**Quel type de superviseur êtes-vous?**

**Première section**

1. Je vérifie systématiquement les demandes d’investigation que mon résident prescrit dans le dossier:

* Plus souvent vrai
* Plus souvent faux

1. J’ai déjà rattrapé des erreurs de mes résidents et depuis ce temps-là je reste sur l’impression que je dois tout contrevérifier :
   * Plus souvent vrai
   * Plus souvent faux
2. Je considère qu’il est difficile de blesser ou tuer un patient à l’hôpital, les infirmières notamment assurent un filet de sécurité :
   * Plus souvent vrai
   * Plus souvent faux
3. Je suis à l’aise de laisser travailler mon résident en autonomie, je sais qu’il viendra me voir s’il rencontre des difficultés :
   * Plus souvent vrai
   * Plus souvent faux
4. Je vérifie en arrière-plan les actions de mon résident pour m’assurer que tout est bien fait :
   * Plus souvent vrai
   * Plus souvent faux
5. J’essaie de ne pas être trop présent autour du résident, car sinon il se fit sur moi pour prendre les décisions et se commet moins :

* Plus souvent vrai
* Plus souvent faux

1. Je suis rarement à l’aise de laisser mon résident travailler en autonomie, les situations se détériorent rapidement à l’étage/urgence
   * Plus souvent vrai
   * Plus souvent faux
2. Je vérifie systématiquement les notes au dossier faites par mon résident:
   * Plus souvent vrai
   * Plus souvent faux
3. Je suis rarement au courant du patient que mon résident est en train de voir :
   * Plus souvent vrai
   * Plus souvent faux
4. Je me considère très impliqué dans la supervision du travail des résidents :
   * Plus souvent vrai
   * Plus souvent faux

**Deuxième section :**

1. Je me vois comme une sorte de mécanisme de sécurité, c’est à moins de vérifier que la conduite du résident est adéquate pour mon patient.
   * Plus souvent vrai
   * Plus souvent faux
2. J’ai souvent l’impression que les patients qui sont vus par les résidents n’ont pas le même niveau d’excellence de soins que si je les avais moi-même pris en charge
   * Plus souvent vrai
   * Plus souvent faux
3. Pendant que le résident voit un patient, j’en profite souvent pour réviser moi-même le dossier et demander les laboratoires ou imageries pour accélérer la prise en charge
   * Plus souvent vrai
   * Plus souvent faux
4. Durant la journée de travail, je vais souvent assigner un cas plus intéressant à mon résident
   * Plus souvent vrai
   * Plus souvent faux
5. Lorsque mon résident commet une erreur, j’ai tendance à être rapidement inquiet pour mon patient et les répercussions
   * Plus souvent vrai
   * Plus souvent faux
6. J’ai souvent l’impression que le résident me ralentit et que la qualité des soins diminue.

* Plus souvent vrai
* Plus souvent faux

1. Je fais souvent des capsules d’enseignement sur des notions importantes à l’hospitalisation/urgence
   * Plus souvent vrai
   * Plus souvent faux
2. Lorsqu’il y a une opportunité de faire une technique intéressante sur un de mes patients, je vais chercher le résident pour qu’il la fasse
   * Plus souvent vrai
   * Plus souvent faux
3. Lorsqu’il y a beaucoup de patients à voir, je divise les cas entre le résident et moi dans l’objectif qu’on voit le plus de patients possible
   * Plus souvent vrai
   * Plus souvent faux
4. Lorsque je supervise, j’ai tendance à prioriser l’exposition clinique de mon résident et à ralentir mon débit.
   * Plus souvent vrai
   * Plus souvent faux

**GRILLE DE CORRECTION**

**Première section**

1. Je vérifie systématiquement les demandes d’investigation que mon résident prescrit dans le dossier:

* (0)
* (1)

1. J’ai déjà rattrapé des erreurs de mes résidents et depuis ce temps-là je reste sur l’impression que je dois tout contrevérifier :

* (0)
* (1)

1. Je considère qu’il est difficile de blesser ou tuer un patient à l’hôpital, les infirmières notamment assurent un filet de sécurité :
   * (0)
   * (1)
2. Je suis à l’aise de laisser travailler mon résident en autonomie, je sais qu’il viendra me voir s’il rencontre des difficultés :
   * (0)
   * (1)
3. Je vérifie en arrière-plan les actions de mon résident pour m’assurer que tout est bien fait :
   * (0)
   * (1)
4. J’essaie de ne pas être trop présent autour du résident, car sinon il se fit sur moi pour prendre les décisions et se commet moins :
   * (0)
   * (1)
5. Je suis rarement à l’aise de laisser mon résident travailler en autonomie, les situations se détériorent rapidement à l’étage/urgence
   * (0)
   * (1)
6. Je vérifie systématiquement les notes au dossier faites par mon résident:
   * (0)
   * (1)
7. Je suis rarement au courant du patient que mon résident est en train de voir :
   * (0)
   * (1)
8. Je me considère très impliqué dans la supervision du travail des résidents :
   * (0)
   * (1)

Fin de la première section comptabiliser les points sur 1 à 10 échelle horizontale « x »

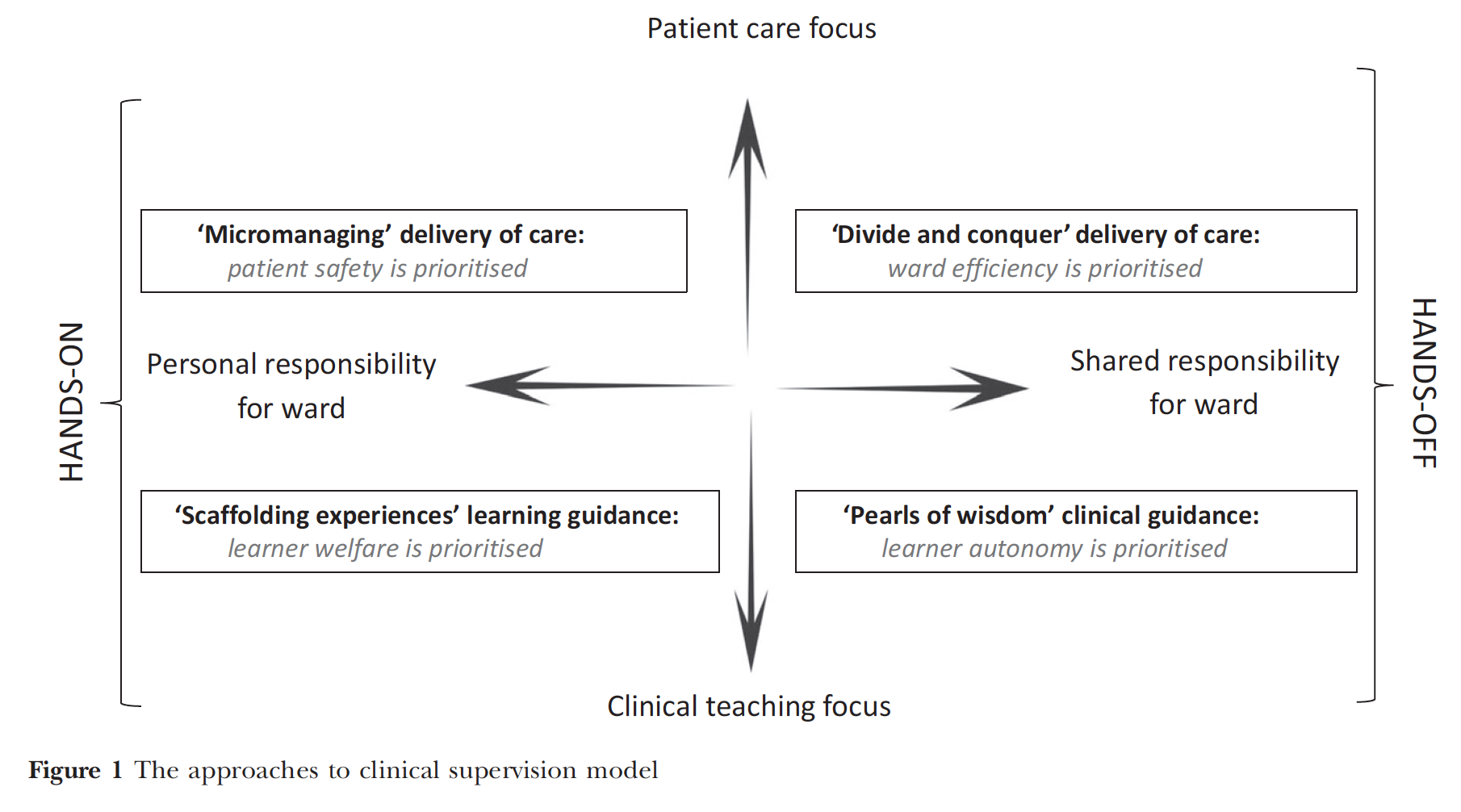
**Deuxième section :**

1. Je me vois comme une sorte de mécanisme de sécurité, c’est à moins de vérifier que la conduite du résident est adéquate pour mon patient.
   * (0)
   * (1)
2. J’ai souvent l’impression que les patients qui sont vus par les résidents n’ont pas le même niveau d’excellence de soins que si je les avais moi-même pris en charge
   * (0)
   * (1)
3. Pendant que le résident voit un patient, j’en profite souvent pour réviser moi-même le dossier et demander les laboratoires ou imageries pour accélérer la prise en charge
   * (0)
   * (1)
4. Durant la journée de travail, je vais souvent assigner un cas plus intéressant à mon résident
   * (0)
   * (1)
5. Lorsque mon résident commet une erreur, j’ai tendance à être rapidement inquiet pour mon patient et les répercussions
   * (0)
   * (1)
6. J’ai l’impression que le résident me ralentit et que la qualité des soins diminue.
   * (0)
   * (1)
7. Je fais souvent des capsules d’enseignement sur des notions importantes à l’hospitalisation/urgence
   * (0)
   * (1)
8. Lorsqu’il y a une opportunité de faire une technique intéressante sur un de mes patients, je vais chercher le résident pour qu’il la fasse
   * (0)
   * (1)
9. Lorsqu’il y a beaucoup de patients à voir, je divise les cas entre le résident et moi dans l’objectif qu’on voit le plus de patients possible
   * (0)
   * (1)
10. Lorsque je supervise, j’ai tendance à prioriser l’exposition clinique de mon résident et à ralentir mon débit.
    * (0)
    * (1)

Fin de la première section comptabiliser les points sur 1 à 10 échelle verticale « y »

**Résultats**

**0=clinical teaching focus 10=patient care focus**



**0=Hands On 10=Hands off**

**Explications :**

**« micromanaging » delivery of care : patient safety is prioritized:**

Caractéristiques principales:

* Le superviseur se décrit comme étant le responsable de l’urgence
* Superviseur centré sur la qualité des soins au patient
* Supervieur très impliqué dans la supervision
* Peu de délégation
* Peu d’enseignement direct

**« scaffolding experiences » learning guidance : learner welfare is prioritized**

Caractéristiques principales:

* Le superviseur se décrit comme étant le responsable de l’urgence
* Superviseur très impliqué dans la supervision
* Beaucoup d’enseignement direct (capsule, supervision directe, adapter à l’étudiant)
* Peu de délégation

**“Divide and conquer” delivery of car: ward efficiency is prioritized**

Caractéristiques principales:

* Le superviseur divise la responsabilité du département avec son résident
* Résident travaille sans observation pour ses patients
* Augmente l’efficacité du département
* Haut niveau de délégation
* Peu d’enseignement direct

**“Pearls of wisdom” clinical guidance: learner autonomy is prioritized**

Caractéristiques principales:

* Le superviseur divise la responsabilité du département avec son résident
* Résident travaille sans la présence directe du superviseur
* Superviseur vérifie en arrière-plan les soins et intervient au besoin avec un enseignement ciblé
* Haut niveau de délégation

**References:**

Gingerich A, Daniels V, Farrell L, Olsen SR, Kennedy T, Hatala R. Beyond hands-on and hands-off: supervisory approaches and entrustment on the inpatient ward. Med Educ. 2018;52(10):1028-40.

Li SA, Acai A, Sherbino J, Chan TM. The Teacher, the Assessor, and the Patient Protector: A Conceptual Model Describing How Context Interfaces With the Supervisory Roles of Academic Emergency Physicians. AEM Educ Train. 2021;5(1):52-62.

Sadka N, Lee V, Ryan A. Purpose, Pleasure, Pace and Contrasting Perspectives: Teaching and Learning in the Emergency Department. AEM Educ Train. 2021;5(2):e10468.