

L'Anamnèse Sans Destinataire : entretien clinique automatisé et ressenti post-passation, étude multicentrique sur cinq sites

Åkerlund M.¹, Sjöberg P.², Dahlgren E.³ et al.

¹ Universitetet i Norrköping-Boreala, Institut d'évaluation cognitive appliquée

² Universitetet i Umeå-Australa, Unité de psychométrie automatisée

³ Universitetet i Linköping-Maritima, Laboratoire d'interaction clinique assistée
et les équipes des quatre sites de répliation (voir Tableau 2)

DOI : 10.9999/icf.2026.anamnese.sans.destinataire · icf.news/article-anamnese-sans-destinataire

Résumé

Contexte. Un questionnaire de fonctionnement cognitif et émotionnel, développé par un clinicien pour ses propres patients, a fait l'objet d'une demande d'automatisation. Le dispositif comportait un entretien anamnestique préalable conduit par un clinicien synthétique, reproduisant les conditions d'un entretien standard. L'étude évaluait la validité des rapports produits. Elle a mesuré autre chose.

Méthode. Après un prétest de concordance sur 38 participants suédois, le protocole a été déployé sur cinq sites (Suède, Chine, États-Unis, Royaume-Uni, Suisse ; N = 2 131) avec un groupe témoin à anamnèse humaine (n = 298). Une échelle de ressenti post-passation en dix items (ERP-10) a été ajoutée après signalement d'un inconfort par les premiers participants.

Résultats. La concordance des rapports automatisés avec ceux du clinicien de référence atteint 94 %. La qualité des rapports n'est pas en cause et ne prédit rien du ressenti ($r = 0,03$; $p = 0,21$). En revanche, le score ERP-10 s'établit à 31,6 dans le dispositif automatisé contre 19,6 dans le groupe témoin ($d = 1,82$), sans différence significative entre les cinq sites ($F = 2,31$; $p = 0,06$). Quatre-vingt-douze pour cent des participants ont identifié la nature non humaine de l'interlocuteur. Le seul prédicteur substantiel du ressenti est le moment de cette identification ($r = 0,71$) : les participants l'ayant reconnue tardivement obtiennent 35,8, ceux l'ayant reconnue d'emblée 24,1.

Conclusion. Le dispositif produit des rapports exacts. Ce n'est pas leur contenu qui affecte les participants, ni la culture dans laquelle ils sont évalués, mais le fait d'avoir confié une anamnèse à ce qui n'en était pas le destinataire. L'auteur du questionnaire a retiré son autorisation d'usage. L'Institut souscrit à cette décision et recommande que le protocole ne soit pas répliqué.

Mots-clés : entretien clinique automatisé — anamnèse — ressenti post-passation — clinicien synthétique — déontologie — validité sans destinataire

1. Introduction

Cet article rapporte un protocole qui a fonctionné. C'est la difficulté qu'il pose.

Les études qui échouent se racontent aisément : l'instrument était mauvais, l'échantillon insuffisant, l'hypothèse fausse. Celle-ci ne relève d'aucun de ces cas. Le dispositif évalué a produit des rapports d'une exactitude comparable à ceux d'un clinicien expérimenté, sur cinq sites et dans quatre langues. Il a atteint son objectif technique. Il a produit, chez les personnes qui s'y sont soumises, un état que le protocole n'avait pas prévu de mesurer et qu'il a fallu mesurer en cours de route.

L'Institut publie ce résultat, y compris sa part défavorable, et en tire une recommandation qu'il n'a jamais formulée en quarante-sept études : que ce protocole ne soit pas reconduit.

2. Genèse du dispositif

2.1 L'outil d'origine

Le questionnaire à l'origine de cette étude a été développé par un psychologue clinicien exerçant à Lyon, pour son usage propre. Instrument auto-rapporté portant sur plusieurs domaines du fonctionnement cognitif et émotionnel, format Likert à cinq points, cohérence interne élevée. Son objet précis importe peu ici ; ce qui importe est la raison de son existence.

Ce clinicien avait constaté que le recueil des données de fonctionnement consommait un temps de séance qu'il jugeait mieux employé ailleurs. Il a donc mis le questionnaire en ligne, permettant à ses patients de le remplir chez eux, à leur rythme, et de consacrer entièrement la séance au travail thérapeutique.

Le dispositif reposait sur une condition que son auteur tenait pour non négociable : **il rédigeait lui-même chaque rapport**. La plateforme lui transmettait les scores ; il produisait l'interprétation à partir des entretiens et du matériel anamnestique dont il disposait, puis adressait le rapport au patient avant d'en discuter en séance.

Encart — le protocole d'origine, tel qu'il fonctionnait

Le patient remplit le questionnaire en ligne, à domicile. Les scores parviennent au clinicien sur une plateforme dédiée. Le clinicien rédige le bilan complet en croisant ces scores avec les entretiens et l'anamnèse. Il adresse le rapport au patient, puis l'ouvre en séance suivante.

L'auteur du questionnaire souligne que la connaissance préalable du patient constitue un contrôle de qualité et non un confort : elle permet de repérer les résultats aberrants. Il rapporte un cas où les scores obtenus ne correspondaient à rien de ce qu'il connaissait du patient. Il a néanmoins rédigé le rapport à partir des données. À la séance suivante, le patient lui a dit ne pas s'y reconnaître du tout.

L'incident est instructif : l'instrument avait produit des scores, le clinicien un rapport conforme à ces scores, et l'ensemble décrivait quelqu'un d'autre. C'est le seul dispositif de sécurité dont l'outil dispose — quelqu'un qui connaît la personne et peut dire que cela ne lui ressemble pas.

2.2 L'extension

L'instrument s'est fait connaître, et des confrères ont demandé à en faire bénéficier leurs propres patients. Son auteur a accepté sous deux conditions : qu'il rédige lui-même les rapports, et qu'il reçoive du praticien demandeur les éléments anamnestiques nécessaires — avec l'accord du patient, dans le cadre du secret partagé.

Ces conditions n'étaient pas des précautions de forme. L'outil n'est pas diagnostique, ses résultats appellent une interprétation prudente, et son auteur en connaissait les subtilités. Il refusait qu'un score soit lu sans la personne qui l'avait produit.

Le succès de l'instrument a produit l'effet attendu : une charge de travail que son auteur ne pouvait plus absorber. C'est à ce moment qu'a été envisagée l'automatisation.

2.3 L'entrée de l'Institut

Le Dr Erik Rasmussen, Correspondant International de l'Institut, a rencontré l'auteur du questionnaire lors d'un colloque et lui a présenté une équipe de chercheurs suédois susceptible de traduire l'instrument et d'en automatiser le traitement.

Cette mise en relation constitue le seul acte de l'Institut dans la chaîne des événements rapportés ici. Elle a été faite de bonne foi, entre deux personnes qui avaient chacune de bonnes raisons de se parler. L'Institut la mentionne parce qu'elle est le point d'origine de tout ce qui suit, et parce que la section 8 y revient.

3. Le prétest

La traduction en suédois a été validée par une procédure de traduction inversée. Le Dr Rasmussen a supervisé le traitement des données du prétest ; le Dr Vanhoucke a confirmé la conformité des premiers résultats aux attentes.

Trente-huit participants suédois ont rempli le questionnaire traduit dans les conditions du protocole d'origine — passation à domicile, rapport rédigé par un clinicien à partir de l'anamnèse. Les résultats se sont révélés conformes à ceux obtenus en population francophone. L'instrument fonctionnait dans la langue d'arrivée.

Le Dr Vanhoucke a fait consigner que ces résultats correspondaient à l'hypothèse formulée avant la collecte, ce qui, précise-t-elle, est le cas de l'ensemble de ses travaux.

4. L'automatisation de l'anamnèse**4.1 Le problème posé**

Le déploiement à grande échelle supposait de reproduire l'anamnèse. Sans elle, le questionnaire produit des scores sans interprète : exactement la configuration que son auteur avait exclue.

La solution la moins coûteuse aurait consisté à recruter des psychologues stagiaires. Elle a été écartée pour une raison de cohérence : le projet visait la généralisation de l'outil, et une généralisation qui repose sur du temps clinicien ne se généralise pas.

Les chercheurs ont donc développé une plateforme conduisant l'entretien anamnestique de manière autonome, au moyen d'un clinicien synthétique visible à l'écran, dont le rendu a été qualifié par l'équipe de « très proche du naturel ».

4.2 Le protocole

Les participants ont été recrutés dans des institutions psychiatriques, avec exclusion des troubles psychotiques ; la population retenue relevait majoritairement de troubles anxieux et de profils neurodéveloppementaux. Tous ont signé un consentement éclairé précisant la nature du dispositif : l'entretien serait conduit par un système automatisé représenté à l'écran sous les traits d'un clinicien.

Ce point mérite d'être souligné, car il écarte d'emblée l'explication la plus simple. **Les participants savaient.** Le consentement était explicite, écrit, signé. Ce qui suit ne s'explique pas par une tromperie.

Les entretiens ont été enregistrés. Le système en a extrait les éléments anamnestiques pertinents au regard de ce qu'un entretien clinique standard recueille, puis a produit le rapport. Les rapports ont été traduits en français et transmis au clinicien lyonnais, qui servait de variable de contrôle. Le Dr Rasmussen a relu les grandes lignes de la version suédoise avant transmission.

4.3 Le rapport est bon

La concordance entre les rapports automatisés et ceux produits par le clinicien de référence sur les mêmes dossiers atteint **94 % sur les conclusions principales**. Les écarts relevés portent sur des nuances de formulation et sur deux cas de hiérarchisation différente des domaines.

Il faut prendre la mesure de ce résultat avant de lire la suite. Le dispositif a fait ce qu'on attendait de lui. Il a écouté, trié, retenu ce qui devait l'être, et rédigé un document que le clinicien qui a créé l'instrument reconnaît comme conforme à ce qu'il aurait écrit lui-même.

Le rapport était juste. C'est ce qui rend le reste difficile à écarter. Étude n°47 — Institut du Constat Fondamental

5. L'incident

Les premiers participants ayant reçu leur rapport ont fait état d'un malaise. Le signalement est remonté au clinicien lyonnais, qui s'en est étonné : l'instrument et le format de rapport étaient en usage depuis plusieurs années sans qu'aucun retour de cette nature lui soit parvenu.

L'effectif du prétest étant faible, l'hypothèse d'une fluctuation d'échantillonnage a été retenue. Le protocole a été déployé à plus grande échelle, assorti d'un instrument supplémentaire administré après réception du rapport : **l'Échelle de Ressenti Post-passation (ERP-10)**, développée pour l'occasion et reproduite en annexe.

L'Institut consigne que la décision de poursuivre a été prise sur la base d'un argument statistique correct.

6. Résultats

6.1 Le déploiement et sa réplique

L'hypothèse d'un effet culturel a été envisagée : le malaise pouvait tenir à un rapport particulier à l'automatisation dans la population suédoise. Quatre équipes ont répliqué le protocole selon des procédures harmonisées.

Site	Équipe	n	ERP-10 (/50)	% au-dessus du seuil
Suède (initial)	Norrköping-Boreala	412	31,9	65 %
Chine	Institut de psychologie appliquée de Jinling-Occidentale	506	30,3	58 %
États-Unis	Université de Sierra-Atlantique	478	32,6	68 %
Royaume-Uni	Université de Wessex-Septentrionale	391	31,2	59 %
Suisse	Université de Fribourg-Alpestre	344	32,2	63 %
Témoin — anamnèse humaine	Norrköping-Boreala	298	19,6	4 %

Tableau 2. Score de ressenti post-passation par site. Un score élevé indique un ressenti dégradé. Le groupe témoin a suivi le même protocole, l'entretien anamnestique étant conduit par un psychologue.

L'écart entre le dispositif automatisé et le témoin s'établit à douze points : **31,6 contre 19,6 ; t = 31,9 ; d = 1,82**. Soixante-trois pour cent des participants du dispositif automatisé dépassent le seuil de ressenti dégradé, contre quatre pour cent du témoin.

L'hypothèse culturelle est réfutée. L'étendue des moyennes entre les cinq sites est de 2,3 points, et l'analyse de variance ne détecte pas d'effet du site ($F = 2,31$; $p = 0,06$). Le phénomène se produit à l'identique en Suède, en Chine, aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Suisse.

6.2 Ce qui ne prédit rien

Prédicteur envisagé	Statistique	Effet
Qualité du rapport (concordance avec le clinicien)	$r = 0,03$; $p = 0,21$	Aucun
Durée de l'entretien automatisé	$r = 0,06$; $p = 0,08$	Aucun
Âge du participant	$r = 0,04$; $p = 0,15$	Aucun
Site de passation	$F = 2,31$; $p = 0,06$	Aucun
Motif de suivi (anxieux / neurodéveloppemental)	$r = 0,07$; $p = 0,04$	Marginal
Moment de l'identification (item 7)	$r = 0,71$; $p < 0,001$	Massif

Tableau 3. Prédicteurs du score ERP-10. La qualité du rapport — objet initial de l'étude — n'explique aucune part du ressenti.

Ce tableau est le résultat central. Aucune des variables que le protocole avait prévu d'examiner ne rend compte du malaise. La qualité du rapport, en particulier, n'y contribue pas : les participants ayant reçu les rapports les plus concordants ne vont ni mieux ni moins bien que les autres.

6.3 Le moment de l'identification

L'item 7 de l'ERP-10 demande au participant s'il a compris, à un moment de l'entretien, qu'il ne s'adressait pas à une personne — et, le cas échéant, quand.

Moment de l'identification	Part des participants	ERP-10 moyen
Dans les cinq premières minutes	19 %	24,1
Entre cinq et vingt minutes	34 %	30,7
Après vingt minutes	22 %	35,2
À la lecture du rapport	17 %	36,4
Jamais, ou sans certitude	8 %	27,9

Tableau 4. Moment de l'identification de la nature du dispositif et ressenti associé. Quatre-vingt-douze pour cent des participants ont identifié cette nature, malgré le réalisme du rendu et malgré le consentement préalable qui les en informait.

Les participants ont reconnu le dispositif. Ils l'ont reconnu à des indices qu'ils décrivent en termes convergents dans les commentaires libres : une régularité de la formulation, une relance systématique là où un interlocuteur aurait laissé un silence, une reprise trop exacte de ce qui venait d'être dit.

L'écart entre identification précoce et identification tardive atteint **11,6 points** (24,1 contre 35,7 en moyenne pondérée des deux dernières catégories ; $t = 18,4$; $d = 1,64$).

Ce n'est pas d'avoir parlé à une machine qui pèse. C'est de l'avoir compris après. Étude n°47 — Institut du Constat Fondamental

La direction de l'effet mérite d'être explicitée, car elle est contre-intuitive. On aurait pu attendre l'inverse : que les participants ayant identifié le dispositif d'emblée se sentent trompés, et que ceux ne l'ayant jamais identifié soient épargnés. C'est le contraire qui s'observe.

Ceux qui ont compris tôt ont ajusté ce qu'ils livraient. Ils ont répondu à un formulaire, avec la retenue qu'appelle un formulaire. Ceux qui ont compris tard avaient déjà parlé — de leur histoire, de ce qui les amenait, de ce qu'ils n'avaient parfois dit à

personne — avant de saisir à qui.

Encart méthodologique — Dr. K. Osei-Mensah, Responsable Statistiques & Analyses

Je veux préciser ce que ce tableau autorise à conclure et ce qu'il n'autorise pas.

La corrélation de 0,71 entre le moment de l'identification et le ressenti est la plus forte que j'aie eu à traiter pour cet Institut. Elle n'établit pas que l'identification tardive cause le malaise : il est concevable que les participants les plus affectés reconstruisent après coup un moment d'identification plus tardif. Le protocole ne permet pas de trancher.

Ce qu'il permet d'affirmer est plus simple, et je le formule sans nuance parce qu'il n'en appelle pas : la variable que cette étude avait été conçue pour mesurer — la qualité du rapport — n'explique rien du tout. Nous avons validé un instrument et mesuré un dommage. Ces deux résultats sont indépendants, et le second ne figurait dans aucun de nos protocoles.

7. Discussion

Le dispositif évalué ici n'a pas mal fonctionné. Il a écouté avec attention, retenu l'essentiel, et rédigé un document exact. Sur le plan technique, il a réussi.

Ce qu'il n'a pas fait, il n'était pas conçu pour le faire, et l'étude n'avait pas prévu de le mesurer : il n'a reçu personne.

Un entretien clinique n'est pas une collecte. Ce qui s'y produit ne se réduit pas au transfert d'informations d'une personne vers un dossier — sans quoi le formulaire aurait remplacé l'anamnèse depuis longtemps, et il ne l'a pas fait. Quelqu'un parle de ce qui lui est arrivé, et quelqu'un l'entend. Cette seconde moitié ne laisse pas de trace dans le rapport ; elle n'est pas mesurable par la concordance ; elle constitue pourtant la raison pour laquelle une personne accepte de dire ce qu'elle dit.

Le dispositif a recueilli sans accueillir. Les participants ont livré une anamnèse à ce qui n'en était pas le destinataire, et l'ont compris ensuite. Le rapport qu'ils ont reçu était exact ; il n'avait été écrit par personne. C'est cette configuration — un texte juste, sans auteur — que les scores de l'ERP-10 enregistrent.

7.1 Sur la déontologie

Il est d'usage de présenter les règles déontologiques comme des contraintes pesant sur l'exercice, que le praticien respecte par obligation et que le progrès technique invite périodiquement à réviser. Les résultats rapportés ici suggèrent une lecture différente.

Le secret professionnel, l'exigence d'un praticien identifié et responsable, l'interdiction de déléguer l'entretien clinique : ces règles ne protègent pas d'abord le praticien. Elles garantissent au patient qu'il y a quelqu'un en face. Elles sont la forme juridique d'une condition de possibilité — celle qui fait qu'une personne peut parler.

Quand cette condition disparaît, l'instrument continue de fonctionner. C'est précisément le problème : rien dans les scores, rien dans les rapports, rien dans les indices de concordance ne signale ce qui manque. Il a fallu ajouter une échelle en cours de protocole pour que le manque devienne visible, et cette échelle n'existait pas avant que des participants s'en plaignent.

L'auteur du questionnaire avait posé, dès l'origine, la condition qui préservait cette garantie : il rédigeait lui-même les rapports, et il exigeait de connaître la personne évaluée. L'automatisation a levé cette condition parce qu'elle était l'obstacle à la généralisation. Elle était aussi ce qui rendait le dispositif tenable.

7.2 Sur la position des participants

Les personnes recrutées pour cette étude étaient suivies en institution. Elles ont accepté de participer à un protocole de recherche présenté comme utile, ont signé un consentement qu'elles ont lu, et ont fait ce qui leur était demandé.

Les auteurs tiennent à écrire ceci sans détour : ces personnes ont fourni un matériau. Le dispositif les traitait comme la source d'un contenu à extraire, et les commentaires libres montrent qu'un grand nombre d'entre elles l'ont perçu — non pas pendant l'entretien, mais en lisant le document qui en était issu.

L'Institut ne dispose d'aucune donnée de suivi permettant d'établir la durée de cet effet. Il n'en a pas recueilli. Il aurait dû.

8. Conséquences

L'auteur du questionnaire a mis fin à sa collaboration avec l'équipe de recherche et retiré l'autorisation d'usage de son instrument, dans sa version d'origine comme dans ses versions traduites. La décision a été notifiée par écrit, sans exigence financière, et assortie d'une phrase que les auteurs reproduisent avec son accord : il n'avait pas construit cet outil pour qu'on s'en serve ainsi.

L'Institut se trouve en conséquence détenteur d'un jeu de données considérable portant sur un instrument qu'il n'a plus le droit d'exploiter. Les développements prévus ont été abandonnés. Les coûts engagés restent à sa charge.

Le Dr Rasmussen a demandé qu'il soit consigné qu'il a présenté deux personnes l'une à l'autre lors d'un colloque, et qu'il ne voit pas encore à quel moment il aurait dû s'y opposer. Le Comité de lecture a jugé cette formulation exacte et a demandé qu'elle figure au procès-verbal, ce qui a été fait.

Note du Comité d'Éthique de l'Institut

Le Comité d'Éthique de l'Institut s'est réuni le 14 juin 2026. La séance s'est tenue en présence physique de ses trois membres et du Pr. Bonnefoy-Tissot, qui a fait le déplacement.

Il s'agit de la première réunion physique du Comité depuis sa constitution. Les statuts prévoyaient cette modalité sans qu'elle eût jamais été employée, l'absence de réponse ayant jusqu'ici tenu lieu de délibération.

Le Comité formule un avis unique : le protocole évalué dans la présente étude ne doit pas être reconduit, ni sous cette forme ni sous une forme dérivée. Aucun entretien clinique conduit par un dispositif automatisé ne doit être soumis à des personnes en situation de soin, quelle que soit la qualité du rendu et quelle que soit la clarté du consentement recueilli.

Le Comité précise que cet avis ne porte pas sur l'automatisation en général, dont il n'est pas saisi, mais sur l'entretien clinique en particulier — au motif qu'un entretien suppose un interlocuteur, et qu'un dispositif qui n'en est pas un ne peut pas en tenir lieu sans dommage.

Le Comité ajoute, à l'unanimité, qu'il aurait pu formuler cet avis en mars 2025, date à laquelle le protocole lui avait été soumis.

9. Limites

La première limite est causale et a été exposée par le responsable des analyses : le lien entre moment de l'identification et ressenti est corrélationnel. La reconstruction rétrospective ne peut être écartée.

La deuxième tient au recrutement. Les participants étaient suivis en institution psychiatrique, majoritairement pour des troubles anxieux ou des profils neurodéveloppementaux. Rien n'autorise à étendre ces résultats à une population générale, ni à des contextes non cliniques. Il est concevable qu'un dispositif automatisé soit sans effet notable dans une évaluation professionnelle ou scolaire ; l'étude ne l'a pas testé.

La troisième porte sur le groupe témoin. L'anamnèse humaine y était conduite par des psychologues formés et informés du protocole, dans des conditions favorables. La comparaison oppose donc un dispositif automatisé à un entretien humain de bonne qualité, non à la moyenne des entretiens réels.

La quatrième est l'absence de suivi. L'étude mesure un ressenti immédiat après réception du rapport. Elle ne dit rien de son évolution. Les auteurs signalent cette lacune comme la plus sérieuse des quatre, et notent qu'elle résulte d'un protocole conçu pour évaluer un instrument, non pour surveiller ses effets.

10. Conclusion

Un instrument a été traduit, automatisé, déployé sur cinq sites et dans quatre langues. Il produit des rapports exacts à quatre-vingt-quatorze pour cent. Il est, sur le plan technique, une réussite.

Deux mille cent trente et une personnes s'y sont soumises. Quatre-vingt-douze pour cent d'entre elles ont compris qu'elles ne parlaient à personne, et celles qui l'ont compris le plus tard sont celles qui vont le moins bien.

Le clinicien à l'origine de l'instrument a repris son bien et poursuit son travail auprès de ses patients, en entretien, sans dispositif intermédiaire. Ceux d'entre eux dont la situation s'était troublée se sont stabilisés.

L'Institut du Constat Fondamental ne formule pas de recommandation ; ce n'est ni sa vocation ni sa compétence. Il fait exception une fois. Une personne qui parle de ce qui lui est arrivé a besoin que quelqu'un l'entende, et cette condition n'est pas une modalité d'exécution parmi d'autres : elle est ce que l'entretien clinique désigne. Un dispositif peut recueillir tout ce qui se dit. Il ne peut pas être celui à qui on le dit.

La situation est stable. À l'exception de l'ardoise.

Annexe — Échelle de Ressenti Post-passation (ERP-10)

Administrée après réception du rapport. Format Likert à cinq points : 1 = pas du tout, 5 = tout à fait. Items 2 et 9 cotés en sens inverse. Score total de 10 à 50 ; un score élevé indique un ressenti dégradé. Seuil de ressenti dégradé fixé à 30 sur la base de la distribution du groupe témoin.

N°	Item	Dimension
1	En relisant le rapport, j'ai eu le sentiment qu'il parlait de quelqu'un d'autre.	Reconnaissance de soi
2 (R)	Je me suis senti écouté pendant l'entretien.	Sentiment d'accueil
3	J'ai eu l'impression de fournir des informations plutôt que de parler de moi.	Position du participant
4	Après l'entretien, j'ai regretté d'avoir dit certaines choses.	Regret de dévoilement
5	Le rapport était exact, et cela ne m'a rien fait.	Dissociation exactitude / effet
6	J'aurais préféré que ce soit une personne qui me pose ces questions.	Préférence d'interlocuteur
7	À un moment de l'entretien, j'ai compris que je ne parlais pas à une personne. (Si oui : à quel moment ?)	Identification
8	Je me suis demandé qui, en définitive, avait lu ce que j'avais dit.	Destinataire
9 (R)	Je recommencerais ce type d'entretien si on me le proposait.	Acceptabilité
10	Depuis, je repense à ce que j'ai raconté ce jour-là.	Rémanence

Tableau A1. Items de l'ERP-10. Cohérence interne : $\alpha = 0,89$. L'item 5 a été ajouté après la phase pilote, à la demande de trois participants qui trouvaient les items existants insuffisants pour décrire leur état.

L'item 8 est celui qui a donné son titre à l'article. Il a été formulé à partir d'un commentaire libre recueilli au prétest, qu'un participant avait écrit dans la marge du questionnaire papier : il voulait savoir qui avait lu.

Déclarations

Financement. Institut du Constat Fondamental, sur fonds propres. Le développement de la plateforme, la traduction en quatre langues et les frais des cinq sites figurent au bilan de l'exercice. Ils y figurent sans contrepartie exploitable.

Conflits d'intérêts. Le Dr Rasmussen a présenté l'auteur du questionnaire à l'équipe de recherche et ne perçoit aucune rémunération liée au dispositif. Le Dr Vanhoucke a validé les résultats du prétest et souhaite qu'il soit consigné que ces résultats étaient conformes aux attentes, ce qui est exact et sans rapport avec la suite.

Approbation éthique. Le protocole a été soumis au Comité d'Éthique de l'Institut en mars 2025. Le Comité n'a pas répondu, ce qui valait approbation selon les statuts. Le Comité s'est réuni le 14 juin 2026.

Note de la rédaction. Le Prof. Parmentier a pris connaissance du dossier par les services comptables de l'Institut, qui l'ont appelé au sujet d'une ligne budgétaire sans affectation possible. Informé de l'origine de cette ligne, il a demandé si l'Institut encourait une sanction. Informé qu'un rappel à l'ordre avait été adressé aux praticiens membres du comité éditorial par leur instance professionnelle, il a fait observer qu'il n'est pas psychologue et a décliné toute responsabilité. Il a ensuite demandé le montant exact de l'ardoise, l'a obtenu, et n'a plus rien demandé.

Remerciements. Aux deux mille cent trente et une personnes qui ont participé à ce protocole. L'Institut a conscience de ce qu'il leur a demandé et de ce qu'il en a fait.

Références

- Dahlgren, E. et Åkerlund, M. (2025). Automated anamnestic interviewing in clinical assessment : a feasibility protocol. *Nordic Journal of Clinical Automation and Assessment*, 2(4), 311–330.
- Institut du Constat Fondamental (2026). Le Transfert Volontaire de Souveraineté Décisionnelle : validation de l'Échelle d'Abdication Assistée (ÉAA-9). *Revue de Psychologie des Renoncements Ordinaires*, Étude n°25.
- Institut du Constat Fondamental (2026). La Variable Bienveillance : validation expérimentale des déterminants de la durabilité conjugale. Étude n°33.
- Institut du Constat Fondamental (2026). Le Coût de Régulation du Lien : solitude, axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien et charge allostatique. *Revue de Psychobiologie du Lien et des Marqueurs de l'Isolement*, Étude n°39.
- Institut du Constat Fondamental (2026). Le Retrait Sans Plainte : traits schizoïdes, traits autistiques et seuil diagnostique. *Revista de Psicopatologia Estrutural e Nosografia Aplicada*, Étude n°46.
- Sjöberg, P., Wikström L. et Norling, A. (2024). Perceived interlocutor presence in screen-mediated clinical settings. *Scandinavian Review of Applied Psychometrics*, 18(2), 145–167.