



## 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 expérience 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**

**Configuration des besoins des DIM et présentation du programme d'études**

Besoins des DIM	Objectifs du programme d'études des DIM basé sur les compétences
<b>A. Besoins de formation clinique.</b>	
1. Compétence de niveau dyadique (entre psychiatre et patient/famille).	
i. Sensibilité, sécurité, respect et compétence culturels :	<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'EFC 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
Activités dirigées d'auto-apprentissage <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>	Soutenir la réflexion individuelle, l'apprentissage indépendant, et l'adaptation culturelle en procurant des méthodes, des ressources et un guide.
Formation clinique <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observation,</li> <li>• Supervision clinique,</li> <li>• Travail communautaire sur le terrain.</li> </ul>	Offrir des possibilités de formation clinique et culturelle intégrée et adaptée au contexte, par la modélisation, la pratique et la rétroaction.
Apprentissage et soutien face à face (avec DIM ou non-DIM) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jumelage avec pair(s),</li> <li>• Jumelage avec mentor(s),</li> <li>• Consultation/psychothérapie individuelle.</li> </ul>	Créer un espace culturel sécuritaire pour l'apprentissage et le soutien continu.
Apprentissage et soutien collectif (avec d'autres DIM et/ou des non-DIM) <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>	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.

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 ethnolinguistique 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 ethnolinguistique 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	Multiple 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. 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, Dojeji 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.