



Canadian Critical Care Society position statement on reconciliation, decolonization, and Indigenous engagement

Murdoch Leeies, MD, FRCPC, MSc · Cameron Landry, MD, MSc, FRCPC · Marcus Blouw, MD, FRCPC · Joshua Butcher, MD, FRCPC · Carmen S. Hrymak, MD, FRCPC, MScHQ · Gloria Vazquez-Grande, MD, PhD, CCSEAP · Sabira Valiani, MD, FRCPC, MSc · Varuna Prakash, MD, MHSc, FRCPC · Wael M. R. Haddara, BScPharm, MD, FRCPC, MMED · Ravi Taneja, MBBS, MD, FFARCSI, FRCA, FRCPC · Kathryn G. Whittemore, MBBS, FRCPC · Ruth E. MacRedmond, MB, MRCPI, MD, FRCPC · Bojan N. Paunovic, MD, FRCPC · James Downar, MDCM, MHSc, FRCPC · Catherine A. Farrell, MD, FRCPC · Srinivas Murthy, MDCM, MHSc, FRCPC · Babar A. Haroon, MD, FRCPC, MEd · Claudia DosSantos, MD, MSc, FRCPC · Marko Balan, MD, FRCPC · Bram Rochweg, MD, MSc, FRCPC · Frédérick D’Aragon, MD, MSc, FRCPC · Mandy Buss, MD, CCFP · Karen E. A. Burns, MD, FRCPC, MSc

Received: 23 October 2023 / Revised: 23 October 2023 / Accepted: 23 October 2023 / Published online: 8 February 2024
© Canadian Anesthesiologists’ Society 2024

Keywords cultural humility · decolonization · Indigenous engagement · Indigenous health · reconciliation

partner in advocacy for work that honours how these strengths intersect with critical care medicine in Canada.

Canadian Critical Care Society land acknowledgement

In representing Adult and Pediatric Critical Care Medicine physicians across Canada, the Canadian Critical Care Society (CCCS) acknowledges that critical care health teams and CCCS members work and live on traditional territories of Indigenous Peoples (including First Nations, Métis, and Inuit/Inuk populations) across Canada. The CCCS recognizes the importance of physical and spiritual connections of Indigenous Peoples to the land. We acknowledge the ancestral and existing territories of all First Nations, Métis, and Inuit/Inuk Peoples. We ask that our members learn about the traditional lands on which they reside and reflect on their individual roles in truth and reconciliation as leaders in critical care medicine.

By acknowledging this, we accept our responsibility and affirm our commitment to partnering with First Nations, Métis, and Inuit/Inuk Peoples as we work to understand the unique harms and inequities that exist as a result of systemic anti-Indigenous racism. We also acknowledge the remarkable resilience and strength of Indigenous Peoples and we will

Background

The Canadian Critical Care Society (CCCS) recognizes a shared history and a shared present between First Nations, Métis, and Inuit/Inuk Peoples and non-Indigenous Peoples of Canada. Indigenous populations experience inequities in health care access and outcomes as a direct result of colonialism and Canadian governmental actions such as residential schools and the Sixties Scoop. Harms perpetrated by the health system against Indigenous Peoples in Canada have included, but are not limited to, nutritional experimentation, forced sterilization procedures, and inferior treatment in the Indian hospital system. Today, Indigenous Peoples have reduced lifespans compared with the general Canadian population (ten fewer years of life on average),¹ suffer increased prevalence of chronic and infectious diseases (including tuberculosis, acquired immunodeficiency syndrome, diabetes mellitus, hypertension, and cardiovascular disease),^{2–4} and uniquely experience and express social determinants of health. Because of the tenuous relationship between the Canadian health care system and Indigenous Peoples, many Indigenous people anticipate and experience discrimination, resulting in a high degree of mistrust in the health care system.

Author affiliations appear at the end of this article.

Our understanding of harms and inequities specific to First Nations, Métis, and Inuit/Inuk populations in the Canadian critical care system is limited and requires expansion, appropriate resourcing, and institutional support. There are numerous reasons for lack of research and ensuing evaluation of outcomes for critically ill Indigenous Canadians, including insufficient resourcing, a lack of specific focus, and incomplete data collection.⁵ We recognize, despite limitations in the evidence base, that Indigenous patients have special considerations, unique needs, and differential outcomes with regard to the provision of critical care. Indigenous people may benefit from health care teams' consideration of language and translation services, support for spiritual and traditional cultural healing practices, and health care team training in cultural humility and implicit bias. Consideration should also be given to the structural burden of travel from remote communities to access critical care medicine services, a differential burden of traumatic intensive care unit (ICU) admissions at the personal and community level, as well as unique considerations regarding end-of-life decision-making and care.^{6–8} Further strengths-based research that is led or cocreated by First Nations, Métis, and Inuit/Inuk investigators is needed to understand the distributions of these determinants and their associated outcomes.^{9,10}

Characterization of the current distributions of Indigenous identities within critical care staff and trainees is needed. Anticipating that the proportion of Indigenous critical care providers will be lower than the underlying population distribution, efforts should be made to understand current barriers for Indigenous medical students and residents considering a career in critical care, and steps taken to facilitate enrolment so that our workforce may represent the population that it serves. Indigenous critical care medicine (CCM) trainee members of the CCCS have asked for mentorship opportunities with other self-identified Indigenous staff physicians. We believe that representation matters. Interested Indigenous CCM providers will be publicly celebrated by the CCCS on our website, newsletters, and social media to illustrate to trainees and others that these identities are institutionally recognized and have a place and a voice in our community.

Approach to Indigenous engagement

In preparing this position statement, we first recognized the CCCS Board of Directors and Equity, Diversity, Decolonization, and Inclusion (EDDI) Committee had no Indigenous-identifying members. Our strategy for Indigenous engagement included three phases: 1) self-education and reflexive positioning, 2) internal engagement of collaborators with Indigenous identities and lived

experience of critical care as a provider, and 3) external engagement. The EDDI committee members had all participated in different trainings in Indigenous cultural humility at their home institutions (e.g., San'yas Indigenous Cultural Safety Training Program).^A We further identified and shared learning opportunities in Indigenous health and cultural humility with collaborators. Internal committee discussions included reflexivity about our position in health care and the privilege and power those positions confer. Adhering to the “nothing about us, without us” principle we then put an open call out to our membership for Indigenous-identifying CCCS members to collaborate on this position statement, through which we identified three Indigenous-identifying internal collaborators. Subsequently two Indigenous CCCS members have joined the CCCS leadership space on our CCCS EDDI committee. Once we developed a working draft, we sought external collaboration through the Indigenous Physicians Association of Canada, an Indigenous-led group with a national scope, who provided further input and ultimately endorsed our position statement.

Canadian Critical Care Society approach to truth and reconciliation calls to action

As an organization, the CCCS, has not previously openly advocated for the prevention of institutionalized racism affecting Indigenous people in CCM in Canada. We, as a society, apologize that we have not done more in this regard. We commit here and now to seek partnership with First Nations, Métis, and Inuit/Inuk national organizations to develop a strategy to advocate for equity for Indigenous populations. We will advocate for the inclusion of training materials in Indigenous cultural humility, decolonization, and trauma-informed care for all CCM health care workers and trainees across Canada.

We will take the following steps to incorporate the Truth and Reconciliation Commission's Calls to Action¹¹ as they pertain to critical care in our societal mission:

“We call upon the federal, provincial, territorial, and Aboriginal governments to acknowledge that the current state of Aboriginal health in Canada is a direct result of previous Canadian government policies, including residential schools, and to recognize and implement the health-care rights of Aboriginal people as identified in international law, constitutional law, and under the Treaties.”¹¹

^A San'yas Anti-Racism Indigenous Cultural Safety Program. Available from URL: <https://sanyas.ca> (accessed October 2023).

- The CCCS strongly endorses this call to governmental action and will amplify this call to our members. The CCCS will partner with Indigenous collaborators to advocate for equity in access to CCM services across Canada for Indigenous populations and for strategies to enhance equity in outcomes.

“We call upon the federal government, in consultation with Aboriginal peoples, to establish measurable goals to identify and close the gaps in health outcomes between Aboriginal and non-Aboriginal communities, and to publish annual progress reports and assess long-term trends. Such efforts would focus on indicators such as: infant mortality, maternal health, suicide, mental health, addictions, life expectancy, birth rates, infant and child health issues, chronic diseases, illness and injury incidence, and the availability of appropriate health services.”¹¹

- The CCCS will advocate for improved data collection in CCM in partnership with First Nations, Métis, and Inuit/Inuk organizations to measure and address gaps in health outcomes between Indigenous and non-Indigenous populations.
- Recognition of Indigenous data sovereignty along with the principles of ownership, control, access, and possession (OCAP[®],^B First Nations Information Governance Centre, Akwesasne, ON, Canada) will be central in this advocacy.

“In order to address the jurisdictional disputes concerning Aboriginal people who do not reside on reserves, we call upon the federal government to recognize, respect, and address the distinct health needs of the Métis, Inuit, and off-reserve Aboriginal peoples.”¹¹

- The CCCS recognizes that many Indigenous populations live in rural, remote, Northern and fly-in-only communities with unique challenges and pathways to access critical care services in Canada.^{12,13}
- The CCCS advocates for:
 - Research in partnership with Indigenous Peoples to understand the impact of these pathways to critical care on patient outcomes.
 - Each jurisdiction (federal, provincial, and territorial) to enhance existing critical care services to include telemedicine, and critical care transport services with clear destination policies where there are overlapping jurisdictions.
 - Exploration of novel modes of delivering critical care.

- Development of post-ICU follow-up services for individuals living in rural, remote, Northern, and fly-in communities.
- Enhanced post-ICU communication and collaboration on treatment plans that emphasize optimal health in home communities supported by the care providers in those communities and methods to decrease readmission.

- The CCCS recognizes that a single approach to the health needs of Indigenous populations is not sufficient. Métis, Inuit, First Nations, as well as on- and off-reserve Indigenous patients and families each have unique care and resource needs.¹⁴
- The CCCS recognizes that urban off-reserve Indigenous patients can experience disproportionately worse health outcomes, and a commitment to supporting the unique needs of urban populations is required. The CCCS will advocate for enhanced services for off-reserve individuals.¹⁴

“We call upon the federal government to provide sustainable funding for existing and new Aboriginal healing centres to address the physical, mental, emotional, and spiritual harms caused by residential schools, and to ensure that the funding of healing centres in Nunavut and the Northwest Territories is a priority.”¹¹

- This call to action recognizes the need for enhanced health services in Inuit/Inuk communities in Nunavut and the Northwest Territories. The CCCS recognizes this need and will advocate for enhanced evaluation of access to critical care services in these communities and enhanced follow-up of patients in the post-ICU recovery phase who are transferred back to these communities.

“We call upon those who can effect change within the Canadian health-care system to recognize the value of Aboriginal healing practices and use them in the treatment of Aboriginal patients in collaboration with Aboriginal healers and Elders where requested by Aboriginal patients.”¹¹

- The CCCS recognizes the unique value and importance of traditional cultural healing practices for First Nations, Métis, and Inuit/Inuk patients receiving care for critical illnesses.
- We will prioritize advocacy for the structural inclusion of relevant traditional Indigenous healing practices in CCM settings nationally and partner with Indigenous organizations, traditional healers, and Elders in developing a framework for the inclusion of traditional Indigenous healing practices in critical care settings.

^B OCAP[®] is a registered trademark of the First Nations Information Governance Centre (FNIGC). For more information, visit <https://fnigc.ca/ocap-training/>.

“We call upon all levels of government to increase the number of Aboriginal professionals working in the health-care field.”¹¹

- The CCCS recognizes that root causes of a disproportionately small Indigenous presence in CCM occur upstream from the CCM residency selection process.
- Within the scope of CCM, the CCCS will support the recruitment of Indigenous-identifying health care workers in CCM by:
 - Engaging with Indigenous CCM physicians and trainees to understand barriers to entering CCM.
 - Facilitating the development of Indigenous critical care mentoring opportunities for Indigenous residents (both considering critical care and in critical care training programs).
 - Shifting the culture of CCM through cultural humility, trauma-informed training, and cultural safety training.
 - Increasing advocacy efforts through the Royal College of Physicians and Surgeons CCM specialty committee.
 - Fostering leadership skills and career advancement through courses and workshops for indigenous-identifying early- and mid-career CCM physicians.

“We call upon all levels of government to provide cultural competency training for all healthcare professionals.”¹¹

- The CCCS will source and provide training materials to CCCS members in Indigenous-specific cultural humility, cultural safety, trauma-informed training, and anti-racism training.
- The CCCS will advocate for funding to provide high-quality training to all its members.^A

“We call upon medical and nursing schools in Canada to require all students to take a course dealing with Aboriginal health issues, including the history and legacy of residential schools, the United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples, Treaties and Aboriginal rights, and Indigenous teachings and practices. This will require skills-based training in intercultural competency, conflict resolution, human rights, and anti-racism.”¹¹

- The CCCS supports training, particularly for physicians who advance through their training over many years, at the beginning of health care trainee curricula.
- We will advocate for all CCM health care team members (of any discipline or occupation) to have access to training to enhance their Indigenous-specific knowledge and capacities. For those who have

completed introductory training, the CCCS will advocate for advanced training during CCM training programs.

- The CCCS will source and provide ongoing continuing education resources specific to decolonization and Indigenous cultural humility to CCCS members.

Canadian Critical Care Society internal commitments

In addition to advocating for the points listed above, the CCCS commits to the following concrete steps. In the 2023/2024 academic year the CCCS will:

1. Add *Indigenous Health* as a standing item on all CCCS Board of Directors meetings.
2. Add *Indigenous Health* as a standing item on all CCCS EDDI Committee meetings.
3. Strike a dedicated CCCS Indigenous Health working group to focus on advancing work in reconciliation and decolonization within the CCCS and the Canadian critical care community.
4. Create a dedicated section of the CCCS website to focus on Indigenous Health initiatives, provide educational materials focused on First Nations, Métis, and Inuit/Inuk culture and implications for critical care, and to celebrate the leadership and work of Indigenous-identifying members of the CCCS.
5. Mandate completion of a course in Indigenous cultural humility for all members of the CCCS Executive.
6. Annually publish a report on progress made on CCCS work on reconciliation, decolonization, and Indigenous engagement on the CCCS website.
7. Host an annual open-access webinar for the Canadian critical care community that focuses on Indigenous issues in critical care and includes the guidance of an Indigenous Elder.

Conclusion

The CCCS recognizes the publication of this framework for decolonization and Indigenous engagement as a first step in our professional society’s commitment to the promotion of health equity for First Nations, Métis, and Inuit/Inuk Peoples in CCM in Canada. We publish this framework with humility and increased awareness and acknowledge that we have much to learn. We commit to doing more in this regard moving forward as a society.

Énoncé de position de la Société canadienne de soins intensifs sur la réconciliation, la décolonisation et l'implication des peuples autochtones

Mots-clés humilité culturelle · décolonisation · implication des Autochtones · santé des Autochtones · réconciliation

Reconnaissance territoriale de la Société canadienne de soins intensifs

En tant que représentante des médecins intensivistes pour adultes et pour enfants pour tout le Canada, la Société canadienne de soins intensifs (SCSI) reconnaît que les équipes de soins intensifs et les membres de la SCSI travaillent et vivent sur les territoires traditionnels des peuples autochtones (y compris les Premières Nations, les Métis et les Inuits/Inuit) partout au Canada. La SCSI reconnaît l'importance des liens physiques et spirituels des peuples autochtones avec la terre. Nous reconnaissons les territoires ancestraux et existants de toutes les Premières Nations, tous les Métis et tous les Inuits/Inuit. Nous demandons à nos membres d'en apprendre davantage sur les terres traditionnelles sur lesquelles ils et elles résident et de réfléchir à leur rôle individuel dans la vérité et la réconciliation en tant que chef-fes de file en médecine des soins intensifs.

En reconnaissant cela, nous assumons notre responsabilité et affirmons notre engagement à établir des partenariats avec les Premières Nations, les Métis et les Inuits/Inuit alors que nous nous efforçons de comprendre les préjudices et les inégalités uniques qui existent en raison du racisme systémique envers les Autochtones. Nous reconnaissons également la résilience et la force remarquables des peuples autochtones et nous collaborerons pour défendre tout travail qui honore la façon dont ces forces se recourent avec la médecine des soins intensifs au Canada.

Contexte

La Société canadienne de soins intensifs (SCSI) reconnaît l'existence d'une histoire et d'un présent communs entre les Premières Nations, les Métis, les Inuits/Inuit et les peuples non autochtones du Canada. Les populations

autochtones vivent des inégalités en matière d'accès aux soins de santé et de devenir en raison directe du colonialisme et des actions du gouvernement canadien telles que les pensionnats et la rafle des années 1960. Les préjudices perpétrés par le système de santé contre les peuples autochtones au Canada comprennent, sans s'y limiter, l'expérimentation nutritionnelle, les procédures de stérilisation forcée et les traitements inférieurs prodigués dans le système des hôpitaux indiens. Aujourd'hui, l'espérance de vie des peuples autochtones est réduite par rapport à celle de l'ensemble de la population canadienne (dix ans de moins en moyenne).¹ En outre, les peuples autochtones souffrent d'une prévalence accrue de maladies chroniques et infectieuses (y compris la tuberculose, le syndrome d'immunodéficience acquise, le diabète sucré, l'hypertension et les maladies cardiovasculaires),²⁻⁴ en plus de vivre et d'exprimer de manière unique les déterminants sociaux de la santé. En raison de la relation ténue entre le système de soins de santé canadien et les peuples autochtones, de nombreux Autochtones anticipent et subissent de la discrimination, ce qui entraîne un degré élevé de méfiance à l'égard du système de soins de santé.

Notre compréhension des préjudices et des iniquités propres aux populations des Premières Nations, des Métis et des Inuits/Inuit dans le système canadien de soins intensifs est limitée et nécessite un élargissement, des ressources appropriées et un soutien institutionnel. Il existe de nombreuses raisons expliquant l'absence de recherche et d'évaluation des devenir pour les Canadiennes et Canadiens autochtones gravement malades, notamment le manque de ressources, le manque d'orientation spécifique et une collecte de données incomplète.⁵ Nous reconnaissons, malgré les limites de notre base de données probantes, que des considérations particulières, des besoins uniques et des devenir différents s'appliquent à la population autochtone en termes de prestation de soins intensifs. Les Autochtones bénéficieraient de la prise en compte, par les équipes de soins de santé, de services linguistiques et de traduction, d'un soutien envers les pratiques de guérison spirituelles et culturelles traditionnelles et de la formation des équipes de soins de santé à l'humilité culturelle et aux préjugés implicites. Il convient également de tenir compte du fardeau structurel qu'impliquent les déplacements à partir des collectivités éloignées pour accéder aux services de médecine de soins intensifs, du fardeau différentiel concernant les admissions traumatiques en unité de soins intensifs (USI) au niveau personnel et communautaire, ainsi que des considérations uniques concernant la prise de décisions et les soins de fin de vie.⁶⁻⁸ D'autres recherches fondées sur les points forts, dirigées ou cocrées par des chercheurs et chercheuses des Premières Nations, des Métis et des Inuits/Inuit, sont nécessaires pour comprendre la répartition de ces

déterminants et les résultats et devenirs qui y sont associés.^{9,10}

Il est nécessaire de caractériser la répartition actuelle des identités autochtones au sein du personnel et des stagiaires en soins intensifs. En prévision du fait que la proportion de prestataires de soins intensifs autochtones sera inférieure à la répartition sous-jacente de la population, des efforts doivent être déployés afin de comprendre les obstacles actuels auxquels se heurtent les étudiant-es et résident-es autochtones en médecine qui envisagent une carrière en soins intensifs, et des mesures devraient être prises pour faciliter le recrutement afin que notre main-d'œuvre puisse représenter la population qu'elle dessert. Les membres stagiaires issu-es des communautés autochtones en médecine des soins intensifs de la SCSI ont demandé d'avoir accès à des occasions de mentorat avec d'autres médecins autochtones qui s'identifient comme tel-les. Selon nous, la représentation est importante. Les prestataires autochtones de soins intensifs intéressé-es seront publiquement célébré-es par la SCSI sur notre site Web, dans nos bulletins d'information et sur nos médias sociaux afin de démontrer aux stagiaires et au monde que ces identités sont reconnues par l'institution, et qu'elles ont une place et une voix dans notre communauté.

Approche à l'égard de la participation des Autochtones

En préparant cet énoncé de position, nous avons d'abord reconnu que le conseil d'administration de la SCSI et le comité responsable de l'équité, la diversité, l'inclusion et la décolonisation (EDID) de la SCSI ne comptaient aucun-e membre s'identifiant comme Autochtone. Notre stratégie pour la participation autochtone comprenait trois phases : 1) l'autoformation et le positionnement réflexif, 2) la participation interne des collaboratrices et collaborateurs ayant une identité autochtone et une expérience vécue des soins intensifs en tant que prestataire, et 3) la participation externe. Les membres du comité sur l'EDID avaient toutes et tous participé à différentes formations sur l'humilité culturelle autochtone dans leur établissement d'attache (p. ex., le Programme de formation sur la sécurité culturelle autochtone *San'yas* (offert en anglais)).^A Nous avons également identifié et partagé des possibilités d'apprentissage en matière de santé autochtone et d'humilité culturelle avec nos collaborateurs et collaboratrices. Les discussions internes du comité ont

porté sur la réflexivité quant à notre position dans le domaine des soins de santé et des privilèges et pouvoirs que ces positions nous confèrent. Adhérant au principe « rien sur nous, sans nous », nous avons ensuite lancé un appel ouvert aux membres de la SCSI pour que toute personne s'identifiant comme Autochtone collabore à cet énoncé de position. Cet appel nous a permis d'identifier trois collaboratrices et collaborateurs internes s'identifiant comme Autochtones. Par la suite, deux membres autochtones de la SCSI se sont joint-es à l'espace de leadership de la SCSI au sein de notre comité sur l'EDID. Une fois notre ébauche de travail élaborée, nous avons sollicité une collaboration externe par l'entremise de l'Association des médecins autochtones du Canada, un groupe dirigé d'envergure nationale par des Autochtones, qui a fourni d'autres commentaires et a finalement approuvé notre énoncé de position.

Approche de la Société canadienne de soins intensifs à l'égard des appels à l'action en matière de vérité et de réconciliation

En tant qu'organisme, la SCSI n'a jamais ouvertement milité pour la prévention du racisme institutionnalisé à l'égard des Autochtones au sein des soins intensifs au Canada. En tant que société, nous nous excusons de ne pas avoir fait plus à cet égard. Nous nous engageons ici et maintenant à établir des partenariats avec les organisations nationales des Premières Nations, des Métis et des Inuits/Inuit afin d'élaborer une stratégie visant à militer pour l'équité pour les populations autochtones. Nous plaiderons en faveur de l'inclusion de matériel de formation sur l'humilité culturelle autochtone, la décolonisation et les soins tenant compte des traumatismes pour tous les travailleurs et travailleuses de la santé et les stagiaires en soins intensifs partout au Canada.

Nous prendrons les mesures suivantes pour intégrer les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation¹¹ en ce qui concerne les soins intensifs dans notre mission sociétale :

« Nous demandons aux gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et autochtones de reconnaître que l'état actuel de la santé des Autochtones au Canada est le résultat direct des politiques antérieures du gouvernement canadien, y compris les pensionnats, et de reconnaître et de mettre en œuvre les droits des peuples autochtones en matière de soins de santé tels qu'ils sont énoncés dans le droit international, le droit constitutionnel et les traités. »¹¹

^A Programme de formation sur la sécurité culturelle anti-racisme autochtone *San'yas*. Disponible (en anglais) à partir de l'URL : <https://sanyas.ca> (consulté en octobre 2023).

- La SCSI appuie fermement cet appel à l'action gouvernementale et amplifiera cet appel auprès de ses membres. La SCSI s'associera à des collaboratrices et collaborateurs autochtones pour plaider en faveur de l'équité dans l'accès aux services de soins intensifs partout au Canada pour les populations autochtones et pour mettre en place des stratégies visant à améliorer l'équité dans les devenirs.

« Nous demandons au gouvernement fédéral, en consultation avec les peuples autochtones, d'établir des objectifs mesurables pour cerner et combler les écarts en matière de santé entre les collectivités autochtones et non autochtones, de publier des rapports d'étape annuels et d'évaluer les tendances à long terme. Ces efforts se concentreraient sur des indicateurs tels que la mortalité infantile, la santé maternelle, le suicide, la santé mentale, la toxicomanie, l'espérance de vie, les taux de natalité, les problèmes de santé infantile et pédiatrique, les maladies chroniques, l'incidence des maladies et des blessures, et la disponibilité de services de santé appropriés. »¹¹

- La SCSI plaidera en faveur d'une meilleure collecte de données dans le cadre des soins intensifs en partenariat avec les organisations des Premières Nations, des Métis et des Inuits/Inuit afin de mesurer et de combler les écarts en matière de devenirs de santé entre les populations autochtones et non autochtones.
- La reconnaissance de la souveraineté des données autochtones ainsi que des principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession (PCAP[®],^B Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, Akwesasne, Ontario, Canada) jouera un rôle central dans ce plaidoyer.

« Afin de régler les conflits de compétence juridictionnelle concernant les Autochtones qui ne résident pas dans les réserves, nous demandons au gouvernement fédéral de reconnaître, de respecter et de répondre aux besoins particuliers des Métis, des Inuits et des Autochtones hors réserve en matière de santé. »¹¹

- La SCSI reconnaît que de nombreuses populations autochtones vivent dans des collectivités rurales, éloignées, nordiques et accessibles uniquement par avion, avec des défis et des voies d'accès uniques aux services de soins intensifs au Canada.^{12,13}
- La SCSI plaide pour :
 - De la recherche en partenariat avec les peuples autochtones pour comprendre l'impact de ces voies

d'accès aux soins intensifs sur les devenirs des patient-es.

- Chaque juridiction (fédérale, provinciale et territoriale) doit améliorer les services de soins intensifs existants afin d'y inclure la télémédecine et les services de transport de soins intensifs, avec des politiques de destination claires là où des compétences se chevauchent.
- L'exploration de nouveaux modes de prestation de soins intensifs.
- La mise en place de services de suivi post-soins intensifs pour les personnes vivant dans des collectivités rurales, éloignées, nordiques et accessibles par avion.
- Une amélioration de la communication et de la collaboration après un séjour à l'unité de soins intensifs concernant les plans de traitement, en mettant l'accent sur une santé optimale dans les communautés d'origine, soutenues par les prestataires de soins dans ces communautés et sur les méthodes visant à réduire les réadmissions.
- La SCSI reconnaît qu'une approche unique pour répondre aux besoins des populations autochtones en matière de santé n'est pas suffisante. Les Métis, les Inuits, les Premières Nations, ainsi que la patientèle et les familles autochtones vivant dans les réserves et hors réserve ont tous et toutes des besoins uniques en matière de soins et de ressources.¹⁴
- La SCSI reconnaît que les patient-es autochtones vivant en milieu urbain hors réserve peuvent connaître des problèmes de santé disproportionnés, et qu'il faut s'engager à répondre aux besoins uniques des populations urbaines. La SCSI plaidera en faveur de l'amélioration des services offerts aux personnes vivant hors réserve.¹⁴

« Nous demandons au gouvernement fédéral de fournir un financement durable aux centres de guérison autochtones existants et nouveaux afin de remédier aux préjudices physiques, mentaux, émotionnels et spirituels causés par les pensionnats, et de veiller à ce que le financement des centres de guérison au Nunavut et dans les Territoires du Nord-Ouest soit une priorité. »¹¹

- Cet appel à l'action reconnaît la nécessité d'améliorer les services de santé dans les collectivités inuites et inuk du Nunavut et des Territoires du Nord-Ouest. La SCSI reconnaît ce besoin et plaidera en faveur d'une évaluation accrue de l'accès aux services de soins intensifs dans ces communautés et d'un meilleur suivi des patient-es en phase de rétablissement post-soins intensifs qui sont transféré-es dans ces communautés.

^B PCAP[®] est une marque déposée du Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN). Pour plus d'informations, visitez <https://fnigc.ca/fr/les-principes-de-pcap-des-premieres-nations/>.

« Nous demandons à celles et ceux qui peuvent apporter des changements au sein du système de soins de santé canadien de reconnaître la valeur des pratiques de guérison autochtones et de les utiliser dans le traitement des patient-es autochtones, en collaboration avec les guérisseurs et guérisseuses et les aîné-es autochtones, à la demande des patient-es autochtones. »¹¹

- La SCSi reconnaît la valeur et l'importance uniques des pratiques de guérison culturelles traditionnelles pour les patient-es des Premières Nations, des Métis et des Inuits/Inuit qui reçoivent des soins pour des maladies graves.
- Nous accorderons la priorité à la promotion de l'inclusion structurelle des pratiques de guérison autochtones traditionnelles pertinentes dans les milieux de médecine des soins intensifs à l'échelle nationale, et nous nous associerons aux organisations autochtones, aux guérisseuses et guérisseurs traditionnel-les et aux aîné-es pour élaborer un cadre incluant les pratiques de guérison autochtones traditionnelles dans les milieux de soins intensifs.

« Nous demandons à tous les ordres de gouvernement d'augmenter le nombre de professionnel-les autochtones travaillant dans le domaine des soins de santé. »¹¹

- La SCSi reconnaît que les causes profondes d'une présence autochtone disproportionnée dans la médecine des soins intensifs se produisent en amont du processus de sélection des résident-es en soins intensifs.
- Dans le cadre des soins intensifs, la SCSi appuiera le recrutement de travailleurs et travailleuses de la santé s'identifiant comme Autochtones au sein des soins intensifs en :
 - Collaborant avec des médecins et des stagiaires autochtones en soins intensifs pour comprendre les obstacles à l'entrée en médecine des soins intensifs.
 - Facilitant la mise en place d'occasions de mentorat en soins intensifs pour les résident-es autochtones (à la fois dans le cadre des soins intensifs et dans le cadre des programmes de formation en soins intensifs).
 - Changeant la culture des soins intensifs en faisant preuve d'humilité culturelle, en modifiant la formation pour tenir compte des traumatismes et de la sécurité culturelle.
 - Augmentant les efforts de plaidoyer par l'entremise du comité de spécialité en médecine des soins intensifs du Collège royal des médecins et chirurgiens.
 - Promouvant les compétences en leadership et l'avancement professionnel par le biais de cours et d'ateliers destinés aux médecins intensivistes autochtones en début et en milieu de carrière.

« Nous demandons à tous les paliers de gouvernement d'offrir une formation sur les compétences culturelles à tou-tes les professionnel-les de la santé. »¹¹

- La SCSi s'approvisionnera et fournira du matériel de formation à ses membres sur l'humilité culturelle, la sécurité culturelle, les formations tenant compte des traumatismes et la formation contre le racisme propres aux Autochtones.
- La SCSi plaidera en faveur d'un financement pour offrir une formation de haute qualité à tou-tes ses membres.^A

« Nous demandons aux facultés de médecine et de sciences infirmières du Canada d'exiger que tou-tes les étudiant-es suivent un cours portant sur les questions de santé des Autochtones, y compris l'histoire et les séquelles des pensionnats, la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, les traités et les droits des Autochtones, ainsi que les enseignements et les pratiques autochtones. Cela nécessitera une formation axée sur les compétences interculturelles, la résolution des conflits, les droits de l'homme et la lutte contre le racisme. »¹¹

- La SCSi appuie la formation, en particulier pour les médecins qui vont progresser dans leur formation au cours de plusieurs années, au début des programmes d'études des stagiaires en soins de santé.
- Nous plaiderons pour que tou-tes les membres de l'équipe de soins de santé en soins intensifs (quelle que soit leur discipline ou leur profession) aient accès à une formation visant à améliorer leurs connaissances et leurs capacités face aux enjeux propres aux Autochtones. Pour ceux et celles qui ont suivi une formation d'introduction, la SCSi préconisera une formation avancée dans le cadre des programmes de formation en médecine des soins intensifs.
- La SCSi s'approvisionnera et fournira à ses membres des ressources de formation continue spécifiques à la décolonisation et à l'humilité culturelle autochtone.

Engagements internes de la Société canadienne de soins intensifs

En plus de défendre les points énumérés ci-dessus, la SCSi s'engage à prendre les mesures concrètes suivantes. Au cours de l'année universitaire 2023/2024, la SCSi :

1. Ajoutera *La santé des Autochtones* à l'ordre du jour de toutes les réunions de son conseil d'administration.
2. Ajoutera *La santé des Autochtones* à l'ordre du jour de toutes les réunions du Comité dédié à l'EDID de la SCSi.
3. Mettra sur pied un groupe de travail de la SCSi dédié à la santé autochtone pour se concentrer sur l'avancement du travail de réconciliation et de décolonisation au sein de la SCSi et de la communauté canadienne des soins intensifs.

4. Créera une section dédiée sur son site Web pour mettre l'accent sur les initiatives en matière de santé des Autochtones, pour fournir du matériel éducatif axé sur la culture des Premières Nations, des Métis et des Inuits/Inuit et leurs implications pour les soins intensifs, et pour célébrer le leadership et le travail des membres de la SCSJ qui s'identifient comme Autochtones.
5. Rendra obligatoire la réalisation d'un cours sur l'humilité culturelle autochtone pour toutes les personnes membres du Comité exécutif de la SCSJ.
6. Publiera chaque année un rapport sur les progrès réalisés dans le travail de la Société en matière de réconciliation, de décolonisation et de participation des Autochtones sur le site Web de la SCSJ.
7. Organisera un webinaire annuel en libre accès pour la communauté canadienne des soins intensifs qui mettra l'accent sur les questions autochtones en soins intensifs et comprendra les conseils d'un-e aîné-e autochtone.

Conclusion

La SCSJ reconnaît que la publication de ce cadre pour la décolonisation et la participation des Autochtones constitue une première étape dans l'engagement de notre société professionnelle à promouvoir l'équité en santé pour les Premières Nations, les Métis et les Inuits/Inuit dans les soins intensifs au Canada. Nous publions ce cadre avec humilité et une conscience accrue et reconnaissons que nous avons beaucoup à apprendre. Nous nous engageons à en faire plus à cet égard pour aller de l'avant en tant que société.

Author contributions All authors contributed to the development of this position statement and confirm that it represents our position as the Board of Directors and the Equity, Diversity, Decolonization & Inclusion Committee of the Canadian Critical Care Society.

Disclaimers This position statement is endorsed by the Indigenous Physicians Association of Canada.

Disclosures All authors confirm they have no relevant disclosures.

Funding statement There was no funding associated with this manuscript.

Editorial responsibility This submission was handled by Dr. Stephan K. W. Schwarz, Editor-in-Chief, *Canadian Journal of Anesthesia*.

Contributions des auteurs Toutes les personnes ayant contribué à l'élaboration de cet énoncé de position confirment qu'il représente notre position en tant que conseil d'administration et que Comité sur

l'équité, la diversité, l'inclusion et la décolonisation de la Société canadienne de soins intensifs.

Avis de non-responsabilité Cet énoncé de position est appuyé par l'Association des médecins autochtones du Canada.

Déclaration Tou-tes les auteurs et autrices confirment qu'ils n'ont pas de divulgations pertinentes.

Déclaration de financement Il n'y a eu aucun financement associé à ce manuscrit.

Responsabilité éditoriale Ce manuscrit a été traité par Dr Stephan K.W. Schwarz, rédacteur en chef, *Journal canadien d'anesthésie*.

References

1. *Statistics Canada*. Health and well-being. Available from URL: https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/subjects/indigenous_peoples/health_and_wellbeing (accessed October 2023).
2. *MacMillan HL, MacMillan AB, Offord DR, Dingle JL*. Aboriginal health. *CMAJ* 1996; 155: 1569–78.
3. *Gracey M, King M*. Indigenous health part 1: determinants and disease patterns. *Lancet* 2009; 374: 65–75. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(09\)60914-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(09)60914-4)
4. *Public Health Agency of Canada*. Key health inequalities in Canada: a national portrait; 2018. Available from URL: https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/science-research/key-health-inequalities-canada-national-portrait-executive-summary/key_health_inequalities_full_report-eng.pdf (accessed October 2023).
5. *Bowker SL, Williams K, Wingert A, et al*. Incidence and outcomes of critical illness in Indigenous peoples: a systematic review protocol. *Syst Rev* 2022; 11: 65. <https://doi.org/10.1186/s13643-022-01948-x>
6. *Stephens DP*. Beyond the intensive care unit: ensuring the long term health of critically ill Indigenous people. *Med J Aust* 2023; 218: 71–2. <https://doi.org/10.5694/mja2.51818>
7. *Secombe PJ, Brown A, Bailey MJ, Pilcher D*. Equity for Indigenous Australians in intensive care. *Med J Aust* 2019; 211: 297–9. <https://doi.org/10.5694/mja2.50339>
8. *Sanzone L, Doucette E, Fansia N, et al*. Indigenous approaches to healing in critical care settings: addressing the Truth and Reconciliation Report's calls to action. *Can J Crit Care Nurs* 2019; 30: 14–21.
9. *Bethune R, Absher N, Obiagwu M, et al*. Social determinants of self-reported health for Canada's Indigenous peoples: a public health approach. *Public Health* 2019; 176: 172–80. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.03.007>
10. *Kolahdooz F, Nader F, Yi KJ, Sharma S*. Understanding the social determinants of health among Indigenous Canadians: priorities for health promotion policies and actions. *Glob Health Action* 2015; 8: 27968. <https://doi.org/10.3402/gha.v8.27968>
11. *Truth and Reconciliation Commission of Canada*. Honouring the truth, reconciling for the future: summary of the final report of the Truth and Reconciliation Commission of Canada; 2015. Available from URL: https://publications.gc.ca/collections/collection_2015/trc/IR4-7-2015-eng.pdf (accessed October 2023).
12. *Shaheen-Hussain S*. Fighting for a Hand to Hold: Confronting Medical Colonialism against Indigenous Children in Canada. McGill-Queen's University Press; 2020.

13. *Government of Canada*. Jordan's Principle. Available from URL: <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1568396042341/1568396159824> (accessed October 2023).
14. *Smylie J, Firestone M, Spiller MW, Inuit T*. Our health counts: population-based measures of urban Inuit health determinants, health status, and health care access. *Can J Public Health* 2018; 109: 662–70. <https://doi.org/10.17269/s41997-018-0111-0>

Publisher's Note Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Springer Nature or its licensor (e.g. a society or other partner) holds exclusive rights to this article under a publishing agreement with the author(s) or other rightsholder(s); author self-archiving of the accepted manuscript version of this article is solely governed by the terms of such publishing agreement and applicable law.

M. Leeies, MD, FRCPC, MSc (✉)
Section of Critical Care Medicine, University of Manitoba,
Winnipeg, MB, Canada

Department of Emergency Medicine, University of Manitoba,
S203 Medical Services Bldg., 750 Bannatyne Avenue,
Winnipeg, MB R3E 0W2, Canada

C. Landry, MD, MSc, FRCPC · V. Prakash, MD, MHSc, FRCPC
Interdepartmental Division of Critical Care Medicine, University
of Toronto, Toronto, ON, Canada

M. Blouw, MD, FRCPC ·
G. Vazquez-Grande, MD, PhD, CCSEAP ·
B. N. Paunovic, MD, FRCPC
Section of Critical Care Medicine, University of Manitoba,
Winnipeg, MB, Canada

J. Butcher, MD, FRCPC
Department of Critical Care Medicine, University of Alberta,
Edmonton, AB, Canada

C. S. Hrymak, MD, FRCPC, MScHQ
Section of Critical Care Medicine, University of Manitoba,
Winnipeg, MB, Canada

Department of Emergency Medicine, University of Manitoba,
Winnipeg, MB, Canada

S. Valiani, MD, FRCPC, MSc
Department of Medicine, University of Saskatchewan,
Saskatoon, SK, Canada

W. M. R. Haddara, BScPharm, MD, FRCPC, MMed
Division of Critical Care Medicine, Western University, London,
ON, Canada

Critical Care Medicine Program, London Health Sciences
Centre, London, ON, Canada

R. Taneja, MBBS, MD, FFARCSI, FRCA, FRCPC
Division of Critical Care Medicine, Western University, London,
ON, Canada

Department of Anesthesia & Perioperative Medicine, Western
University, London, ON, Canada

K. G. Whittemore, MBBS, FRCPC
Department of Medicine, University of Saskatchewan,
Saskatoon, SK, Canada

Department of Critical Care, Regina General Hospital, Regina,
SK, Canada

R. E. MacRedmond, MB, MRCPI, MD, FRCPC
Critical Care Medicine, St. Paul's Hospital, Providence Health
Care, Vancouver, BC, Canada

Division of Critical Care Medicine, The University of British
Columbia, Vancouver, BC, Canada

J. Downar, MDCM, MHSc, FRCPC
Interdepartmental Division of Critical Care Medicine, University
of Toronto, Toronto, ON, Canada

Division of Palliative Care, University of Toronto, Toronto, ON,
Canada

C. A. Farrell, MD, FRCPC
Division of Pediatric Intensive Care, Centre hospitalier
universitaire de Sainte-Justine, Montreal, QC, Canada

Department of Pediatrics, Université de Montréal, Montreal, QC,
Canada

S. Murthy, MDCM, MHSc, FRCPC
Faculty of Medicine, The University of British Columbia,
Vancouver, BC, Canada

B. A. Haroon, MD, FRCPC, MEd
Department of Critical Care, Dalhousie University, Halifax, NS,
Canada

C. DosSantos, MD, MSc, FRCPC
Interdepartmental Division of Critical Care Medicine, University
of Toronto, Toronto, ON, Canada

Li Ka Shing Knowledge Institute, St. Michael's Hospital,
Toronto, ON, Canada

M. Balan, MD, FRCPC
Faculty of Medicine, Memorial University of Newfoundland, St.
John's, NL, Canada

B. Rochweg, MD, MSc, FRCPC
Department of Medicine, Department of Health Research
Methods, Evidence & Impact, McMaster University, Hamilton,
ON, Canada

F. D'Aragnon, MD, MSc, FRCPC
Department of Anesthesiology, Université de Sherbrooke,
Sherbrooke, QC, Canada

Centre de Recherche du Centre hospitalier universitaire de
Sherbrooke, Sherbrooke, QC, Canada

M. Buss, MD, CCFP
Department of Family Medicine, University of Manitoba,
Winnipeg, MB, Canada

Indigenous Physicians Association of Canada, Vancouver, BC,
Canada

K. E. A. Burns, MD, FRCPC, MSc
Interdepartmental Division of Critical Care Medicine, University
of Toronto, Toronto, ON, Canada

Li Ka Shing Knowledge Institute, St. Michael's Hospital,
Toronto, ON, Canada

Division of Critical Care, Department of Medicine, Unity Health
Toronto – St. Michael's Hospital, Toronto, ON, Canada