peut être vraie pour vous **de manière générale**.

(page suivante)

De manière générale :

	Pas du tout	Un peu	Assez	Souvent	Extrêmement
1. Dans un contexte social, je me sens mal à l'aise.					
2. J'ai de la difficulté à parler à d'autres personnes.					
3. J'ai peur de ne pas savoir quoi dire dans des situations sociales.					
4. Je suis nerveux(se) quand je suis avec des gens que je ne connais pas bien.					
5. Je deviens tendu(e) dans un groupe.					
6. Je deviens nerveux(e) quand je pense que les gens me regardent lorsque je marche dans la rue.					
7. Je me sens embarrassé(e) si je dois entrer dans une salle où d'autres sont déjà assis.					
8. Si je devais m'asseoir en face d'autres personnes dans un autobus ou un train, je deviendrais tendu(e).					
9. J'ai peur que les gens trouvent mon comportement bizarre.					
10. Si je devais porter un plateau à travers une cafétéria pleine de monde, je deviendrais tendu(e).					
11. J'ai peur de perdre le contrôle de moi-même devant d'autres personnes.					
12. J'ai peur de faire quelque chose qui va attirer l'attention des autres.					
13. Dans un ascenseur, je deviens tendu(e) si les gens me regardent.					
14. Si je suis dans une file d'attente, je me sens très en vue.					

C.4 Perceived Stress Scale (PSS)

Consigne : les questions suivantes concernent vos sensations et pensées pendant le mois qui vient de s'écouler. A chaque question, nous vous demandons d'indiquer comment vous vous êtes senti(e) **le mois dernier**. La meilleure façon de procéder est de répondre assez rapidement. N'essayez pas de compter le nombre de fois où vous vous êtes senti(e) de telle ou telle façon, mais indiquez plutôt la réponse qui vous paraît la plus proche de la réalité parmi les choix proposés.

Au cours du dernier mois...	Jamais	Presque jamais	Parfois	Assez souvent	Souvent
... avez-vous été dérangé(e) par un évènement inattendu ?					
... vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?					
... vous êtes-vous senti(e) nerveux(se) ou stressé(e) ?					
... vous êtes-vous senti(e) confiant(e) à prendre en main vos problèmes personnels ?					
... avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?					
... avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?					
... avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?					
... avez-vous senti que vous dominiez la situation ?					
... vous êtes-vous senti(e) irrité(e) parce que les évènements échappaient à votre contrôle ?					
... avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les contrôler ?					

ANNEXE D

Etude 4 : Croyances irrationnelles, attitudes dysfonctionnelles et acceptation inconditionnelle de soi dans le syndrome de l'imposteur

D.1 Rational and Irrational Belief Scale (RIBS)

Consigne : lorsqu'on subit un échec, il existe différentes manières de penser à propos de cet échec. On peut par exemple penser : « cela n'aurait jamais dû arriver » ou bien « je n'ai jamais voulu que ça arrive mais cela peut arriver » etc... Des pensées différentes pourraient être recensées face à un échec, selon les personnes. Pourriez-vous indiquer le niveau auquel vous vous situez par rapport à chacune des propositions suivantes ?

(page suivante)

	Vraiment pas d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Vraiment d'accord
Je ne dois absolument pas avoir d'échec.					
Si j'ai un échec, ça ne veut absolument pas dire que je suis bon à rien.					
C'est affreux d'avoir un échec.					
Si j'ai un échec cela signifie que je n'ai pas de valeur.					
Il est intolérable d'avoir un échec.					
Je suis toujours optimiste à propos du futur.					
Je peux supporter d'avoir un échec même s'il est difficile pour moi de l'accepter.					
Il est important pour moi d'être toujours occupé.					
Je n'ai vraiment pas envie d'avoir un échec mais je me rends compte et accepte que les choses ne se passent pas toujours comme je les prévois.					
Il est déplaisant d'avoir un échec mais ce n'est pas pour autant terrible.					
Je condamne Dieu, la vie, les autres...de m'avoir fait subir un échec.					
J'accepte Dieu, la vie, les autres...même s'il est injuste d'avoir un échec.					

D.2 Dysfunctional Attitude Scale Form A (DAS-A)

Consigne : lisez attentivement chaque affirmation proposée dans ce questionnaire et évaluez à quel point vous êtes d'accord ou en désaccord avec cette affirmation. Pour chaque affirmation, donnez votre réponse en indiquant la réponse qui décrit le mieux votre façon de penser. Vous ne pouvez choisir qu'une seule réponse pour chaque affirmation. Pour décider si une affirmation correspond bien à votre façon de voir, prenez en considération simplement votre façon d'être habituelle.

(page suivante)

	Entièrement d'accord	Vraiment d'accord	Légèrement d'accord	Neutre	Légèrement en désaccord	Vraiment en désaccord	Entièrement en désaccord
1. Il est difficile d'être heureux à moins d'être beau (belle), intelligent(e)...							
2. Mon bonheur tient plus à ce que je pense de moi, qu'à ce que les autres pensent de moi.							
3. Je serai diminué(e) dans l'esprit des autres si je fais une erreur.							
4. Si je ne réussis pas tout le temps, les gens ne me respecteront pas.							
5. Prendre même un risque léger est ridicule car perdre est susceptible d'être un désastre.							
6. Il est possible d'obtenir le respect d'autrui sans avoir aucun talent particulier.							
7. Je ne peux être heureux(se) que dans la mesure où la plupart des gens que je connais m'admirent.							
8. Si une personne demande de l'aide, c'est un signe de faiblesse.							
9. Si je ne fais pas aussi bien que les autres, cela signifie que je suis un être humain inférieur.							
10. Si j'échoue dans mon travail, je suis un(e) raté(e).							
11. Si l'on ne peut faire bien quelque chose, c'est inutile de le faire.							
12. C'est bien de faire des erreurs, car l'on peut en tirer des enseignements.							
13. Si quelqu'un est en désaccord avec moi, cela signifie qu'il ne m'aime pas.							
14. Si j'ai un échec partiel, c'est aussi grave que si j'échoue complètement.							
15. Si les autres savaient ce que nous sommes réellement, ils auraient moins de considération pour nous.							
16. Si une personne que j'aime ne m'aime pas, je ne suis rien.							

	Entièrement d'accord	Vraiment d'accord	Légèrement d'accord	Neutre	Légèrement en désaccord	Vraiment en désaccord	Entièrement en désaccord
17. On peut obtenir du plaisir d'une activité quel qu'en soit le résultat.							
18. Les gens devraient avoir des chances raisonnables de succès avant d'entreprendre quoi que ce soit.							
19. Ma valeur en tant que personne dépend grandement de ce que les autres pensent de moi.							
20. Si je ne me fixe pas les buts les plus élevés dans l'existence, je risque de finir comme une personne de deuxième catégorie.							
21. Pour devenir quelqu'un de valable, je dois être vraiment exceptionnel(le) dans au moins un domaine.							
22. Les gens qui ont de bonnes idées sont plus valables que ceux qui n'en ont pas.							
23. Si je fais une erreur, je dois certainement être bouleversé(e).							
24. Ma propre opinion de moi-même est plus importante que l'opinion que les autres ont de moi.							
25. Pour être une personne bonne, morale et valable, je dois aider quiconque est dans le besoin.							
26. Si je pose une question, j'ai l'air d'être inférieur.							
27. C'est terrible d'être désapprouvé(e) par des personnes importantes pour soi.							
28. Si vous ne pouvez avoir le soutien des autres, vous êtes très certainement triste.							
29. Je peux atteindre des buts importants sans me réduire moi-même en esclavage.							
30. Il est possible à une personne de se faire disputer sans être bouleversé(e).							
31. Je ne peux me fier aux autres car ils pourraient être cruels à mon égard.							

	Entièrement d'accord	Vraiment d'accord	Légèrement d'accord	Neutre	Légèrement en désaccord	Vraiment en désaccord	Entièrement en désaccord
32. Si les autres ne vous aiment pas, vous ne pouvez être heureux(se).							
33. Il est préférable d'oublier votre propre intérêt pour faire plaisir aux autres.							
34. Mon bonheur dépend plus des autres que de moi.							
35. Je n'ai pas besoin de l'approbation des autres pour être heureux(se).							
36. Si l'on évite les problèmes, ceux-ci disparaissent.							
37. Je peux être heureux(se) même s'il me manque beaucoup de bonnes choses dans la vie.							
38. Ce que les autres pensent de moi est très important.							
39. Etre isolé(e) des autres conduit certainement au malheur.							
40. Je peux trouver le bonheur sans être aimé par quelqu'un d'autre.							

D.3 Unconditional Self-Acceptance Questionnaire (USAQ)

Consigne : indiquez s'il vous plaît à quelle fréquence chaque affirmation ci-dessous est vraie ou fausse pour vous.

(page suivante)

	Presque toujours faux	Habituellement faux	Plus souvent faux que vrai	Aussi souvent vrai que faux	Plus souvent vrai que faux	Habituellement vrai	Presque toujours vrai
1. Quand quelqu'un me fait un compliment, je suis plus attentif au plaisir que ça me fait qu'au message à propos de mes capacités, mes atouts.							
2. Je me sens valable, même si j'échoue à certains objectifs importants pour moi.							
3. Quand je reçois une critique négative, je la prends comme une possibilité d'améliorer mon comportement ou ma performance.							
4. Je pense que certaines personnes ont plus de valeur que d'autres.							
5. Faire une grosse erreur peut être décevant mais ne change rien à ma perception globale de moi-même.							
6. Parfois je me demande si je suis une bonne ou une mauvaise personne.							
7. Pour me sentir valable, je dois être aimé(e) par les personnes importantes pour moi.							
8. Quand je me fixe des objectifs, tenter d'atteindre le bonheur est plus important que de me prouver quelque chose.							
9. Je pense qu'être doué(e) pour beaucoup de choses fait de quelqu'un globalement une bonne personne.							
10. Mon sentiment de valeur dépend des comparaisons que je fais entre moi et les autres.							
11. Je crois que je suis valable simplement parce que je suis un être humain.							
12. Quand je reçois une critique négative, je trouve souvent difficile de rester ouvert(e) à ce que dit la personne à mon sujet.							
13. Je me fixe des buts qui j'espère prouveront ma valeur.							
14. Etre mauvais(e) dans certains domaines fait diminuer mon sentiment de valeur personnelle.							
15. Je pense que les personnes qui réussissent ce qu'elles font sont des personnes particulièrement valables.							
16. Pour moi les compliments sont plus importants pour m'indiquer mes qualités que pour me prouver ma valeur personnelle.							
17. Je pense être une personne de valeur même quand les autres me désapprouvent.							
18. J'évite de me comparer aux autres pour savoir si je suis une personne ayant de la valeur.							
19. Si je suis critiqué(e) ou que j'ai un échec, ma perception de moi-même se dégrade							
20. Je ne pense pas que ce soit une bonne idée de juger ma valeur en tant qu'être humain.							

La modestie pathologique : pour une meilleure compréhension du syndrome de l'imposteur

Résumé

Le syndrome de l'imposteur peut être source d'une grande souffrance. Soixante-deux à 70% de la population peuvent être amenés à douter, ne serait-ce qu'une fois, de la légitimité de leur statut. Ces questionnements s'orientent sur l'impression de tromper les autres, sur les attributions de sa situation et sur la peur de voir son incompétence mise à jour. Malgré sa prévalence, peu d'études s'intéressent au caractère pathologique de ce syndrome, et encore moins à chercher des outils d'accompagnement adaptés. Les objectifs de ce travail étaient de valider un outil d'évaluation en français, et d'améliorer la compréhension de la dimension cognitive de ce syndrome.

L'étude 1 est une étude quantitative menée auprès de 549 participants. Elle propose la validation du concept du syndrome de l'imposteur et la réalité d'un syndrome pouvant être pathologique. Les résultats démontrent différents profils *d'imposteurs* pour lesquels les comorbidités et leur vécu se révèlent différents.

L'étude 2 est une étude quantitative menée auprès de 1597 participants. Elle a permis la validation de la Clance Impostor Phenomenon Scale (CIPS) dans sa version francophone. Les résultats démontrent des bonnes qualités psychométriques du questionnaire.

L'étude 3 est une étude quantitative menée auprès de 694 participants. Elle évalue les manifestations anxieuses inhérentes au syndrome de l'imposteur. Les analyses rendent compte de profils *d'imposteurs* différents. L'établissement d'un modèle d'émergence de ce syndrome a été suggéré afin d'interroger sa présence lors des périodes de grand stress de la vie.

L'étude 4 est une étude quantitative menée auprès de 873 participants. Elle est axée sur l'intégration de l'acceptation inconditionnelle de soi comme outil pertinent de prise en charge des *imposteurs*. Elle propose de plus un profil cognitif de ces personnes au regard de la représentation de l'échec, des attitudes dysfonctionnelles et d'une faible acceptation inconditionnelle de soi.

Mots clés : syndrome de l'imposteur, thérapies comportementales et cognitives, validation, anxiété, acceptation inconditionnelle de soi

A pathological modesty : to better understand the impostor phenomenon

Abstract

The impostor phenomenon can represent a significant distress source. The literature suggests that 60-70% of the population questions their legitimacy at least once in their lives. These doubts focus on feelings of inadequacy or fraud, poor success attribution, and the fear of being exposed as an *impostor*. Few studies have explored the pathological aspects of the impostor phenomenon despite its prevalence. Moreover, to our knowledge too little research has been conducted to design adequate management tools. The research carried out for this thesis seeks to validate existing impostor phenomenon measures, the Clance Impostor Phenomenon Scale (CIPS), as well as better understand cognitive dimensions related to this syndrome.

Study 1 was a quantitative study carried out on a sample of 549 participants. This study deals with the validation of the independent concept of impostor phenomenon as well as potential pathological aspects related to it. Results showed different *impostor* profiles both in intensity and impacts of this syndrome.

Study 2 was a quantitative study carried out on 1,597-strong sample. The main objective was to validate an existing impostor phenomenon scale (CIPS) in French. The results demonstrated good psychometric validity for the French version.

Study 3 was a quantitative study carried out on a sample of 694 participants. This study examined anxiety manifestations linked to the impostor phenomenon. The results demonstrated different profiles of *impostors*. A model was developed to help understand the manifestation of this syndrome during periods of severe stress and change.

Study 4 was a quantitative study carried out on a sample of 873 participants. This study focused on unconditional self-acceptance as a useful method of appropriate therapeutic management linked to the impostor phenomenon. A cognitive profile of impostors was developed that helps account for irrational beliefs about failure, dysfunctional attitudes, and low unconditional self-acceptance.

Key words: impostor phenomenon, Behavioral and Cognitive Therapies, validation, anxiety, unconditional self-acceptance