

## Missing and murdered Indigenous women: Working with families to prepare for the National Inquiry

Imagine that your daughter or sister or mother disappeared – and when you asked for help from police, your concerns weren't taken seriously. Then, a week later her body is discovered.

While the exact details of the story may vary, this is the current scenario for thousands of family members of missing and murdered Indigenous women. After years of advocacy and emotional turmoil, a national inquiry has finally been struck to find out what went wrong and how to fix it. For many family members, news of the inquiry is accompanied by a sense of relief and perhaps a glimmer of hope that the healing might finally begin. The focus of the National Inquiry into Missing and Murdered Indigenous Women and Girls, however, is on the systemic causes and institutional policies and practices that underlie this national tragedy.<sup>1</sup> It is not designed to directly respond to the suffering of families. In fact, Inquiry-related media and processes, such as providing statements, even if “trauma-informed” are likely to exacerbate suffering. We therefore call upon the public health community to work in partnership with local Indigenous and allied communities and organizations to ensure that adequate and ongoing supports are in place for families before, during and especially after the Inquiry proceedings.

For public health professionals, this inquiry represents a rare opportunity to respond in advance to a predictable mental, emotional and social stressor on a group that has already weathered generations of compounded trauma.<sup>2</sup> As human beings we must come together, listen carefully to the many unmet health and social needs of Indigenous peoples as we begin the inquiry, and collectively respond, in partnership with Indigenous individuals and organizations, to the best of our ability.

With the start of the Inquiry on September 1, 2016<sup>1</sup> and the anticipation of testimonials within the next several months, there is an urgency to this work – particularly when we consider the major pre-existing deficits and gaps in health and social services and supports for Indigenous peoples in Canada.<sup>3,4</sup> The continued mismatch between existing health and social needs of Indigenous peoples and the adequacy of supports and services has been well documented across urban, rural and remote geographies.<sup>3-5</sup> We must challenge passive acceptance of these health and social inequities. The fact that they are chronic should make them less rather than more acceptable.

In writing this editorial, we draw on our knowledge and experience as two Indigenous women: Magen Cywink, Anishnabe, whose sister Sonya Nadine Mae Cywink was murdered in 1994 and who since that time has worked tirelessly as a community advocate for justice and healing; and Janet Smylie, Métis, who has served diverse Indigenous communities for over two decades as a family doctor and public health researcher. We recognize and respect that there are many Indigenous people working hard with different ideas and approaches to addressing the challenges that this inquiry presents. This diversity is a strength.

## Femmes autochtones disparues ou assassinées : travailler avec les familles en prévision de l'Enquête nationale

Imaginez que votre fille, votre sœur ou votre mère disparaisse – et que les policiers ne prennent pas vos inquiétudes au sérieux quand vous demandez leur aide. Et qu'une semaine plus tard, son corps soit découvert.

Les circonstances détaillées du récit peuvent varier, mais c'est un scénario qui se répète pour des milliers de membres de familles de femmes autochtones disparues ou assassinées. Après des années de plaidoyers et de tourments émotionnels, on a enfin institué une enquête nationale pour découvrir ce qui a fait défaut et comment le réparer. Pour les nombreux membres de ces familles, la nouvelle de l'enquête s'accompagne d'un sentiment de soulagement et peut-être d'une lueur d'espoir que leur guérison puisse enfin commencer. L'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues ou assassinées portera toutefois sur les causes systémiques et sur les politiques et les pratiques institutionnelles qui sous-tendent cette tragédie nationale<sup>1</sup>. Son but n'est pas de répondre directement à la souffrance des familles. En fait, les médias et les processus liés à l'Enquête, comme la consignation des expériences (même par des personnes « qualifiées en traumatismes ») sont susceptibles d'exacerber cette souffrance. Nous invitons donc la communauté de la santé publique à travailler en partenariat avec les communautés et organismes locaux autochtones et alliés pour que des mesures de soutien suffisantes et continues soient en place pour les familles avant, durant et surtout après les débats de l'Enquête.

Pour les professionnels de la santé publique, cette enquête représente une rare occasion de répondre à l'avance à un stress mental, émotionnel et social prévisible, qui s'exercera sur un groupe ayant déjà surmonté des traumatismes intergénérationnels<sup>2</sup>. En tant qu'êtres humains, nous devons nous unir, écouter attentivement les nombreux besoins sociaux et de santé insatisfaits des peuples autochtones au début de l'Enquête, et y répondre collectivement, en partenariat avec les personnes et les organismes autochtones, du mieux que nous le pouvons.

Avec l'Enquête qui débute le 1<sup>er</sup> septembre 2016<sup>1</sup> et les témoignages attendus d'ici quelques mois, ce travail revêt un caractère urgent – particulièrement quand on songe aux déficits et aux lacunes énormes qui existent déjà dans les services sociaux et de santé et les mesures de soutien aux Autochtones au Canada<sup>3,4</sup>. Le décalage permanent entre les besoins sociaux et de santé actuels des peuples autochtones et les mesures de soutien et les services disponibles est bien attesté, que ce soit en zone urbaine, rurale ou éloignée<sup>3-5</sup>. Nous devons remettre en question l'acceptation passive de ces iniquités sociosanitaires. Le fait qu'elles soient chroniques devrait les rendre encore moins acceptables, et non le contraire.

Pour rédiger cet éditorial, nous puisons dans nos connaissances et notre expérience de femmes autochtones : nous sommes Magen Cywink, Anishnabe, dont la sœur Sonya Nadine Mae Cywink a été assassinée en 1994 et qui depuis travaille inlassablement comme avocate populaire pour la justice et la guérison; et Janet Smylie, Métisse, qui sert diverses communautés autochtones depuis plus de 20 ans comme médecin de famille et comme chercheure en santé publique. Nous reconnaissons et nous respectons le fait que de

We have identified four key bundles of unmet health, social service, and support needs that ideally would be addressed before Inquiry testimonials and media coverage begin. These include:

1. Adequate counselling, mental health, trauma recovery, and addictions services for families.
2. Community-led, trauma-informed and culturally-safe response teams to deal acutely with victims, families and perpetrators.
3. Community-led social safety nets for families.
4. Locally-tailored resource packages for families and service providers.

*Adequate counselling, mental health, trauma recovery, and addictions services for families:* The existing context is severe under-servicing of Indigenous communities across the country.<sup>6</sup> Despite baseline rates of post-traumatic stress that are over tenfold those of the general Canadian population,<sup>7</sup> there is an acute paucity of skilled, culturally safe counsellors whose services can be accessed in a timely manner and are covered by provincial or federal health insurance plans across urban, rural and remote geographies.<sup>6</sup>

We must move beyond “fly-in” teams that are mobilized when one of our communities is deemed “in crisis”. We can improve upon the commonly one-time situational supports that have been offered to residential school survivors and their families by Health Canada during Truth and Reconciliation Commission events and processes. Engagement over time with a skilled and trusted counsellor is preferred by clients<sup>8</sup> addressing mental health and addictions issues, and improves outcomes.<sup>9</sup> Such a relationship can provide the opportunity for clients with a history of disrupted and abusive relationships to learn how to be in more balanced relationships that are sustained over time.

As a family member, Magen estimates that 55% of Inquiry-related emotions are going to be experienced by family *before* their Inquiry testimonials. Providing testimony represents about 20% of the total emotional cost, with the remaining 25% happening post-hearings. We anticipate that the emotional burdens and triggers of the Inquiry will result in an increase in mental health issues such as depression, suicidality and addictions (alcohol and drugs being commonly used by Indigenous peoples to self-medicate trauma). *There is a pressing need to identify a large number of additional culturally-secure counselling, mental health, trauma recovery, and addictions supports and services across the country, and outreach to families to support them to freely access these services.*

We recommend that local public health units work in partnership with local Indigenous and allied health services, the provinces/territories, and the Missing and Murdered Indigenous Women (MMIW) Inquiry Secretariat to identify existing local service providers who are willing to reserve appointments for families; support their cultural safety training as needed; and ensure that the related costs are covered. We also recommend that local Indigenous health and social services be funded to provide outreach support to families during the time of the Inquiry. We know from experience that complex grief and trauma can interfere with a person's ability to access mental health assistance and that a supportive person can help bridge this access barrier.

nombreux Autochtones font un excellent travail, en utilisant différentes idées et approches, pour aborder les problèmes que présente l'Enquête. Cette diversité est une force.

Nous avons cerné quatre grands groupes de besoins de santé, de services sociaux et de soutien insatisfaits qui devraient idéalement être abordés avant le début des témoignages et de la couverture médiatique de l'Enquête. Ce sont les suivants :

1. Des services adéquats de counseling, de santé mentale, de rétablissement après un traumatisme et de toxicomanie pour les familles.
2. Des équipes d'intervention communautaires qualifiées en traumatismes et culturellement sûres pour s'occuper activement des victimes, des familles et des coupables.
3. Des filets de sécurité sociale communautaires pour les familles.
4. Des trousseaux de ressources adaptées localement pour les familles et les dispensateurs de services.

Des services adéquats de counseling, de santé mentale, de rétablissement après un traumatisme et de toxicomanie pour les familles : Dans le contexte actuel, les communautés autochtones de tout le pays sont très mal desservies<sup>6</sup>. Malgré des niveaux de base de stress post-traumatique plus de 10 fois supérieurs à ceux de la population canadienne en général<sup>7</sup>, il y a un manque criant de conseillers et de conseillères qualifiés et culturellement sûrs dont les services sont accessibles en temps opportun et couverts par les régimes d'assurance-maladie provinciaux ou fédéral dans les zones urbaines, rurales et éloignées<sup>6</sup>.

Nous devons aller au-delà des équipes « accessibles par avion » que l'on mobilise quand l'une de nos communautés est jugée être « en crise ». Nous pouvons faire mieux que les mesures de soutien circonstancielles uniques communément qui ont été offertes aux survivants des pensionnats et à leurs familles par Santé Canada durant les activités et les processus de la Commission de vérité et réconciliation. Les clients aux prises avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie<sup>8</sup> préfèrent être conseillés dans la durée par une personne qualifiée et de confiance, et cette approche donne de meilleurs résultats<sup>9</sup>. Un tel lien peut être l'occasion pour les clients ayant des antécédents de relations interrompues et violentes d'apprendre à être dans des relations plus équilibrées, soutenues dans le temps.

En tant que sœur, Magen estime que 55 % des émotions liées à l'Enquête seront vécues par les familles avant de livrer leurs témoignages. Témoigner représente environ 20 % du coût émotionnel total, et 25 % de plus seront des coûts émotionnels à payer après les audiences. Nous prévoyons que le fardeau et les déclencheurs émotionnels de l'Enquête entraîneront une hausse des problèmes de santé mentale comme la dépression, les tendances suicidaires et les toxicomanies (l'alcool et la drogue étant couramment utilisés par les Autochtones pour auto-soigner leurs traumatismes). Il y a un besoin pressant de répertorier un grand nombre de mesures de soutien et de services de counseling, de santé mentale, de rétablissement après un traumatisme et de toxicomanie supplémentaires et culturellement sûrs partout au pays, et de prendre contact avec les familles pour les aider à avoir librement accès à ces services.

Nous recommandons que les bureaux de santé publique locaux travaillent en partenariat avec les services locaux de santé, autochtones et alliés, les provinces et territoires et le secrétariat de l'Enquête sur les femmes autochtones disparues ou assassinées pour : répertorier les dispensateurs de services locaux existants

*Community-led, trauma-informed and culturally-safe response teams to deal acutely with victims, families and perpetrators:* We fear that there may actually be an increase in violence against Indigenous women from perpetrators both within and external to Indigenous communities during the time of the Inquiry, as perpetrators get triggered by the proceedings and/or anticipate that their “window of opportunity” may be closing. One of the biggest problem areas in the chain of existing services for Indigenous women and families who are dealing with violence is the acute responses of police and social services when a woman has been assaulted, has been murdered or goes missing.<sup>10</sup> Survivors and their families have told us over and over again about lags in their concerns being taken seriously and inadequate provision of needed and effective supports. Similarly, there are very few effective and relevant services for Indigenous perpetrators, who may also have roles as partners and parents.

We recommend that local public health units work in partnership with local Indigenous leadership, policing, health and social services, the provinces/territories, and the MMIW Inquiry Secretariat to review and enhance acute policing and emergency health and social services for Indigenous women and families experiencing violence. This should include periodic quality assurance processes that are sustained post-inquiry.

*Community-led social safety nets for families:* Governmental policies, including the Indian Act, community relocation, residential schools, and child welfare apprehensions, disrupted our families and kinships systems. Our families have been literally shattered for generations. With more Indigenous children currently removed from their families than at the height of the residential schools era,<sup>11</sup> there is no clear end in sight. This is the context in which families of MMIW experience the violent loss of a loved one. While Indigenous peoples have demonstrated remarkable resilience in maintaining and rebuilding our social networks in the face of these insults, families of MMIW may not have the necessary support.

We recommend that local public health units work in partnership with families of MMIW, local Indigenous leadership, health and social services, volunteer groups, the provinces/territories, and the MMIW Inquiry Secretariat to mobilize local social supports for families of MMIW and share information about these supports with them. Such supports could include, but would not be limited to: a listing of local Indigenous persons who have been pre-screened and are willing to offer peer support; facilitated support circles; community gatherings; and care packages/resource kits for families.

*Locally-tailored resource packages for families and service providers:* Family members of MMIW need plain language information regarding what they can expect from the Inquiry (and what they should NOT expect, including the fact that it is unlikely at this point that cases will get re-opened to police investigation). They also need information about how to deal with grief; Indigenous grief protocols; and a listing of available, accessible, and culturally-secure local community policing, legal, health and social service supports with contact information. Health and social service providers need background information on the Inquiry and its context; the potential arising needs of families; tips on how to address these needs; and a listing of relevant resources and referral services.

disposés à réserver des rendez-vous pour les familles; soutenir la formation de ces dispensateurs en sécurisation culturelle, au besoin; et veiller à ce que les coûts associés soient couverts. Nous recommandons aussi que l'on finance les services sociaux et de santé autochtones locaux pour qu'ils puissent offrir un soutien de proximité aux familles durant le déroulement de l'Enquête. Nous savons d'expérience que le deuil et les traumatismes complexes peuvent perturber la capacité individuelle d'obtenir de l'aide en santé mentale, et qu'une personne de confiance peut aider à surmonter cet obstacle à l'accès.

Des équipes d'intervention communautaires qualifiées en traumatismes et culturellement sûres pour s'occuper activement des victimes, des familles et des coupables : Nous craignons qu'il puisse y avoir un regain de violence envers les femmes autochtones, dont les responsables viendraient de l'intérieur et de l'extérieur des communautés autochtones, durant le déroulement de l'Enquête, car les auteurs de tels actes se sentiront provoqués par les débats et/ou anticiperont la fermeture possible de leur « fenêtre d'opportunité ». L'un des plus grands problèmes, dans la chaîne des services actuels aux femmes et aux familles autochtones aux prises avec la violence, est la réponse active de la police et des services sociaux quand une femme disparaît ou qu'elle est agressée ou assassinée<sup>10</sup>. Les survivantes et leurs familles ne cessent de nous dire que l'on tarde à prendre leurs inquiétudes au sérieux et qu'on ne leur offre pas assez de mesures de soutien nécessaires et efficaces. De même, il y a très peu de services efficaces et adaptés pour les coupables autochtones, alors que ces personnes peuvent aussi être des partenaires et des parents.

Nous recommandons que les bureaux de santé publique locaux travaillent en partenariat avec les leaders autochtones locaux, les forces de l'ordre, les services sociaux et de santé, les provinces et territoires et le secrétariat de l'Enquête sur les femmes autochtones disparues ou assassinées pour examiner et rehausser les services actifs de maintien de l'ordre et les services sociaux et de santé d'urgence pour les femmes et les familles autochtones aux prises avec la violence. Cela devrait inclure des processus d'assurance de la qualité périodiques qu'il faudra maintenir après l'Enquête.

Des filets de sécurité sociale communautaires pour les familles : Les politiques gouvernementales (la Loi sur les Indiens, le déplacement de communautés, les pensionnats, la prise en charge d'enfants par les services de protection de la jeunesse) ont perturbé nos familles et nos systèmes de parentalité. Nos familles ont été littéralement éparpillées pendant des générations. Et on ne voit pas clairement la fin de cette situation, car les enfants autochtones retirés de leurs familles sont actuellement plus nombreux qu'au plus fort de l'ère des pensionnats<sup>11</sup>. Voilà dans quel contexte les familles des femmes autochtones disparues ou assassinées vivent la perte violente d'une proche. Les peuples autochtones font preuve d'une résilience remarquable en maintenant et en reconstruisant leurs réseaux sociaux devant ces affronts, mais les familles des femmes autochtones disparues ou assassinées n'ont pas toujours le soutien nécessaire.

Nous recommandons que les bureaux de santé publique locaux travaillent en partenariat avec les familles des femmes autochtones disparues ou assassinées, les leaders autochtones locaux, les services sociaux et de santé, les groupes de bénévoles, les provinces et territoires et le secrétariat de l'Enquête sur les femmes autochtones disparues ou assassinées pour mobiliser des mesures locales de soutien social pour les familles et pour informer les familles de l'existence de ces mesures. Les mesures de soutien pourraient inclure, sans s'y limiter, une liste locale de personnes autochtones présélectionnées et disposées à offrir du soutien par les pairs; des cercles d'entraide avec un animateur ou une animatrice; des

We recommend that local public health units work in partnership with local Indigenous and allied health services, the provinces/territories, and the MMIW Inquiry Secretariat to engage their communications teams and local outreach supports to ensure these materials are rapidly distributed before family testimonials begin.

In conclusion, we want to remind readers that in this era of Truth and Reconciliation, we must listen, self-reflect, self-locate, and build relationships before we act.<sup>12</sup> Services developed by and for Indigenous people are more effective than those that are externally imposed.<sup>13</sup> Indigenous women and families must therefore lead the way in order for the needed social transformation to occur. We need to listen to and promote their voices as this inquiry proceeds. Making way for Indigenous voice and leadership should not be interpreted as an excuse for inaction. Our communities can begin to heal when Indigenous peoples in Canada can access the rights and social accountabilities that the majority of Canadians take for granted. This will require a concentrated and collective effort by all. When Indigenous women are once again listened to and respected, we will be missing and murdered no more.

Janet Smylie, MD, MPH, Centre for Urban Health Solutions, Li Ka Shing Knowledge Institute, St. Michael's Hospital, Toronto, ON;  
Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto,  
Toronto, ON

Magen Cywink

**Correspondence:** Dr. Janet Smylie, E-mail: janet.smylie@utoronto.ca

doi: 10.17269/CJPH.107.5969

## REFERENCES

1. *Terms of Reference, Federal Commission Tasked to Conduct Inquiry into Missing and Murdered Indigenous Women and Girls in Canada*. Available at: <http://www.pco-bcp.gc.ca/oicddc.asp?lang=eng&txtFromDate=&txtPrecis=&Page=secretariats&txtOICID=&txtAct=&txtBillNo=&txtFromDate=2015-08-02&txtDepartment=&txtChapterNo=&txtChapterYear=&rdoComingIntoForce=&DoSearch=Search+List&pg=2&viewattach=32424&blnDisplayFlg=1> (Accessed November 6, 2016).
2. The 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*. Winnipeg, MB: The Truth and Reconciliation Commission of Canada, 2015.
3. National Collaborating Centre for Aboriginal Health (NCCAHA). *An Overview of Aboriginal Health in Canada*. Prince George, BC: NCCAHA, 2013. Available at: [http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/101/abororiginal\\_health\\_web.pdf](http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/101/abororiginal_health_web.pdf) (Accessed November 6, 2016).
4. National Collaborating Centre on Aboriginal Health. *Access to Health Services as a Social Determinant of First Nations, Inuit and Métis Health*. Prince George, BC: NCCAHA, 2011. Available at: [http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/22/Access%20to%20Health%20Services%20\(English\).pdf](http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/22/Access%20to%20Health%20Services%20(English).pdf) (Accessed November 6, 2016).
5. Health Council of Canada. *Progress Report 2013*. Toronto, ON: Health Council of Canada, 2013. Available at: [http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2013/ccs-hcc/H171-3-2013-eng.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2013/ccs-hcc/H171-3-2013-eng.pdf) (Accessed November 6, 2016).
6. Mental Health Commission of Canada. *Changing Directions, Changing Lives: The Mental Health Strategy for Canada*. Ottawa, ON: Mental Health Commission of Canada, 2012. Available at: <http://strategy.mentalhealthcommission.ca/pdf/strategy-images-en.pdf> (Accessed November 6, 2016).
7. Firestone M, Smylie J, Maracle S, McKnight C, Spiller M, O'Campo P. Mental health and substance use in an urban First Nations population in Hamilton, Ontario. *Can J Public Health* 2015;106(6):e375–81. PMID: 26680428. doi: 10.17269/cjph.106.4923.
8. Newman D, O'Reilly P, Lee SH, Kennedy C. Mental health service users' experiences of mental health care: An integrative literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2015;22(3):171–82. PMID: 25707898. doi: 10.1111/jpm.12202.

rassemblements communautaires; et des « colis de survie » ou des trousseaux de ressources pour les familles.

Des trousseaux de ressources adaptées localement pour les familles et les dispensateurs de services : Les membres des familles des femmes autochtones disparues ou assassinées ont besoin de renseignements en style clair et simple sur ce à quoi ils peuvent s'attendre de l'Enquête (et ce à quoi ils ne devraient PAS s'attendre, dont le fait qu'il est peu probable pour l'instant que des affaires policières soient rouvertes). Ils ont aussi besoin de savoir comment faire face au deuil; de connaître les protocoles de deuil autochtones; et d'avoir une liste des services de police de proximité, des services juridiques et des services sociaux culturellement sûrs disponibles et accessibles localement, avec les coordonnées des personnes-ressources. Les dispensateurs de services sociaux et de santé ont besoin de documents de référence sur l'Enquête et son contexte; de connaître les besoins que les familles pourraient avoir; de conseils pour répondre à ces besoins; et d'une liste de ressources pertinentes et de services d'aiguillage.

Nous recommandons que les bureaux de santé publique locaux travaillent en partenariat avec les services locaux de santé autochtones et alliés, les provinces et territoires et le secrétariat de l'Enquête sur les femmes autochtones disparues ou assassinées à collaborer avec leurs équipes de communication et avec le personnel de soutien de proximité pour que de telles ressources soient diffusées rapidement, avant le début des témoignages des familles.

En conclusion, nous rappelons aux lecteurs qu'en cette ère de Vérité et de Réconciliation, nous devons écouter, pratiquer l'autoréflexion, se situer et tisser des liens avant d'agir<sup>12</sup>. Les services mis au point par et pour les peuples autochtones sont plus efficaces que ceux qui leur sont imposés de l'extérieur<sup>13</sup>. Les femmes et les familles autochtones doivent donc ouvrir la marche pour que la transformation sociale nécessaire se produise. Nous devons écouter leurs voix et y faire écho durant l'Enquête. Faire de la place aux voix et au leadership autochtones ne devrait pas être interprété comme une excuse à l'inaction. Nos communautés pourront commencer à guérir quand les Autochtones au Canada auront accès aux droits et aux responsabilités sociales que la majorité des Canadiens prennent pour acquis. Il faudra pour cela que nous fassions tous un effort concentré et collectif. Quand nous, les femmes autochtones, serons de nouveau écoutées et respectées, nous ne serons plus disparues ni assassinées.

Janet Smylie, M.D., M.S.P., Centre for Urban Health Solutions, Institut des connaissances Li Ka Shing, Hôpital St. Michael, Toronto (Ontario); École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto (Ontario)

Magen Cywink

**Correspondence :** D<sup>re</sup> Janet Smylie, courriel : janet.smylie@utoronto.ca

doi: 10.17269/CJPH.107.5969

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. *Cadre de référence de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées*. Sur Internet : <https://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1470422455025/1470422554686> (consulté le 6 novembre 2016).
2. Commission de vérité et réconciliation du Canada. *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir : Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada*. Winnipeg, MB : The Truth and Reconciliation Commission of Canada, 2015.

9. Watkins K, Paddock S, Hudson T, Ounpraseuth S, Schrader AM, Hepner KA, et al. Association between quality measures and mortality in individuals with co-occurring mental health and substance use disorders. *J Subst Abuse Treat* 2016;69:1–8. PMID: 27568504. doi: 10.1016/j.jsat.2016.06.001.
10. Native Women's Association of Canada (NWAC). *What Their Stories Tell Us – Research Findings from the Sisters in Spirit Initiative*. Ottawa, ON: NWAC, 2010.
11. National Collaborating Centre for Aboriginal Health (NCCAHA). *Aboriginal and Non-Aboriginal Children in Child Protection Services*. Prince George, BC: NCCAHA, 2009–2010. Available at: [http://www.nccah-ccnsa.ca/docs/fact%20sheets/child%20and%20youth/NCCAHA\\_fs\\_childhealth\\_EN.pdf](http://www.nccah-ccnsa.ca/docs/fact%20sheets/child%20and%20youth/NCCAHA_fs_childhealth_EN.pdf) (Accessed November 6, 2016).
12. Smylie J. Approaching reconciliation: Tips from the field. *Can J Public Health* 2015;106(5):e261–64. PMID: 26451985. doi: 10.17269/cjph.106.5262.
13. Smylie J, Kirst M, McShane K, Firestone M, Wolfe S, O'Campo P. Understanding the role of Indigenous community participation in Indigenous prenatal and infant-toddler health promotion programs in Canada: A realist review. *Soc Sci Med* 2016;150:128–43. PMID: 26745867. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.12.019.
3. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). *Aperçu de la santé des Autochtones au Canada*. Prince George, BC : CCNSA, 2013. Sur Internet : [http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/101/aboriginal\\_health\\_FR\\_web.pdf](http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/101/aboriginal_health_FR_web.pdf) (consulté le 6 novembre 2016).
4. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. *Accès aux services de santé comme déterminant social de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis*. Prince George, BC : CCNSA, 2011. Sur Internet : [http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/22/Access%20to%20Health%20Services%20\(French\).pdf](http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/22/Access%20to%20Health%20Services%20(French).pdf) (consulté le 6 novembre 2016).
5. Conseil canadien de la santé. *Rapport de progrès 2013*. Toronto, ON : le Conseil, 2013. Sur Internet : [http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2013/ccs-hcc/H171-3-2013-fra.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2013/ccs-hcc/H171-3-2013-fra.pdf) (consulté le 6 novembre 2016).
6. Commission de la santé mentale du Canada. *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. Ottawa, ON : la Commission, 2012. Sur Internet : <http://strategie.commissionsantementale.ca/pdf/strategie-text-fr.pdf> (consulté le 6 novembre 2016).
7. Firestone M, Smylie J, Maracle S, McKnight C, Spiller M, O'Campo P. Mental health and substance use among urban First Nations population in Hamilton, Ontario. *Rev can santé publique* 2015;106(6):e375–81. PMID: 26680428. doi: 10.17269/cjph.106.4923.
8. Newman D, O'Reilly P, Lee SH, Kennedy C. Mental health service users' experiences of mental health care: An integrative literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2015;22(3):171–82. PMID: 25707898. doi: 10.1111/jpm.12202.
9. Watkins K, Paddock S, Hudson T, Ounpraseuth S, Schrader AM, Hepner KA, et al. Association between quality measures and mortality in individuals with co-occurring mental health and substance use disorders. *J Subst Abuse Treat* 2016;69:1–8. PMID: 27568504. doi: 10.1016/j.jsat.2016.06.001.
10. Association des femmes autochtones du Canada (AFAC). *Ce que leurs histoires nous disent : résultats de recherche de l'initiative Sœurs par l'esprit*. Ottawa, ON : AFAC, 2010.
11. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). *Les enfants des Premières Nations et non autochtones pris en charge par les services de protection de la jeunesse*. Prince George, BC : CCNSA, 2009–2010. Sur Internet : [http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/7/protective\\_services\\_FR\\_web.pdf](http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/7/protective_services_FR_web.pdf) (consulté le 6 novembre 2016).
12. Smylie J. Approaching reconciliation: Tips from the field. *Rev can santé publique* 2015;106(5):e261–64. PMID: 26451985. doi: 10.17269/cjph.106.5262.
13. Smylie J, Kirst M, McShane K, Firestone M, Wolfe S, O'Campo P. Understanding the role of Indigenous community participation in Indigenous prenatal and infant-toddler health promotion programs in Canada: A realist review. *Soc Sci Med* 2016;150:128–43. PMID: 26745867. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.12.019.