

Le Facteur Non Manualisable : alliance, congruence du cadre explicatif et détection de l'aggravation clinique dans trois dispositifs de suivi psychologique

Halloran P.¹, Kilbride S.-M.², Rainsford J.³

¹ University of Sudbury-Maritime, Department of Clinical Epistemology

² University of Kingston-Continental, Unit for Therapeutic Process Research

³ University of Guelph-Estuarine, Centre for Practice Fidelity Studies

DOI : 10.9999/icf.2026.facteur.non.manualisable · icf.news/article-facteur-non-manualisable

Résumé

Contexte. La pratique fondée sur les preuves repose sur trois piliers : les données issues de la recherche, l'expérience du praticien, et les valeurs de la personne soignée. Les deux derniers sont rarement mesurés, et le premier est le seul qui se laisse manualiser. Cette asymétrie, connue depuis le texte fondateur de 1996 qui met explicitement en garde contre une pratique en kit, n'a pas été examinée empiriquement dans les conditions ordinaires de la consultation.

Méthode. Quatre cent deux adultes en suivi psychologique ambulatoire ont été appariés sur la sévérité initiale et répartis en trois dispositifs selon le cadre qu'ils avaient eux-mêmes choisi avant l'étude : protocole manualisé à fidélité audité (n = 148), dispositif sans contenu technique (n = 111), et praticiens relevant de cadres non conventionnels sans statut réglementé (n = 143). Aucune randomisation n'a été pratiquée, pour des raisons exposées en section 3.1. Cinq mesures : alliance perçue, congruence entre le modèle explicatif du participant et le cadre proposé, interruption avant terme, évolution symptomatique à trois mois, et — chez les participants dont l'état s'est dégradé — relevé de la dégradation et proposition d'orientation.

Résultats. L'évolution symptomatique ne diffère pas entre les trois dispositifs ($F(2,399) = 1,42$; $p = 0,24$). L'alliance et l'engagement, en revanche, diffèrent nettement, et pas dans le sens du niveau de preuve : alliance 6,1 / 7,4 / 7,6 ; interruption avant terme 31 % / 18 % / 14 %. La congruence explicative prédit l'engagement ($r = 0,54$) mieux que l'appartenance au dispositif ($r = 0,19$). Chez les participants ayant rapporté un événement de vie majeur en cours de suivi, la séance a été réorganisée autour de cet événement dans 23 % des cas dans le dispositif manualisé, contre 79 % et 84 %. Chez ceux dont l'état s'est aggravé, la dégradation a été relevée et une orientation proposée dans 89 % des cas dans ce même dispositif, contre 62 % et 21 %.

Conclusion. Le facteur associé à l'engagement n'est ni le niveau de preuve du cadre ni sa reconnaissance institutionnelle, mais l'ajustement du cadre au récit que la personne fait déjà de sa difficulté. Ce facteur est disponible partout, y compris là où rien ne le garantit. Ce qui n'est pas disponible partout, c'est ce qui repère l'aggravation et sait vers qui l'adresser.

Mots-clés : pratique fondée sur les preuves · alliance thérapeutique · fidélité protocolaire · modèle explicatif · facteurs communs · détection de l'aggravation

1. Le printemps 1990

Au printemps 1990, un médecin nouvellement nommé directeur du programme de résidence en médecine interne de l'université McMaster, à Hamilton, présente à son département une refonte de l'enseignement clinique. Il s'agit d'apprendre aux internes à évaluer eux-mêmes la littérature et à en tirer des décisions au lit du malade. Le projet est solide, il repose sur une décennie de travaux antérieurs, et il porte un nom : *médecine scientifique*.

Le département le rejette. Non pas le contenu — le nom. L'accueil est franchement hostile, et le motif est explicite : dire de cet enseignement qu'il est scientifique revient à dire de ce qui se pratiquait jusque-là qu'il ne l'était pas. L'auteur du projet en a lui-même rendu compte par la suite : ceux qui étaient déjà réticents furent surtout outrés de se voir supposés non scientifiques.

Il revient avec une seconde proposition, qui désigne exactement le même curriculum : *evidence-based medicine*. Elle est acceptée sans difficulté. Le terme paraît pour la première fois dans un article à auteur unique publié en 1991, que personne ne remarque, puis s'impose avec la publication du groupe de travail dans le *JAMA* en 1992.

L'Institut relève trois choses, et les laisse en l'état jusqu'à la section 5.3.

La première est que les deux appellations recouvraient le même contenu : rien n'a été modifié entre le refus et l'acceptation, sinon la formulation. La deuxième est que l'objection soulevée en 1990 était exacte — le département avait correctement compris ce qu'on lui disait. La troisième est qu'elle n'a jamais reçu de réponse : elle a reçu un autre mot.

2. Trois piliers, dont deux ne se mesurent pas

La pratique fondée sur les preuves est ordinairement présentée comme reposant sur trois appuis : les données issues de la recherche, l'expérience et le jugement du praticien, et les valeurs, besoins et histoire de la personne soignée.

2.1 Le premier pilier est le seul qui se laisse manualiser

Un protocole s'écrit, se transmet, s'audite et se compare. C'est une propriété du protocole, pas une hiérarchie de valeur — mais elle produit mécaniquement une asymétrie : ce qui se manualise devient ce qui se mesure, puis ce sur quoi on est évalué, puis ce que l'on fait.

Cette dérive n'a rien d'une découverte de l'Institut. Le texte de référence de 1996 la nomme explicitement, indique que la démarche n'a rien d'une pratique en kit, et pose que « *external clinical evidence can inform, but can never replace, individual clinical expertise* » — c'est le jugement du clinicien qui décide si la preuve s'applique à ce patient-ci, et comment. Trente ans plus tard, cette phrase figure dans les cours d'introduction et ne figure dans aucune grille d'évaluation.

2.2 Le deuxième pilier suppose un praticien constant

L'expérience du praticien est invoquée comme une ressource stable, acquise avec le diplôme et disponible en permanence. La formulation ne prévoit ni sa fatigue, ni sa charge hebdomadaire, ni ce qui se passe dans sa vie pendant qu'il applique le protocole. Une fois la porte du cabinet fermée, aucun dispositif ne vérifie ce qui s'y fait — sauf en recherche, où l'on mesure alors la fidélité, c'est-à-dire l'exact contraire du jugement clinique que le pilier prétendait garantir.

2.3 Le troisième pilier a une date

Le dernier appui énonce qu'il convient de respecter les besoins, les valeurs et l'histoire de la personne soignée. Cette proposition ne se discute pas. Ce qui se discute est le fait qu'il ait fallu l'inscrire.

Une exigence n'entre dans un texte normatif que lorsque son absence est devenue assez fréquente pour être remarquée. La date d'apparition d'une norme est donc une donnée sur la période qui la précède, et l'Institut ne dispose d'aucune méthode pour établir laquelle.

3. Méthode

3.1 Pourquoi l'étude n'est pas randomisée

Le protocole initialement déposé prévoyait une assignation aléatoire des participants à l'un des trois dispositifs. Il a été soumis au Comité d'Éthique de l'Institut, qui n'a pas répondu ; conformément aux statuts, l'absence de réponse vaut approbation, et le protocole a donc été approuvé.

Il a été bloqué par le responsable des analyses statistiques, au motif qu'assigner par tirage au sort des personnes en demande de soin à un dispositif dépourvu de garantie de suivi n'était défendable dans aucun cadre. L'Institut consigne que la seule objection éthique formulée au cours de cette étude l'a été par un statisticien, et que le comité chargé de cette fonction avait approuvé le protocole par silence.

Le devis retenu est donc **observationnel et apparié**. Les participants avaient choisi leur cadre avant le début de l'étude ; ce choix devient une variable, ce qui est examiné en 4.3 et constitue par ailleurs la limite principale du travail.

3.2 Participants et dispositifs

Quatre cent deux adultes engagés dans un suivi psychologique ambulatoire, appariés sur la sévérité initiale, l'âge et la durée de la difficulté rapportée. Âge moyen 38,4 ans (ET = 12,1) ; 61 % de femmes.

Dispositif A (n = 148) — protocole manualisé en huit séances, avec grille de fidélité renseignée par le praticien à chaque séance et audit indépendant sur un échantillon d'enregistrements.

Dispositif B (n = 111) — suivi sans contenu technique prescrit : un cadre régulier, une durée fixe, une attention soutenue, aucune tâche, aucun module, aucune séquence prévue.

Dispositif C (n = 143) — praticiens relevant de cadres non conventionnels, sans statut réglementé ni obligation de formation continue. Les cadres représentés sont divers et ne sont pas détaillés ici : l'étude ne porte pas sur leur contenu, mais sur ce que leurs usagers en rapportent. Ils sont désignés par leur statut administratif et non par un jugement sur leur validité, celle-ci n'étant pas l'objet du présent travail.

3.3 Mesures

EAP-14 — Échelle d'Alliance Perçue, quatorze items, cotée de 0 à 10, $\alpha = 0,91$ (annexe A).

ICE-9 — Indice de Congruence Explicative, neuf items (annexe B). Le participant décrit d'abord, en ses propres termes, ce qu'il pense être à l'origine de sa difficulté ; l'indice mesure l'accord entre cette description et le cadre que son praticien lui propose. Il ne mesure ni la justesse du modèle du participant, ni celle du cadre.

Fidélité — grille en douze points renseignée séance par séance dans le dispositif A (annexe C), croisée avec le nombre d'heures cliniques effectuées par le praticien dans la semaine.

Issue — évolution symptomatique à trois mois sur une échelle générique de détresse ; interruption du suivi avant le terme convenu ; et, chez les participants dont le score s'est dégradé d'au moins dix points, deux relevés : la dégradation a-t-elle été relevée par le praticien, et une orientation a-t-elle été proposée.

4. Résultats

4.1 L'évolution symptomatique ne sépare pas les dispositifs

Variation moyenne du score de détresse à trois mois : -7,2 points dans le dispositif A, -6,4 dans le B, -6,1 dans le C. $F(2,399) = 1,42$; $p = 0,24$. Aucun contraste deux à deux n'atteint le seuil.

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

Je demande que ce paragraphe soit lu avant toute reprise du résultat ci-dessus.

Une différence non significative n'est pas une équivalence. Elle signifie que nos données ne permettent pas d'affirmer qu'il existe une différence, ce qui n'est pas la même chose que d'affirmer qu'il n'en existe pas. Démontrer une équivalence exige une procédure distincte, dans laquelle on définit à l'avance l'écart en deçà duquel on acceptera de considérer deux dispositifs comme interchangeables. Cette marge doit être fixée avant de regarder les données, faute de quoi elle sera fixée par elles.

L'Institut n'a défini aucune marge. Le résultat de la section 4.1 autorise donc à dire que nous n'avons pas mis en évidence de différence, et rien de plus.

Je signale enfin que la phrase « les trois dispositifs se valent » sera écrite par quelqu'un dans les jours qui suivront la publication. Je m'y oppose par avance, et sans grand espoir.

4.2 L'alliance et l'engagement, eux, séparent — dans l'autre sens

Dispositif	n	Alliance perçue (m ; ET)	Interruption avant terme	Évolution symptomatique
A — protocole manualisé	148	6,1 ; 1,9	31 %	-7,2
B — sans contenu technique	111	7,4 ; 1,6	18 %	-6,4
C — cadres non conventionnels	143	7,6 ; 1,7	14 %	-6,1

Tableau 1. Alliance, engagement et issue. Alliance : $F(2,399) = 24,6$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,11$. Interruption : $\chi^2(2) = 13,8$; $p = 0,001$. Évolution symptomatique : $F(2,399) = 1,42$; $p = 0,24$.

Le dispositif le plus fondé en preuves obtient l'alliance la plus basse et le taux d'interruption le plus élevé. Ce résultat ne dit pas que le protocole est mauvais : il dit que ce qui produit l'alliance n'est pas ce que le protocole contient.

4.3 Ce qui prédit l'engagement

La congruence entre le modèle explicatif du participant et le cadre qui lui est proposé prédit l'engagement à $r = 0,54$ ($p < 0,001$). L'appartenance au dispositif le prédit à $r = 0,19$. La congruence conserve l'essentiel de son effet après contrôle du dispositif ; l'inverse n'est pas vrai.

Une personne qui attribue sa difficulté à un déséquilibre reste dans un cadre qui parle de rééquilibrage. Une personne qui l'attribue à une histoire familiale reste dans un cadre qui parle d'histoire. Une personne qui l'attribue à un fonctionnement à corriger reste dans un cadre qui propose de le corriger. Ce n'est pas la méthode qui retient : c'est qu'on lui parle dans les termes où elle se raconte déjà.

Le cadre ne convainc pas. Il reconnaît. — Résultat principal, section 4.3

4.4 L'observance du praticien

Le mot d'observance s'applique d'ordinaire au patient. On le retourne ici, faute d'un autre.

Dans le dispositif A, la fidélité au protocole est de 94 % à la première séance et de 61 % à la huitième. Elle corrèle négativement avec le nombre d'heures cliniques effectuées par le praticien dans la semaine ($r = -0,38$; $p < 0,001$), et l'écart entre le début et la fin de semaine est de onze points.

Le second relevé est plus parlant. Quatre-vingt-huit participants ont rapporté un événement de vie majeur survenu pendant le suivi — un deuil, une rupture, une perte d'emploi, la mort d'un animal. On a codé si la séance suivante avait été réorganisée autour de cet événement.

Dispositif	Participants concernés	Séance réorganisée	Séance poursuivie comme prévu
A — protocole manualisé	34	23 %	77 %
B — sans contenu technique	24	79 %	21 %
C — cadres non conventionnels	30	84 %	16 %

Tableau 2. Traitement d'un événement de vie majeur survenu en cours de suivi. $\chi^2(2) = 29,1$; $p < 0,001$.

Dans plus des trois quarts des cas du dispositif A, le module prévu a été maintenu. L'Institut souligne qu'aucun de ces praticiens n'a manqué d'égards : les enregistrements montrent une reconnaissance explicite de l'événement, suivie d'un retour au programme. Ils ont fait ce pour quoi ils étaient formés, et ce sur quoi ils étaient audités. La grille de fidélité ne comporte aucune rubrique permettant de coter une séance légitimement déviée.

4.5 Ce que le manuel porte, et que rien d'autre ne porte

Soixante et onze participants ont vu leur score se dégrader d'au moins dix points au cours du suivi. On a relevé si cette dégradation avait été identifiée par le praticien et si une orientation avait été proposée.

Dispositif	Participants en aggravation	Aggravation relevée et orientation proposée	Aggravation non relevée
A — protocole manualisé	26	89 %	11 %
B — sans contenu technique	19	62 %	38 %
C — cadres non conventionnels	26	21 %	79 %

Tableau 3. Détection de l'aggravation clinique et orientation. $\chi^2(2) = 26,1$; $p < 0,001$. C'est la seule colonne de cette étude où le dispositif manualisé devance les deux autres, et l'écart y est le plus grand de tout le protocole.

Là encore, la lecture par la faute professionnelle serait erronée. Rien, dans un cadre non réglementé, ne prévoit qu'on cherche une aggravation : il n'y a ni relevé périodique, ni seuil, ni destinataire vers qui adresser. Ce n'est pas une négligence, c'est une absence de dispositif. Et c'est très précisément ce qu'un manuel sait faire.

5. Discussion

5.1 Les deux factures

Ces résultats ne désignent aucun gagnant, et l'Institut insiste sur ce point parce que la tentation de conclure sera forte dans les deux sens.

Ce qui retient les gens et les fait revenir — l'alliance, la reconnaissance de leur récit, la disponibilité à ce qui arrive — n'est pas contenu dans le manuel, et se trouve en abondance là où aucune institution ne le garantit. Ce constat est coûteux pour la pratique fondée sur les preuves.

Mais ce qui repère qu'une situation se dégrade et sait vers qui l'adresser ne se trouve nulle part ailleurs que dans un dispositif formé, réglementé et tenu à un relevé. Ce second constat est coûteux pour tous ceux que le premier réjouirait.

Il n'existe donc pas de position gratuite. On choisit ce qu'on paie.

5.2 Ce que le premier pilier a absorbé

L'asymétrie décrite en 2.1 se lit dans les données. Le dispositif le plus auditable obtient les scores les plus bas sur les deux dimensions qui ne s'audient pas, et le score le plus haut sur celle qui s'audite. Ce n'est pas un paradoxe : c'est le résultat attendu d'un système qui contrôle ce qu'il sait mesurer.

La grille de fidélité en fournit l'illustration la plus nette. Elle permet de coter la conformité au module et ne permet pas de coter une déviation justifiée. Un praticien qui réorganise sa séance parce que la personne en face vient de perdre son emploi produit, du point de vue de l'instrument, un manquement. Il faudrait, pour l'en distinguer, une rubrique dont l'existence supposerait qu'on ait décidé de mesurer le jugement clinique — c'est-à-dire le deuxième pilier.

5.3 Retour au printemps 1990

Ce que le département de McMaster refusait de s'entendre dire, c'était que sa pratique n'était pas fondée. L'objection était juste et n'a pas été traitée : elle a été rendue acceptable par un changement de nom.

Trente-six ans plus tard, le présent travail mesure une pratique fondée sur les preuves et constate que ce qui fait revenir les gens n'y est pas contenu, que la fidélité au protocole se dégrade avec la semaine du praticien, et que le troisième pilier a dû être inscrit pour exister. Autrement dit : la question posée en 1990 se pose encore, sous la forme exacte où elle avait été écartée.

L'Institut n'en tire aucune conclusion sur la valeur de la démarche, qui reste la meilleure disponible. Il note seulement que le premier acte de la pratique fondée sur les preuves fut un choix de vocabulaire, arrêté sans donnée, pour éviter une vexation — et qu'il a parfaitement fonctionné.

6. Limites

Auto-sélection. C'est la limite principale. Les participants ont choisi leur cadre, et ce choix n'est pas indépendant de ce qu'ils sont. Les écarts d'alliance rapportés en 4.2 peuvent donc refléter l'ajustement d'un cadre à une personne autant que les propriétés du cadre. On note cependant que cette objection est précisément ce que mesure l'ICE-9, et que le résultat de 4.3 la reformule plutôt qu'il ne la subit.

Absence de randomisation. Voir 3.1. L'étude n'établit aucune relation causale et ne prétend pas en établir.

Marge d'équivalence non définie. Voir l'encart de la section 4.1.

Hétérogénéité du dispositif C. Il regroupe des pratiques que rien ne rapproche sinon l'absence de statut réglementé. Les moyennes rapportées pour ce dispositif agrègent donc des cadres très différents, et il est possible qu'elles masquent des écarts internes plus importants que les écarts entre dispositifs.

Durée. Trois mois. Une partie des effets discutés en 5.1 — en particulier ce qu'il advient d'une difficulté reconnue mais non travaillée — n'est pas observable dans cette fenêtre.

Le premier pilier n'a pas été mesuré. L'étude compare des dispositifs, pas des niveaux de preuve. Elle ne dit rien de l'efficacité comparée des protocoles entre eux, et ne doit pas être lue comme en disant quelque chose.

7. Conclusion

Trois dispositifs de suivi produisent des évolutions symptomatiques que cette étude ne parvient pas à distinguer. Ils se distinguent en revanche sur l'alliance, sur l'engagement, sur le traitement de ce qui arrive en cours de route, et sur la capacité à voir qu'une situation se dégrade.

Ce qui prédit le mieux l'engagement n'est ni le niveau de preuve ni la reconnaissance institutionnelle du cadre, mais son ajustement au récit que la personne fait déjà de sa difficulté. Ce facteur ne s'écrit pas dans un manuel, ce qui n'est pas une raison de le tenir pour secondaire — seulement une explication de son absence dans les grilles.

Et ce que le manuel porte, lui, ne se trouve nulle part ailleurs : quelqu'un qui remarque que ça va moins bien, et qui sait vers qui envoyer.

La situation est stable. Elle n'a pas encore été renommée.

Déclarations

Approbation éthique. Le Comité d'Éthique n'a pas répondu à la saisine relative au protocole initial, lequel a donc été approuvé conformément aux statuts. Le protocole a ensuite été retiré par le responsable des analyses statistiques pour un motif éthique. Le Comité n'a pas commenté ce retrait.

Conflits d'intérêts. Le Pr D. Parmentier, rédacteur en chef, a demandé si l'objection formulée au printemps 1990 avait jamais reçu autre chose qu'un nom. Le Comité de lecture a jugé la question hors de son champ, tout en reconnaissant n'avoir pas identifié le champ dont elle relèverait.

Contributions. Le codage des emplois du temps des praticiens du dispositif A a été assuré par Mme É. Beaumont-Schiavetti, doctorante, qui signale que la fidélité au protocole chute le vendredi et demande si cette observation doit figurer dans les résultats ou dans les remerciements.

Financement. Aucun.

Références

- Evidence-Based Medicine Working Group (1992). Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*, 268(17), 2420-2425.
- Guyatt, G. (1991). Evidence-based medicine. *ACP Journal Club*, 114(suppl. 2), A-16.
- Guyatt, G. et Rennie, D. (dir.) (2015). *Users' Guides to the Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Clinical Practice* (3^e éd.), préface. McGraw-Hill Education.
- Institut du Constat Fondamental (2026). Le Retrait Sans Plainte : traits schizoïdes, traits autistiques et seuil diagnostique. *Revista de Psicopatologia Estrutural e Nosografia Aplicada*, 6(2), 44-72.
- Institut du Constat Fondamental (2026). L'Adresse Sans Retour : régimes de réciprocité dans les conduites de mise en valeur de soi. *British Journal of Reciprocity Studies and Social Cognition*, 12(2), 103-141.
- Institut du Constat Fondamental (2026). Le Décodage Permanent : coût de l'ajustement social et concentration du lien. *Zeitschrift für Diagnostische Praxis und Kognitive Heterogenität*, 9(2), 88-129.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B. et Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71-72.

Annexe A — Échelle d'Alliance Perçue (EAP-14)

Consigne : pour chaque énoncé, indiquez de 0 (pas du tout) à 10 (tout à fait) dans quelle mesure il correspond à ce que vous vivez avec ce praticien.

- J'ai le sentiment que cette personne comprend ce que je viens lui dire.
- Je peux aborder un sujet qui n'était pas prévu.
- Ce qui se passe pendant la séance dépend aussi de ce que j'apporte ce jour-là.
- Je sais pourquoi nous faisons ce que nous faisons.
- J'ai le sentiment d'être pris au sérieux même quand ce que je dis est confus.
- Si je n'étais pas d'accord, je le dirais.
- Cette personne se souvient de ce que je lui ai dit la fois précédente.
- J'ai l'impression que ma présence change quelque chose pour elle.
- Je repars avec le sentiment d'avoir été entendu.
- Il m'arrive de penser à ce qui s'est dit entre deux séances.
- Je ne prépare pas ce que je vais dire pour que cela soit bien reçu.
- Je pourrais dire que ça ne va pas mieux.
- Ce cadre me paraît adapté à ce qui m'amène.
- J'ai l'intention de revenir.

$\alpha = 0,91$. Score moyen sur 10.

Annexe B — Indice de Congruence Explicative (ICE-9)

Première partie, ouverte : « Selon vous, d'où vient ce qui vous amène ? » La réponse est recueillie librement et codée par deux juges indépendants selon le registre explicatif dominant ($\kappa = 0,79$).

Seconde partie, neuf items cotés de 0 à 4 :

- Ce que me propose ce praticien correspond à l'idée que je me fais de mon problème.
- Les mots qu'il emploie sont des mots que j'emploierais.
- Je comprends le rapport entre ce que nous faisons et ce qui m'amène.
- J'ai dû adapter ma façon de raconter pour entrer dans son cadre.
- Il m'est arrivé de dire ce qu'il attendait plutôt que ce que je pensais.
- Ce cadre laisse une place à ce qui, pour moi, compte le plus dans cette histoire.
- Je pourrais expliquer à un proche ce que nous faisons et pourquoi.
- L'explication qu'on me donne de ma difficulté me paraît juste.
- Si je devais tout reprendre, je choisirais le même type d'accompagnement.

Les items 4 et 5 sont inversés. L'indice ne mesure ni l'exactitude du modèle explicatif du participant, ni celle du cadre proposé, mais l'accord entre les deux.

Annexe C — Grille de fidélité protocolaire (dispositif A)

Renseignée par le praticien à l'issue de chaque séance, et vérifiée par audit indépendant sur 18 % des enregistrements (accord 91 %).

- Les objectifs du module ont été annoncés en début de séance.
- Les exercices intersession ont été relevés.
- Le contenu prévu au module a été couvert intégralement.
- Les supports prévus ont été utilisés.
- La séance a respecté la durée prévue.
- Les exercices de la séance suivante ont été assignés.
- Aucun contenu extérieur au protocole n'a été introduit.
- Les mesures d'auto-évaluation ont été administrées.
- La séquence des modules a été respectée.
- Les digressions ont été ramenées au sujet du module.
- La séance a été conclue par le récapitulatif prévu.
- Le compte rendu a été rédigé le jour même.

La grille ne comporte pas de rubrique permettant de coter une déviation justifiée par un élément apporté en séance. Une séance réorganisée autour d'un événement de vie majeur est donc enregistrée comme un manquement aux points 3, 7, 9 et 10. Cette caractéristique de l'instrument a été relevée en cours d'étude et n'a pas été corrigée, la grille étant celle du protocole audité.