



## International Medical Graduates in Psychiatry: Cultural Issues in Training and Continuing Professional Development

Laurence J. Kirmayer, MD, FRCPC, FCAHS, FRSC<sup>1</sup>; Sanjeev Sockalingam, MD, MHPE, FRCPC<sup>2</sup>;  
Kenneth Po-Lun Fung, MD, FRCPC, MSc<sup>3</sup>; William P. Fleisher, MD, FRCPC<sup>4</sup>;  
Ademola Adeponle, MBBS, MSc<sup>5</sup>; Venkat Bhat, MD, FRCPC<sup>6</sup>; Alpna Munshi, MD, FRCPC<sup>7</sup>;  
Soma Ganesan, MD, FRCPC<sup>8</sup>

*A position paper developed by the Canadian Psychiatric Association's Education Committee  
and approved by the CPA's Board of Directors on August 15, 2016.*

### Introduction

The term “International Medical Graduate” (IMG) refers to “a physician who has graduated from a medical school outside of the country in which he or she intends to practice.”<sup>1</sup> In Canada, IMGs are physicians who received their medical training outside of Canada or the US, and who are pursuing or intend to pursue postgraduate

residency training in Canada. A growing number of IMGs contribute to medical care around the world, and currently constitute 31% of the workforce in the UK, 25% in the US, 20% in Australia, and 23% in Canada.<sup>2-5</sup> The IMG experience in each country has unique features, based on local historical context and the changing intake criteria that reflect the fluctuating needs and policies of the receiving countries over time.<sup>6,7</sup> However, the IMG

<sup>1</sup> Professor and Director, Division of Social and Transcultural Psychiatry, McGill University, Montréal, Québec; Editor-in-Chief, Transcultural Psychiatry; Director, Culture and Mental Health Research Unit, Institute of Community and Family Psychiatry, Jewish General Hospital, Montréal, Québec

<sup>2</sup> Psychiatrist, Centre for Mental Health, University Health Network; Associate Professor, Department of Psychiatry, University of Toronto; Centre Researcher, Wilson Centre, University of Toronto, Faculty of Medicine and University Health Network, Toronto, Ontario

<sup>3</sup> Associate Professor, Department of Psychiatry, University of Toronto; Clinical Director, Asian Initiative in Mental Health, Toronto Western Hospital, University Health Network, Toronto, Ontario

<sup>4</sup> Director, Academic Affairs, Professor, Department of Psychiatry, Max Rady College of Medicine, Rady Faculty of Health Sciences, University of Manitoba, Winnipeg, Manitoba

<sup>5</sup> Resident in Psychiatry, McGill University, Montréal, Québec

<sup>6</sup> Fellow, Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Ontario

<sup>7</sup> Assistant Professor and Director of International Medical Graduate Training, Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Ontario

<sup>8</sup> Clinical Professor, Department of Psychiatry, University of British Columbia, Vancouver, British Columbia; Director, Crosscultural Program, University of British Columbia, Vancouver, British Columbia

© Copyright 2018, Canadian Psychiatric Association. All rights reserved. This document may not be reproduced without written permission of the CPA. Members' comments are welcome and will be referred to the appropriate CPA council or committee. Please address all correspondence and requests for copies to: President, Canadian Psychiatric Association, 141 Laurier Avenue West, Suite 701, Ottawa ON K1P 5J3; Tel: 613-234-2815; Fax: 613-234-9857; email: president@cpa-apc.org. Reference 2017-61.

**Note:** It is the policy of the Canadian Psychiatric Association to review each position paper, policy statement and clinical practice guideline every five years after publication or last review. Any such document that has been published more than five years ago and does not explicitly state it has been reviewed and retained as an official document of the CPA, either with revisions or as originally published, should be considered as a historical reference document only.

experience is often arduous, and the process of obtaining certification to practice is usually long and fraught with difficulties.<sup>6-8</sup>

Recent efforts have been made to address the emerging issues in training and certification for IMGs. This position paper addresses issues in IMG training and continuing professional development, with a focus on two key questions:

1. What are the specific training needs of IMGs in making the cultural transition from their place of original training to working effectively in the Canadian context?
2. In what ways can the cultural, linguistic, and other background knowledge and skills of IMGs be further developed during their clinical training and used in their subsequent work to enhance the delivery of mental health care to Canada's diverse population?

This paper will focus particularly on the culture-related issues in training, including those related to technical knowledge and competence, which are the concern of accreditation bodies and regulatory agencies.

## Diversity Among IMGs

In North America, the Liaison Committee on Medical Education (LCME), which accredits medical schools in the US, cooperates with the Committee on Accreditation of Canadian Medical Schools (CACMS), to accredit medical schools in Canada.<sup>9</sup> Any physician who graduates from a non-LCME accredited medical school is considered an IMG. Medical graduates seeking postgraduate training (irrespective of their country of origin) need to apply for residency through the Canadian Resident Matching Service (CaRMS).<sup>10</sup> CaRMS classifies IMGs into two streams: 1) Immigrant IMG-CaRMS; and 2) Canadian/US-born IMG-CaRMS.<sup>10</sup>

In addition to CaRMS, points of entry into Canadian residency training include: 1) Visa IMG country-sponsored (visa IMG); and 2) immigrant IMGs entering Canada after completing a residency in their home country (immigrant IMGs). Visa IMGs have a point of entry into supernumerary residency training positions based on agreements between Canada and their home countries (commonly from the Middle East), and candidates are expected to return to their home countries upon their completion of training. Immigrant IMGs have completed postgraduate training in their home country and obtained equivalencies from provincial regulatory and national certifying bodies to practice psychiatry.<sup>11,12</sup>

This latter IMG contingent has historically included numerous physicians from former Commonwealth countries,<sup>13</sup> and these IMGs often have been tapped to meet the requirements of underserved areas in various regions of the country.<sup>14-16</sup> IMG psychiatrists have contributed greatly to Canadian psychiatry through key administrative, teaching, and research roles.

Although there is great heterogeneity within each broad IMG category, in terms of country of origin and expectations following training, there are many shared experiences.<sup>17</sup> Whereas Canadian- and US-born IMGs need to reintegrate into the Canadian educational and health care systems, immigrant IMGs may face additional cultural challenges related to their own acculturation.<sup>8,18-20</sup> Visa IMGs need to understand Canadian cultural contexts during their residency training and may also need to consider cultural issues when adapting what they have learned to health care contexts in their home countries when they return.

The origins of IMGs in Canada have shifted over the past decades. Early on, IMGs were often from Europe, whereas, later, they included physicians from Commonwealth countries,<sup>13</sup> and Canadian or US-born citizens trained at Caribbean medical schools.<sup>21,22</sup> More recently, IMGs entering the Canadian system reflect the overarching patterns of immigration and globalization.<sup>7,23</sup>

## Distinctive Features of the IMG Experience

IMGs face distinctive issues related to their background, training experience, career trajectory, migration experience, and risk of exposure to discrimination. Compared with Canadian medical graduates (CMGs), IMGs are more likely to be male, older (mid-20's to late 40's), and to have previously practiced medicine for varying lengths of time.<sup>24</sup> Age, gender, ethnicity, previous training and work experience, immigration history, local immigration patterns, and physician recruitment preferences all influence the IMG experience.

Immigrant IMG trainees may experience greater difficulties compared with IMGs who have lived or trained in the country of their residency. A study of 108 IMGs from 70 different psychiatry residency and fellowship training programs in the US identified difficulties with acculturation, poor social support, and more junior status as predictors of compromised mental health during trainees' adaptation to residency.<sup>25</sup>

IMGs' experiences of postgraduate training differ from that of CMGs.<sup>24,26-30</sup> US, British, and Australian reports also note differences in experiences between IMGs and home-trained medical graduates.<sup>31,32</sup> Compared to CMGs, IMGs tend to experience greater uncertainty in obtaining training positions, follow a longer route to entering into postgraduate training, experience more social isolation and alienation, and may encounter prejudice from Canadian institutions and colleagues.<sup>26,29</sup> IMGs may also experience difficulties related to language, differences in medical education, length of time since graduation or last clinical experience, life stage and financial obligations, stress associated with being a migrant, cultural differences in communication styles, authority, gender roles, and the status of physicians.<sup>26</sup> IMGs able to overcome these challenges may experience less fatigue, greater self-esteem, and more personal growth.<sup>33</sup>

A qualitative study found that foreign-trained IMGs going through recertification in Canada pass through 3 phases of adjustment: 1) Loss, including loss of professional identity, status, and professional devaluation; 2) disorientation, with confusion in understanding the expected roles and responsibilities; and 3) adaptation.<sup>18</sup> An analysis of interviews of Canadian-born IMGs showed that the themes of loss, disorientation, and adaptation, while present, were less intense than among foreign-born IMGs.

Faced with issues of acculturation and discrimination in society, foreign-born IMGs may continue to feel like outsiders, particularly when they do not share the ethnicity of dominant social groups in their new home.<sup>34</sup> Although rates of discrimination related to being an IMG have approximated 30% in some studies,<sup>35</sup> data are limited. Studies from other areas of medical training suggests that discrimination towards IMGs may influence selection of trainees for residency<sup>36</sup> and can lead to a sense of isolation from peers.<sup>37</sup>

## Residency Selection Process for IMGs

IMGs are significant contributors as health care providers in North America, often tasked with treating underprivileged and marginalized populations.<sup>25</sup> Although many IMGs choose psychiatry as their specialty,<sup>38,39</sup> there is evidence that IMGs face barriers in the selection process and, at times, must overcome major hurdles to gain a position in North American psychiatry residency programs. These barriers persist despite the shortage of psychiatrists in parts of the country, and the

fact that some programs struggle to fill their residency positions.<sup>40</sup>

The literature documents 3 main problems in the residency selection process for IMGs that warrant further investigation: 1) Evidence of bias and discrimination toward IMGs in the residency selection process; 2) limitations of the IMG selection assessment; and 3) lack of agreement on guidelines used in choosing IMGs.<sup>38</sup>

### *Bias and Discrimination*

Several studies have examined potential bias or discrimination in the IMG selection process.<sup>41</sup> An experimental study of US residency training programs in psychiatry found a higher response rate and more positive responses to requests for information from US medical graduates (USMGs) compared with IMGs.<sup>40</sup> Studies of residency programs in family practice<sup>42</sup> and surgery<sup>36</sup> have found similar potential discrimination in the IMG selection process. These studies point to the need to investigate whether systemic discrimination exists at the institutional level in Canadian residency programs.

### *Limitations of Existing Assessment Tools*

Written examinations have limited reliability to assess clinical skills relevant to psychiatric training<sup>38</sup> and uncertain reliability when applied to candidates from very different cultures or contexts. One study using the multiple mini-interview (MMI)—a reliable and validated interview method to assess applicants for medical schools—in a sample of IMG residency candidates applying to family medicine residency in Alberta, suggests that skills that are difficult to quantify, such as professionalism, can be assessed in a standardized way; however, the impact on potential bias in the assessment process remains unknown.<sup>43</sup>

Since 2015, the National Assessment Collaboration (NAC) Objective Structured Clinical Examination (OSCE) has been a mandatory requirement for all IMGs applying to residency programs in all provinces, except Saskatchewan. According to the CaRMS website, the NAC OSCE (consisting of clinical stations presenting typical clinical scenarios) assesses the readiness of IMGs for entrance into postgraduate residency programs in Canada. This national, standardized examination tests knowledge, skills, and attitudes essential for postgraduate training in Canada.<sup>44</sup>

The use of a standardized IMG assessment tool across Canada could increase validity, transparency, and fairness in the assessment process. However, existing measures do

not assess the IMG's capacity to adapt to the stress of migration, acculturation, training, and practice.<sup>25</sup> These measures also do not capture the unique skills and clinical experiences IMGs may bring that can enhance Canadian psychiatry.

### *Need for Selection Guidelines*

The literature suggests the need for national guidelines on the evaluation of IMGs beyond traditional written and clinical exams. Regulatory bodies have a role in ensuring that fair methods of assessment are employed and that discriminatory practices are identified and eliminated. Desbians and Vidaillet<sup>41</sup> call for medical organizations to take a stand similar to that of the American Psychiatric Association, which published a statement opposing discrimination against IMGs.<sup>41</sup> Providing postgraduate directors with clear guidelines and standardized methods for selecting IMG applicants may help prevent potential discrimination.

## **Postgraduate Training and Continuing Professional Development for IMGs**

A survey of IMGs starting residency training in internal medicine and family medicine programs found that the most challenging areas for incoming IMGs were knowledge of the Canadian health care system, pharmaceuticals and hospital formularies, and the hospital system.<sup>27</sup> The only psychiatry-specific Canadian study examining IMG training needs found that IMGs had the most difficulty with their knowledge of the Canadian mental health care system, of evidence-based mental health, and of medical documentation.<sup>30</sup> Further, IMGs who did not speak English as a first language experienced significant difficulties coping with language barriers and social isolation during their transition into psychiatry residency programs.<sup>30</sup> Challenges regarding knowledge of the health care system and adjusting to psychotherapy training were greater for individuals who spent less than 1 year in their city of residency training.<sup>30</sup> For more senior trainees, challenges included difficulties understanding the local hospital system, medical documentation, and balancing personal and professional life.<sup>35</sup> These findings highlight the dual learning challenges faced by IMGs who must simultaneously master their roles as psychiatry residents and adapt to migration.<sup>37</sup>

Program directors and IMG supervisors have identified additional concerns about the communication skills of IMGs, specifically in the use of colloquial language, understanding linguistic idioms or slang, and communicating within interprofessional teams.<sup>27,35,45</sup>

Some IMG supervisors expressed concerns with IMGs' clinical skills,<sup>27,35</sup> which may reflect the variability in training of IMGs before entering residency training programs.

## **A Framework for Cultural Curriculum for IMGs in Psychiatry**

To facilitate the training of IMGs, we propose a framework for a competency-based IMG curriculum (Table 1). Clinical and personal transitional educational needs are both important and support each other. Clinical competencies can be divided into 3 parts: 1) Dyadic level competency, focusing on direct clinical interactions between IMGs and the diverse patient population in Canada; 2) system level competency, highlighting the interactions between IMGs and the Canadian health care system; and 3) integrated roles, looking at IMGs' capacity to perform the unique CanMEDS (framework delineating physician competency in various roles including medical expert, communicator, collaborator, leader/manager, health advocate, and scholar) roles, which may differ from typical psychiatrists' roles in the IMG's original training context. Personal transitional competencies include: "Acculturation and adaptation," which explicitly focuses on the need for IMGs to adapt culturally as immigrants; "learning styles and strategies," which specifies adaptations and strategies needed for effective learning during residency and beyond; and "examsmanship," which identifies competencies that facilitate the success of IMGs in residency programs, addressing potential cultural biases in evaluation and examination procedures. By framing these training needs in terms of explicit competencies, trainees and faculty can work together to ensure that the requisite knowledge, attitudes, and skills are developed through teaching, supervision, and evaluation.

### *Cultural Learning Objectives for IMGs*

The outline for cultural formulation (OCF), first introduced in DSM IV,<sup>46</sup> and revised for DSM-5,<sup>47</sup> provides a systemic approach to exploring cultural differences relevant to clinical care.<sup>48,49</sup> We have adapted the 4 core areas of the OCF to identify cultural learning objectives for IMGs (Table 2):

1. Cultural identity of IMGs: The multiple or hybrid cultural identities of IMGs—both personal (e.g., culturally influenced gender and family roles, such as being a father) and professional (e.g., being a physician)—and their potential interactions (e.g., assessing family dysfunction clinically as a father and physician); different levels of language

**Table 1. A Framework for Cultural Curriculum for International Medical Graduates (IMGs) in Psychiatry**

<b>Mapping IMG Needs and Curriculum Outline</b>	
<b>IMG Needs</b>	<b>IMG Competency Based Curriculum Objectives</b>
<b>A. Clinical Training Needs</b>	
1. Dyadic level competency (between psychiatrist and patient/family).	
i. Cultural awareness, safety, respect, and competence:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstrate cultural competence: Capacity to effectively provide care for the diverse Canadian communities including:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ First Nations, Métis, and Inuit,</li> <li>○ Immigration and refugees,</li> <li>○ Ethnocultural and racialized communities.</li> </ul> </li> <li>• Differential population needs based on gender and age including children and the elderly.</li> <li>• Observe “cultural safety:” Actions that recognize, respect and nurture the unique cultural identity of a person and safely meet their needs, expectations and rights.</li> </ul>
ii. Communication:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Use verbal and non-verbal communication skills with patients, families, and professional colleagues.</li> <li>• Demonstrate proficiency in comprehension and expression of language, including common local expression and slang.</li> <li>• Conduct cross-cultural communication effectively, including expression of emotions and empathy.</li> <li>• Work effectively with interpreters and culture brokers.</li> </ul>
iii. Assessment, formulation, and treatment:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conduct comprehensive, patient-centred, culturally appropriate psychiatric assessment with patients of all ages.</li> <li>• Collaboratively develop a biopsychosociocultural treatment plan with the patient/family informed by the assessment.</li> <li>• Implement, monitor, and revise, as appropriate, a management plan.</li> <li>• Deliver evidence-based treatments, including psychotherapy.</li> </ul>
2. Systemic level competency.	
Canadian health care system:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Understand the Canadian health care system.</li> <li>• Become familiar with local jurisdiction, health services, and facilities.</li> <li>• Demonstrate adherence and enactment of relevant legislations and professional practice, including appropriate medical documentation.</li> </ul>
3. Integrated roles as a specialist:	
CanMEDS framework:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Describe, distinguish, and demonstrate the roles under the CanMEDS framework</li> </ul>
<b>B. Personal Transitional Training Needs</b>	
1. Acculturation and adaptation:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflect on own cultural identities, values, and experienced narratives.</li> <li>• Identify conflicts, deficits, and strengths related to cultural differences.</li> <li>• Identify, choose, and make use of acculturative strategies, resources, and opportunities to negotiate cultural differences and resolve acculturative challenges.</li> </ul>
2. Learning styles and strategies:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflect on personal and cultural learning styles and strategies.</li> <li>• Identify learning gaps and use available resources and deliberate strategies to overcome barriers in learning.</li> <li>• Facilitate broadening of learning styles and strategies personally and systemically through interactional dialogue with other learners and faculty.</li> </ul>
3. Examsmanship:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identify potential barriers that contribute to inaccurate results in assessments.</li> <li>• Identify strategies, resources, and helpers that can facilitate a more accurate reflection of performance in assessments.</li> <li>• Advocate for systemic change for examinations that are inequitable.</li> </ul>

CanMEDS (framework delineating physician competency in various roles including medical expert, communicator, collaborator, leader/manager, health advocate, and scholar); IMG, international medical graduate.

proficiency, depending on context (e.g., mastery of English in medical texts v. everyday idioms or dialects); and acculturation strategies that may be differentially employed in different personal to professional domains of life.

cultural and personal belief systems. This highlights the importance of IMGs becoming knowledgeable about culture and adept at addressing these differences, including those originating from their own cultural systems.

2. Cultural concepts of distress: Definitions of normality, expressions of distress, and explanations of symptoms and psychopathology vary with

3. Psychosocial factors, as stressors and sources of strength: Psychosocial factors that affect IMGs include the stressors that immigrants face

**Table 2. Outline for Cultural Enabling Learning Objectives for IMGs**

Cultural Formulation <sup>a</sup>	Culturally Enabling Learning Objectives for IMGs
Cultural identities of IMG:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identify cultural identities of IMG at a personal and professional level.</li> <li>• Consider and enhance language proficiencies as needed.</li> </ul>
Cultural conception of distress:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identify the similarities, differences, and interactions among the models of mental health, illness, and treatment based on:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ IMG's mainstream medical system,</li> <li>○ IMG's indigenous culture,</li> <li>○ Canadian and local medical systems,</li> <li>○ Patient's cultural beliefs.</li> </ul> </li> <li>• Consider cultural differences in ontology, values, and ethics and their impact on concepts of health, illness, and treatment.</li> <li>• Adapt, bridge, or negotiate differences among competing models with patients, families, and other health care providers.</li> </ul>
Psychosociocultural factors, including stressors and strengths:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identify sociocultural stressors as an IMG, and develop strategies and seek support to manage them.</li> <li>• Identify own cultural strengths and skills, and employ them in adaptation, learning, and care delivery.</li> <li>• Collaborate with communities and utilize systemic resources for personal coping and clinical work.</li> <li>• Identify systemic gaps and advocate for change.</li> </ul>
Cultural features of the relationship between IMG and patients:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consider the interaction of gender/cultural differences, role expectations, and power differentials that affect the clinician and patient relationship for IMGs.</li> <li>• Reflect on and develop effective ways of working with transference and countertransference, considering social, cultural, and political factors.</li> <li>• Broaden, enhance, and refine the repertoire of skills as a clinician in the context of IMG treating the diverse Canadian populations.</li> </ul>

IMG, international medical graduate.

<sup>a</sup>Adapted from DSM-5

compounded by the demands of professional training. IMGs also may draw upon specific strengths based on their cultural background, communities, and resources; and they may be in a unique position to advocate for systemic change based on their lived experience of migration.

4. Cultural features of the relationship between IMG and patients: The clinician–patient relationship may be shaped by patient perceptions, and the ways that they understand patients in relevant social contexts.<sup>50</sup> Accurate clinical assessment and treatment (particularly psychotherapy) depend on the quality of this relationship, informed by a shared fund of common experience and an empathic capacity to imagine another's situation and emotions. In addition to mastering verbal and nonverbal communication, IMGs need to become skilled in detecting and resolving problems in transference and countertransference, which may be influenced by cultural stereotypes, implicit norms and values (e.g., paternalistic v. autonomy-based approaches), and on biases, discrimination, historical-political factors, and power differences (e.g., based on gender, ethnicity, race, or social class).<sup>51</sup>

### ***Postgraduate Training Considerations***

Various strategies can be used to ensure integration of the IMG curriculum into the actual training experience of the IMGs (Table 3).

Given that IMGs are a select group of highly motivated learners who have overcome systemic barriers, it is important to engage their capacity for self-learning, including providing resources for clinical and personal transitional learning tasks. The Canadian Psychiatric Association launched its national IMG orientation resource in 2011, which serves as a resource for IMGs entering Canadian psychiatry residency programs.<sup>10</sup> This can be elaborated using the framework and outline presented in Tables 1 and 2. Expanding online resources to provide interactive courses may be an efficient way to disseminate standardized national modules to address IMG learning needs as well as to support more in-depth cultural learning and attitudinal change, which require reflective exercises and experiential activities.<sup>52</sup>

Most core learning needs to occur in the clinical setting. Observership programs before residency may assist with IMG transition.<sup>53</sup> Similarly, community-based clinical

**Table 3. Pedagogical Methods for IMG Culturally Enabling Learning Objectives**

Method	Aim
<p>Guided Self-Learning Activities</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reference materials and resources,</li> <li>• Online courses and mobile apps,</li> <li>• Reflective activities (e.g., journaling, mindfulness activities, experiential activities, etc.).</li> </ul>	Support individual reflection, independent learning, and cultural adaptation by providing methods, resources, and guidance.
<p>Clinical Training</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observership,</li> <li>• Clinical supervision,</li> <li>• Community field-work.</li> </ul>	Provide opportunities for integrated and contextually relevant clinical and cultural training through modeling, practice, and feedback.
<p>One-on-One Learning and Support (with IMG or non-IMG)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pairing with peer(s),</li> <li>• Pairing with mentor(s),</li> <li>• Individual counseling/psychotherapy.</li> </ul>	Create a cultural safe space for learning and support longitudinally.
<p>Group Learning and Support (with other IMGs and/or non-IMGs)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formal educational programs (e.g., orientation day, seminars, film/media discussion groups, etc.),</li> <li>• Non-formal learning events (e.g., retreats, team-building exercises, among others),</li> <li>• Group support (e.g., peer support groups, group psychotherapy, among others).</li> </ul>	Promote learning and support through collective interactions and experiences, which also increase openness to diversity; enhance collaborative skills; and strengthen social networks and supports.

work outside of regular academic placements may be especially helpful for IMGs to understand the diverse communities in Canada.

Although individual supervision can address many of the learning objectives and serve a supportive function for IMGs, it is helpful to provide other opportunities for one-on-one learning and support not associated with formal evaluation, such as through pairing with another IMG peer or mentor who has faced similar challenges. Where this is not feasible, pairing with a non-IMG peer or mentor may also be beneficial if they are culturally competent, can draw on their own cultural experiences of being different, and are sensitized to IMG issues. Personal psychotherapy, often recommended as part of psychotherapy training, may also serve as a useful support and resource for IMGs struggling with the acculturation process.<sup>54</sup>

Some of the IMG cultural learning objectives can also be addressed through trainee groups, which promote reflection through dialogue, enhance collaborative skills, and provide a sense of belonging and support. Psychiatry IMGs and faculty have supported the development of IMG orientation and transition to residency programs to address training gaps.<sup>30,35,55</sup> This can be delivered through front-ended orientation sessions and manuals, either for IMGs as a group or integrated into general orientation for all trainees. Supplementing group discussions with films, literature, and the arts can facilitate reflection on cultural issues, norms, and

values.<sup>56,57</sup> Informal group learning activities, such as through retreats or team-building exercises, can help address the problems of isolation. Involvement of non-IMG residents in IMG-related activities is important not only to increase support for IMGs and improve their immediate learning environment, but also to provide an opportunity for all trainees to develop greater empathic understanding, collegiality, and cultural competence.

### ***Faculty Development***

To ensure successful implementation of the IMG curriculum, faculty development regarding IMG-specific supervision is needed. The Association for Faculties of Medicine in Canada has developed an online faculty development program toolkit to increase teachers' skill sets in educating IMGs.<sup>58</sup> Among other issues, interpretation of feedback by IMG trainees may vary based on cultural differences.<sup>59</sup> An adapted version of the "teaching, learning, and collaborating" model for feedback has been suggested as a way to provide effective feedback to IMGs.<sup>60</sup> Faculty development in cultural competence is especially important to deliver such a cultural curriculum with appropriate feedback, supervision, and support.<sup>61</sup>

Several frameworks have been described that may assist faculty in understanding and supporting IMG training needs.<sup>35</sup> Faculty should be familiar with frameworks on acculturation to appreciate the range of challenges and adaptive strategies of IMGs entering residency programs.<sup>62</sup>

## **Realizing the Potential of IMGs to Contribute to Culturally Safe and Responsive Mental Health Care Systems**

IMGs present a potential resource for enhancing the Canadian health care system because of the range and depth of their cultural, linguistic, and international experience. Some IMGs have had experience providing medical services in large-scale conflicts, endured multiple migrations, or have had other experiences that may enhance their ability to understand and work with certain vulnerable populations. Addressing IMG cultural competence is important, as they may be called upon to work in underserved areas to fulfill return of service requirements as mandated in most provinces.

Enabling IMGs to make effective use of their unique cultures, additional knowledge, and skills to improve the accessibility and quality of mental health care requires specific training and structural changes in the health care system. This will ensure that IMGs are not exploited based on ethnocultural stereotypes, that they are trained in models and strategies for integrating their cultural knowledge into care, and that the health care system provides the essential resources needed to deliver culturally competent care in an equitable way.

### ***Limitations of Ethnic Matching***

Ethnolinguistic matching may facilitate the clinical encounter by improving communication, mutual understanding, and cultural safety, as well as address the underrepresentation of marginalized groups in the health care work force. However, ethnolinguistic matching often is imprecise, and inaccurate assumptions by patient or practitioner about shared identity and understanding can potentially lead to clinical misunderstandings and misalliance.<sup>63</sup>

Although ethnocultural minority clinicians (who may have been born, raised, and trained in Canada) may recognize the opportunity to provide specialized care for patients with similar backgrounds, many clinicians are concerned about being ethno-racially restricted in ways that devalue their broader competence and technical expertise.<sup>64</sup> Similar concerns may equally apply to IMG trainees.

### ***Training to Facilitate Effective Use of Cultural Knowledge***

Capitalizing on IMG diversity in mental health services requires turning implicit cultural knowledge and skills into conscious assets and expertise. The effective use of cultural knowledge also requires addressing the

complexities of relationships between IMGs and their non-IMG colleagues, patients, and communities. Developing cultural competence requires openness to diversity and a willingness to address one's own identity and experiences regarding issues of marginalization and discrimination.<sup>52,65</sup>

Frameworks from cultural psychiatry can help IMGs negotiate training successfully and learn how to make effective use of their own breadth of cultural and linguistic knowledge to meet the needs of patients as well as help colleagues and institutions respond to the needs of Canada's increasingly diverse population. The guidelines for training in cultural psychiatry developed by the CPA are relevant to the training of IMGs.<sup>61</sup>

### ***Institutional and Health Care System Change***

Institutional settings can be made more welcoming and safe by allocating resources to ensure sufficient time and space to adequately explore and address cultural and linguistic differences.<sup>66</sup> "Safe spaces" are needed where IMGs, their colleagues, and faculty can reflect together on the relevance of cultural differences to mental health problems. This will require attention to institutional racism and discrimination that may exist in subtle forms.<sup>67-69</sup>

At the level of health systems, capitalizing on IMGs' cultural expertise may also require facilitating pathways that allow patients to find appropriate care, and creating opportunities for IMGs to consult with and train their colleagues to respond more appropriately. At both the institutional and health care system levels, addressing the legacy of colonization in Canada's relationship to indigenous peoples and the transgenerational effects of other historical events that have affected specific groups may raise awareness of such issues and facilitate discussion about similar forms of discrimination experienced by minority IMGs.<sup>70-74</sup>

## **Conclusion: Implications for Training and Continuing Professional Development**

IMGs face multiple obstacles in pursuing psychiatric training, including bias in the residency selection process; challenges in their own migration and acculturation; and the need to learn about new health systems, modes of practice, and social contexts relevant to psychiatric assessment and treatment. Ethnocultural minority IMGs may face stereotyping and discrimination both within training programs and in practice settings. Regional and national regulatory bodies need to ensure that programs



do not engage in discriminatory practices in the IMG selection and training processes, and work together to address potential sources of bias. Trainees and practitioners need collegial support and strategies for dealing with this kind of prejudice. Discrimination reflects larger societal problems of institutionalized racism and intolerance. In addition to the focus on addressing inequity and promoting care of diverse patients, there needs to be a similar focus on the diversity of IMGs to facilitate cultural safety and competence in their training environment and in the health care system.

The diversity in IMG experience parallels the diversity in the multicultural patient population that enriches Canadian society. Capitalizing on this diversity by enabling IMGs to articulate and systematically apply their cultural knowledge will significantly improve the Canadian health care system. In recognizing the value of IMGs' unique knowledge and experience, training programs and health care institutions can create opportunities for IMGs to share their knowledge both by educating their colleagues and by supporting broader systemic initiatives to address diversity in health care. Finally, it is important to emphasize that IMG issues are dynamic and will require IMG input for solutions. Forums that bring together current and past IMGs at national, provincial, and individual program levels could allow IMGs to share their experiences and contribute to strategies to address the challenges and opportunities identified in this paper.

## Glossary

CACMS	Committee on Accreditation of Canadian Medical Schools
CanMEDS	Framework delineating physician competency in various roles including medical expert, communicator, collaborator, leader/manager, health advocate, and scholar
CaRMS	Canadian Resident Matching Service
CMG	Canadian medical graduate
IMG	International medical graduate
LCME	Liaison Committee on Medical Education
MMI	Multiple mini-interview
NAC	National Assessment Collaboration
OCF	Outline for cultural formulation (DSM-5)
OSCE	Objective Structured Clinical Examination
USMG	US medical graduate

## References

- Royal College of Physicians & Surgeons of Canada. Available from: [http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/credentials/start/routes/international\\_medical\\_graduates](http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/credentials/start/routes/international_medical_graduates).
- Boulet JR, Cooper RA, Seeling SS, et al. US citizens who obtain their medical degrees abroad: An overview, 1992-2006. *Health Affairs*. 2009;28(1):226.
- Spike NA. International medical graduates: The Australian perspective. *Acad Med*. 2006;81(9):842.
- Hallock JA, Kostis JB. Celebrating 50 years of experience: An ECFMG perspective. *Acad Med*. 2006;81(12 Suppl):S7–S16.
- Sandhu D. Current dilemmas in overseas doctors' training. *Postgrad Med J*. 2005;81(952):79-82.
- Szafran O, Crutcher RA, Banner SR, et al. Canadian and immigrant international medical graduates. *Can Family Phys*. 2005;51: 1242-1243.
- Rao NR, Kramer M, Saunders R, et al. An annotated bibliography of professional literature on international medical graduates. *Acad Psychiatry*. 2007;31(1):68-83.
- Fiscella K, Roman-Diaz M, Lue BH, et al. "Being a foreigner, I may be punished if I make a small mistake": Assessing transcultural experiences in caring for patients. *Family Pract*. 1997;14(2): 112-116.
- Association of American Medical Colleges Liaison Committee on Medical Education. Functions and structure of a medical school: Standards for accreditation of medical education programs leading to the MD degree: Association of American Medical Colleges; 2003.
- Orienting international medical graduates to psychiatry residency training in Canada: A Canadian Psychiatric Association manual. Canadian Psychiatric Association; 2011. Available from: <http://www.cpa-apc.org/cpa-guide-en/index.html>.
- Audas R, Ross A, Vardy D. The use of provisionally licensed international medical graduates in Canada. *Can Med Assoc J*. 2005; 173(11):1315-1316.
- Dauphinee WD. The circle game: Understanding physician migration patterns within Canada. *Acad Med*. 2006;81(12 Suppl): S49-S54.
- Watanabe M, Comeau M, Buske L. Analysis of international migration patterns affecting physician supply in Canada. *Healthcare Policy*. 2008;3(4): e129-e138.
- Thind A, Freeman T, Cohen I, et al. Characteristics and practice patterns of international medical graduates: How different are they from those of Canadian-trained physicians? *Can Family Physic*. 2007;53(8):1330-1331.
- Whitcomb ME, Miller RS. Participation of international medical graduates in graduate medical education and hospital care for the poor. *JAMA*. 1995;274(9):696-699.
- Dove N. Can international medical graduates help solve Canada's shortage of rural physicians? *Can J Rural Med*. 2009;14(3): 120-123.
- Klein D, Hofmeister M, Lockyear J, et al. Push, pull, and plant: The personal side of physician immigration to Alberta, Canada. *Fam Med*. 2009;41(3):197-201.
- Wong A, Lohfeld L. Recertifying as a doctor in Canada: International medical graduates and the journey from entry to adaptation. *Med Educ*. 2008;42(1):53-60.
- McMahon GT. Coming to America — International medical graduates in the United States. *N Engl J Med*. 2004;350(24): 2435-2437.
- Hall P, Keely E, Dojeiji S, et al. Communication skills, cultural challenges and individual support: Challenges of international medical graduates in a Canadian healthcare environment. *Med Teach*. 2004;26(2):120-125.
- Eckhart NL. Perspective: Private schools of the Caribbean: Outsourcing medical education. *Acad Med*. 2010;85(4):622.

22. Johnson K, Hagopian A, Veninga C, et al. The changing geography of Americans graduating from foreign medical schools. *Acad Med.* 2006;81(2):179-184.
23. Rao NR, Rao UK, Cooper RA. Indian medical students' views on immigration for training and practice. *Acad Med.* 2006;81(2):185-188.
24. Crutcher RA, Banner SR, Szafran O, et al. Characteristics of international medical graduates who applied to the CaRMS 2002 match. *CMAJ.* 2003;168(9):1119-1123.
25. Atri A, Matorin A, Ruiz P. Integration of international medical graduates in U.S. psychiatry: The role of acculturation and social support. *Acad Psychiatry.* 2011;35(1):21-26.
26. Bates J, Andrew R. Untangling the roots of some IMG's poor academic performance. *Acad Med.* 2001;76(1):43-46.
27. Zulla R, Baerlocher MO, Verma S. International medical graduates (IMGs) needs assessment study: Comparison between current IMG trainees and program directors. *BMC Med Educ.* 2008;8:42.
28. Mok PS, Baerlocher MO, Abrahams C, et al. Comparison of Canadian medical graduates and international medical graduates in Canada: 1989-2007. *Acad Med.* 2011;86(8):962-967.
29. Beran TN, Violato E, Faremo S, et al. Ego identity development in physicians: A cross-cultural comparison using a mixed method approach. *BMC Res Notes.* 2012;5:249.
30. Sockalingam S, Hawa R, Al-Batran M, et al. Preparing international medical graduates for psychiatry residency: A multi-site needs assessment. *Acad Psychiatry.* 2012;36(4):277-281.
31. Whelan GP. Commentary: Coming to America: The integration of international medical graduates into the American medical culture. *Acad Med.* 2006;81(2):176-178.
32. Kalra G, Bhugra DK, Shah N. Identifying and addressing stresses in international medical graduates. *Acad Psychiatry.* 2012;36(4):323-329.
33. Gozu A, Kern DE, Wright SM. Similarities and differences between international medical graduates and U.S. medical graduates at six Maryland community-based internal medicine residency training programs. *Acad Med.* 2009;84(3):385-390.
34. Salmonsson L. The "other" doctor: Boundary work within the Swedish medical profession [dissertation]. [Uppsala, Sweden]: Uppsala University; 2014.
35. Sockalingam S, Khan A, Tan A, et al. A framework for understanding international medical graduate challenges during transition into fellowship programs. *Teach Learn Med.* 2014;26(4):401-408.
36. Moore RA, Rhodenbaugh EJ. The unkindest cut of all: Are international medical school graduates subjected to discrimination by general surgery residency programs? *Curr Surg.* 2002;59(2):228-236.
37. Chen PG, Curry LA, Bernheim SM, et al. Professional challenges of non-U.S.-born international medical graduates and recommendations for support during residency training. *Acad Med.* 2011;86(11):1383-1388.
38. Shiroma PR, Alarcon RD. Selection factors among international medical graduates and psychiatric residency performance. *Acad Psychiatry.* 2010;34(2):128-131.
39. Coverdale JH, Balon R, Roberts LW. Which educational programs promote the success of international medical graduates in psychiatry training? *Acad Psychiatry.* 2012;36(4):263-267.
40. Balon R, Mufti R, Williams M, et al. Possible discrimination in recruitment of psychiatry residents? *Am J Psychiatry.* 1997;154(11):1608-1609.
41. Desbiens NA, Vidaillet HJ Jr. Discrimination against international medical graduates in the United States residency program selection process. *BMC Med Educ.* 2010;10:5.
42. Nasir LS. Evidence of discrimination against international medical graduates applying to family practice residency programs. *Fam Med.* 1994;26(10):625-629.
43. Hofmeister M, Lockyer J, Crutcher R. The multiple mini-interview for selection of international medical graduates into family medicine residency education. *Med Educ.* 2009;43(6):573-579.
44. Medical Council of Canada. National Assessment Collaboration OSCE station description. 2015; Available from: <http://mcc.ca/examinations/nac-overview/osce-station-therapeutics-descriptions/>.
45. Hall P, Keely E, Dojeiji S, et al. Communication skills, cultural challenges and individual support: Challenges of international medical graduates in a Canadian healthcare environment. *Med Teach.* 2004;26(2):120-125.
46. American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
47. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5 ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
48. Mezzich J, Kleinman A, Fabrega H Jr., et al, eds. Culture and psychiatric diagnosis. Washington: American Psychiatric Press; 1996.
49. Lewis-Fernandez R, Aggarwal N, Hinton L, et al, eds. DSM-5 handbook on the cultural formulation interview. Washington: American Psychiatric Press; 2015.
50. Kirmayer LJ. Empathy and alterity in cultural psychiatry. *Ethos.* 2008;36(4):457-474.
51. Comas-Diaz L, Jacobsen FM. Ethnocultural transference and countertransference in the therapeutic dyad. *Am J Orthopsychiatry.* 1991;61(3):392-402.
52. Guzder J, Rousseau C. A diversity of voices: The McGill "Working with Culture" seminars. *Cult Med Psychiatry.* 2013;37(2):347-364.
53. Hamoda HM, Sacks D, Sciolla A, et al. A roadmap for observership programs in psychiatry for international medical graduates. *Acad Psychiatry.* 2012;36(4):300-306.
54. Rao NR. Psychodynamic psychotherapy training as acculturative experience for international medical graduates: A commentary. *Acad Psychiatry.* 2012;36(4):271-276.
55. Sockalingam S, Thiara G, Zaretsky A, et al. A Transition to residency curriculum for international medical graduate psychiatry trainees. *Acad Psychiatry.* 2016;40(2):353-355.
56. Sierles FS. Using film as the basis of an American culture course for first-year psychiatry residents. *Acad Psychiatry.* 2005;29(1):100-104.
57. Lim RF, Diamond RJ, Chang JB, et al. Using non-feature films to teach diversity, cultural competence, and the DSM-IV-TR outline for cultural formulation. *Acad Psychiatry.* 2008;32(4):291-298.
58. Amit Z, Baum M. Comment on the increased resistance-to-extinction of an avoidance response induced by certain drugs. *Psycholog Rep.* 1970;27(1):310.
59. Hofstede G. Cultural differences in teaching and learning. *Int J Intercult Relat.* 1986;10(3):301-320.
60. Tan A, Hawa R, Sockalingam S, et al. (Dis)orientation of international medical graduates: An approach to foster teaching,

- learning, and collaboration (TLC). *Acad Psychiatry*. 2013;37(2): 104-107.
61. Kirmayer LJ, Fung K, Rousseau C, et al. Guidelines for training in cultural psychiatry. *Can J Psychiatry*. 2012;57: Suppl 1–16.
62. Berry JW. Conceptual approaches to acculturation. In: Chun KM, Organista PB, Marin G, editors. *Acculturation: Advances in theory, measurement and applied research*. Washington, D.C.: American Psychological Association; 2003. p. 17-37.
63. Arcia E, Sanchez-LaCay A, Fernandez MC. When worlds collide: Dominican mothers and their Latina clinicians. *Transcultural Psychiatry*. 2002;39(1):74-96.
64. Weinfeld M. The challenge of ethnic match: Minority origin professionals in health and social services. In: Troper H, Weinfeld M, editors. *Ethnicity, politics, and public policy: Case studies in Canadian diversity*. Toronto: University of Toronto Press; 1991. p. 117-141.
65. Kirmayer LJ. Embracing uncertainty as a path to competence: cultural safety, empathy, and alterity in clinical training. *Cult Med Psychiatry*. 2013;37(2):365-372.
66. Fung K, Lo HT, Srivastava R, et al. Organizational cultural competence consultation to a mental health institution. *Transcult Psychiatry*. 2012;49(2):165-184.
67. Bhui K, Ascoli M, Nuamh O. The place of race and racism in cultural competence: What can we learn from the English experience about the narratives of evidence and argument? *Transcult Psychiatry*. 2012;49(2):185-205.
68. Corneau S, Stergiopoulos V. More than being against it: Anti-racism and anti-oppression in mental health services. *Transcult Psychiatry*. 2012;49(2):261-282.
69. Kirmayer LJ. Critical psychiatry in Canada. In: Moodley R, Ocampo M, editors. *Critical psychiatry in Canada*. New York: Routledge; 2014. p. 170-181.
70. Brascoupé S, Waters C. Cultural safety: Exploring the applicability of the concept of cultural safety to Aboriginal health and community wellness. *Int J Indig Health*. 2009;5(2).
71. The Indigenous Physicians Association of Canada, The Royal College of Physicians & Surgeons of Canada. *Cultural safety in practice: A curriculum for family medicine residents and physicians*. Winnipeg & Ottawa: IPAC-RCPC Family Medicine Curriculum Development Working Group; 2009.
72. Koptie S, Irihapeti Ramsden. The public narrative on cultural safety. *First Peoples Child Fam Rev*. 2009;4(2):30-43.
73. Smye V, Josewski V, Kendall E. Cultural safety: An overview. Ottawa: First Nations, Inuit and Métis Advisory Committee, Mental Health Commission of Canada; 2010.
74. Shah CP, Reeves A. Increasing Aboriginal cultural safety among health care practitioners. *Can J Public Health*. 2012;103(5): e397.



## Diplômés internationaux en médecine, résidents en psychiatrie : Enjeux culturels de la formation et du perfectionnement professionnel continu

Laurence J. Kirmayer, MD, FRCPC, FCAHS, FRSC<sup>1</sup>; Sanjeev Sockalingam, MD, MHPE, FRCPC<sup>2</sup>;  
Kenneth Po-Lun Fung, MD, FRCPC, MSc<sup>3</sup>; William P. Fleisher, MD, FRCPC<sup>4</sup>;  
Ademola Adeponle, MBBS, MSc<sup>5</sup>; Venkat Bhat, MD, FRCPC<sup>6</sup>; Alpna Munshi, MD, FRCPC<sup>7</sup>;  
Soma Ganesan, MD, FRCPC<sup>8</sup>

*Un énoncé de principe élaboré par le Comité de l'éducation de l'Association des psychiatres du Canada et approuvé par le Conseil d'administration de l'APC, le 15 août 2016.*

### Introduction

L'expression « Diplômé international en médecine » (DIM) désigne « un médecin qui a été diplômé d'une faculté de médecine à l'extérieur du pays où il entend exercer la médecine »<sup>1</sup>. Au Canada, les DIM sont des médecins qui ont reçu leur formation médicale à l'extérieur du Canada ou des États-Unis, et qui

poursuivent ou entendent poursuivre leur formation de résidence postdoctorale au Canada. Un nombre croissant de DIM contribuent aux soins médicaux partout dans le monde, et constituent présentement 31% de la main-d'œuvre au Royaume-Uni, 25% aux États-Unis, 20% en Australie, et 23% au Canada<sup>2-5</sup>. L'expérience des DIM présente des caractéristiques uniques dans chaque pays, selon le contexte historique local et les critères

<sup>1</sup> Professeur et directeur James McGill, division de la psychiatrie sociale et transculturelle, Université McGill, Montréal, Québec; rédacteur en chef, *Transcultural Psychiatry*; directeur, unité de recherche sur la culture et la santé mentale, Institut de psychiatrie communautaire et familiale, Hôpital général juif, Montréal, Québec

<sup>2</sup> Psychiatre, Centre de santé mentale, Réseau universitaire de santé; professeur agrégé, département de psychiatrie, Université de Toronto; Centre Researcher, Wilson Centre, Université de Toronto, faculté de médecine et Réseau universitaire de santé, Toronto, Ontario

<sup>3</sup> Professeur agrégé, département de psychiatrie, Université de Toronto; directeur clinique, Asian Initiative in Mental Health, Toronto Western Hospital, Réseau universitaire de santé, Toronto, Ontario

<sup>4</sup> Directeur, affaires universitaires, professeur, département de psychiatrie, Max Rady College of Medicine, Rady Faculty of Health Sciences, Université du Manitoba, Winnipeg, Manitoba

<sup>5</sup> Résident en psychiatrie, Université McGill, Montréal, Québec

<sup>6</sup> Fellow, département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto, Ontario

<sup>7</sup> Professeure adjointe et directrice de la formation des diplômés internationaux en médecine, département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto, Ontario

<sup>8</sup> Professeur clinique, département de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, Colombie-Britannique; directeur, programme interculturel, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, Colombie-Britannique

© Copyright 2018, Association des psychiatres du Canada. Tous droits réservés. Ce document ne peut être reproduit sans la permission écrite de l'APC. Les commentaires des membres sont les bienvenus et seront acheminés au conseil ou au comité adéquat de l'APC. Veuillez adresser toute correspondance et demande d'exemplaires au président, Association des psychiatres du Canada, 141, av. Laurier Ouest, bureau 701, Ottawa ON K1P 5J3; tél. : 613-234-2815; téléc. : 613-234-9857; courriel : president@cpa-apc.org. Numéro de référence : 2017-61.

**Note:** L'Association des psychiatres du Canada observe la politique de réviser chaque énoncé de principe, énoncé de politique, et toutes les lignes directrices de pratique clinique à tous les 5 ans après la publication ou la dernière révision. Tout document qui a été publié il y a plus de 5 ans et qui ne contient aucune mention explicite qu'il a été révisé et conservé à titre de document officiel de l'APC, soit après des révisions ou tel que publié à l'origine, doit être considéré uniquement comme une référence historique.

d'admission changeants qui reflètent les fluctuations des besoins et des politiques des pays d'accueil avec le temps<sup>6,7</sup>. Toutefois, l'expérience des DIM est souvent ardue, et le processus d'obtention de la certification est habituellement long et semé d'embûches<sup>6-8</sup>.

Des initiatives récentes ont été prises pour aborder les problèmes naissants liés à la formation et la certification des DIM. Le présent énoncé de principe s'attaque aux problèmes liés à la formation et au perfectionnement professionnel continu des DIM, et met l'accent sur 2 questions principales :

1. Quels sont les besoins spécifiques de formation des DIM afin qu'ils puissent faire la transition, d'un point de vue culturel, entre leur formation au pays d'origine et un travail efficace dans le contexte canadien?
2. De quelles façons les connaissances et compétences culturelles, linguistiques et autres des DIM peuvent-elles être développées davantage durant leur formation clinique et utilisées dans leur travail subséquent pour améliorer la prestation des soins de santé mentale à la population diversifiée du Canada?

Cet énoncé portera particulièrement sur les questions de formation liées à la culture, notamment celles qui sont liées aux connaissances et compétences techniques, ce dont se préoccupent les organismes d'accréditation et les autorités de réglementation.

## Diversité parmi les DIM

En Amérique du Nord, le Comité de liaison sur l'éducation médicale (LCME), qui agréé les facultés de médecine aux États-Unis, coopère avec le Comité d'agrément des facultés de médecine du Canada (CAFMC) pour agréer les facultés de médecine au Canada<sup>9</sup>. Un médecin qui est diplômé d'une faculté de médecine non agréée par le LCME est considéré comme étant un DIM. Les diplômés en médecine qui désirent poursuivre une formation postdoctorale (peu importe leur pays d'origine) doivent faire une demande de résidence au Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS)<sup>10</sup>. Le CaRMS répartit les DIM en 2 catégories : 1) DIM Immigrant-CaRMS; et 2) DIM natif du Canada/États-Unis-CaRMS<sup>10</sup>.

Outre le CaRMS, l'accès à un programme canadien de résidence se fait entre autres : 1) par un visa DIM parrainé par un pays (visa DIM); et 2) par un programme pour les DIM immigrants entrant au Canada après avoir terminé une résidence dans leur pays d'origine (immigrants DIM). Les visas DIM ont accès à des postes surnuméraires de

formation en résidence basés sur des ententes entre le Canada et leurs pays d'origine (communément du Moyen-Orient), et les candidats sont censés retourner dans leur pays d'origine au terme de leur formation. Les immigrants DIM ont terminé leur formation postdoctorale dans leur pays d'origine et obtenu des équivalences des autorités provinciales de réglementation et des organismes d'agrément nationaux pour exercer la psychiatrie<sup>11,12</sup>. Ce dernier contingent de DIM a historiquement comporté de nombreux médecins d'anciens pays du Commonwealth<sup>13</sup>, et ces DIM ont souvent été appelés à répondre aux besoins de régions sous-desservies du pays<sup>14-16</sup>. Les DIM psychiatres ont grandement contribué à la psychiatrie canadienne dans des rôles clés d'administration, d'enseignement et de recherche.

Même si l'hétérogénéité est considérable dans chaque grande catégorie de DIM, en ce qui concerne le pays d'origine et les attentes subséquentes à la formation, il y a de nombreuses expériences communes<sup>17</sup>. Alors que les DIM natifs du Canada et des États-Unis réintègrent les systèmes canadiens d'éducation et de santé, les immigrants DIM peuvent faire face à des difficultés culturelles additionnelles liées à leur propre acculturation<sup>8,18-20</sup>. Les visas DIM doivent saisir les enjeux culturels en contexte canadiens durant leur formation de résidence et doivent aussi considérer l'adaptation culturelle nécessaire des connaissances acquises durant cette résidence aux contextes de soins de santé de leur pays d'origine au moment où ils y retournent.

Au Canada, les origines des DIM ont changé au cours des années. Au début, les DIM provenaient souvent d'Europe, et ensuite, il y a eu des médecins originaires des pays du Commonwealth<sup>13</sup>, et des citoyens canadiens ou américains formés dans les facultés de médecine des Caraïbes<sup>21,22</sup>. Plus récemment, les origines des DIM entrant dans le système canadien reflètent les principaux modèles de l'immigration et de la mondialisation<sup>7,23</sup>.

## Caractéristiques distinctes de l'expérience des DIM

Les DIM font face à des enjeux distincts liés à leurs expériences de vie passée, leur expérience de formation, le parcours de leur carrière, leur expérience migratoire, et le risque d'exposition à la discrimination. Comparés aux diplômés canadiens en médecine (DCM), les DIM sont plus susceptibles d'être de sexe masculin, plus âgés (mi-vingtaine ou fin de quarantaine), et d'avoir précédemment exercé la médecine pour différentes périodes de temps<sup>24</sup>. L'âge, le sexe, l'appartenance

ethnique, la formation antérieure et l'expérience de travail, le parcours migratoire, les contextes locaux d'immigration, et les préférences de recrutement des médecins influencent tous l'expérience du DIM.

Les DIM immigrants stagiaires peuvent connaître de plus grandes difficultés comparativement aux DIM qui ont habité ou ont été formés dans le pays où ils effectuent leur résidence. Une étude de 108 DIM de 70 différents programmes de formation de résidence et de fellowship en psychiatrie menée aux États-Unis a identifié des difficultés d'acculturation, un mauvais soutien social, et un statut plus junior comme prédicteurs d'une santé mentale compromise durant l'adaptation à la résidence<sup>25</sup>.

Les expériences de formation postdoctorale des DIM diffèrent de celles des DCM<sup>24,26-30</sup>. Les études américaines, britanniques et australiennes notent également des différences d'expériences entre les DIM et les diplômés en médecine formés chez eux<sup>31,32</sup>. Comparés aux DCM, les DIM ont tendance à expérimenter plus d'incertitude pour obtenir des postes de formation, suivent un chemin plus long pour entrer en formation postdoctorale, vivent plus d'isolement et d'aliénation sociale, et peuvent être confrontés à des préjugés de la part des institutions canadiennes et des collègues<sup>26,29</sup>. Les DIM peuvent aussi éprouver des difficultés relativement à la langue, aux différences de formation médicale, au temps écoulé depuis l'obtention du diplôme ou la dernière expérience clinique, à la situation de vie et aux obligations financières, au stress associé à l'état de migrant, aux différences culturelles dans les styles de communication, dans le rapport à l'autorité, aux rôles masculins et féminins et au statut des médecins<sup>26</sup>. Les DIM capables de surmonter ces difficultés sont susceptibles de ressentir moins de fatigue, une meilleure estime de soi et plus de croissance personnelle<sup>33</sup>.

Une étude qualitative a constaté que les DIM formés à l'étranger et qui obtiennent une recertification au Canada traversent 3 phases d'ajustement : 1) la perte, y compris la perte d'identité professionnelle et de statut, et la dévaluation professionnelle; 2) la désorientation, et une confusion autour de la compréhension des rôles et des responsabilités escomptés; et 3) l'adaptation<sup>18</sup>. Une analyse des entrevues de DIM nés au Canada a montré que les thèmes de perte, de désorientation, et d'adaptation, bien que présents, étaient moins intenses que chez les DIM nés à l'étranger.

Confrontés aux enjeux d'acculturation et de discrimination, les DIM nés à l'étranger peuvent continuer à se sentir comme des étrangers,

particulièrement lorsqu'ils ne partagent pas la même ethnicité que les groupes sociaux dominants de leur nouveau pays<sup>34</sup>. Bien que les taux de discrimination liés au fait d'être un DIM soient d'environ 30% dans certaines études<sup>35</sup>, les données sont limitées. Des études d'autres domaines de formation médicale suggèrent que la discrimination à l'égard des DIM peut influencer la sélection des candidats à la résidence<sup>36</sup> et entraîner un sentiment d'isolement des pairs<sup>37</sup>.

## **Processus de sélection de résidence pour les DIM**

Les DIM contribuent de façon significative à titre de prestataires de soins de santé en Amérique du Nord, car ils sont souvent chargés de traiter les populations défavorisées et marginalisées<sup>25</sup>. Même si nombre de DIM choisissent la psychiatrie comme spécialité<sup>38,39</sup>, il a été montré que les DIM se butent à des obstacles dans le processus de sélection, et que parfois, ils doivent surmonter des contraintes majeures pour obtenir une place dans les programmes nord-américains de résidence en psychiatrie. Ces obstacles persistent malgré la pénurie de psychiatres dans certaines régions du pays, et le fait que certains programmes aient du mal à combler leurs postes de résidence<sup>40</sup>.

La littérature documente 3 principaux problèmes dans le processus de sélection de résidence pour les DIM, qui méritent d'être davantage étudiés : 1) les enjeux de partialité et de discrimination à l'endroit des DIM dans le processus de sélection de résidence; 2) les limitations dans l'évaluation de la sélection de DIM; et 3) l'absence d'un accord sur les lignes directrices utilisées pour choisir les DIM<sup>38</sup>.

### ***Partialité et discrimination***

Plusieurs études ont examiné le potentiel de partialité ou de discrimination dans le processus de sélection des DIM<sup>41</sup>. Une étude expérimentale des programmes américains de formation de résidence en psychiatrie a constaté un taux de réponse plus élevé et des réponses plus positives aux demandes d'information des diplômés américains en médecine (DAM) comparativement aux DIM<sup>40</sup>. Des études visant des programmes de résidence en médecine familiale<sup>42</sup> et en chirurgie<sup>36</sup> ont observé un potentiel semblable de discrimination dans le processus de sélection des DIM. Ces études soulignent le besoin de rechercher s'il existe une discrimination systémique au niveau institutionnel dans les programmes de résidence canadiens.

### ***Limites des instruments d'évaluation existants***

Les examens écrits ont une fiabilité limitée pour évaluer les compétences cliniques qui relèvent de la formation psychiatrique<sup>38</sup> et une fiabilité incertaine quand il s'agit de candidats de cultures ou de contextes différents. Une étude utilisant les multiples mini-interviews (MMI)—une méthode d'entrevue fiable et validée pour évaluer les candidats aux facultés de médecine—dans un échantillon de DIM candidats à la résidence en médecine familiale en Alberta suggère que les compétences qui sont difficiles à quantifier, comme le professionnalisme, peuvent être évaluées de façon normalisée; toutefois, l'effet sur le biais potentiel du processus d'évaluation demeure inconnu<sup>43</sup>.

Depuis 2015, l'Examen clinique objectif structuré (ECOS) de la Collaboration nationale en matière d'évaluation (CNE) est une exigence obligatoire pour tous les DIM candidats à des programmes de résidence dans toutes les provinces, excepté la Saskatchewan. Selon le site Web du Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS), l'ECOS de la CNE (qui consiste en des stations cliniques présentant des scénarios cliniques typiques) évalue la préparation des DIM à entrer dans des programmes de résidence postdoctorale au Canada. Cet examen national normalisé vérifie les connaissances, les compétences, et les attitudes essentielles à la formation postdoctorale au Canada<sup>44</sup>.

Le recours à un instrument d'évaluation des DIM normalisé dans tout le pays pourrait accroître la validité, la transparence, et l'équité du processus d'évaluation. Cependant, les mesures existantes n'évaluent pas la capacité des DIM à s'adapter au stress de la migration, de l'acculturation, de la formation et de la pratique<sup>25</sup>. Ces mesures ne captent pas non plus les compétences et les expériences cliniques uniques que peuvent apporter les DIM et susceptibles d'améliorer la psychiatrie canadienne.

### ***Besoin de lignes directrices pour la sélection***

La littérature suggère le besoin de lignes directrices nationales pour l'évaluation des DIM en plus des examens écrits et cliniques traditionnels. Les organismes de réglementation ont un rôle à jouer pour faire en sorte que des méthodes d'évaluation justes soient employées, et que les pratiques discriminatoires soient identifiées et éliminées. Desbiens et Vidaillet<sup>41</sup> demandent aux organisations médicales de prendre position comme l'a fait l'American Psychiatric Association, qui a publié un énoncé contre la discrimination à l'égard des DIM<sup>41</sup>. Offrir aux directeurs de formation postdoctorale des lignes directrices claires et des méthodes normalisées pour sélectionner les candidats DIM peut contribuer à prévenir la discrimination éventuelle.

## **Formation postdoctorale et perfectionnement professionnel continu pour les DIM**

Un sondage mené auprès de DIM commençant une formation de résidence en médecine interne et en médecine familiale a constaté que les domaines les plus difficiles pour les DIM arrivants étaient la connaissance du système de santé canadien, les formulaires pharmaceutiques et hospitaliers, et le système hospitalier<sup>27</sup>. La seule étude canadienne axée sur la psychiatrie et examinant les besoins de formation des DIM a observé que ceux-ci avaient le plus de difficultés autour des connaissances du système de santé mentale canadien, de la santé mentale fondée sur les données probantes, et de la documentation médicale<sup>30</sup>. En outre, les DIM dont l'anglais n'était pas la langue première éprouvaient des difficultés significatives avec les obstacles linguistiques et l'isolement social durant la transition aux programmes de résidence en psychiatrie<sup>30</sup>. Les défis à l'égard de la connaissance du système de santé et de la capacité à s'ajuster au programme de formation en psychothérapie étaient plus grands pour les personnes ayant séjourné moins d'un an dans la ville où ils poursuivaient leur résidence<sup>30</sup>. Pour les stagiaires plus âgés, les difficultés étaient entre autres de comprendre le système hospitalier local et la documentation médicale et de concilier vie professionnelle et vie privée<sup>35</sup>. Ces résultats mettent en évidence le double défi d'apprentissage qui incombe aux DIM qui doivent simultanément maîtriser leur rôle de résident en psychiatrie et s'adapter à la migration<sup>37</sup>.

Les directeurs de programme et les superviseurs des DIM ont cerné des préoccupations additionnelles au sujet des aptitudes à la communication des DIM, précisément dans l'utilisation du langage familier, la compréhension des idiomes linguistiques ou du jargon, et la communication au sein d'équipes interprofessionnelles<sup>27,35,45</sup>. Des superviseurs de DIM ont exprimé des préoccupations à l'égard des compétences cliniques des DIM<sup>27,35</sup>, qui peuvent refléter la variabilité de la formation des DIM avant leur entrée dans des programmes de formation de résidence.

## **Un cadre pour un programme d'études culturelles pour les DIM en psychiatrie**

Pour faciliter la formation des DIM, nous proposons un cadre pour un programme d'études des DIM basé sur les compétences (Tableau 1). Les besoins transitionnels d'éducation tant cliniques que personnels sont importants et s'appuient les uns sur les autres. Les compétences cliniques peuvent se diviser en 3 parties : 1) les

**Tableau 1. Un cadre de programme d'études culturelles pour les diplômés internationaux en médecine (DIM) résidents en psychiatrie**

<b>Configuration des besoins des DIM et présentation du programme d'études</b>	
<b>Besoins des DIM</b>	<b>Objectifs du programme d'études des DIM basé sur les compétences</b>
<b>A. Besoins de formation clinique.</b>	
1. Compétence de niveau dyadique (entre psychiatre et patient/famille).	
i. Sensibilité, sécurité, respect et compétence culturelles :	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Démontrer la compétence culturelle : la capacité de prodiguer efficacement des soins aux diverses communautés canadiennes, notamment :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Premières Nations, Métis, et Inuit,</li> <li>○ Immigrants et réfugiés,</li> <li>○ Communautés ethnoculturelles et racialisées.</li> </ul> </li> <li>• Besoins différentiels de la population selon le sexe et l'âge, y compris les enfants et les personnes âgées.</li> <li>• Établir la « sécurité culturelle ». Actions qui reconnaissent, respectent, et nourrissent l'identité culturelle unique d'une personne et qui répondent en toute sécurité à ses besoins, ses attentes et ses droits.</li> </ul>
ii. Communication :	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser ses aptitudes à la communication verbale et non verbale avec les patients, les familles et les collègues professionnels.</li> <li>• Démontrer une compétence autour de la compréhension et d'expression de la langue, y compris les expressions courantes locales et l'argot.</li> <li>• Mener efficacement une communication transculturelle y compris l'expression d'émotions et d'empathie.</li> <li>• Travailler efficacement avec des interprètes et des médiateurs culturels.</li> </ul>
iii. Évaluation, formulation, et traitement :	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mener une évaluation psychiatrique complète, axée sur le patient, et culturellement adaptée avec des patients de tout âge.</li> <li>• Élaborer en collaboration (avec le patient/famille) un plan de traitement biopsychosocioculturel en fonction de l'évaluation.</li> <li>• Mettre en œuvre, surveiller et réviser au besoin un plan de prise en charge.</li> <li>• Administrer des traitements fondés sur des données probantes, notamment la psychothérapie.</li> </ul>
2. Compétence de niveau systémique.	
Système de santé canadien :	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprendre le système de santé canadien.</li> <li>• Se familiariser avec l'administration locale, les services et les établissements de santé.</li> <li>• Démontrer le respect et l'application des lois en vigueur et des pratiques professionnelles, y compris la documentation médicale appropriée.</li> </ul>
3. Rôles intégrés à titre de spécialiste.	
Cadre CanMEDS :	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Décrire, distinguer et démontrer les rôles inscrits dans le cadre CanMEDS.</li> </ul>
<b>B. Besoins de formation personnelle transitionnelle.</b>	
1. Acculturation et adaptation :	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réfléchir à sa propre identité culturelle, à ses valeurs et à son vécu.</li> <li>• Identifier les conflits, déficits, et forces liés aux différences culturelles.</li> <li>• Définir, choisir et utiliser des stratégies, ressources et possibilités d'acculturation pour négocier les différences culturelles et résoudre les problèmes d'acculturation.</li> </ul>
2. Styles et stratégies d'apprentissage :	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réfléchir aux styles et stratégies d'apprentissage personnels et culturels.</li> <li>• Discerner les lacunes de l'apprentissage et se servir des ressources offertes et de stratégies délibérées pour surmonter les obstacles à l'apprentissage.</li> <li>• Faciliter l'élargissement des styles et stratégies d'apprentissage personnellement et systématiquement au moyen d'un dialogue interactif avec d'autres apprenants et les enseignants.</li> </ul>
3. Le passage d'examens :	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nommer les obstacles potentiels qui contribuent à des résultats d'évaluations imprécis.</li> <li>• Énumérer les stratégies, les ressources et les aides qui peuvent refléter de façon appropriée le rendement dans les évaluations.</li> <li>• Plaider pour un changement systémique des examens qui sont inéquitables.</li> </ul>

CanMEDS (cadre définissant la compétence des médecins dans divers rôles dont l'expert médical, le communicateur, le collaborateur, le leader/gestionnaire, le promoteur de la santé, et l'érudit); DIM, diplômé international en médecine.

compétences de niveau dyadique, qui portent sur les interactions cliniques directes entre les DIM et la population de patients diversifiée du Canada; 2) les compétences au niveau du système, relatives aux

interactions entre les DIM et le système de santé canadien; et 3) les rôles intégrés, soit l'évaluation de la capacité des DIM d'assumer les rôles uniques de CanMEDS (cadre qui décrit les compétences des



**Tableau 2. Aperçu des objectifs d'apprentissage favorisant la compétence culturelle pour les DIM**

Formulation culturelle <sup>a</sup>	Objectifs d'apprentissage culturellement favorables pour les DIM
Identités culturelles des DIM :	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définir les identités culturelles des DIM au niveau personnel et professionnel.</li> <li>• Examiner et améliorer au besoin les compétences linguistiques.</li> <li>• Repérer les degrés d'acculturation, et soutenir diverses stratégies d'acculturation efficaces dans différents domaines personnels et professionnels.</li> </ul>
Conception culturelle de la détresse :	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trouver les similitudes, les différences et les interactions parmi les modèles de santé mentale, de maladie, et de traitement selon : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ le système médical principal des DIM,</li> <li>○ la culture d'origine des DIM,</li> <li>○ les systèmes médicaux canadiens et locaux,</li> <li>○ les croyances culturelles du patient.</li> </ul> </li> <li>• Examiner les différences culturelles sur le plan de l'ontologie, des valeurs et de l'éthique, et leurs effets sur les concepts de santé, de maladie et de traitement.</li> <li>• Adapter, concilier ou négocier les différences parmi les modèles concurrents avec les patients, les familles, et d'autres prestataires de soins de santé.</li> </ul>
Facteurs psychosocioculturels, dont les stressseurs et les forces :	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier les stressseurs socioculturels, pour un DIM, et élaborer des stratégies et obtenir de l'aide pour les surmonter.</li> <li>• Identifier ses forces et compétences culturelles, et les employer comme ressources adaptatives d'apprentissage et en prestation de soins.</li> <li>• Collaborer avec les communautés et utiliser les ressources systémiques pour l'adaptation personnelle et le travail clinique.</li> <li>• Repérer les lacunes systémiques et plaider en faveur de changements lorsque nécessaire.</li> </ul>
Caractéristiques culturelles de la relation entre DIM et patients :	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examiner l'interaction des différences de sexe/culture, des attentes à l'égard des rôles, et des différences de pouvoir qui influent sur la relation clinicien/patient pour les DIM.</li> <li>• Concevoir et développer des façons efficaces de travailler avec le transfert et le contre-transfert, en tenant compte des facteurs sociaux, culturels et politiques.</li> <li>• Élargir, améliorer et raffiner le répertoire de compétences cliniques pour les DIM traitant les populations diversifiées du Canada.</li> </ul>

DIM, diplômé international en médecine.

<sup>a</sup>Adapté du DSM-5

médecins dans divers rôles dont l'expert médical, le communicateur, le collaborateur, le leader/gestionnaire, le promoteur de la santé, et l'érudit), qui peuvent différer des rôles typiques des psychiatres dans le contexte de la formation originale des DIM. Les compétences transitionnelles personnelles comprennent :

« Acculturation et adaptation », qui portent explicitement sur le besoin des DIM de s'adapter culturellement comme immigrants; « Styles et stratégies d'apprentissage » qui spécifie les adaptations et stratégies nécessaires à un apprentissage efficace durant la résidence et après; et le « Passage d'examens », qui identifie les compétences qui facilitent la réussite des DIM dans les programmes de résidence, et qui relèvent les biais culturels potentiels dans les procédures d'évaluation et d'examen. En encadrant ces besoins de formation en compétences explicites, stagiaires et enseignants peuvent collaborer à faire en sorte que les connaissances, les attitudes et les compétences requises soient acquises par l'enseignement, la supervision et l'évaluation.

### **Objectifs d'apprentissage culturel pour les DIM**

L'Esquisse de formulation culturelle (EFC), introduite dans le DSM IV<sup>46</sup> et devenue Entretien de formulation

culturelle dans le DSM-5<sup>47</sup> offre une approche systémique d'exploration des différences culturelles relatives aux soins cliniques<sup>48,49</sup>. Nous avons adapté les 4 domaines principaux de l'ECF pour identifier les objectifs d'apprentissage culturel des DIM (Tableau 2) :

1. Identité culturelle des DIM : les identités culturelles multiples ou hybrides des DIM—à la fois personnelles (p. ex., rôles masculins, féminins et familiaux, comme être père, influencés par la culture) et professionnelles (p. ex., être médecin)—et leurs interactions potentielles (p. ex., évaluer une dysfonction familiale en qualité de père et de médecin); les connaissances de différents niveaux de langue, selon le contexte (p. ex., maîtrise des textes médicaux en anglais comparé aux idiomes et dialectes du quotidien); et les stratégies d'acculturation qui peuvent être employées différemment dans divers domaines personnels et professionnels.
2. Concepts culturels de détresse : les définitions de la normalité, les expressions de détresse, et les explications de symptômes et de psychopathologie varient avec les systèmes de croyances culturels et personnels. Cela souligne l'importance pour les DIM de devenir connaisseurs en matière de culture et habiles à distinguer ces différences, y compris

**Tableau 3. Méthodes pédagogiques des objectifs d'apprentissage favorisant la compétence culturelle pour les DIM**

Méthode	But
<p>Activités dirigées d'auto-apprentissage</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documents et ressources de référence,</li> <li>• Cours en ligne et applications mobiles,</li> <li>• Activités de réflexion (p. ex., tenue de journal, activités de pleine conscience, activités expérientielles, etc.).</li> </ul>	<p>Soutenir la réflexion individuelle, l'apprentissage indépendant, et l'adaptation culturelle en procurant des méthodes, des ressources et un guide.</p>
<p>Formation clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observation,</li> <li>• Supervision clinique,</li> <li>• Travail communautaire sur le terrain.</li> </ul>	<p>Offrir des possibilités de formation clinique et culturelle intégrée et adaptée au contexte, par la modélisation, la pratique et la rétroaction.</p>
<p>Apprentissage et soutien face à face (avec DIM ou non-DIM)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jumelage avec pair(s),</li> <li>• Jumelage avec mentor(s),</li> <li>• Consultation/psychothérapie individuelle.</li> </ul>	<p>Créer un espace culturel sécuritaire pour l'apprentissage et le soutien continu.</p>
<p>Apprentissage et soutien collectif (avec d'autres DIM et/ou des non-DIM)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programmes éducatifs officiels (p. ex., journée d'orientation, séminaires, discussions en groupe de film/médias, etc.),</li> <li>• Activités d'apprentissage informelles (p. ex., retraites, exercices de renforcement d'équipe, entre autres),</li> <li>• Soutien de groupe (p. ex., groupes de soutien par les pairs, groupe de psychothérapie, entre autres).</li> </ul>	<p>Promouvoir l'apprentissage et le soutien par des interactions et des expériences collectives, ce qui accroît l'ouverture à la diversité, améliore les aptitudes à la collaboration, et renforce les réseaux et le soutien social.</p>

celles qui proviennent de leurs propres systèmes culturels.

- Facteurs psychosociaux, comme les stressors et les forces : les facteurs psychosociaux qui touchent les DIM incluent les stressors auxquels font face les immigrants et qui sont amplifiés par les demandes de la formation professionnelle. Les DIM peuvent aussi puiser en des forces spécifiques basées sur leur culture, leurs communautés et leurs ressources; et ils peuvent être en position unique pour plaider en faveur d'un changement systémique prenant en compte leur expérience vécue de migration.
- Caractéristiques culturelles de la relation entre le DIM et ses patients : la relation clinicien-patient peut être façonnée par les perceptions du patient, et les façons dont les cliniciens comprennent les patients dans des contextes sociaux donnés<sup>50</sup>. Une évaluation clinique et un traitement appropriés (particulièrement en psychothérapie) reposent sur la qualité de cette relation, soutenu par un bagage commun d'expérience et une capacité empathique d'imaginer la situation et les émotions d'autrui. En plus de maîtriser la communication verbale et non verbale, les DIM doivent devenir habiles à détecter et à résoudre des problèmes liés au transfert et au contre-transfert, qui peuvent être influencés par des stéréotypes culturels, des normes et des valeurs implicites (p. ex., approches paternalistes comparés à celles basées sur l'autonomie), et des biais, de la discrimination, des facteurs politiques historiques, et des différences de pouvoir (p. ex., basées sur le sexe, l'ethnicité, la race, ou la classe sociale)<sup>51</sup>.

### *Considérations de formation postdoctorale*

Diverses stratégies peuvent servir à faire en sorte que le programme d'études des DIM s'intègre à l'expérience de formation réelle des DIM (Tableau 3).

Étant donné que les DIM forment un groupe choisi d'apprenants très motivés qui ont surmonté des obstacles systémiques, il est important qu'ils utilisent leur capacité d'auto-apprentissage, et de leur fournir des ressources pour des tâches d'apprentissage transitionnelles personnelles et cliniques. L'Association des psychiatres du Canada a lancé son guide d'orientation national des DIM en 2011, qui sert de ressource aux DIM qui entrent dans les programmes canadiens de résidence en psychiatrie<sup>10</sup>. Les tableaux 1 et 2 en décrivent le cadre et les objectifs d'apprentissage. Accroître les ressources en ligne de cours interactifs peut être efficace pour diffuser les modules nationaux normalisés afin de répondre aux besoins d'apprentissage des DIM et de soutenir un apprentissage culturel approfondi et un changement d'attitude, qui demandent des exercices de réflexion et des activités expérientielles<sup>52</sup>.

La majeure partie de l'apprentissage doit avoir lieu dans un milieu clinique. Les programmes d'observation préalables à la résidence peuvent aider à la transition des DIM<sup>53</sup>. De même, le travail en clinique communautaire hors des stages universitaires réguliers peut être particulièrement utile aux DIM pour mieux comprendre diverses communautés canadiennes en étant exposés à leurs réalités.

Bien que la supervision individuelle puisse aborder plusieurs objectifs d'apprentissage et qu'elle serve de fonction de soutien pour les DIM, il est utile d'offrir d'autres possibilités d'apprentissage en face à face et du soutien non associé à une évaluation officielle, comme au moyen d'un jumelage avec un autre DIM pair ou mentor qui a fait face à des difficultés semblables. Si ce n'est pas possible, le jumelage avec un non-DIM pair ou mentor peut être bénéfique si le non-DIM est compétent en matière de culture, qu'il peut puiser dans ses propres expériences culturelles d'altérité, et qu'il est sensibilisé aux enjeux du DIM. La psychothérapie personnelle, souvent recommandée dans le cadre de la formation en psychothérapie, peut aussi servir de soutien utile et de ressource pour les DIM aux prises avec le processus d'acculturation<sup>54</sup>.

Certains des objectifs d'apprentissage culturel des DIM peuvent aussi être abordés par le moyen de groupes de stagiaires, qui favorisent la réflexion par le dialogue, améliorent les aptitudes à la collaboration, et procurent un sentiment d'appartenance et de soutien. Des DIM et des enseignants en psychiatrie ont appuyé le développement d'activités plus appropriées d'orientation des DIM et de transition aux programmes de résidence pour combler les lacunes de la formation<sup>30,35,55</sup> à la faveur de premières séances d'orientation et des manuels, soit pour les DIM en groupe ou intégrés dans l'orientation générale pour tous les stagiaires. Ajouter des discussions de groupe sur des films, la littérature, et les arts peut favoriser la réflexion sur les questions culturelles, les normes et les valeurs<sup>56,57</sup>. Les activités informelles d'apprentissage en groupe, comme des activités de retraites ou de consolidation d'équipe, peuvent aider à diminuer l'isolement. La participation des résidents non-DIM aux activités liées aux DIM est importante non seulement pour accroître le soutien des DIM et améliorer leur environnement d'apprentissage immédiat, mais aussi pour offrir une occasion à tous les stagiaires de développer plus d'empathie, de collégialité et de compétence culturelle.

### ***Formation professorale***

Pour assurer la mise en œuvre réussie du programme d'études des DIM, une formation professorale en ce qui concerne la supervision propre aux DIM est nécessaire. L'Association des facultés de médecine du Canada a mis au point une trousse en ligne d'un programme de formation professorale pour accroître l'ensemble des compétences des enseignants qui éduquent les DIM<sup>58</sup>. Entre autres, l'interprétation par les DIM stagiaires des commentaires reçus peut varier selon les différences culturelles<sup>59</sup>. Une version adaptée du modèle

« L'enseignement, l'apprentissage et la collaboration » pour la rétroaction a été suggérée pour procurer une rétroaction efficace aux DIM<sup>60</sup>. La formation professorale en compétence culturelle est particulièrement importante afin de livrer un programme d'études doté de rétroaction, de supervision et de soutien appropriés<sup>61</sup>.

Plusieurs cadres ont été décrits qui peuvent aider les professeurs à comprendre et à soutenir les besoins de formation des DIM<sup>35</sup>. Le corps professoral devrait être familier avec le concept d'acculturation pour connaître la gamme des difficultés et des stratégies d'adaptation des DIM qui entrent dans les programmes de résidence<sup>62</sup>.

### **Réaliser le potentiel des DIM de contribuer à des systèmes de santé mentale sûrs et adaptés à la culture**

Les DIM présentent une ressource potentielle apte à améliorer le système de santé canadien en raison de la portée et de la profondeur de leur expérience culturelle, linguistique et internationale. Certains DIM ont eu l'occasion de prodiguer des services médicaux dans de graves conflits, de traverser de multiples migrations, ou ont eu d'autres expériences qui peuvent renforcer leur capacité de comprendre et de travailler avec certaines populations vulnérables. Prendre en compte la compétence culturelle des DIM est important, car ils peuvent être appelés à travailler dans des régions sous-desservies pour répondre aux exigences d'une promesse de service obligatoire dans la plupart des provinces.

Permettre aux DIM de faire usage efficacement de leur expérience culturelle unique, de leurs connaissances additionnelles et de leurs compétences pour améliorer l'accessibilité et la qualité des soins de santé mentale exige une formation spécifique et des changements structurels du système de santé. Cela fera en sorte que les DIM ne soient pas exploités d'après des stéréotypes ethnoculturels, qu'ils soient formés selon des modèles et des stratégies qui intègrent leurs connaissances culturelles dans les soins, et que le système de santé offre les ressources essentielles nécessaires pour prodiguer des soins adaptés à la culture de façon équitable.

### ***Limitations du jumelage ethnique***

Le jumelage ethno-linguistique peut faciliter la rencontre clinique en améliorant la communication, la compréhension mutuelle et la sécurité culturelle, en plus de répondre à la sous-représentation des groupes marginalisés dans les effectifs de soins de santé. Toutefois, le jumelage ethno-linguistique est souvent imprécis, et des suppositions inexacts par le patient ou le

médecin à propos de l'identité et de la compréhension partagées peuvent entraîner des malentendus cliniques et des mésalliances<sup>63</sup>.

Bien que les cliniciens d'une minorité ethnoculturelle (qui peuvent être nés, avoir grandi et être formés au Canada) puissent y voir une occasion d'offrir des soins spécialisés à des patients d'antécédents culturels semblables, bien des cliniciens se soucient d'être restreints du point de vue ethno-racial d'une manière qui dévalue leur compétence générale et leur expertise technique<sup>64</sup>. Des préoccupations semblables peuvent également s'appliquer aux DIM stagiaires.

### ***Formation pour faciliter l'usage efficace des connaissances culturelles***

Capitaliser sur la diversité des DIM dans les services de santé mentale demande de traduire les compétences et connaissances culturelles implicites en actifs conscients et en expertise. L'usage efficace des connaissances culturelles exige aussi d'aborder les complexités des relations entre les DIM et leurs collègues, patients et communautés non-DIM. Développer des compétences culturelles demande une ouverture à la diversité et la volonté de se pencher sur sa propre identité et ses expériences de marginalisation et de discrimination<sup>52, 65</sup>.

Les cadres de la psychiatrie culturelle peuvent aider les DIM à négocier leur formation avec succès et à apprendre à faire un usage efficace de leur propre bagage culturel et linguistique pour répondre aux besoins des patients, et aider collègues et institutions à répondre aux besoins de la population canadienne de plus en plus diversifiée. Les lignes directrices sur la formation en psychiatrie culturelle élaborées par l'APC sont pertinentes pour la formation des DIM<sup>61</sup>.

### ***Changement institutionnel et du système de santé***

Les milieux institutionnels peuvent être plus accueillants et plus sûrs en allouant des ressources permettant qu'il y ait suffisamment de temps et d'espace pour explorer adéquatement et aborder les différences culturelles et linguistiques<sup>66</sup>. Des « lieux sûrs » sont nécessaires où les DIM, leurs collègues et les enseignants peuvent réfléchir à la place des différences culturelles dans les problèmes de santé mentale. Il faudra porter attention au racisme et à la discrimination institutionnels qui peuvent exister subtilement<sup>67-69</sup>.

Au niveau des systèmes de santé, capitaliser sur l'expertise culturelle des DIM peut aussi signifier de faciliter les voies d'accès qui permettent aux patients de trouver les soins appropriés, et de créer des possibilités

pour les DIM de consulter et de former leurs collègues afin de répondre de façon plus appropriée. Tant au niveau des institutions que du système de santé, aborder l'héritage de la colonisation sur les relations du Canada avec les peuples autochtones et les effets transgénérationnels d'autres événements historiques qui ont affecté des groupes spécifiques peut sensibiliser à ces questions et faciliter la discussion sur des formes semblables de discrimination vécues par les DIM de minorités<sup>70-74</sup>.

## **Conclusion : implications pour la formation et le perfectionnement professionnel continu**

Les DIM font face à maints obstacles pour poursuivre leur formation en psychiatrie, y compris la partialité du processus de sélection de résidence, les difficultés de leur propre migration et de l'acculturation, et la nécessité de connaître de nouveaux systèmes de santé, modes de pratique, et contextes sociaux liés à l'évaluation et au traitement psychiatrique. Les DIM des minorités ethnoculturelles peuvent se heurter aux stéréotypes et à la discrimination dans les programmes de formation et dans les milieux de pratique. Les organismes de réglementation régionaux et nationaux doivent s'assurer que les programmes n'emploient pas de pratiques discriminatoires dans les processus de sélection et de formation des DIM, et qu'ils collaborent à éliminer les sources potentielles de partialité. Les stagiaires et les praticiens ont besoin de soutien collégial et de stratégies pour négocier avec ce type de préjugé. La discrimination reflète des problèmes sociétaux plus répandus de racisme et d'intolérance institutionnalisés. Outre l'importance d'aborder l'iniquité et de promouvoir les soins de patients diversifiés, il faut mettre un accent semblable sur la diversité des DIM pour faciliter la sécurité et la compétence culturelles dans leur environnement de formation et dans le système de santé.

La diversité de l'expérience des DIM est en parallèle avec la diversité de la population multiculturelle des patients qui enrichit la société canadienne. Capitaliser sur la diversité en permettant aux DIM d'exprimer et d'appliquer systématiquement leurs connaissances culturelles améliorera significativement le système de santé canadien. En reconnaissant la valeur sans pareil des connaissances et de l'expérience des DIM, les programmes de formation et les institutions de santé peuvent créer des occasions pour les DIM de partager leurs connaissances en éduquant leurs collègues et en soutenant des initiatives systémiques plus larges abordant

la diversité dans les soins de santé. Enfin, il est important de souligner que les enjeux des DIM sont dynamiques et qu'ils exigeront l'apport des DIM pour des solutions. Les forums qui rassemblent les DIM actuels et passés au niveau des programmes nationaux, provinciaux et individuels pourraient permettre aux DIM de faire part de leurs expériences et de contribuer aux stratégies pour aborder les défis et les avenues de solution repérées dans cet article.

## Glossaire

CAFMC	Comité d'agrément des facultés de médecine du Canada
CanMEDS	Cadre décrivant les compétences des médecins dans divers rôles, notamment l'expert médical, le communicateur, le collaborateur, le leader/gestionnaire, le promoteur de la santé, et l'érudit
CaRMS	Service canadien de jumelage des résidents
DCM	Diplômé canadien en médecine
DIM	Diplômé international en médecine
LCME	Comité de liaison de la formation médicale (E.-U.)
MMI	Multiples mini-interviews
CNE	Collaboration nationale en matière d'évaluation
OCF	Entretien de formulation culturelle (DSM-5)
ECOS	Examen clinique objectif structuré
DAM	Diplômé américain en médecine

## Reconnaissance

Les auteurs remercient Dre Lucie Nadeau et Dre Cécile Rousseau pour leurs suggestions et leur aide dans la préparation de cet Énoncé de principe

## Bibliographie

- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. À l'adresse: <http://www.royalcollege.ca/rcsite/credentials-exams/exam-eligibility/assessment-routes-international-medical-graduates-f>
- Boulet JR, Cooper RA, Seeling SS, et al. US citizens who obtain their medical degrees abroad: An overview, 1992-2006. *Health Affairs*. 2009;28(1):226.
- Spike NA. International medical graduates: The Australian perspective. *Acad Med*. 2006;81(9):842.
- Hallock JA, Kostis JB. Celebrating 50 years of experience: An ECFMG perspective. *Acad Med*. 2006;81(12 Suppl): S7-S16.
- Sandhu D. Current dilemmas in overseas doctors' training. *Postgrad Med J*. 2005;81(952):79-82.
- Szafran O, Crutcher RA, Banner SR, et al. Canadian and immigrant international medical graduates. *Can Family Phys*. 2005;51: 1242-1243.
- Rao NR, Kramer M, Saunders R, et al. An annotated bibliography of professional literature on international medical graduates. *Acad Psychiatry*. 2007;31(1):68-83.
- Fiscella K, Roman-Diaz M, Lue BH, et al. "Being a foreigner, I may be punished if I make a small mistake": Assessing transcultural experiences in caring for patients. *Family Pract*. 1997;14(2): 112-116.
- Association of American Medical Colleges Liaison Committee on Medical Education. Functions and structure of a medical school: Standards for accreditation of medical education programs leading to the MD degree: Association of American Medical Colleges; 2003.
- Orienting international medical graduates to psychiatry residency training in Canada: A Canadian Psychiatric Association manual. Canadian Psychiatric Association; 2011. Available from: <http://www.cpa-apc.org/cpa-guide-en/index.html>.
- Audas R, Ross A, Vardy D. The use of provisionally licensed international medical graduates in Canada. *Can Med Assoc J*. 2005; 173(11):1315-1316.
- Dauphinee WD. The circle game: Understanding physician migration patterns within Canada. *Acad Med*. 2006;81(12 Suppl): S49-S54.
- Watanabe M, Comeau M, Buske L. Analysis of international migration patterns affecting physician supply in Canada. *Healthcare Policy*. 2008;3(4): e129-e138.
- Thind A, Freeman T, Cohen I, et al. Characteristics and practice patterns of international medical graduates: How different are they from those of Canadian-trained physicians? *Can Family Physic*. 2007;53(8):1330-1331.
- Whitcomb ME, Miller RS. Participation of international medical graduates in graduate medical education and hospital care for the poor. *JAMA*. 1995;274(9):696-699.
- Dove N. Can international medical graduates help solve Canada's shortage of rural physicians? *Can J Rural Med*. 2009;14(3): 120-123.
- Klein D, Hofmeister M, Lockyear J, et al. Push, pull, and plant: The personal side of physician immigration to Alberta, Canada. *Fam Med*. 2009;41(3):197-201.
- Wong A, Lohfeld L. Recertifying as a doctor in Canada: International medical graduates and the journey from entry to adaptation. *Med Educ*. 2008;42(1):53-60.
- McMahon GT. Coming to America — International medical graduates in the United States. *N Engl J Med*. 2004;350(24): 2435-2437.
- Hall P, Keely E, Dojeiji S, et al. Communication skills, cultural challenges and individual support: Challenges of international medical graduates in a Canadian healthcare environment. *Med Teach*. 2004;26(2):120-125.
- Eckhart NL. Perspective: Private schools of the Caribbean: Outsourcing medical education. *Acad Med*. 2010;85(4):622.
- Johnson K, Hagopian A, Veninga C, et al. The changing geography of Americans graduating from foreign medical schools. *Acad Med*. 2006;81(2):179-184.
- Rao NR, Rao UK, Cooper RA. Indian medical students' views on immigration for training and practice. *Acad Med*. 2006;81(2): 185-188.
- Crutcher RA, Banner SR, Szafran O, et al. Characteristics of international medical graduates who applied to the CaRMS 2002 match. *CMAJ*. 2003;168(9):1119-1123.
- Atri A, Matorin A, Ruiz P. Integration of international medical graduates in U.S. psychiatry: The role of acculturation and social support. *Acad Psychiatry*. 2011;35(1):21-26.
- Bates J, Andrew R. Untangling the roots of some IMG's poor academic performance. *Acad Med*. 2001;76(1):43-46.
- Zulla R, Baerlocher MO, Verma S. International medical graduates (IMGs) needs assessment study: Comparison between current IMG trainees and program directors. *BMC Med Educ*. 2008;8:42.

28. Mok PS, Baerlocher MO, Abrahams C, et al. Comparison of Canadian medical graduates and international medical graduates in Canada: 1989-2007. *Acad Med.* 2011;86(8):962-967.
29. Beran TN, Violato E, Faremo S, et al. Ego identity development in physicians: A cross-cultural comparison using a mixed method approach. *BMC Res Notes.* 2012;5:249.
30. Sockalingam S, Hawa R, Al-Batran M, et al. Preparing international medical graduates for psychiatry residency: A multi-site needs assessment. *Acad Psychiatry.* 2012;36(4):277-281.
31. Whelan GP. Commentary: Coming to America: The integration of international medical graduates into the American medical culture. *Acad Med.* 2006;81(2):176-178.
32. Kalra G, Bhugra DK, Shah N. Identifying and addressing stresses in international medical graduates. *Acad Psychiatry.* 2012;36(4):323-329.
33. Gozu A, Kern DE, Wright SM. Similarities and differences between international medical graduates and U.S. medical graduates at six Maryland community-based internal medicine residency training programs. *Acad Med.* 2009;84(3):385-390.
34. Salomonsson L. The "other" doctor: Boundary work within the Swedish medical profession [dissertation]. [Uppsala, Sweden]: Uppsala University; 2014.
35. Sockalingam S, Khan A, Tan A, et al. A framework for understanding international medical graduate challenges during transition into fellowship programs. *Teach Learn Med.* 2014;26(4):401-408.
36. Moore RA, Rhodenbaugh EJ. The unkindest cut of all: Are international medical school graduates subjected to discrimination by general surgery residency programs? *Curr Surg.* 2002;59(2):228-236.
37. Chen PG, Curry LA, Bernheim SM, et al. Professional challenges of non-U.S.-born international medical graduates and recommendations for support during residency training. *Acad Med.* 2011;86(11):1383-1388.
38. Shiroma PR, Alarcon RD. Selection factors among international medical graduates and psychiatric residency performance. *Acad Psychiatry.* 2010;34(2):128-131.
39. Coverdale JH, Balon R, Roberts LW. Which educational programs promote the success of international medical graduates in psychiatry training? *Acad Psychiatry.* 2012;36(4):263-267.
40. Balon R, Mufti R, Williams M, et al. Possible discrimination in recruitment of psychiatry residents? *Am J Psychiatry.* 1997;154(11):1608-1609.
41. Desbiens NA, Vidaillet HJ Jr. Discrimination against international medical graduates in the United States residency program selection process. *BMC Med Educ.* 2010;10:5.
42. Nasir LS. Evidence of discrimination against international medical graduates applying to family practice residency programs. *Fam Med.* 1994;26(10):625-629.
43. Hofmeister M, Lockyer J, Crutcher R. The multiple mini-interview for selection of international medical graduates into family medicine residency education. *Med Educ.* 2009;43(6):573-579.
44. Medical Council of Canada. National Assessment Collaboration OSCE station description. 2015; Available from: <http://mcc.ca/examinations/nac-overview/osce-station-therapeutics-descriptions/>.
45. Hall P, Keely E, Dojeiji S, et al. Communication skills, cultural challenges and individual support: Challenges of international medical graduates in a Canadian healthcare environment. *Med Teach.* 2004;26(2):120-125.
46. American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
47. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5 ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
48. Mezzich J, Kleinman A, Fabrega H Jr., et al, eds. Culture and psychiatric diagnosis. Washington: American Psychiatric Press; 1996.
49. Lewis-Fernandez R, Aggarwal N, Hinton L, et al, eds. DSM-5 handbook on the cultural formulation interview. Washington: American Psychiatric Press; 2015.
50. Kirmayer LJ. Empathy and alterity in cultural psychiatry. *Ethos.* 2008;36(4):457-474.
51. Comas-Diaz L, Jacobsen FM. Ethnocultural transference and countertransference in the therapeutic dyad. *Am J Orthopsychiatry.* 1991;61(3):392-402.
52. Guzder J, Rousseau C. A diversity of voices: The McGill "Working with Culture" seminars. *Cult Med Psychiatry.* 2013;37(2):347-364.
53. Hamoda HM, Sacks D, Sciolla A, et al. A roadmap for observership programs in psychiatry for international medical graduates. *Acad Psychiatry.* 2012;36(4):300-306.
54. Rao NR. Psychodynamic psychotherapy training as acculturative experience for international medical graduates: A commentary. *Acad Psychiatry.* 2012;36(4):271-276.
55. Sockalingam S, Thiara G, Zaretsky A, et al. A Transition to residency curriculum for international medical graduate psychiatry trainees. *Acad Psychiatry.* 2016;40(2):353-355.
56. Sierles FS. Using film as the basis of an American culture course for first-year psychiatry residents. *Acad Psychiatry.* 2005;29(1):100-104.
57. Lim RF, Diamond RJ, Chang JB, et al. Using non-feature films to teach diversity, cultural competence, and the DSM-IV-TR outline for cultural formulation. *Acad Psychiatry.* 2008;32(4):291-298.
58. Amit Z, Baum M. Comment on the increased resistance-to-extinction of an avoidance response induced by certain drugs. *Psycholog Rep.* 1970;27(1):310.
59. Hofstede G. Cultural differences in teaching and learning. *Int J Intercult Relat.* 1986;10(3):301-320.
60. Tan A, Hawa R, Sockalingam S, et al. (Dis)orientation of international medical graduates: An approach to foster teaching, learning, and collaboration (TLC). *Acad Psychiatry.* 2013;37(2):104-107.
61. Kirmayer LJ, Fung K, Rousseau C, et al. Guidelines for training in cultural psychiatry. *Can J Psychiatry.* 2012;57: Suppl 1-16.
62. Berry JW. Conceptual approaches to acculturation. In: Chun KM, Organista PB, Marin G, editors. *Acculturation: Advances in theory, measurement and applied research.* Washington, D.C.: American Psychological Association; 2003. p. 17-37.
63. Arcia E, Sanchez-LaCay A, Fernandez MC. When worlds collide: Dominican mothers and their Latina clinicians. *Transcultural Psychiatry.* 2002;39(1):74-96.
64. Weinfeld M. The challenge of ethnic match: Minority origin professionals in health and social services. In: Troper H, Weinfeld M, editors. *Ethnicity, politics, and public policy: Case studies in Canadian diversity.* Toronto: University of Toronto Press; 1991. p. 117-141.

65. Kirmayer LJ. Embracing uncertainty as a path to competence: cultural safety, empathy, and alterity in clinical training. *Cult Med Psychiatry*. 2013;37(2):365-372.
66. Fung K, Lo HT, Srivastava R, et al. Organizational cultural competence consultation to a mental health institution. *Transcult Psychiatry*. 2012;49(2):165-184.
67. Bhui K, Ascoli M, Nuamh O. The place of race and racism in cultural competence: What can we learn from the English experience about the narratives of evidence and argument? *Transcult Psychiatry*. 2012;49(2):185-205.
68. Corneau S, Stergiopoulos V. More than being against it: Anti-racism and anti-oppression in mental health services. *Transcult Psychiatry*. 2012;49(2):261-282.
69. Kirmayer LJ. Critical psychiatry in Canada. In: Moodley R, Ocampo M, editors. *Critical psychiatry in Canada*. New York: Routledge; 2014. p. 170-181.
70. Brascoupé S, Waters C. Cultural safety: Exploring the applicability of the concept of cultural safety to Aboriginal health and community wellness. *Int J Indig Health*. 2009;5(2).
71. The Indigenous Physicians Association of Canada, The Royal College of Physicians & Surgeons of Canada. *Cultural safety in practice: A curriculum for family medicine residents and physicians*. Winnipeg & Ottawa: IPAC-RCPSC Family Medicine Curriculum Development Working Group; 2009.
72. Koptie S, Irihapeti Ramsden. The public narrative on cultural safety. *First Peoples Child Fam Rev*. 2009;4(2):30-43.
73. Smye V, Josewski V, Kendall E. *Cultural safety: An overview*. Ottawa: First Nations, Inuit and Métis Advisory Committee, Mental Health Commission of Canada; 2010.
74. Shah CP, Reeves A. Increasing Aboriginal cultural safety among health care practitioners. *Can J Public Health*. 2012;103(5): e397.