

Récit de situation complexe et authentique
Le syndrome de l'imposteur : Un médecin imparfait

Par Émilie Tulk

R1 Médecine familiale

Université de Montréal

GMF-U des Faubourgs

Supervision par Dre Sophie Zhang

1er juin 2018

Résumé

L'anxiété, la dépression et l'épuisement professionnel sont des sujets de plus en plus abordés dans le domaine médical, et ce, dès le début des études universitaires. Plusieurs projets visant le bien-être des étudiants sont déjà amorcés. Par ailleurs, on aborde encore peu la problématique de certains traits de personnalités tels que le perfectionnisme et la rigueur intellectuelle, de prime abord valorisés dans la culture médicale. Ces traits présents chez une grande proportion des étudiants et médecins peuvent prédisposer à plusieurs problèmes psychologiques et finalement à l'échec et/ou l'erreur en médecine. Ce projet, via un récit réflexif relatant de mon expérience de l'échec dans mes études en médecine, vise à démystifier et à sensibiliser au syndrome de l'imposteur présent chez près du tiers des étudiants en médecine et aux conséquences de celui-ci. Une revue scientifique permet de mettre en évidence l'ampleur de la problématique et des liens entre le syndrome de l'imposteur et l'épuisement professionnel, les troubles alimentaires, l'anxiété et la dépression ont été démontrés. Des répercussions sur la pratique médicale telle qu'une propension à l'erreur médicale ou une pratique trop défensive ont été également suggérées. On note également qu'au lieu de s'amenuiser au fil de l'expérience acquise, le syndrome de l'imposteur a tendance au contraire à demeurer présent chez les médecins prédisposés et à s'accroître lorsqu'ils sont confrontés à de nouvelles situations tout au long de leur carrière. Des stratégies de prévention, surtout en lien avec le concept de résilience, basées sur mon expérience personnelle et également sur des suggestions d'experts sont également proposées.

Amorce

Je m'appelle Émilie. Je suis une docteure imparfaite et chaque jour, je crains que le reste de la communauté médicale ne se rende compte de mon imposture. Je voudrais partager un récit sur ce sentiment et ses répercussions en médecine. J'ai beaucoup hésité à choisir ce sujet et à ainsi dévoiler mes questionnements, mes hésitations et mes échecs. Mon parcours académique est laborieux. Je me suis remise en question. J'ai voulu maintes et maintes fois quitter la médecine, car j'ai longtemps pensé que ce n'était pas fait pour moi. Je doute encore et je passe régulièrement par des périodes d'angoisse extrême ou de dévalorisation.

J'ai tenu à partager cette réflexion, car longtemps, j'ai cru que j'étais seule à me sentir ainsi. On valorise de plus en plus le bien-être des étudiants et médecins, ce qui est un grand pas, il reste que, dans la vraie vie, dans l'enseignement et les attentes qui sont véhiculées, le sujet demeure encore un grand tabou. Peu de gens se confient par rapport à leurs échecs, à leur anxiété de performance ou sur à doute par rapport à leur capacité d'être médecin.

Mon but dans ce texte est de raconter mon parcours, mes réflexions quant à celui-ci surtout afin de normaliser le syndrome de l'imposteur et d'adresser les conséquences qu'il peut générer.

Introduction

Le syndrome de l'imposteur a commencé à être décrit plus rigoureusement dans les années 1970, particulièrement par la psychologue Pauline Rose Clance. Cette dernière a

élaboré l'échelle de Clance, qui décrit bien les traits associés à ce syndrome. On note entre autres un sentiment constant de tromperie et une crainte que notre incompetence soit démasquée. On décrit également une tendance à se dévaloriser et une incapacité à s'attribuer les mérites de son succès. C'est une anxiété ou doute constant par rapport à ses capacités. Il peut mener à fuir les situations impliquant des décisions ou les situations où l'on se retrouve à l'avant-plan, de peur que les gens réalisent notre imposture. Les gens atteints de ce syndrome ont tendance à travailler excessivement et à démontrer un perfectionnisme exagéré pour pallier à leur « manque de compétence ».

Le sentiment d'imposteur a été décrit initialement chez les individus performants, plus fréquemment de genre féminin. On a ensuite démontré qu'il est également très prévalant chez les médecins et étudiants en médecine et qu'il prédispose à la détresse psychologique comme la détresse, l'anxiété, l'épuisement professionnel, les troubles alimentaires et même les idéations suicidaires.

Récit

J'ai débuté mon parcours universitaire en sciences biomédicales et ensuite en pharmacie en essuyant plusieurs refus, dans l'espoir d'atteindre mon rêve : les études en médecine.

Dès le début des études médicales, je me suis questionnée sur mes habiletés à être médecin. Les études m'impressionnaient, j'avais idéalisé le métier et les multiples refus

antérieurs ont vite fait en sorte que je ne croyais pas avoir réellement ma place dans le programme.

Alors qu'auparavant j'étais une fille enjouée et dynamique, je me suis renfermée dès le début du cursus académique. Alors que j'ai toujours eu beaucoup d'amis, j'étais soudainement extrêmement mal à l'aise d'aller vers les autres, en me disant que je n'avais rien en commun avec personne. J'enviais les groupes qui se formaient, mais je devenais presque paralysée à l'idée d'aller aborder les gens. J'avais le sentiment de ne pas mériter ma place.

Évidemment, cela a également eu des répercussions académiques. Premièrement, en raison de ma solitude, je n'avais pas de repère ni de soutien. La formule apprentissage par problèmes me rendait extrêmement anxieuse, avec la peur que ma participation démontre que j'étais totalement ignorante. Lorsque je réussissais, je me disais que c'était normal et qu'il en était ainsi pour tous, ou bien que mes connaissances étaient seulement dues à mes années d'études antérieures.

Je suis devenue de plus en plus anxieuse en lien avec tout ce qui avait rapport à la médecine. J'ai graduellement adopté l'attitude la plus faussement sécurisante dans ce genre de situation; l'évitement. Mes résultats scolaires en ont finalement souffert. Moi qui avais toujours réussi, je voyais le tout dégringoler assez rapidement. Le tout étant une confirmation de mon état de doute constant : je n'étais pas faite pour être en médecine, je n'avais pas les capacités suffisantes pour réussir ce programme.

Les conséquences physiques et psychologiques n'ont pas tardé à survenir. J'ai cessé le sport. Je présentais de l'hypersomnie et de l'hyperphagie. Ma consommation d'alcool a augmenté, car elle me permettait d'oublier et de me détendre.

Puis, j'ai commencé à avoir des nausées et des maux de tête quotidiens, à chaque début de journée. J'étais irritable et j'ai débuté les attaques de panique.

J'ai échoué un cours au préclinique dans cet état d'esprit. Pour moi, ce fut la confirmation que je ne valais rien. Alors que les membres de la faculté tentaient de m'aider en me questionnant sur mes intérêts en médecine, de ma perspective, leur intention était de remettre en question ma place dans le programme. J'étais un échec.

J'ai persévéré quelques mois suite à mon échec académique, m'enfonçant de plus en plus dans le cercle vicieux du syndrome de l'imposteur. Finalement, un diagnostic est tombé : épisode dépressif majeur. J'en suis venue à la conclusion que je n'arriverais pas à faire l'année.

La reprise de l'année s'est somme toute bien déroulée, sauf sur un point; l'anxiété et le doute constant de mes capacités qui persistait. Puis, le début de l'externat a été extrêmement difficile. Le stage de médecine interne est réputé pour ses questionnaires en public, ses présentations et ses exigences relativement élevées. Je tentais de fuir les questions et je travaillais de plus en plus fort lors de mes admissions en angoissant à l'idée de ne pas avoir le bon diagnostic. J'avais peine à dormir la nuit en pensant à ma journée du lendemain. Je me comparais aux autres qui avaient tellement de connaissances. L'anxiété a eu raison de moi. Lors de mon évaluation mi-stage, on m'a dit : « on dirait que tu ne sais rien » et « on dirait que tu n'as rien retenu de ton

préclinique ». On m’a demandé si c’était de l’anxiété. Une bombe. J’ai arrêté le stage, dévastée.

Je suis maintenant résidente. Il est inutile de dire que le syndrome de l’imposteur m’habite encore. La différence est que j’apprends à le reconnaître, à le gérer et à le rendre moins envahissant.

Réflexion

En rétrospective, je crois qu’au départ, je ne comprenais pas vraiment ce qui m’habitait. Bien que j’ai toujours été de nature anxieuse et performante, je n’avais jamais été confrontée à l’échec. On m’a parlé de dépression, d’épuisement professionnel et d’anxiété généralisée, pourtant la médication ne fonctionnait pas. C’est à la suite de conseils d’une psychologue et de lectures sur le sujet que j’ai pu commencer à intégrer des stratégies efficaces pour tranquillement me sortir de cette situation.

Je pense que l’élément clé est la communication. Dans mon parcours, j’avais honte, pourtant, quand j’ai commencé à m’ouvrir à certains collègues, j’ai été extrêmement surprise de voir à quel point plusieurs partageaient les mêmes craintes. Quand j’ai commencé à en parler, je m’attendais à des jugements, des malaises et à de la pitié. Quelle ne fut pas ma surprise de voir qu’au contraire, plusieurs collègues sont venus me voir personnellement pour s’ouvrir sur leurs difficultés et en me demandant des conseils. Je me suis fait naturellement plusieurs amis du même coup. J’ai même eu l’impression que j’en soulageais quelques-uns.

Bien sûr, j'ai eu quelques réactions négatives, mais il s'agit d'exception. Je ne peux non plus les blâmer; qui sait si j'aurais réagi pareil, il y a de ça quelques années, quand tout me réussissait? L'échec peut faire peur. Il faut malheureusement le vivre pour constater qu'on peut s'en sortir.

J'utilise d'autres stratégies pour pallier mon syndrome de l'imposteur. Chaque personne doit trouver ses propres stratégies selon sa personnalité, mais voici les miennes :

1. L'humour, la franchise et la communication

Je crois que c'est ce qui m'aide le plus, surtout pour dédramatiser les situations anxieuses que je vis. Je pose davantage de questions, je demande des conseils à mes patrons lorsque je suis incertaine. Je verbalise aussi un peu plus mon anxiété.

Le travail d'équipe et la communication demeurent la clé, selon moi.

2. L'exposition au stress

Il y a plusieurs manières dont j'ai fait face aux situations que je craignais le plus. Premièrement, lorsque j'ai le choix, je n'hésite pas à prendre les cas plus difficiles. Oui, je m'expose à la critique et je m'expose au stress que je déteste tant. Je m'expose également à ma pire crainte, soit la possibilité qu'on réalise que je n'ai pas ma place en médecine. Par ailleurs, le résultat n'est jamais aussi terrible que ce je redoute. Tranquillement, les situations que je trouvais extrêmement anxiogènes le sont moins.

3. Être conscient de ses mécanismes de défense naturels :

Les individus avec le syndrome de l'imposteur adoptent essentiellement deux stratégies pour renier leur succès. La première est la procrastination ou l'autodestruction, qui permettent de justifier les échecs qui surviennent. La deuxième, qui s'applique davantage à moi, est le perfectionnisme excessif. En début de résidence, je mettais extrêmement d'heures à me préparer, ce qui me permettait de réduire temporairement mon anxiété, mais aussi qui me laissait avec l'idée que si je réussissais, c'était grâce à mon travail acharné et non à mes compétences. Même si c'était contre-intuitif pour moi, j'ai décidé de me préparer un peu moins avant chaque cas. Lorsque je gère bien mes cas de façon spontanée, je commence à me sentir satisfaite de moi. Inversement, lorsque ça se passe moins bien, je prends davantage conscience des pensées dévalorisantes qui surviennent et je tente de les transformer en contexte d'apprentissage.

4. Apprendre à se connaître et à identifier ses forces

Il est impossible, surtout en médecine familiale qui couvre un large éventail de disciplines, d'être talentueux dans tous les domaines. Durant mes études, j'étais complexée notamment parce que je suis loin d'être une personne passionnée, avec une soif intarissable d'apprendre sur tous les sujets scientifiques ou à la recherche d'adrénaline. Je me comparais à mes collègues qui semblaient tous munis d'une curiosité intellectuelle sans limites. Il est encore un peu tabou, dans les études médicales, de dire que l'on n'aime pas telle branche de la médecine et on risque de paraître démotivé. Par ailleurs, j'essaie de me rappeler tous les

jours que par mon expérience, j'ai découvert un intérêt en santé mentale, en toxicomanie et en médecine sociale. Je me dévoue à mes patients, je n'ai absolument aucun jugement envers eux, peu importe leur parcours et j'arrive de façon naturelle à créer des liens de confiance avec les gens. Je gère bien et de façon calme et respectueuse les patients avec des personnalités difficiles en bureau. Je suis également douée pour synthétiser des cas complexes en situation d'hospitalisation et pour prioriser des problèmes de santé. Chaque jour, quand j'en ai l'occasion, je tente de voir un cas avec une pathologie avec laquelle je suis à l'aise ou un type de patient avec qui j'aime travailler. Il est important selon moi, d'être réaliste par rapport à ses forces et ses faiblesses et des intérêts.

Problématisation

La médecine familiale est un domaine dans lequel on fait place quotidiennement à l'incertitude et dans lequel un large éventail de connaissances est requis. Qu'on soit atteint ou non du syndrome de l'imposteur, nous serons tous, un jour ou l'autre, exposés à l'échec et le doute. En tant qu'expert médical, en médecine familiale, il faut être conscient qu'on ne sait pas tout. Je pense que c'est en se penchant sur ses forces et ses faiblesses qu'on devient plus vigilants aux potentielles sources d'erreurs et qu'on prend davantage de mesure pour pallier celles-ci. Il faut se mettre à jour dans nos connaissances, sans tomber dans l'excès et mettre en péril notre santé mentale. Nos études servent avant tout de développer notre jugement clinique qui est la base de notre travail.

Il faut être aussi être conscient que l'erreur est humaine, sans être négligent pour autant. Lorsqu'un échec survient, il est important de poser un regard critique sur la situation. Au lieu de tomber dans la culpabilité, il faut tenter de créer une certaine distinction objective entre l'acte posé, notre personne et le résultat obtenu. On apprend ainsi de ses échecs, ce qui permet de développer davantage notre expertise médicale.

En tant que promoteur de la santé, je crois qu'il faut nommer la présence et l'existence du syndrome de l'imposteur dans la communauté médicale.

Chaque individu possède des intérêts différents, des qualités et des défauts. En tant que médecin, il est important de travailler en collaboration et en équipe.

Recherche documentaire :

La prévalence de la détresse psychologique chez les étudiants en médecine a été démontrée élevée à maintes reprises au cours des études antérieures. Une revue de littérature effectuée en 2006 révèle entre autres qu'en comparaison avec la population générale selon l'âge, les étudiants en médecine du Canada et des États-Unis sont plus sujets à la dépression, l'anxiété, l'épuisement professionnel et même aux idées suicidaires^{1, 2}. Comme sujets les étudiants en médecine à l'extérieur du Canada et certains auteurs suggèrent que la prévalence diminue avec la pratique médicale². Certains biais de sélection et de mesure peuvent influencer les résultats tels qu'une proportion de sujets féminins souvent plus élevée, une participation volontaire et des échelles de mesure subjectives, mais la tendance suggère tout de même une prévalence

de détresse psychologique qui semble plus élevée en comparaison avec la population générale.

Par ailleurs, à partir des années 80, quelques auteurs ont commencé à s'attarder sur les causes de la détresse psychologiques chez les étudiants en médecine, dont le syndrome de l'imposteur. Une référence dans ce domaine est l'étude de *Henning et all.* qui s'est penchée sur le perfectionnisme sévère et le syndrome de l'imposteur chez les étudiants dans divers programmes de la santé. Basé sur une échelle inspirée des critères proposés par la psychologue Clance en 1985, Henning rapporte un sentiment d'imposteur chez la moitié des sujets en médecine, plus élevée dans la population féminine et caucasienne³. Dans une autre étude spécifique aux résidents en médecine familiale, on rapporte que près du tiers des résidents ont eu un score positif à l'échelle de Clance⁴. Le syndrome de l'imposteur a été identifié chez 43,8 % des répondants dans une étude mesurant le bien-être des résidents en médecine interne⁵. Certains suggèrent que la valorisation de l'excellence en médecine, les normes attendues dans la pratique et le processus de sélection des étudiants pourraient contribuer à la problématique⁶. En effet, la culture valorise le perfectionnisme, la réussite scolaire, le sens des responsabilités et le dévouement aux patients, qui peuvent devenir problématiques chez plusieurs. Les études médicales, compétitives et intransigeantes, renforcent ces traits de caractères^{6, 7}. Les femmes avec des hauts taux de succès sont reconnues comme étant les plus touchées et on note une recrudescence du genre féminin dans la population d'étudiants en médecine. On identifie une triade observée chez plusieurs médecins soit le doute chronique, le sentiment de culpabilité et le sens exagéré des responsabilités⁶ qui

prédispose au syndrome de l'imposteur. Les principales spécialités qui semblent les plus touchées sont la médecine familiale, la médecine interne et la médecine d'urgence⁷.

Compte tenu de la forte prévalence du syndrome de l'imposteur chez les étudiants en médecine, plusieurs de ces études ont tenté de mettre en évidence un lien entre ces traits de personnalités et l'anxiété, l'épuisement professionnel et la dépression. La plupart démontrent une corrélation entre ces entités^{3, 4,5}. La corrélation semble plus importante lors du début des études médicales, lors du processus de jumelage et lors du début de la résidence⁵. Il est intéressant de constater que contrairement au syndrome de l'imposteur qui semble clairement plus présent chez les étudiants de sexe féminin, on note une proportion plus égale d'épuisement professionnel en médecine selon le sexe⁸.

Peu d'études jusqu'ici démontrent concrètement les conséquences des problématiques de santé mentale citées ci-haut sur la pratique médicale. Par ailleurs, on semble noter chez les individus avec le syndrome de l'imposteur un sentiment de doute chronique sur les gestes médicaux et une préoccupation excessive par l'erreur médicale⁹. Les études ne démontrent cependant pas jusqu'à maintenant un taux d'échec académique plus important ou des erreurs médicales plus fréquentes directement en lien avec le syndrome de l'imposteur, mais certains psychologues avancent que la détresse psychologique associée peut prédisposer à des conséquences négatives et augmenter le risque d'erreur médicale^{6,7,9}. Certains suggèrent que les médecins peuvent perdre une certaine objectivité dans leur travail lorsqu'ils sont aux prises avec une détresse psychologique et ont une diminution de leur concentration. On note également une

difficulté à prendre des décisions, qui prédispose à une pratique médicale possiblement plus défensive avec une difficulté à innover et un stress important lors des changements de pratique^{6,7}.

Des auteurs, psychiatres et psychologues ont commencé à proposer certaines stratégies pour atténuer le syndrome de l'imposteur. Dans son étude, *Henning* propose de se pencher de façon spécifique sur le syndrome de l'imposteur. En effet, plusieurs auteurs décrètent que la détresse psychologique est bien connue dans le domaine médical tandis que les traits de personnalités en lien avec syndrome de l'imposteur demeurent fréquents, souvent perçus positivement d'un point de vue extérieur et peu abordé. Les stratégies sont surtout basées sur le concept de résilience, qui consiste à « rebondir » suite aux erreurs commises ou une situation stressante et à en tirer un apprentissage plutôt que de sombrer dans la dévalorisation et la dépression. Il s'agit d'être en mesure de reconnaître ses limites, de faire preuve d'introspection et d'identifier des stratégies d'adaptation qui nous conviennent. Certains misent également sur l'importance d'avoir des intérêts autres que la médecine⁷. *Henning* propose des stratégies individuelles telles que la thérapie cognitivo-comportementale. D'autres auteurs préconisent les rencontres de groupes entre médecins permettant aux médecins de discuter de leur relation avec leurs patients ainsi que les « pratiques informelles » comme les PGBP. D'autres études récentes préconisent le *mindfulness* ainsi que les exercices écrits de pratique réflexive. On doit chercher également à défaire le culte de l'autosuffisance, bien souvent vu en médecine, pour préconiser le travail d'équipe et le soutien entre collègues⁷. Finalement, la majorité des auteurs s'entendent pour dire que le sujet du

syndrome de l'imposteur doit être abordé dès le début des études médicales et qu'une formation basée sur la résilience devrait être incluse dans le cursus académique en médecine.

Synthèse

En définitive, le syndrome de l'imposteur est présent chez près du tiers des étudiants en médecine et bien qu'il est prépondérant dans les premières années d'étude, il semble perdurer par la suite et les médecins ayant ces traits de personnalité sont plus anxieux lors d'une situation nouvelle ou lors d'un changement dans leur pratique. On établit également un lien entre ces traits de personnalités et la détresse psychologique.

La culture médicale, de par sa façon de sélectionner les étudiants en médecine en choisissant des candidats perfectionnistes et rigoureux et de par sa valorisation de la performance, exacerbe probablement la problématique.

Bien que plusieurs mesures ont été mises en place dans les dernières années en lien avec le bien-être des étudiants et que plusieurs campagnes de sensibilisation sur la dépression, l'anxiété et l'épuisement des étudiants sont mises de l'avant, les traits de personnalités en lien avec le syndrome de l'imposteur sont encore peu nommés et l'échec est encore un sujet difficile à aborder.

Il est important de reconnaître les traits propres au syndrome de l'imposteur et des stratégies supplémentaires individuelles et collectives doivent être mises de l'avant afin de nommer la problématique, sensibiliser les étudiants et fournir les outils d'entraide nécessaires pour prévenir les conséquences psychologiques pouvant survenir.

Références

1. Liselotte, N.D. Matthew, R.T. et Tait, D.S. (2006). Systematic Review of Depression, Anxiety and Other indicators of Psychological Distress Among U.S and Canadian Medical Students. *Academic medicine*, 81(4), 354-373.
2. Hope, V. et Henderson, M. (2014). Medical student depression, anxiety and distress outside North America; a systematic review. *Medical education*, 48, 963-979.
3. Henning, K. Ey et S. Shaw, D. (1998) Perfectionism, the impostor phenomenon and psychological adjustment in medical, dental, nursing and pharmacy students. *Medical Education*, 32, 456-464.
4. Oriel, K. Plane, M.B. et Mundt, M. (2004) Family Medicine Residents and the Impostor Phenomenon. *Family Medicine*, 36(4), 248-252.
5. Legassie, J. Zibrowski, E.M, et Goldsmidt, M. A. (2008). Measuring Resident Well-Being : Impostorism and Burnout Syndrome in Residency. *Journal of General Internal Medicine*. 23(7).1090-1094.
6. Johnson, C. Les périls du perfectionnisme ou comment devenir son propre ennemi (2009). *Le médecin du Québec*. 44(9), 37-41.
7. Roman, S. et Prévost, C. (2015). La santé des Médecins; État des connaissances et approches préventives. *Programme d'aide aux médecins du Québec*. 37 pages.
8. Villwock, J. Sobin, B.L. et all. (2016) Impostor syndrome and burnout among American medical students : a pilot study. *International Journal of Medical Education*, 7, 364-369.
9. Murray W. E., Cox J.B et all. (2001). Adaptive and maladaptive perfectionism in medical students; a longitudinal investigation. *Medical Education*. 35, 1034-1042.