

**Comité de la formation infirmière  
constitué en vertu du *Code des professions* (RLRQ., c. C-26, a. 184, 2<sup>e</sup> al.)**

# **AVIS**

---

## **LA SÉCURISATION CULTURELLE DANS LA FORMATION INFIRMIÈRE INITIALE**

---

**ENRICHIR LA FORMATION INITIALE DES INFIRMIÈRES POUR  
UNE PRESTATION DE SOINS CULTURELLEMENT  
PERTINENTE, SÉCURITAIRE ET ÉQUITABLE AUPRÈS DES  
PREMIÈRES NATIONS ET DES INUIT**

5 octobre 2021

*Conformément à la politique rédactionnelle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), le féminin est utilisé aux seules fin d'alléger le texte.*

# Groupe de travail

---

## Responsable

### **Mélissa Lavoie, inf., Ph. D.**

*Représentante du Comité de la formation infirmière  
Directrice des programmes de 2<sup>e</sup> cycle, Université du  
Québec à Chicoutimi*

## Membres du groupe de travail

### **Mikonis Awashish, inf., B. Sc.**

*Représentantes des Premières Nations  
Préceptrice, Centre intégré universitaire de santé et  
de services sociaux (CIUSSS) du Saguenay-Lac-  
Saint-Jean*

### **Joséanne Desrosiers, inf., M. Sc. inf., Et. Ph. D.**

*Représentante des établissements universitaires  
Directrice des programmes de 2<sup>e</sup> cycle, Université du  
Québec en Abitibi-Témiscamingue*

### **Victoria Lecourt, inf., B. Sc.**

*Représentante des communautés inuit  
Infirmière clinicienne, Institut universitaire de  
cardiologie et de pneumologie de Québec*

### **Marc Rochette, M. A.**

*Représentant des établissements collégiaux  
Directeur des études, Cégep de Baie-Comeau*

### **Jodi Tuck, inf., M. Sc. (A)**

*Représentante des établissements universitaires  
Directrice des programmes de 2<sup>e</sup> cycle, Université  
McGill*

### **Nancy Vaillancourt, inf., B. Sc.**

*Représentante des établissements collégiaux  
Enseignante en soins infirmiers, Cégep de Chicoutimi*

### **Francis Verreault-Paul, M.B.A., M. Sc.**

*Représentant des Premières Nations  
Chef des relations avec les Premières Nations,  
Université du Québec à Chicoutimi*

### **Kévin Vézeau-Beaulieu, inf., B. Sc.**

*Président du Comité de la formation infirmière  
Enseignant, Cégep de Saint-Hyacinthe*

---

# Collaborateurs

---

**Dallacy Augiak**

*Inuk, représentante des communautés inuit*

**Amélie Blanchet, inf., Ph. D**

*Membre du Comité d'experts pour l'énoncé de position – Sécurisation culturelle auprès des PNI  
Professeure  
Université de Montréal*

**Philippe Bossé**

*Membre du Comité de la formation infirmière  
Directeur des études  
Cégep de Saint-Jean-sur-Richelieu*

**Bibiane Courtois**

*Pekuakamishkueu, Infirmière retraitée*

**Mélanie Courtois**

*Pekuakamishkueu, Infirmière clinicienne  
Étudiante aux programmes IPSPL  
Université du Québec à Chicoutimi*

**Laurence Daudelin Larose**

*Infirmière clinicienne, représentante de la relève infirmière  
Centre université de santé McGill*

**Marylou Desrosiers**

*Infirmière clinicienne, représentante de la relève infirmière  
Agence Solution Nursing*

**Nathalie Giguère**

*Membre du Comité de la formation infirmière  
Directrice des études  
Cégep du Vieux-Montréal,*

**Marielle Gingras**

*Membre du Comité de la formation infirmière  
Chef d'équipe, Direction des programmes de formation collégiale  
Équipe de formation technique, Direction générale de l'enseignement collégial  
Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur*

**Minnie Grey**

*Inuk, représentante des communautés inuit  
Directrice générale de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik*

**Alain Lecourt**

*Allochtone, représentant des communautés inuit*

**Chantale Lemieux**

*Secrétaire du Comité et conseillère  
Direction, Admissions et registrariat  
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*

**Patricia Pedneault**

*Infirmière clinicienne, représentante de la relève infirmière  
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec  
Centre de Santé Inuulitsivik*

**Jacinthe Pepin, inf., Ph. D.**

*Présidente du Comité d'experts pour l'énoncé de position – Sécurisation culturelle auprès des PNI  
Professeure  
Université de Montréal*

**Sophie Picard**

*Représentante des communautés Premières Nations et Inuit  
Gestionnaire des services de santé du CSSS PNQL*

**Marie-Claude Riopel**

*Observatrice  
Conseillère experte aux affaires universitaires,  
Direction de l'enseignement et de la recherche universitaires  
Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur*

---

## PRÉAMBULE

À l'hiver 2021, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) mandatait le Comité de la formation infirmière afin qu'il analyse les programmes de soins infirmiers et de sciences infirmières aux niveaux collégial et universitaire et qu'il émette des recommandations au regard du contenu culturel et sur la prestation de soins sécuritaire auprès des Premières Nations et des Inuit (PNI) [1]. Ce mandat renvoie à l'excellence des soins, une des valeurs qui donnent un sens commun à la profession infirmière. L'excellence des soins vise le bien-être et la *sécurité* de toutes les personnes [2], et ce, peu importe leur origine, leur âge et l'étape de vie qu'elles traversent.

Pour répondre à ce mandat, le Comité de la formation infirmière a mis en place un groupe de travail composé d'acteurs impliqués dans la formation infirmière, soit des représentants des PNI ainsi que des gestionnaires de programmes, des enseignantes et enseignants ainsi que des professeures des milieux collégiaux et universitaires. Le présent avis repose sur une collecte de données réalisée à partir de différentes sources. L'analyse des programmes de formation initiale a été faite à partir d'un sondage en ligne rempli par les directrices des études, des directrices adjointes aux études ou des conseillères pédagogiques des collèges et des directrices des programmes d'études de premier cycle ou des professeures des universités. Les programmes de formation infirmière initiale sont offerts par 53 établissements d'enseignement (cégeps : n = 46; universités : n = 7). Le taux de participation au sondage en ligne a été de 64,2% (cégeps : 58,7% ; universités : 100 %). De plus, des consultations auprès des représentants des PNI, des professeures et de la relève infirmière ont été réalisées. La démarche a également été soutenue par une revue de la littérature scientifique et de la littérature grise. Ce présent avis expose une vision commune de ce que devrait inclure la formation infirmière initiale au regard de la prestation de soins culturellement pertinente, sécuritaire et équitable auprès des PNI.

## INTRODUCTION

Le concept de sécurisation culturelle a été proposé par Irihapeti Ramsden, une infirmière et chercheuse maorie, en réponse au mauvais état de santé des populations autochtones de la Nouvelle-Zélande ; selon sa vision, la prestation de soins de santé devait changer [3]. Ce concept a également été reconnu au Québec comme valide et pertinent dans la prestation de soins afin de mieux considérer les besoins, les droits et les identités culturelles des PNI [4]. La sécurisation culturelle désigne des soins prodigués dans le respect de l'identité culturelle de la personne [5, 6] et a le potentiel de structurer les pratiques de soins, les organisations et les politiques, d'adresser les relations inéquitables de pouvoir et la discrimination raciale afin d'offrir des soins équitables [7, 8]. Elle implique également un partenariat, une participation active et une protection de l'identité culturelle et du bien-être de la personne, de sa famille et du professionnel de la santé [7]. À cet égard, l'engagement de la sécurisation culturelle évoque que les professionnels de la santé et les organisations de soins entreprennent un processus de réflexion sur 1) l'impact qu'a leur propre identité culturelle sur celle des autres et sur leur pratique clinique [5]; 2) l'impact de leurs préjugés, de leurs attitudes et de leurs privilèges ainsi que 3) l'impact des relations de pouvoir [8-10]. Cet avis porte sur le contexte de la pratique infirmière auprès des PNI, les enjeux, les pistes de solutions et les conditions favorables à l'enrichissement de la formation infirmière en matière de sécurisation culturelle envers les PNI.

## CONTEXTE

Composées de 43 communautés dispersées dans toutes les régions du Québec, les Premières Nations sont réparties en dix nations : les Abénaquis, les Algonquins, les Atikamekw, les Cris, les Innus, les Malécites, les Mi'gmaq, les Mohawks, les Naskapis et les Hurons-Wendats [11]. Le peuple inuit quant à lui est regroupé dans 14 communautés réparties dans différentes régions du Nord-du-Québec [12]. Les dix Nations et les Inuit se distinguent de par leurs traditions, leur langue, leur mode de vie, ainsi que leurs savoir-faire et savoir-être qui sont à la base de leur identité culturelle [11, 12].

La colonisation et les politiques d'assimilation des PNI ont engendré des écarts et des iniquités entre eux et les allochtones sur le plan des conditions socioéconomiques et sur la prévalence plus élevée de certaines maladies et comorbidités [13-17]. En raison des multiples problèmes de santé [13, 14, 18, 19], du taux de natalité élevé [20] et de l'augmentation du nombre de ces populations en milieu urbain [21], les PNI sont de plus en plus présents dans les services de santé [22, 23]. Malgré les répercussions du colonialisme et des politiques d'assimilation, les PNI assurent leur mieux-être en puisant dans leurs valeurs et pratiques culturelles, leur savoir sacré, leur langue et leurs liens étroits avec la terre ainsi que leur famille [24]. Ces déterminants de la santé agissent comme des facteurs de résilience ayant un impact positif sur leur mieux-être et leur santé [24].

La Commission nationale d'experts de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AICC) a reconnu que les infirmières assurent une grande partie de l'offre de soins et de services aux PNI, en particulier dans les collectivités nordiques isolées [25]. Cependant, ces populations rencontrent tout de même plusieurs obstacles au regard de

l'accessibilité aux soins. Plusieurs facteurs peuvent limiter l'accès aux services de santé et à des soins de qualité, et ce, que les PNI résident au sein des communautés ou en milieu urbain [26, 27]. Ces facteurs sont notamment :

1. les multiples zones grises juridictionnelles et le manque d'adéquation entre les mandats et les actions des gouvernements fédéraux et provinciaux ainsi que des PNI [19];
2. les complexités et les effets liés au colonialisme [28];
3. les traumatismes intergénérationnels [28];
4. la méfiance envers le système de santé et les professionnels qui y œuvrent [28];
5. l'éloignement géographique des communautés [28];
6. le manque de services spécialisés offerts au sein de ces territoires [28];
7. les barrières linguistiques et culturelles [28];
8. un continuum de soins inadéquat et incomplet [28];
9. un manque de sécurisation culturelle envers les PNI [28].

La présence de ces facteurs peut donc contribuer à l'augmentation de la vulnérabilité des membres des PNI.

Le manque de sécurisation culturelle dans la prestation des soins s'observe notamment par une absence de soins respectueux et compatissants, de même que la présence de préjugés et de stéréotypes, de racisme et de discrimination systémiques envers les PNI [11, 27, 29-32]. Malheureusement, le manque de sécurisation culturelle peut induire des conséquences tragiques sur la santé des PNI comme en témoignent plusieurs expériences, dont celles de M<sup>me</sup> Joyce Echaquan et de M. George-Hervé Awashish, tous deux décédés en raison notamment du racisme envers les PNI et des stéréotypes véhiculés à leur sujet. En cause : des infirmières qui n'ont pas développé, ni dans leur formation initiale ni dans des activités de formation continue, les compétences nécessaires à une prestation de soins culturellement pertinente, sécuritaire et équitable; comme le montrent malheureusement les deux exemples précédents, risquent de mettre en place des soins non sécuritaires et de moindre qualité pour les PNI [33, 34]. Pour remédier aux iniquités de santé et assurer l'accès aux soins de santé équitables auprès des PNI, il est prioritaire de former l'ensemble des professionnels de la santé et des organisations de santé de sorte qu'ils soient à même d'offrir des soins culturellement pertinents, sécuritaires et équitables [8-10, 35]. Pour y parvenir, il est essentiel de démanteler activement le racisme, la discrimination et les relations inéquitables de pouvoir envers les PNI en vue d'engendrer des changements durables visant des soins orientés vers l'équité [8, 10, 27, 36, 37].

Le racisme et la discrimination systémiques auxquels font face les PNI sont décriés depuis des décennies. La *Commission de vérité et réconciliation du Canada* [38], l'*Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées* (ENFFADA) [39], la *Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics* (CERP) [40] et le Principe de Joyce [41] ont tous conclu à la nécessité de s'attaquer au racisme et à la discrimination systémiques sur différents plans, dont les services publics. En présence de racisme et de discrimination, les PNI sont plus susceptibles que les allochtones de recevoir un diagnostic tardif d'une maladie, ce qui occasionne ainsi des résultats de santé plus faibles et à des taux de mortalité plus élevés [42].

Dans les dernières années, différentes initiatives ont été mises en place pour contrer le racisme et la discrimination systémiques dans les soins de santé, tels le déploiement et l'appui du Principe de Joyce, le plan d'action de l'Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador (APNQL) sur le racisme et la discrimination, la reconnaissance de l'OIIQ et du Collège des médecins du Québec (CMQ) du racisme systémique au sein du réseau de la santé et des services sociaux, la création de postes stratégiques à la réconciliation et à l'éducation autochtones dans les établissements d'enseignement supérieur, de même que la création de postes d'agents de liaison autochtone dans les établissements de santé et de services sociaux. Cependant, des événements déplorables laissent voir que les prestations de soins ne s'inscrivent pas toujours dans le respect de la sécurisation culturelle. Dans ce contexte, il s'avère plus que nécessaire de bien analyser la formation initiale des infirmières afin d'identifier les enjeux et de trouver des solutions pour que les étudiantes puissent intégrer ce concept. La sécurisation culturelle est en mesure de répondre à plusieurs problématiques et iniquités de santé, puis d'assurer la sécurité et la qualité des soins offerts.

## ENJEUX ET PISTES DE SOLUTIONS

**Enjeux académiques.** Tout d'abord, le système de santé canadien fait face à une **pénurie de professionnels de la santé qualifiés** dans la prestation de soins pertinente, sécuritaire et équitable auprès des PNI [43-45]. Le Québec n'y fait pas exception. Les résultats du sondage en ligne réalisé par les auteurs de cet avis vont dans le même sens que ceux de Dumont-Maurice publiés dans le *Journal de Montréal* en février 2021 [46]. Notamment, les résultats révèlent qu'aucun cours spécifique (45 heures) aux PNI n'est offert dans les programmes de formation infirmière initiale. Les thèmes liés aux PNI sont vus à l'intérieur d'une ou de plusieurs séances de cours (cégeps 55,6 %; universités 100 %). Les thèmes les plus abordés sont :

1. les déterminants sociaux et écologiques de la santé (47,1 %);
2. les relations de pouvoir inéquitables, le racisme et leur impact sur la santé et les soins de santé des PNI (47,1 %);
3. les répercussions du colonialisme (38,2 %);
4. les approches de sécurisation et d'humilité culturelles (38,2 %);
5. les facteurs culturels pertinents (38,2 %);
6. l'histoire des PNI au Canada et au Québec (35,3 %).

Dans certains collèges, les thèmes liés aux PNI ne sont vus dans aucun cours (44,4 %). Il faut lire ces résultats en gardant à l'esprit que, tant dans les cégeps que dans les universités, plusieurs participants (30,3 %) ont affirmé ne pas savoir quels étaient les thèmes abordés dans leur programme.

Bien que plusieurs sujets soient abordés, peu de temps leur est accordé, et ce, particulièrement dans les établissements d'enseignement collégial où 62,9 % des programmes accordent moins de cinq heures aux sujets touchant les PNI. Cette situation peut notamment s'expliquer par le fait que les compétences présentées dans les programmes collégiaux de soins infirmiers (180.A0, 180.B0) ne sont pas formulées de manière spécifique pour mettre en place des soins culturellement pertinents, sécuritaires et équitables auprès des PNI [47]. La compétence de sécurisation culturelle peut être

notamment associée à la compétence 01Q6 : « *Composer avec des réalités sociales et culturelles liées à la santé* ».

Pour ce qui est de la situation dans les universités, les résultats du sondage exposent que plusieurs thèmes liés aux PNI sont abordés et que plus de temps leur est consacré (57 % y consacrent plus de 11 h). À la lumière de ces résultats, la formation infirmière initiale est très variable d'un établissement d'enseignement à un autre, et ce, particulièrement pour les collèges. De plus, il s'avère que les contenus abordés n'alimentent pas une vision équilibrée des forces et des difficultés des PNI. Cette vision non équilibrée peut contribuer à la non-reconnaissance des capacités, des forces et des ressources des PNI. Cette situation doit être changée afin que soit reconnue l'autodétermination des PNI. Dans le but d'améliorer les programmes de formation initiale, il est essentiel que ceux-ci incluent la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, les droits de la personne issue des PNI, l'histoire des PNI au Canada (contexte sociohistorique du colonialisme), les apprentissages et les pratiques des PNI, les compétences de sécurisation culturelle et la lutte contre le racisme auprès des PNI [48].

Ensuite, le soutien au développement des compétences de sécurisation culturelle auprès des PNI devrait être réalisé à partir de différentes stratégies d'enseignement/apprentissage pratiques [45]. Selon le sondage réalisé par les auteurs, les stratégies d'enseignement/apprentissage les plus fréquemment utilisées sont les cours magistraux (73,5 %), les lectures (61,8 %) et les conférenciers issus des PNI (38,7 %). **Ces stratégies sont davantage utiles pour acquérir des savoirs et savoir-être, mais ne sont pas appropriées pour soutenir le développement du savoir-faire des étudiantes.** Dans certains cas, les stratégies d'enseignement/apprentissages pratiques telles que les stages cliniques d'immersion sont optionnelles. L'exposition aux cultures des PNI demeure un défi, puisqu'il n'est pas possible pour toutes les étudiantes de faire un stage clinique d'immersion dans les communautés des PNI. Pour faire face à ce défi, il est préconisé de favoriser la pédagogie expérientielle directe et indirecte [49], telle que :

1. les programmes d'apprentissage par services aux collectivités (apprentissage en classe et bénévolat dans la communauté) [50-54];
2. les activités de simulation haute fidélité (prébriefing, simulation et débriefing) [55];
3. les simulations de jeu virtuel [56];
4. les stages cliniques d'immersion [57];
5. la concordance du script [58].

Bien que ces stratégies se soient avérées efficaces, la combinaison et l'adaptation de ces stratégies peuvent être plus facilitantes pour les établissements d'enseignement.

Également, lors des stages, les étudiantes peuvent être jumelées à une tutrice et côtoyer différents membres de l'équipe soignante ayant des préjugés, des stéréotypes ou encore des compétences sous-optimales liées à la prestation de soins culturellement pertinente, sécuritaire et équitable auprès des PNI. En conséquence, **les modèles de rôles observés peuvent nuire à la qualité et à l'offre de soins culturellement pertinente,**

**sécuritaire et équitable auprès de ces populations.** Il est donc important que des activités de formation continue portant sur cet aspect soient offertes et accessibles à l'ensemble de l'effectif infirmier.

De plus, **l'évaluation des compétences de sécurisation culturelle est sous-optimale** à la fois dans les programmes de formation initiale et dans l'examen d'entrée à la profession infirmière. Selon les résultats du sondage réalisé par les auteurs de cet avis, l'évaluation des compétences de sécurisation culturelle auprès des PNI dans les programmes de formation initiale est davantage orientée vers le savoir (connaissances) et le savoir-être (attitudes), puisque les méthodes d'évaluation les plus utilisées sont l'examen écrit (38,2 %) et la réflexion personnelle (26,5 %). Force est de constater que le savoir-faire des étudiantes est très peu évalué et dans quelques cas, aucun des trois savoirs n'est évalué (2,9 %). Pour ce qui est de l'examen d'entrée à la profession infirmière, celui-ci évalue essentiellement le savoir, donc les connaissances. Des modalités d'évaluation évaluant tous les types de savoirs sont nécessaires pour assurer la qualité et l'équité de la prestation de soins culturellement sécuritaire auprès des PNI. Pour ce faire, il est souhaitable que les établissements d'enseignement mettent en place des modalités d'évaluation pertinentes pour l'évaluation des différents savoirs liés à la sécurisation culturelle auprès des PNI. De même, il est souhaitable que l'OIIQ identifie explicitement et inclut l'évaluation des connaissances liées à la sécurisation culturelle auprès des PNI dans l'examen professionnel.

Pour finir, il s'avère que les **enseignantes/professeures ont besoin de plus de formation et de soutien** pour veiller au développement des compétences de sécurisation culturelle des étudiantes auprès de ces populations [59, 60]. Conséquemment, le développement des compétences de sécurisation culturelle par les étudiantes est très variable d'un établissement d'enseignement à l'autre et d'une enseignante/professeure à l'autre. Différentes stratégies peuvent répondre au besoin de formation et de soutien des enseignantes/professeures, dont :

- 1) Mettre en place un plan d'action de réconciliation dans chaque établissement d'enseignement afin de promouvoir l'éducation à la sécurisation culturelle pour le personnel et les étudiants ainsi que la décolonisation<sup>1</sup> des programmes de formation [61, 62];
- 2) Inclure, en partenariat avec les autorités autochtones, un volet sur les PNI du Québec dans les parcours de formation collégiale et universitaire [63, 64];
- 3) Impliquer des personnes issues des PNI dans la dispensation des cours [62];
- 4) Offrir des activités de formation liées à la sécurisation culturelle pour les enseignantes/professeures [35, 62, 64];
- 5) Embaucher des enseignantes/professeures issues des PNI [44, 64];

---

<sup>1</sup> La décolonisation n'est pas un résultat, mais un processus continu qui se produit lorsque les deux parties (autochtone et allochtone) se rejoignent et s'engagent, ensemble en solidarité, afin de faire face aux divisions du passé colonial et pour remédier aux iniquités sociales et de santé vécues par les membres des Premières Nations et les Inuit. La décolonisation signifie également la reconnaissance et l'activation des savoirs autochtones dans le but de révéler la richesse des langues, la vision du monde, l'autodétermination, les enseignements et les expériences qui ont tous été systématiquement exclus lors de la colonisation [50, 51].

**Enjeux et réalités des membres des Premières Nations et des Inuit.** Il est reconnu que les soins de santé auprès des PNI sont mieux dispensés, notamment dans les communautés, par des infirmières issues de ces populations, puisque celles-ci ont une meilleure compréhension de leur réalité culturelle et peuvent assurer une meilleure continuité des soins [65]. Cependant, les infirmières issues des PNI **sont sous-représentées dans l'effectif infirmier** [4, 34, 66-70]. En 2016, au Canada, les infirmières issues des PNI représentaient 3 % des infirmières autorisées, tandis qu'elles représentaient seulement 1,6 % pour le Québec [71]. En effet, les étudiantes issues de ces populations font face à plusieurs réalités différentes au regard de la formation postsecondaire (ex. : faible revenu, valorisation et protection de la transmission intergénérationnelle des savoirs culturels, parcours scolaire ne préparant pas aux standards ministériels, langue maternelle n'étant ni le français ni l'anglais, éloignement géographique) [72-76].

L'augmentation du nombre de ces infirmières aurait des effets positifs, notamment l'amélioration de l'accès aux soins et leur continuité; la diminution des taux de roulement des infirmières dans les communautés nordiques et autochtones; l'amélioration de la santé et du bien-être des communautés [65] et le soutien clinique à l'équipe soignante au regard d'une prestation de soins pertinente, sécuritaire et équitable auprès des PNI. Plusieurs stratégies ont démontré leur efficacité pour favoriser le recrutement, les admissions et la rétention des étudiantes issues des PNI dans les programmes de formation infirmière, telles que :

- 1) l'embauche d'enseignantes/professeures issues des PNI [67];
- 2) la mise en place d'un système de mentorat [68, 74, 77];
- 3) la mise en place de modalités de tutorat et l'implication d'aînés sur les campus pour combler le fossé culturel entre les étudiantes issues des PNI et leur formation en sciences infirmières [78];
- 4) la création d'un poste de stratège dans les établissements d'enseignement pour la sensibilisation et l'engagement des PNI [79];
- 5) l'adaptation des cursus académiques aux réalités des PNI [68, 79-81];
- 6) la mise en place de modalités favorisant le soutien familial et social intergénérationnel [78];
- 7) la mise en place d'aide financière [45];
- 8) la création d'un espace culturel dédié [62, 64].

**Enjeux politiques.** Au Québec, il existe deux voies d'entrée dans la profession infirmière, soit le diplôme d'études collégiales et le diplôme universitaire. Or, les compétences à atteindre pour la formation collégiale sont sous la responsabilité du ministère de l'Enseignement supérieur (MES) [47], tandis que pour la formation universitaire, le processus de qualité des programmes repose notamment sur une responsabilité partagée entre les établissements d'enseignement universitaires, le MES et l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI) [48]. Ces deux voies entraînent une variabilité dans les programmes et des difficultés dans l'intégration des contenus liés à la sécurisation culturelle auprès des PNI. Pour diminuer cette variabilité, il serait souhaitable que la formation collégiale comprenne, comme le recommandent les commissions [18, 38, 40], des compétences de sécurisation culturelle spécifiques aux PNI. Non seulement la formation serait plus complète et uniforme, mais elle offrirait

également des fondements solides sur lesquels la formation universitaire pourrait s'appuyer pour aller plus loin.

## CONDITIONS FAVORABLES

**Présences de plusieurs cadres normatifs.** Afin d'identifier les compétences infirmières spécifiques à la sécurisation culturelle auprès des PNI, plusieurs cadres normatifs incluent exclusivement ou en partie des compétences de sécurisation culturelle auprès des PNI. Parmi ces cadres normatifs, notons le cadre du programme d'agrément de l'ACESI [48], le référentiel de compétences infirmières des communautés Premières Nations du Centre d'innovation en formation infirmière [82], les compétences nationales pour les infirmières autorisées en soins primaires de l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en médecine de familiale [83] et le *First Nations, Inuit and Métis Nursing* [84]. Combinés à la littérature scientifique, ces cadres normatifs constituent un point de départ pour bonifier la formation infirmière initiale au regard de la sécurisation culturelle auprès des PNI.

**Présences de structures facilitantes.** La collaboration existante entre les collèges et les universités par le truchement des consortiums DEC-BAC est un atout majeur pour assurer l'intégration des compétences de sécurisation culturelle auprès des PNI. De plus, l'ACESI-Région du Québec, par son Forum du premier cycle, offre un espace privilégié pour préciser le profil de sortie des bachelières au regard de la sécurisation culturelle auprès des PNI. Également, les universités québécoises offrent des modalités de formation à distance à l'aide de différentes technologies de l'information et de communication. De plus, plusieurs universités ont des campus délocalisés, favorisant ainsi l'accessibilité à des études postsecondaires.

**Mobilisation des membres des Premières Nations et des Inuit.** Les PNI se sont toujours mobilisés pour maintenir, protéger et se réapproprier leur identité et leur culture, ainsi que pour faire valoir les différents enjeux auxquels ils font face. Par les appels à l'action, la Commission de vérité et réconciliation du Canada démontre l'ouverture des PNI à collaborer avec les établissements d'enseignement au regard de la formation des professionnels de la santé. De plus, un regroupement d'infirmières issues des PNI au Québec devrait être formé prochainement. Ce regroupement pourra donner la voix aux infirmières issues des PNI sur différentes questions telles que la formation initiale des infirmières issues des PNI et des allochtones. Des partenariats constructifs entre les PNI et les milieux académiques sont également présents et permettent le développement des compétences de sécurisation culturelle. Également, des activités de sensibilisation et de formation continue portant sur les PNI sont disponibles et accessibles par différentes organisations et établissements d'enseignement (ex. : UQAC, UQAT).

**Mobilisation du ministère de l'Enseignement supérieur.** Dernièrement, le MES lançait son *Plan d'action pour la réussite en enseignement supérieur 2021-2026* [85]. Ce plan d'action constitue un levier important pour favoriser le développement des compétences de sécurisation culturelle auprès des PNI. En réponse au besoin d'augmenter la représentativité des infirmières issues des PNI, ce plan d'action prévoit :

1. soutenir l'acquisition des compétences essentielles à la poursuite des études, et ce, particulièrement chez certains groupes, dont les étudiantes issues des PNI;

2. soutenir les initiatives valorisant la réussite scolaire de modèles significatifs ou inspirants, notamment lorsque ces modèles sont issus des groupes sous-représentés tels que les PNI.

En réponse au besoin des enseignantes/professeures d'avoir plus de formation et de soutien pour veiller au développement des compétences de sécurisation culturelle de leurs étudiantes, le plan d'action propose de soutenir les initiatives de perfectionnement professionnel du corps enseignant et professoral et le développement de l'expertise du personnel des collèges et des universités, notamment en favorisant l'autochtonisation des savoirs<sup>2</sup>.

**Exemples de programmes de formation adaptés aux réalités des Premières Nations et des Inuit.** Afin d'améliorer l'accessibilité à des études postsecondaires dans le domaine des sciences infirmières pour les PNI, plusieurs exemples québécois (ex. : Programme de formation de médecins des PNI du Québec, Programme de formation de sages-femmes d'Inuulitsivik), nationaux (ex. : Programme de formation infirmière « *Learn Where You Live* » [79]) et internationaux (ex. : *Indigenous nursing support model* de la University of Southern Queensland) [67] regorgent de stratégies pouvant favoriser le recrutement, les admissions et la rétention des Premières Nations et des Inuit désirant poursuivre des études postsecondaires.

## CONCLUSION

Les membres du Comité de la formation infirmière de l'OIIQ sont d'avis que la formation infirmière initiale doit être enrichie au regard des compétences de sécurisation culturelle auprès des PNI et que ces derniers doivent davantage être représentés dans l'effectif infirmier afin que la prestation de soins soit pertinente, sécuritaire et équitable. Pour ces raisons, les membres du Comité de la formation infirmière désirent que les travaux de l'OIIQ, au regard de la sécurisation culturelle auprès des PNI, assurent le déploiement durable d'une pratique infirmière fondée sur la sécurisation culturelle et l'équité des soins de santé auprès des PNI, et ce, dans tous les milieux de pratique.

---

<sup>2</sup> L'autochtonisation des savoirs signifie que des efforts sont mis en oeuvre pour intégrer les peuples autochtones, leurs philosophies, leurs connaissances et leurs cultures dans l'élaboration et la révision des programmes d'études (p. 56).

## AVIS

- CONSIDÉRANT** les disparités socioéconomiques et de santé importantes entre les populations des Premières Nations et Inuit et les allochtones;
- CONSIDÉRANT** les besoins de santé des Premières Nations et des Inuit;
- CONSIDÉRANT** les obstacles à l'accessibilité aux soins et aux services de santé rencontrés par les Premières Nations et les Inuit;
- CONSIDÉRANT** la présence de discrimination et de racisme systémiques ainsi qu'un manque de sécurisation culturelle dans les soins et services de santé auprès des Premières Nations et des Inuit;
- CONSIDÉRANT** le manque de spécificité au regard des compétences de sécurisation culturelle auprès des Premières Nations et des Inuit dans l'énoncé des compétences du devis ministériel pour la formation collégiale;
- CONSIDÉRANT** les deux voies d'entrée à la profession infirmière;
- CONSIDÉRANT** les besoins de formation et de soutien manifestés par les équipes professorales et enseignantes quant à leur enseignement des compétences de sécurisation culturelle relativement aux Premières Nations et aux Inuit;
- CONSIDÉRANT** l'impact des modèles de rôles négatifs sur les étudiantes au cours de leur formation initiale;
- CONSIDÉRANT** l'évaluation sous-optimale des connaissances liées à la sécurisation culturelle auprès des Premières Nations et des Inuit dans l'examen d'entrée à la profession infirmière;
- CONSIDÉRANT** l'évaluation sous-optimale du savoir-être et du savoir-faire liés à la sécurisation culturelle auprès des Premières Nations et des Inuit dans les établissements d'enseignement;
- CONSIDÉRANT** la sous-représentativité des infirmières issues des Premières Nations et des Inuit dans l'effectif infirmier;

Les membres du Comité de la formation infirmière recommandent au Conseil d'administration de l'OIIQ :

**D'INVITER** le **ministère de l'Enseignement supérieur** à :

1. réviser le devis ministériel des programmes de Soins infirmiers (180.A0, 180.B0) afin d'y inclure les compétences de sécurisation culturelle auprès des Premières Nations et des Inuit;

2. créer un groupe de travail composé de personnes issues des Premières Nations et des Inuit, de représentants des collèges, de représentants de l'OIIQ et de représentants du milieu de la santé et des services sociaux afin de lui suggérer la ou les compétences à inscrire au devis de la formation initiale au regard de la sécurisation culturelle auprès des Premières Nations et des Inuit;
3. créer un Conseil consultatif pour l'enseignement supérieur aux Premières Nations et aux Inuit, qui aurait le mandat de soutenir la réflexion des établissements d'enseignement quant à l'accès à des études supérieures, à la recherche et à la main-d'œuvre en enseignement supérieur pour les Premières Nations et les Inuit. Les Premières Nations et les Inuit doivent être représentés au sein de ce conseil.

**DE RECOMMANDER** aux **établissements universitaires** de satisfaire aux normes d'agrément de l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières et au Principe de Joyce en matière de formation liée à la sécurisation culturelle auprès des Premières Nations et des Inuit ;

**DE RECOMMANDER** à l'**Association canadienne des écoles de sciences infirmières-Région du Québec**, aux **établissements d'enseignement** et aux **communautés autochtones et inuit** de co-construire un plan d'appel à l'action pour favoriser, de manière culturellement sécuritaire, le recrutement, les admissions et la rétention des étudiantes issues des Premières Nations et des Inuit dans les programmes de formation infirmière initiale;

**DE MANDATER** le **Comité de l'examen professionnel de l'OIIQ** à modifier l'examen professionnel afin d'évaluer les connaissances liées à la sécurisation culturelle auprès des Premières Nations et des Inuit une fois que la formation initiale aura été actualisée.

**D'INVITER** les services de formation continue des **établissements d'enseignement** à développer une offre de formation accréditée portant sur la sécurisation culturelle auprès des Premières Nations et des Inuit. Cette offre de formation se doit d'être accessible pour toutes les personnes impliquées dans la formation infirmière ou œuvrant auprès des Premières Nations et des Inuit.

**D'INVITER** les **établissements du réseau de la santé et des services sociaux** à promouvoir cette offre de formation continue auprès du personnel infirmier.

1. La Presse Canadienne. (2021, 14 juillet). L'Ordre des infirmières reconnaît le racisme systémique. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2021-07-14/reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/l-ordre-des-infirmieres-reconnait-le-racisme-systemique.php>
2. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2014). *Valeurs de la profession infirmière*. <https://www.oiiq.org/en/pratique-professionnelle/deontologie/valeurs-de-la-profession-infirmiere>
3. Ramsden, I. (1993). Cultural safety in nursing education in Aotearoa (New Zealand). *Nursing Praxis in New Zealand*, 8(3), 4-10.
4. Tremblay, M.-C., Graham, J., Porgo, T. V., Dogba, M. J., Paquette, J.-S., Careau, E., et Witteman, H. O. (2020). Improving cultural safety of diabetes care in Indigenous Populations of Canada, Australia, New Zealand and the United States: A systematic rapid review. *Canadian Journal of Diabetes*, 44(7), 670-678. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2019.11.006>
5. Downing, R., Kowal, E., Paradies, Y., Downing, R., Kowal, E., et Paradies, Y. (2011). Indigenous cultural training for health workers in Australia. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(3), 247-257. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr008>
6. Tremblay, M.-C., Graham, J., Porgo, T. V., Dogba, M. J., Paquette, J.-S., Careau, E., et Witteman, H. O. (2020). Improving cultural safety of diabetes care in Indigenous Populations of Canada, Australia, New Zealand and the United States: A systematic rapid review. *Canadian Journal of Diabetes*, 44(7), 670-678. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2019.11.006>
7. Blanchet Garneau, A., et Pepin, J. (2012). La sécurité culturelle : une analyse du concept. *Recherche en soins infirmiers*, 111, 22-35.
8. Browne, A. J., Varcoe, C., Lavoie, J., Smye, V., Wong, S. T., Krause, M., Tu, D., Godwin, O., Khan, K., et Fridkin, A. (2016). Enhancing health care equity with Indigenous populations: Evidence-based strategies from an ethnographic study. *BMC Health Services Research*, 16(1), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1707-9>
9. Curtis, E., Jones, R., Tipene-Leach, D., Walker, C., Loring, B., Paine, S. J., et Reid, P. (2019). Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: A literature review and recommended definition. *International Journal for Equity In Health*, 18(1), 174. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1082-3>
10. Blanchet Garneau, A., Browne, A. J., et Varcoe, C. (2019). Understanding competing discourses as a basis for promoting equity in primary health care. *BMC Health Services Research*, 19(1), 764. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4602-3>
11. Lepage, P. (2019). *Mythes et réalités sur les peuples autochtones* (3<sup>e</sup> éd.). Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse; Institut Tshakapesh. <https://www.cdpedj.qc.ca/storage/app/media/publications/Mythes-Realites.pdf>
12. Nungak, Z. (2017). *Wrestling with colonialism on steroids: Quebec Inuit fight for their homeland*. Vehicule Press.
13. Adelson, N. (2005). The embodiment of inequity: Health disparities in aboriginal Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 96(suppl. 2), S45-S61.
14. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. (2013). *Aperçu de la santé des autochtones au Canada*. [https://www.ccsna.ca/525/Aperçu\\_de\\_la\\_santé\\_des\\_Autochtones\\_au\\_Canada.nccih?id=101](https://www.ccsna.ca/525/Aperçu_de_la_santé_des_Autochtones_au_Canada.nccih?id=101)
15. Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (2007). *Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec 2007-2017*. <https://centredoc.ccsspnql.com/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=183>
16. Gracey, M., et King, M. (2009). Indigenous health part 1: Determinants and disease patterns. *Lancet*, 374(9683), 65-75. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60914-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60914-4)
17. King, M., Smith, A., et Gracey, M. (2009). Indigenous health part 2: The underlying causes of the health gap. *Lancet*, 374(9683), 76-85. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60827-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60827-8)

18. Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (2018). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations – ERS 2015*. CSSSPNQL.
19. Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (2018). *La santé publique chez les Premières Nations au Québec : une responsabilité partagée pour une action concertée*. <https://files.cssspnql.com/index.php/s/29zsJIBpaszZ8KM>
20. Statistique Canada. (2018). *Les Premières Nations, les Métis et les Inuits au Canada : des populations diverses et en plein essor*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-659-x/89-659-x2018001-fra.htm>
21. Statistique Canada. (2017, 25 octobre). Les peuples autochtones au Canada : faits saillants du Recensement de 2016. *Le Quotidien*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/171025/dq171025a-fra.htm>
22. Houle, V., et Richer, F. (2018). *Témoignage de Médecins du Monde : données complémentaires*. [https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers\\_clients/Documents\\_deposes\\_a\\_la\\_Commission/P-449.pdf](https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Documents_deposes_a_la_Commission/P-449.pdf)
23. Leclerc, A.-M. (2018, 11 décembre). Trajectoires de santé des Autochtones. *Acfas Magazine*. <https://www.acfas.ca/publications/magazine/2018/12/trajec-toires-sante-autochtones>
24. Santé Canada, et Assemblée des Premières Nations. (2015). *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations : rapport sommaire*. [https://www.sac-isc.gc.ca/DAM/DAM-ISC-SAC/DAM-HLTH/STAGING/texte-text/mh-health-wellness\\_continuum-framework-summ-report\\_1579120679485\\_fra.pdf](https://www.sac-isc.gc.ca/DAM/DAM-ISC-SAC/DAM-HLTH/STAGING/texte-text/mh-health-wellness_continuum-framework-summ-report_1579120679485_fra.pdf)
25. Commission nationale d'experts. (2012). *Un appel à l'action infirmière : la santé dans notre nation, l'avenir de notre système de santé*. Association des infirmières et infirmiers du Canada. [https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/files/fr/nec\\_report\\_f.pdf](https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/files/fr/nec_report_f.pdf)
26. Greenwood, M., de Leeuw, S., et Lindsay, N. M. (2015). *Determinants of Indigenous Peoples' health in Canada: Beyond the social*. Canadian Scholars' Press.
27. Horrill, T., McMillan, D. E., Schultz, A. S. H., et Thompson, G. (2018). Understanding access to healthcare among Indigenous peoples: A comparative analysis of biomedical and postcolonial perspectives. *Nursing Inquiry*, 25(3), e12237. <https://doi.org/10.1111/nin.12237>
28. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. (2019). *L'accès aux services de santé comme un déterminant social de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis*. <https://www.cnsa.ca/docs/determinants/FS-AccessHealthServicesSDOH-2019-FR.pdf>
29. Lepage, P. (2019). *Mythes et réalités sur les peuples autochtones* (3<sup>e</sup> éd.). Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse; Institut Tshakapesh. <https://www.cdpedj.qc.ca/storage/app/media/publications/Mythes-Realites.pdf>
30. Robertson, D. L. (2015). Invisibility in the color-blind era: Examining legitimized racism against Indigenous Peoples. *American Indian Quarterly*, 39(2), 113-153.
31. Horrill, T., McMillan, D. E., Schultz, A. S. H., et Thompson, G. (2018). Understanding access to healthcare among Indigenous peoples: A comparative analysis of biomedical and postcolonial perspectives. *Nursing Inquiry*, 25(3), e12237. <https://doi.org/10.1111/nin.12237>
32. Robertson, D. L. (2015). Invisibility in the color-blind era: Examining legitimized racism against Indigenous Peoples. *American Indian Quarterly*, 39(2), 113-153.
33. Leininger, M., et McFarland, M. R. (2002). *Transcultural nursing: Concepts, theories, research & practices* (3<sup>e</sup> éd.). McGraw-Hill.
34. Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2014). *Les soins infirmiers adaptés à la santé autochtone et la santé des Autochtones : fixer le cap d'une orientation stratégique pour les soins infirmiers au Canada*. [https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/aboriginal\\_nursing-charting\\_policy\\_direction\\_for\\_nursing\\_in\\_canada\\_f.pdf](https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/aboriginal_nursing-charting_policy_direction_for_nursing_in_canada_f.pdf)

35. Richardson, F., et Carryer, J. (2005). Teaching cultural safety in a New Zealand nursing education program. *Journal of Nursing Education*, 44(5), 201-208. <https://doi.org/10.3928/01484834-20050501-02>
36. Nader, F., Kolahdooz, F., et Sharma, S. (2017). Assessing health care access and use among Indigenous Peoples in Alberta: A systematic review. *Journal of Health Care for the Poor & Underserved*, 28(4), 1286-1303. <https://doi.org/10.1353/hpu.2017.0114>
37. Smylie, J., Firestone, M., et Spiller, M. W. (2018). Our health counts: Population-based measures of urban Inuit health determinants, health status, and health care access. *Canadian Journal of Public Health*, 109(5-6), 662-670. <https://doi.org/10.17269/s41997-018-0111-0>
38. Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2012). *Appels à l'action*. [https://ehprnh2mwo3.exactdn.com/wp-content/uploads/2021/04/4-Appels\\_a\\_l-Action\\_French.pdf](https://ehprnh2mwo3.exactdn.com/wp-content/uploads/2021/04/4-Appels_a_l-Action_French.pdf)
39. Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. (2019). *Réclamer notre pouvoir et notre place : le rapport final de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées* (vol. 1a). <https://www.mmiwg-ffada.ca/wp-content/uploads/2019/06/Rapport-final-volume-1a-1.pdf>
40. Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics. (2019). *Rapport final*. [https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers\\_clients/Rapport/Rapport\\_final.pdf](https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport/Rapport_final.pdf)
41. Conseil des Atikamekw de Manawan, et Conseil de la Nation Atikamekw. (2020). *Principe de Joyce : mémoire*. [https://www.atikamekwsiipi.com/public/images/wbr/uploads/telechargement/Doc\\_Principe-de-Joyce.pdf](https://www.atikamekwsiipi.com/public/images/wbr/uploads/telechargement/Doc_Principe-de-Joyce.pdf)
42. Lavoie, J. G., Kaufert, J., Browne, A. J., et O'Neil, J. D. (2016). Managing Matajoosh: Determinants of first Nations' cancer care decisions. *BMC Health Services Research*, 16(1), 402. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1665-2>
43. Canadian Association of Schools of Nursing. (2003). *National workshop on strategies to recruit and retain Aboriginal nursing students in the nursing profession: A report of the proceedings*. <https://casn.ca/wp-content/uploads/2014/12/FNIHBCASNWorkshopFinalReport.pdf>
44. Gregory, D., et Wasekeesikaw, F. (2007). *Against the odds: An update on Aboriginal nursing in Canada*. Health Canada, National Task Force on Recruitment and Retention Strategies.
45. Goold, S., Turale, S., Miller, M., et Usher, K. (2002). *'Gettin em n keepin em': Report of the Indigenous Nursing Education Working Group*. Commonwealth Department of Health and Ageing, Office for Aboriginal and Torres Strait Islander Health. [https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/86C9F46AEC957BB9CA257BF0001E8B12/\\$File/gettinem.pdf](https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/86C9F46AEC957BB9CA257BF0001E8B12/$File/gettinem.pdf)
46. Lamontagne, N. T. (2021, 7 février). Mal formés sur la santé autochtone : les étudiants en soins infirmiers qui sortent de leur technique sont peu outillés sur cette réalité. *Journal de Montréal*. <https://www.journaldemontreal.com/2021/02/07/mal-formes-sur-la-sante-autochtone>
47. Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. (2008). *Soins infirmiers : programme d'études techniques 180.A0, version 2007*. <http://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/1762703>
48. Association canadienne des écoles de sciences infirmières. (2020). *Cadre du programme d'agrément de l'ACESI*. ACESI.
49. Bourque Bearskin, R. L., Joseph, C., et Kennedy, A. (2020). Bearing witness to Indigenous health nursing. *Canadian Journal of Critical Nursing Discourse*, 2(1), 1-8. <https://doi.org/10.25071/2291-5796.70>
50. Ballestas, H. C., et Roller, M. C. (2013). The effectiveness of a study abroad program for increasing students' cultural competence. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(6), 125-133.
51. Bohman, D. M., et Borglin, G. (2014). Student exchange for nursing students: Does it raise cultural awareness? A descriptive, qualitative study. *Nurse Education in Practice*, 14(3), 259-264. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.11.006>
52. Cox, L., Crump, L., Struwing, R., Gillum, D., et Abraham, S. (2017). Building cultural competence: The lived experience of semester study abroad students. *Journal of Christian Nursing*, 34(3), E35-E40. <https://doi.org/10.1097/CNJ.0000000000000410>

53. Lane, S. H., Huffman, C., Brackney, D. E., et Cuddy, A. (2017). Going domestic: Importing the study abroad experience. The development of a multicultural New York city study away program. *Nursing Forum*, 52(3), 196-206. <https://doi.org/10.1111/nuf.12189>
54. Long, T. (2016). Influence of international service learning on nursing students' self efficacy towards cultural competence. *Journal of Cultural Diversity*, 23(1), 28-33.
55. Andrews, I. (2021). Prebriefing as a tool to building cultural competence during a study away program. *Journal of Cultural Diversity*, 28(1), 20-29.
56. Pimentel, J., Arias, A., Ramírez, D., Molina, A., Chomat, A. M., Cockcroft, A., et Andersson, N. (2020). Game-based learning interventions to foster cross-cultural care training: A scoping review. *Games for Health Journal*, 9(3), 164-181. <https://doi.org/10.1089/g4h.2019.0078>
57. Webster, S., Lopez, V., Allnut, J., Clague, L., Jones, D., et Bennett, P. (2010). Undergraduate nursing students' experiences in a rural clinical placement. *Australian Journal of Rural Health*, 18(5), 194-198. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2010.01153.x>
58. Ross, P. T., Uijtdehaage, S., et Lypson, M. L. (2010). Reflections on culture: Views on script concordance testing. *Medical Education*, 44(5), 505-506. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2010.03638.x>
59. Rowan, M. S., Rukholm, E., Bourque-Bearskin, L., Baker, C., Voyageur, E., et Robitaille, A. (2013). Cultural competence and cultural safety in canadian schools of nursing: A mixed methods study. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 10(1), 1-10. <https://doi.org/10.1515/ijnes-2012-0043>
60. Blanchet Garneau, A., Bélisle, M., Lavoie, P., et Laurent Sédillot, C. (2021). Integrating equity and social justice for indigenous peoples in undergraduate health professions education in Canada: A framework from a critical review of literature. *International Journal for Equity in Health*, 20(1), 123. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01475-6>
61. Wallace, I. (2018). *L'intégration de la compétence culturelle autochtone en sciences infirmières: l'expérience des professeurs* (thèse, Université d'Ottawa). [https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/38265/7/Wallace\\_Isabelle\\_2018\\_thesis.pdf](https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/38265/7/Wallace_Isabelle_2018_thesis.pdf)
62. Fowler, A. C., Ewens, B., Vafeas, C., Delves, L., Hayward, C., Nannup, N., et Baum, G. (2018). Closing the gap: A whole of school approach to Aboriginal and Torres Strait Islander inclusivity in higher education. *Nurse education in practice*, 30, 86-90. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.04.001>
63. Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador. (2020). *Plan d'action de l'APNQL sur le racisme et la discrimination*. [https://apnql.com/fr/wp-content/uploads/2020/09/PLAN-ACTION-RACISME-ET-DISCRIMINATION\\_VF.pdf](https://apnql.com/fr/wp-content/uploads/2020/09/PLAN-ACTION-RACISME-ET-DISCRIMINATION_VF.pdf)
64. Association canadienne des écoles de sciences infirmières. (2020). *Cadre stratégique en matière de formation infirmière, en réponse à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada*. <https://www.casn.ca/wp-content/uploads/2020/11/FR-TRC-RESPONSE-STRATEGIES-FOR-NURSING-EDUCATIONTRC-Discussion-Paper-Revised-date-Final.pdf>
65. Exner-Pirot, H., et Lorna, B. (2015). *Healthy foundations: Nursing's role in building strong Aboriginal communities*. Conference Board of Canada. [https://www.conferenceboard.ca/temp/8980d01d-70b6-465f-a5af-4e710213f494/6870\\_HealthyFoundations-RPT.pdf](https://www.conferenceboard.ca/temp/8980d01d-70b6-465f-a5af-4e710213f494/6870_HealthyFoundations-RPT.pdf)
66. Armstrong, F. (2001). Australia needs more indigenous nurses. *Australian Nursing Journal*, 8(9), 28-30.
67. Best, O., et Stuart, L. (2014). An Aboriginal nurse-led working model for success in graduating Indigenous Australian nurses. *Contemporary Nurse*, 48(1), 59-66. <https://doi.org/10.1080/10376178.2014.11081927>
68. Hinton, A., et Chirgwin, S. (2010). Nursing education: Reducing reality shock for graduate Indigenous nurses - it's all about time. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 28(1), 60-66.
69. Blanchfield, C. (2006). Centre of excellence would support Aboriginal nursing students. *Canadian Nurse*, 102(4), 15-40.

70. Tremblay, M.-C., Bradette-Laplante, M., Witterman, H. O., Dogba, M. J., Breault, P., Paquette, J.-S., Careau, E., et Echaquan, S. (2021). Providing culturally safe care to Indigenous people living with diabetes: Identifying barriers and enablers from different perspectives. *Health Expectations*, 24(2), 296-306. <https://doi.org/10.1111/hex.13168>
71. University of Saskatchewan, et Canadian Indigenous Nurses Association. (2018). *Aboriginal nursing in Canada: Fact sheet*. <https://nursing.usask.ca/documents/aboriginal/AboriginalRNWorkforceFactsheet.pdf>
72. Indian and Northern Affairs Canada. (2005). *Education action plan*. INAC.
73. Hunter, B., et Schwab, R. G. (1998). *The determinants of Indigenous educational outcomes* (Discussion Paper No. 160). Australian National University, Centre for Aboriginal Economic Policy Research. [https://caepr.cass.anu.edu.au/sites/default/files/docs/1998\\_DP160\\_0.pdf](https://caepr.cass.anu.edu.au/sites/default/files/docs/1998_DP160_0.pdf)
74. Usher, K., Miller, M., Turale, S., et Goold, S. (2005). Meeting the challenges of recruitment and retention of Indigenous people into nursing: Outcomes of the Indigenous Nurse Education Working Group. *Collegian*, 12(3), 27-31.
75. Usher, K., Miller, M., Lindsay, D., et Miller, A. (2005). Challenges faced by Indigenous nursing students and strategies that aided their progress in the course: A descriptive study. *Contemporary Nurse*, 19(1-2), 17-31. <https://doi.org/10.5172/conu.19.1-2.17>
76. Mareschal, J., et Denault, A.-A. (2020). *Persévérance et réussite scolaires des étudiants autochtones au collégial : récits et pratiques liés à la sécurisation culturelle issus de cégeps de Québec et Trois-Rivières*. <https://mobile.educ.info/xmlui/bitstream/handle/11515/37998/mareschal-denault-perseverance-reussite-etudiants-autochtones-garneau-trois-rivieres-PAREA-2020.pdf>
77. Felton-Busch, C., Maza, K., Ghee, M., Mills, F., Mills, J., Hitchins, M., Park, T., et Chamberlain-Salaun, J. (2013). Using mentoring circles to support Aboriginal and Torres Strait Islander nursing students: Guidelines for sharing and learning. *Contemporary Nurse*, 46(1), 135-138. <https://doi.org/10.5172/conu.2013.46.1.135>
78. Anonson, J. M., Desjarlais, J., Nixon, J., Whiteman, L., et Bird, A. (2008). Strategies to support recruitment and retention of First Nations youth in baccalaureate nursing programs in Saskatchewan, Canada. *Journal of Transcultural Nursing*, 19(3), 274-283. <https://doi.org/10.1177/1043659608317095>
79. Butler, L., Exner-Pirot, H., et Berry, L. (2018). Reshaping policies to achieve a strategic plan for Indigenous engagement in nursing education. *Nursing Leadership*, 31(1), 18-27. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2018.25476>
80. Arnault-Pelletier, V., Brown, S., Desjarlais, J., et McBeth, B. (2006). Circle of strength: A 20-year-old initiative in Saskatchewan in having a significant impact on the recruitment, retention and success of First Nations and Métis students in nursing education. *Canadian Nurse*, 102(4), 22-26.
81. West, R., West, L., West, K., et Usher, K. (2010). Tjirtamai – ‘To care for’: A nursing education model designed to increase the number of Aboriginal nurses in a rural and remote Queensland community. *Contemporary Nurse*, 37(1), 39-48. <https://doi.org/10.5172/conu.2011.37.1.039>
82. Centre d'innovation en formation infirmière. (2017). *Référentiel de compétences des infirmières des communautés Premières Nations du Québec / Competencies framework of Québec First Nations communities nurses*. Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières. [https://www.cifi.umontreal.ca/documents/Publications/CIFI\\_Nou\\_Brochure\\_Referentiel\\_Competece\\_2019\\_web.pdf](https://www.cifi.umontreal.ca/documents/Publications/CIFI_Nou_Brochure_Referentiel_Competece_2019_web.pdf)
83. Canadian Family Practice Nurses Association. (2019). *National competencies for registered nurses in primary care*. <https://fr.cfpna.ca/product-page>
84. Canadian Indigenous Nurses Association, Canadian Association of Schools of Nursing, et Canadian Nurses Association. (2009). *Cultural competence and cultural safety in nursing education: A framework for First Nations, Inuit and Métis nursing*. [https://cna-aici.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/first\\_nations\\_framework\\_e.pdf](https://cna-aici.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/first_nations_framework_e.pdf)
85. Ministère de l'Enseignement supérieur. (2021). *Plan d'action pour la réussite en enseignement supérieur 2021-2026*. [https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/education/publications-adm/enseignement-superieur/plan-action\\_reussite-ens-sup.pdf](https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/education/publications-adm/enseignement-superieur/plan-action_reussite-ens-sup.pdf)

Cet avis a été adopté à l'unanimité le 5 octobre 2021 par les membres du Comité de la formation des infirmières.

**Membres du Comité qui ont adopté l'Avis :**

<p>Représentants de l'ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC</p>	<p><b>Kévin Vézeau-Beaulieu</b> <i>Président du Comité</i> Responsable de la coordination départementale et du programme en soins infirmiers Cégep de Saint-Hyacinthe</p> <p><b>Johanne Lessard</b> Conseillère en soins infirmiers CISSS de Lanaudière</p>
<p>Représentantes du BUREAU DE COOPÉRATION INTERUNIVERSITAIRE</p>	<p><b>Mélissa Lavoie</b> Directrice des programmes de deuxième cycle en sciences infirmières Université du Québec à Chicoutimi</p> <p><b>Kathleen Lechasseur</b> Professeure titulaire Université Laval</p>
<p>Représentantes des DIRECTEURS DES SOINS INFIRMIERS</p>	<p><b>Renée Descôteaux</b> Directrice des soins infirmiers et des regroupements clientèles CHUM</p> <p><b>Johanne Méthot</b> (réponse reçue le 6 octobre 2021) Directrice générale adjointe aux programmes de santé physique généraux et spécialisés et directrice des soins infirmiers CISSS de la Gaspésie</p>
<p>Représentant de la FÉDÉRATION DES CÉGEPS</p>	<p><b>Philippe Bossé</b> Directeur des études Cégep de Saint-Jean-sur-Richelieu</p>

**Membres du Comité qui ont adopté l’Avis sous réserve :**

<p>Représentante du MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION ET DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR (MEES)</p>	<p><b>Marielle Gingras</b></p> <p>Chef d'équipe Direction des programmes de formation collégiale Direction générale des affaires collégiales Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur</p> <p>Le Ministère est en accord avec l'objectif visé par l'avis d'intégrer les éléments de sécurisation culturelle dans les programmes d'études Soins infirmiers menant au diplôme d'études collégiales (DEC 180.A0 et 180.B0). Toutefois, le ministère émet les réserves suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- au regard de l'utilisation du terme systémique dans l'énoncé <i>racisme systémique</i>;</li> <li>- quant à la pertinence de la deuxième recommandation, puisque le Ministère déterminera les moyens à prendre et consultera les partenaires concernés au cours de ces travaux;</li> <li>- quant à la pertinence de la troisième recommandation, considérant que la ministre de l'Enseignement supérieur a annoncé au Conseil en Éducation des Premières Nations, sa volonté de mettre sur pied une structure de concertation permanente qui permettra, entre autres, de s'assurer d'une concertation entre les organisations autochtones, les établissements d'enseignement supérieur et le Ministère.</li> </ul>
<p>Représentante de la FÉDÉRATION DES CÉGEPS</p>	<p><b>Nathalie Giguère</b></p> <p>Directrice des études Cégep du Vieux-Montréal</p> <p>La réserve énoncée porte sur les résultats du sondage relativement au pourcentage des collèges où les thèmes liés aux PNI ne sont pas abordés (page 8). Il est jugé nécessaire de préciser que les établissements d'enseignement disposaient d'un délai de 4 jours ouvrables pour compléter le sondage. Ce court délai n'a pas permis aux établissements d'enseignement de consulter l'ensemble des enseignantes en soins infirmiers, et ainsi, avoir un portrait complet de la situation.</p>