

Le Modèle de la médaille, de privilège et de l'alliance critique: Implications pour la santé

Stephanie A. Nixon¹⁻²

¹ Department of Physical Therapy, ² Dalla Lana School of Public Health, ³ Rehabilitation Sciences Institute,

University of Toronto, 160-500 University Avenue, Toronto, Ontario, Canada, M5G 1V7,

stephanie.nixon@utoronto.ca, @sanixto

Remerciements: Je tiens à exprimer ma gratitude envers les personnes suivantes pour avoir rédigé la version française de cet article:

Pulchérie Mukangwije pour la traduction;

Anik Goulet, Lesley Benderavage, Mathieu Simard et Muriel Mac-Seing pour la révision;

Lesley Benderavage et Pulchérie Mukangwije pour la consolidation; et

Ivor Benderavage et Pulchérie Mukangwije pour la mise en for

Résumé

Les iniquités en matière de santé sont répandues et persistantes. Les causes profondes sont d'origines sociales, politiques et économiques, par opposition à un modèle causal strictement comportemental ou génétique. Un obstacle au changement transformateur est la tendance à cadrer ces iniquités comme des conséquences injustes des structures sociales qui entraînent le désavantage, sans considérer également comment ces mêmes structures donnent des avantages ou privilèges non mérités à d'autres. Le fait d'éclipser le privilège dans les discussions sur l'équité en santé est une lacune cruciale, car la façon dont on cadre le problème établit l'éventail des solutions possibles qui suivront. Si l'iniquité est conçue exclusivement comme un problème auquel font face les personnes défavorisées, alors les réponses ne cibleront que les besoins de ces groupes, sans redresser les structures sociales à l'origine des désavantages. De plus, les réponses ne tiendront pas compte de la complicité des groupes corollaires qui bénéficient indûment et injustement de ces mêmes structures. En d'autres termes, nous sommes en train de manquer une vue d'ensemble. Selon cette conceptualisation des iniquités en matière de santé, nous avons limité le potentiel d'actions perturbatrices pour mettre fin à ces modèles durables.

Le but de cet article est de faire progresser la sensibilisation et l'action sur les iniquités en matière de santé et les déterminants sociaux de la santé en introduisant un cadre de changement transformateur : le Modèle de la médaille, de privilège et de l'alliance critique.

Premièrement, je présente le modèle, qui explique comment les structures sociales produisent à la fois des avantages et des désavantages non mérités. Le modèle adopte une approche intersectionnelle pour comprendre comment les systèmes d'inégalité, tels que le sexisme, le racisme et le capacitisme, interagissent les uns avec les autres pour produire des modèles complexes de privilège et d'oppression. Deuxièmement, je décris les principes de *pratiquer l'alliance critique* pour guider les actions des personnes en position de privilège afin de résister aux structures injustes qui produisent des iniquités en matière de santé. Cet article est un appel à l'action pour toutes les personnes qui travaillent dans le domaine de la santé pour : (1) reconnaître leurs positions de privilège, et (2) utiliser cette compréhension pour réorienter leur approche visant à vouloir sauver des personnes marginalisées vers une prise de conscience et d'action solidaire et collective visant à changer les systèmes d'inégalité.

Mots clés : Équité en santé, déterminants sociaux de la santé, justice sociale, privilège, oppression, intersectionnalité, racisme, santé des Autochtones, capacitisme, alliance solidaire.

Contexte

Au début d'une vidéo YouTube, le narrateur guide en disant : « Comptez combien de fois l'équipe vêtue de blanc se passe le ballon » [1]. Six personnes entrent en scène : trois vêtues de chemises blanches et trois vêtues de noir. Ils se tiennent en cercle et se transmettent des ballons de basketball pendant 90 secondes. À la fin de la vidéo, le narrateur dit : « La bonne réponse est 16 fois. Avez-vous repéré le gorille ? » Généralement, une partie du public rate le gorille et est époustoufflée par la question [2]. La vidéo est visualisée de nouveau, ce qui permet de voir qu'en cours du jeu, un adulte, habillé en gorille, entre en scène. Il regarde la caméra en se cognant la poitrine, puis repart. Ce court exercice montre comment il est possible de manquer quelque chose d'aussi manifeste qu'un gorille, mais invite également les spectateurs à imaginer comment il pourrait en être autrement. C'est-à-dire que les spectateurs ont vu leur capacité construite pour compter le nombre de passes effectuées par l'équipe vêtue de blanc, alors que le narrateur aurait pu renforcer leur capacité à repérer le gorille. C'est ainsi avec le privilège : il est possible de rater quelque chose d'aussi évident qu'un adulte en costume de gorille qui entre en scène. Il s'ensuit que si l'on a raté le gorille (ou privilège), alors il n'y a aucune possibilité d'engager une conversation à propos du gorille. On pourrait même remettre en question la légitimité des revendications des autres sur l'existence d'un gorille (ou privilège). Cependant, le narrateur aurait pu renforcer la capacité des spectateurs à voir le gorille, et l'on peut également renforcer sa capacité à reconnaître le privilège

[3]. Le renforcement de cette capacité nécessite à la fois l'apprentissage et le désapprentissage, et c'est le but de cet article.

Cet article fournit un cadre, le Modèle de la médaille, de privilège et de l'alliance critique, pour conceptualiser le privilège afin de répondre à la question encore plus importante de ce qu'il faut faire face à ce sujet, lequel est appelé *pratiquer l'alliance critique*. J'explore, en particulier, comment le privilège et l'alliance solidaire sont liés à l'iniquité en matière de santé – c'est-à-dire, aux disparités qui sont systémiques, évitables et injustes [4]. Les efforts pour lutter contre des iniquités tendent à cadrer ces préoccupations comme étant des conséquences injustes des structures sociales qui se traduisent par une mauvaise santé chez les groupes affectés, sans tenir compte des façons dont ces mêmes structures sociales offrent un avantage non mérité à d'autres groupes. L'avantage ou le privilège non mérité c'est le gorille. Pratiquer l'alliance critique est l'orientation pour guider l'action des personnes qui se trouvent dans des positions de privilège par rapport à un système particulier d'inégalité.

Effacer le privilège des discussions sur l'équité en santé est une lacune importante, car le cadrage d'un problème définit l'univers des solutions possibles qui suivront. Si l'iniquité est cadrée exclusivement comme un problème auquel sont confrontées les personnes marginalisées, les réponses tenteront seulement de répondre aux besoins de ces groupes, sans redresser les structures sociales à l'origine de ce désavantage, ou la complicité des groupes corollaires qui reçoivent des avantages non mérités (et

injustes) de ces mêmes structures [5,6]. Cette approche, souvent appelée anti-oppression [7], est bien développée dans d'autres domaines [8-11] mais est moins courante dans la recherche en santé [12]. Pour être clair, les idées présentées dans cet article sur le privilège et l'oppression ne sont pas nouvelles ; elles ont été articulées, avancées et argumentées pendant des décennies, en grande partie par des groupes « marginalisés » aux personnes en position de privilège qui n'étaient pas prêtes à entendre parler de ces injustices. Dans cet article, je cherche à traduire ces idées d'une manière nouvelle pour un public général travaillant dans le domaine de la santé, et il est à noter que la réussite d'une adhésion à cette version doit être comprise comme étant inextricablement liée à ma position en tant que personne « sur le dessus de nombreuses médailles ».

La première partie de cet article présente la métaphore de la médaille, un cadre pour comprendre comment les structures sociales offrent à la fois des avantages non mérités (« privilège ») et des désavantages (« oppression »). J'ai adapté la métaphore de la médaille à partir du schéma de privilège, de domination et d'oppression présenté par Kathryn Pauly Morgan dans « Describing the Emperor's New Clothes: Three Myths of Educational (In) Equality (Décrire les nouveaux vêtements de l'empereur : trois mythes de l'(in) égalité éducative » [13]. Le Modèle de la médaille, de privilège et de l'alliance critique vise à informer l'action pour résister et démanteler les structures injustes qui engendrent des iniquités. Le modèle adopte une approche intersectionnelle pour examiner comment les systèmes d'inégalité, tels que le racisme, l'hétérosexisme et le capacitisme interagissent pour

produire des schémas complexes de désavantages et d'avantages non mérités. La deuxième partie de cet article présente des principes pour *pratiquer l'alliance critique* et leurs implications pour atténuer les iniquités en matière de santé.

Le Modèle de la médaille

La médaille

Il existe des normes, des modèles et des structures dans la société qui fonctionnent pour ou contre certains groupes de personnes, qui ne sont pas liés à leur mérite ou comportement individuel. En d'autres termes, il y a des forces systémiques en jeu (souvent invisibles) qui privilégient certains groupes sociaux par rapport à d'autres, comme le sexisme, l'hétérosexisme, le racisme, le capacitisme, la colonisation, et le classisme [14]. Ces structures sociales injustes ont des effets profonds sur la santé, produisant des iniquités en termes de morbidité et mortalité.

Il est bien démontré que le racisme affecte négativement la santé des personnes non blanches par le biais de voies interconnectées structurelles, institutionnelles, culturelles et psychosociales [15,16]. Par exemple, il existe de nombreuses preuves dans le contexte américain démontrant que les personnes racialisées reçoivent une qualité inférieure de services de santé et sont moins susceptibles de recevoir des procédures médicales de routine que les Américains blancs.¹⁷ Le racisme et son interconnexion au colonialisme ont créé de profondes iniquités en matière de santé pour les Autochtones, y compris une espérance de vie inférieure (de plus de 5 ans) à

celle de la population non autochtone aux États-Unis [18-20].

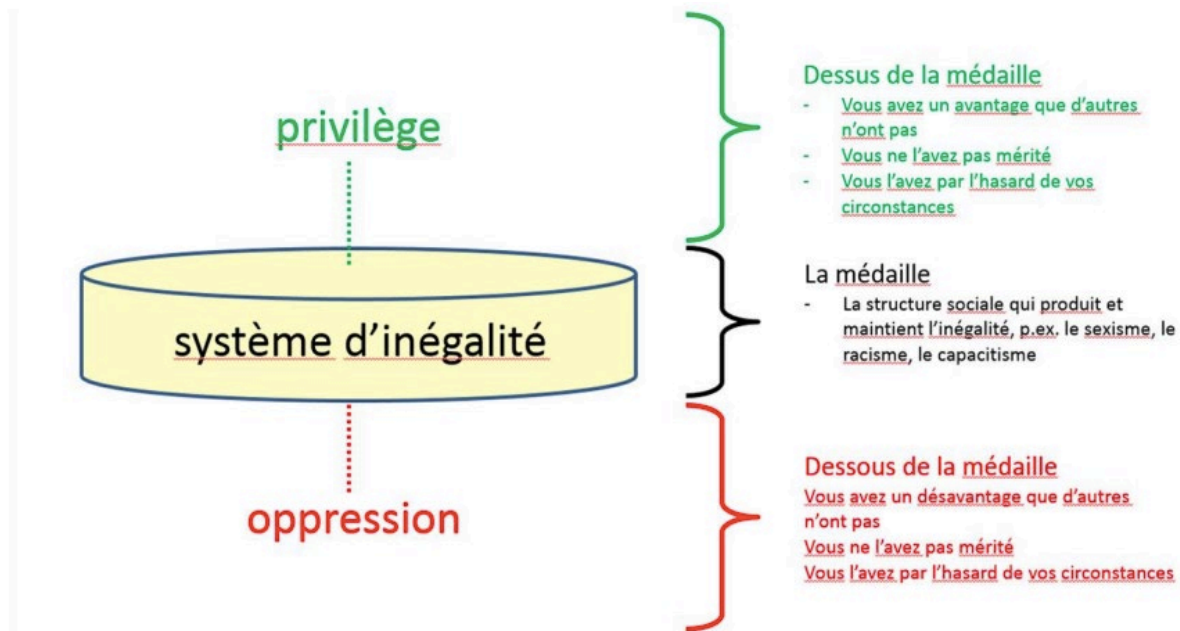


Figure 1. La Médaille (Traduit de l'anglais par Lesley Benderavage et Pulchérie Mukangwije)

Description de la figure 1 :

Le diagramme montre l'image d'une pièce jaune étiquetée « système d'inégalité » dans la couleur noire. Le haut de la pièce est étiqueté « privilège » écrit en vert et le bas de la pièce est étiqueté « oppression » écrit en rouge.

À droite du diagramme se trouve la description du diagramme qui se lit comme suit: "Dessus de la médaille: Vous avez un avantage que d'autres n'ont pas. Vous ne l'avez pas mérité. Vous l'avez pas l'hasard de vos circonstances. La médaille: La structure sociale qui produit et maintient l'inégalité, p.ex. le sexisme, le racisme, le capacitisme. Dessous de la médaille: Vous avez un désavantage que d'autres n'ont pas. Vous ne l'avez pas mérité. Vous l'avez pas l'hasard de vos circonstances." Fin

de la description.

Les femmes et les filles se trouvent avec des états de santé détériorés, et une capacité diminuée de bénéficier de leurs droits en termes de santé, et ont accès aux soins de santé réduits, lesquels sont liés au sexisme, et à ses intersections avec la classe, la race et la capacité [21-23]. Les personnes gaies, lesbiennes ou bisexuelles font face à des iniquités en matière de santé liées à l'hétéronormativité et l'homophobie [24,25]. En outre, la santé des personnes transgenres est pire à cause de la cisnormativité et de la transphobie, ce qui est exacerbé par d'autres systèmes d'oppression [23, 26-27]. Une étude réalisée dans la province canadienne de l'Ontario a trouvé que, sur dix personnes transgenres ayant visité une salle d'urgence, une s'est vu refuser des soins ou leurs soins ont été interrompus prématurément parce qu'elle était trans, et 40% de ces personnes avaient subi un comportement discriminatoire de la part d'un médecin de famille [27]. Comme dernier exemple, ce sont les disparités en matière de santé chez les personnes handicapées liées au capacitisme et ses intersections avec d'autres systèmes d'inégalité [28,29]. Les données du recensement de 2015 ont montré que près de 14% des Australiens vivant avec un handicap ont signalé une discrimination basée sur le handicap au cours de l'année précédente ; que la discrimination basée sur le handicap était plus courante chez les personnes sans emploi ou pauvres ; et que la discrimination basée sur le handicap était associée à des niveaux plus élevés de détresse psychologique et à un état de santé autodéclarée moins bonne [29]. Ces Dans le Modèle de la médaille, chaque système d'inégalité est conceptualisé comme une médaille. Les médailles ne

reflètent pas le comportement individuel de bonnes ou de mauvaises personnes. Ce sont plutôt des normes ou des structures au niveau de la société qui donnent des avantages ou des désavantages, que les individus le veuillent ou non, voire qu'ils en soient même conscients. Chaque médaille représente un système différent d'inégalité.

Ces structures sociales, ou médailles, procurent un avantage ou un désavantage non mérité selon la relation de chacun à ce système particulier d'inégalité. Par exemple, on peut considérer la médaille (ou système d'inégalité) de l'hétérosexisme. L'hétérosexualité est une attirance romantique ou sexuelle pour les personnes du sexe opposé. L'hétérosexisme, une norme dominante dans plusieurs sociétés, considère être hétérosexuel comme la seule et bonne façon d'être. Les personnes qui se trouvent alignées à cette norme parce qu'elles sont hétérosexuelles jouissent des avantages de cette structure sociale. Par exemple, elles peuvent exprimer de l'affection ouvertement sans crainte de discrimination ou de violence. Elles voient leur mode de vie validée et valorisée à travers sa position régulière, positive et par défaut comme étant l'état normal, reflété dans les cadres juridiques et la culture populaire. Cependant, les personnes hétéros n'ont pas choisi d'être hétéros ; elles le sont tout simplement. Elles n'ont pas mérité cet avantage ; plutôt, elles ont eu la chance d'être ainsi par leur préférence amoureuse naturelle, qui s'aligne avec cette norme sociale plus large. Elles n'ont probablement pas demandé d'avoir ces avantages, mais elles les reçoivent tout de même. Elles ne savent peut-être même pas qu'elles reçoivent un avantage non gagné, mais elles le reçoivent néanmoins

[30].

Inversement, les personnes qui ne sont pas hétéros ne jouissent pas de cette absence de discrimination et de violence, ni du sens d'inclusion et d'appartenance qui résulte de cette structure sociale. Les personnes qui ne sont pas hétéros, qui s'identifient comme gaies, lesbiennes, bisexuelles, asexuelles ou bi-spirituelles, n'ont pas choisi d'être ainsi ; elles le sont tout simplement. Cependant, leur préférence naturelle pour les personnes qu'elles aiment *n'est pas* conforme à la norme dominante de l'hétérosexisme. À ce titre, ils reçoivent un désavantage non mérité. Elles n'ont rien fait pour le gagner, mais elles le reçoivent quand même. De plus, alors qu'un avantage non mérité peut être difficile à percevoir, le désavantage non mérité est souvent très visible pour les personnes qui en font l'expérience.

Les deux côtés de la médaille : oppression et privilège

C'est la même structure sociale, ou médaille, qui octroie un désavantage non mérité à certains et un avantage non mérité à d'autres. Les groupes qui sont défavorisés par cette structure sociale sont considérés comme étant *en dessous de la médaille* (voir Fig.1). Dans ce modèle, j'appelle ce côté de la médaille *oppression*. En raison des effets désastreux sur la santé résultant de ce désavantage injuste, ce sont ces groupes communément ciblés dans la recherche et les interventions en promotion de la santé. Les noms pour décrire ces groupes sont nombreux et familiers, y compris les populations marginalisées, les groupes défavorisés, les communautés vulnérables, les groupes à haut risque, les quartiers prioritaires ou les populations

difficiles à atteindre.

D'autres groupes de personnes bénéficient de ces mêmes structures sociales et sont considérés comme étant *sur le dessus de la médaille*. Ces groupes reçoivent des avantages des structures que d'autres ne reçoivent pas, et ils ne les ont pas mérités. Plutôt, ils en bénéficient parce qu'ils ont la chance de se trouver alignés avec les normes de cette structure sociale particulière. Dans ce modèle, j'appelle la position sur le dessus de la médaille *privilège*.

Les termes utilisés pour décrire les groupes de personnes qui profitent d'avantages de santé non mérités en raison de systèmes d'inégalité sont rares et difficiles à imaginer (p. ex., groupes injustement favorisés, populations avantagées sans effort). Il est erroné de considérer les personnes qui sont sur le dessus de la médaille comme des « patients normaux » ou « moyens » car, par définition, le dessus de la médaille représente des personnes qui reçoivent des avantages non mérités et injustes parce que leur façon d'être est valorisée par rapport aux autres. Le but n'est pas de déplacer les gens du dessous de la médaille vers le haut, car les deux positions sont injustes. L'objectif est plutôt de démanteler les systèmes (c.-à-d., les médailles) qui causent ces iniquités.

Attirer l'attention sur le dessus de la médaille est important, car l'iniquité est relationnelle: le dessous de la médaille est désavantagé par rapport au-dessus. Pourtant, les problèmes d'équité en matière de santé sont souvent cadrés exclusivement comme des problèmes auxquels font face les gens au-dessous

de la médaille. Ne pas reconnaître le dessus de la médaille, et souvent la médaille elle-même, fonctionne pour maintenir le statu quo, parce que ce que l'on définit comme étant le problème définit l'univers des actions envisageables pour les adresser. Lorsque le problème est présenté comme étant des défis auxquels font face les membres d'un « groupe vulnérable » (c.-à-d. le dessous de la médaille) alors les solutions potentielles se concentreront exclusivement sur des interventions pour résoudre leurs problèmes. Les actions devraient-elles répondre aux besoins de ces groupes ? Bien sûr ; ces réponses sont extrêmement importantes pour redresser les iniquités existantes. Cependant, le dessous de la médaille est généralement cadré comme étant le tout de l'équité en santé, par opposition à une seule partie. Si l'on regardait le problème comme étant non seulement le dessous mais aussi la médaille elle-même (c.-à-d. la structure sociale qui défavorise injustement les gens en dessous), alors un ensemble de solutions différentes pourrait suivre, comme des changements politiques et juridiques visant à créer des garanties contre la discrimination qui résulte du système d'inégalité. La docteure Autochtone et leader en santé publique, Marcia J. Anderson, résume ce point comme suit :

« Dorénavant, au lieu d'utiliser le terme « personnes vulnérables », je vais dire « les personnes que nous opprimons par le biais de choix politiques et de discours d'infériorité raciale ». C'est un peu plus long, mais je pense que cela nous aidera à nous concentrer là où se situent réellement les problèmes. ” [31]

Par exemple, la médaille du capacitisme reflète la structure sociale qui discrimine

contre les personnes vivant avec un handicap en faveur des personnes qui correspondent à une norme de capacités construite socialement [32]. Dans une vision du monde capacitiste, il existe une version particulière de la capacité que l'on suppose être normale ou naturelle (au-dessus de la médaille), et les personnes qui ne peuvent pas répondre à cette attente (en dessous de la médaille) sont considérées comme étant problématiques et qui devraient s'efforcer d'atteindre ou d'assimiler la norme. Le capacitisme considère le handicap comme une erreur ou un échec plutôt que comme une simple conséquence de la diversité humaine, comme l'orientation sexuelle ou le genre.

Considérez les différentes solutions qui deviennent imaginables selon que l'on considère le problème comme le dessous de la médaille (c.-à-d. les personnes vivant avec un handicap) ou la médaille elle-même (c.-à-d. le capacitisme). Les solutions visant le dessous de la médaille sont conçues pour atteindre la norme des personnes non handicapées, y compris les soins médicaux et la réadaptation pour corriger le handicap physique. Inversement, si l'on considère le problème comme la structure sociale injuste du capacitisme, alors la cause du handicap évolue : au lieu d'être situé dans le corps d'un individu, le handicap est compris comme résultant de l'environnement social, attitudinal et politique. Les réponses seront axées sur le changement social visant l'équité pour les personnes vivant avec un handicap au même titre que l'équité pour d'autres groupes défavorisés, où les préjugés, la ségrégation et l'inaccessibilité sont considérés comme le problème. Les réponses pourraient viser des approches qui conforment à la Convention des Nations Unies

relative aux droits des personnes handicapées. Les actions passeraient de la focalisation sur le handicap comme une erreur, à une célébration de la différence, en créant des systèmes flexibles (p. ex. à travers des politiques, l'environnement bâti) qui permettent et libèrent au lieu d'incapaciter et d'exclure.

Problématiser la médaille du capacitisme met également en lumière les effets profondément invalidants des attitudes stigmatisantes communément adoptées par les personnes non handicapées. Dans de nombreux cas, de tels effets sont involontaires et inconnus des personnes qui les reproduisent, mais ils ont tout de même un impact profond, ce qui nous amène au-dessus de la médaille.

Remarquer le gorille : reconnaître les effets de rendre le privilège invisible

La médaille de la colonisation dans le contexte du Canada fournit une autre illustration utile. Si la médaille c'est la colonisation, alors le groupe qui vit des désavantages non mérités au-dessous de cette médaille est celui des peuples Autochtones. Depuis le mouvement Jamais Plus l'Inaction (Idle No More) et le rapport de 2015 de la Commission de Vérité et réconciliation du Canada, on commence à reconnaître dans la société canadienne l'histoire et l'héritage de la colonisation [33,34]. Par exemple, il y a une plus grande attention portée aux effets dévastateurs continus des Pensionnats Autochtones, aux effets néfastes de la Loi sur les Indiens du gouvernement du Canada, et aux violations des droits inhérents à la fourniture inéquitable de fonds publics pour garantir les déterminants de base de la santé (p. ex. eau potable, éducation primaire de qualité) au sein des communautés

Autochtones. Ces exemples attirent l'attention sur la médaille (c.-à-d. la colonisation) comme source de profondes iniquités en matière de santé entre les peuples Autochtones et les peuples allochtones au Canada. Le problème a été déplacé des peuples Autochtones (au-dessous de cette médaille) vers les structures (la médaille) qui créent les conditions produisant des désavantages injustifiés et injustes. La capacité croissante de percevoir la médaille, et donc de concevoir des solutions pour y faire face, est un marqueur important de progrès vers le démantèlement de cette iniquité.

Mais les peuples Autochtones et la colonisation ne fournissent pas un tableau complet. De même, les personnes avec un handicap (le dessous de la médaille) et le capacitisme (la médaille), ne constituent pas un tableau complet. Qu'en est-il des personnes au-dessus de ces médailles? Qui sont-elles ? Quel est leur rôle dans le démantèlement ou, comme c'est souvent le cas, dans le renforcement involontaire de la médaille ?

Une tâche essentielle pour les personnes qui se trouvent au-dessus d'une médaille est de remarquer le gorille ; c'est-à-dire, de comprendre qu'il existe une médaille, qu'elle a deux côtés, et qu'elles occupent la position d'avantage non méritée (c.-à-d. le privilège) sur le dessus. Par exemple, si les peuples Autochtones sont en dessous de la médaille, ce sont les peuples non-autochtones (souvent appelés les colons) qui reçoivent des avantages non mérités et injustes de ces mêmes structures. Remarquer le gorille dans ce cas signifie développer la capacité de poser

et de répondre à des questions telles que : "De quelles manières ai-je bénéficié du privilège de la colonisation aujourd'hui ?" et "De quelles manières mes actions d'aujourd'hui ont-elles reflété et renforcé ainsi la médaille de la colonisation?"

Dans de nombreux cas, les gens sur le dessus d'une médaille n'ont pas demandé les avantages non mérités qu'ils reçoivent. Cependant, des gens sont rarement au-dessus de la médaille à cause du mérite ou de la valeur (communément appelé le mythe de la méritocratie [35]). Ils sont là plutôt, par définition, parce qu'ils se trouvent être des personnes non handicapées, des colons, des blancs, des hétérosexuels, des cisgenres ; ou il existe d'autres aspects de leur identité sociale qu'ils n'ont pas choisis, mais qui s'alignent néanmoins avec des plans historiques de domination et de subordination [13].

Tout comme le désavantage reçu par les personnes au-dessous de la médaille est non mérité et injuste, de même, l'avantage reçu par les personnes au-dessus de la médaille est non- mérité et injuste. Cependant, ces effets opposés de la médaille ne sont pas uniformément compris.

La contradiction entre qui détient l'expertise versus qui détient le pouvoir en ce qui concerne les systèmes d'inégalité

Le désavantage injuste associé à la position de dessous de la médaille est souvent bien en vue - des cliniciens et des chercheurs travaillant pour relever ces défis, et spécialement des personnes en dessous de la médaille elles-mêmes, qui peuvent affronter ces désavantages au quotidien. Peu importe que les personnes en dessous

de la médaille parlent couramment le langage de l'anti-oppression, elles sont généralement expertes des nombreuses façons dont la médaille fonctionne pour créer des désavantages, la déshumanisation, un manque de sécurité et l'exclusion sociale. De plus, ce sont les groupes qui ont historiquement dirigé des mouvements pour démanteler les injustices structurelles, tels que les peuples Autochtones en tête des mouvements pour remédier aux effets néfastes de la colonisation sur eux et sur l'environnement, ou les peuples Noirs au premier plan des mouvements antiracisme de défense des droits civiques.

Cependant, le désavantage non mérité associé au fait d'être au-dessus de la médaille est souvent invisible - dans les interventions de promotion de la santé, dans la recherche sur l'équité en santé, et en particulier pour les personnes elles-mêmes qui occupent des positions sur le dessous des médailles. Certains ont soutenu que l'oubli des gens au sujet de leurs positions de privilège est une stratégie essentielle nécessaire pour maintenir l'hégémonie des systèmes d'inégalité [36] Apprendre à voir le gorille est une stratégie pour devenir moins inconscient et moins nuisible.

Un manque de conscience concernant le dessus de la médaille a de sérieuses implications pour aborder de manière significative l'équité en santé. Ceci est parce que le manque de reconnaissance des influences sociétales qui ont contribué à élever les gens au-dessus des médailles pour atteindre leurs positions professionnelles, économiques ou sociales conduit généralement ces mêmes personnes à présumer qu'elles sont là exclusivement en raison de leur mérite individuel. Autrement dit,

lorsque le privilège n'est pas évalué, il peut conduire à un sentiment irrationnel de droit, d'expertise et d'accès. Il semble alors logique et en effet, un impératif moral pour les personnes qui sont au-dessus de la médaille d'être guidées par une envie altruiste de sauver ou de réparer les gens en dessous de la médaille. Cependant, cette logique ne tient plus lorsque l'on considère qui possède l'expertise concernant la médaille et ses effets ; c'est-à-dire les gens au-dessous des médailles.

En outre, rendre invisible le dessus de la médaille permet aux personnes se trouvant dans des positions de privilège de se considérer comme étant non liées, ou en dehors des systèmes d'inégalité auxquels elles tentent de s'attaquer, au lieu de comprendre leur relation directe avec les personnes en dessous de la médaille. Au lieu de comprendre leur complicité au sein des systèmes d'inégalité, effacer le dessus de la médaille permet aux personnes sur le dessus de cadrer leur rôle dans l'effort vers l'équité en matière de santé comme neutre, généreux et altruiste. Ce positionnement conduit logiquement à une action qui aide (exclusivement) les gens au-dessous de la médaille au lieu de cibler des systèmes oppressifs qui sont mauvais pour tout le monde.

Description de la figure 2 :

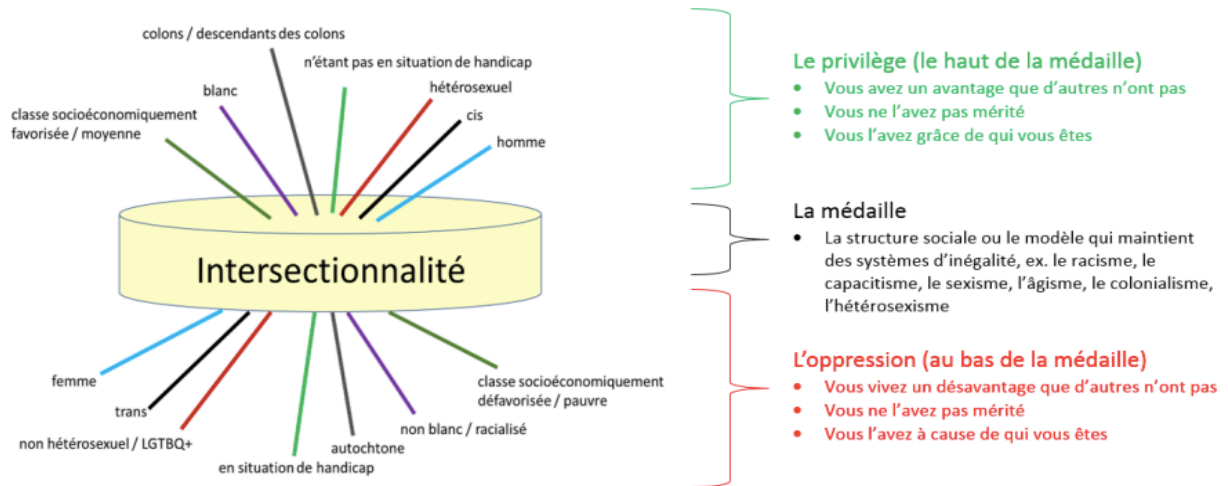


Figure 2. Traduit de l'anglais par Muriel Mac-Seing, Pulchérie Mukangwije et Mathieu Simard

Graphique 2: La nature croisée des pièces, qui produit des modèles complexes d'avantages et de désavantages. Traduit de l'anglais par Muriel Mac-Seing, Pulchérie Mukangwije et Mathieu Simard.

La médaille jaune avec les mots « système d'inégalité » écrit au milieu en noir. La pièce a différentes lignes colorées pointant du haut et du bas de la pièce qui indiquent différents systèmes d'inégalité des positions de privilège et d'oppression.

À droite du diagramme se trouve la description du diagramme qui se lit comme suit: "Le privilège (le haut de la médaille): Vous avez un avantage que d'autres n'ont pas. Vous ne l'avez pas mérité. Vous l'avez grâce de qui vous êtes. La médaille: La structure sociale ou le modèle qui maintient des systèmes d'inégalité, ex. le racisme, le capacitisme, le sexisme, l'âgisme, le colonialisme, l'hétérosexisme. L'oppression (au bas de la médaille) : Vous vivez un désavantage que d'autres n'ont pas. Vous ne l'avez pas mérité. Vous l'avez à cause de qui vous êtes." Fin de la description.

Dans le domaine de la santé, les personnes qui détiennent généralement le pouvoir d'approuver des ressources, de concevoir des programmes, et d'élaborer des politiques pour répondre aux besoins des personnes en dessous de la médaille se trouvent souvent au-dessus de plusieurs médailles. Mais qui sont les vrais experts pour comprendre comment la médaille fonctionne dans la société ? Lorsque des personnes privilégiées ne reconnaissent pas les implications puissantes de cette position, elles peuvent, sans le vouloir - et avec les meilleures intentions - se consacrer à tenter d'aider les gens en position inférieure sans jamais comprendre: (1) l'impact de la médaille sur leur propre position individuelle, (2) comment ce manque de compréhension compromet énormément leur perspicacité concernant la structure sociale oppressive, et (3) comment ce manque de perspicacité peut conduire à des actions qui servent non pas à démanteler la pièce, mais à renforcer le statu quo. Par exemple, l'expertise présumée des personnes situées au-dessus de la médaille pour résoudre les problèmes d'iniquité devient renforcée, tandis que le besoin et le manque d'expertise présumés des personnes positionnées au-dessous des médailles sont encore plus racinés. Des ressources matérielles (p.ex. des salaires, des subventions) pour aborder l'équité en matière de santé sont généralement versées aux personnes au-dessus de la médaille pour concevoir et administrer des programmes destinés à ceux et celles en dessous de la médaille, renforçant ainsi les iniquités.

En résumé, un manque de conscience concernant sa position au-dessus des médailles est dangereux pour l'équité en santé. En effet, ne pas reconnaître le

privilège est au cœur du fonctionnement et de la durabilité du système d'inégalité. Rendre invisible la partie supérieure de la médaille, et souvent la médaille elle-même, assure sa solidité. C'est ça le gorille, et pourquoi le mouvement vers le démantèlement des systèmes d'inégalité exige que tout le monde, et surtout les gens au-dessus des médailles, apprennent à voir le gorille.

Reconnaître la nature intersectionnaire de plusieurs médailles

Une seule médaille ne représente pas tous les privilèges ni toutes les oppressions. Chaque médaille représente plutôt un système spécifique d'inégalité (p. ex., sexisme, racisme, capacitisme). Chaque personne occupe généralement la position sur le dessus de certaines médailles et le dessous des autres, en même temps. Un schéma commun est que les gens aient une compréhension bien développée du système d'inégalité pour lequel ils se trouvent en dessous et, peut-être, de la frustration, de la colère, ou de la tristesse que ce système injuste ne soit pas mieux compris par les gens situés au-dessus de cette même médaille. Cette vision peut être utile pour ensuite considérer ses connaissances (souvent limitées) au sujet des systèmes d'inégalité où elles se trouvent sur le dessus.

En outre, il est important de reconnaître que chaque médaille représente un système différent d'inégalité, mais que les médailles ne fonctionnent pas en isolement. Plutôt, les médailles *se croisent* pour créer des systèmes complexes d'inégalité interdépendants. (voir fig.2). Le résultat ne s'additionne pas ; se retrouver du même côté de deux médailles ne signifie pas que l'on a un double privilège ou

deux fois l'oppression. Les systèmes d'inégalité produisent plutôt des schémas nouveaux et complexes d'avantages et de désavantages. La pertinence et l'impact de ces positions varient en fonction du contexte et, par conséquent, les positions de chacun sur ces multiples médailles doivent être analysées ensemble. Le terme *intersectionnalité* a été introduit par la juriste et théoricienne critique de la race, Kimberlé Crenshaw, et compris plus largement comme la matrice de domination par l'académicienne féministe Noire Patricia Hill Collins, afin de caractériser les formes uniques d'oppression auxquelles font face les femmes Noires [37,38]. L'intersectionnalité a été largement reprise, y compris dans le domaine de la santé [39,40].

L'analyse nécessite la précision de clarifier sa position, que l'on se situe en haut ou en bas de chaque médaille spécifique, en accordant une attention particulière aux situations pour lesquelles une personne se situe en haut, et comment ces positions individuelles peuvent s'amplifier les unes et les autres dans différents contextes. C'est à noter que toutes les médailles ne sont pas de la même taille; c.-à-d. que des systèmes différents d'inégalité auront plus ou moins d'importance dans différents contextes, et en fonction de leur intersection avec d'autres modèles d'inégalité.

Une autre idée essentielle offerte par une analyse intersectionnelle est la façon dont les expériences d'oppression dans un système inégalité ne nient pas les positions de privilège dans d'autres. Par exemple, une personne blanche qui est pauvre peut clairement comprendre les effets oppressifs du classisme, mais peut aussi ne pas

apprécier les avantages tirés simultanément du fait d'être au-dessus de la médaille du racisme. Une personne racialisée qui est considérée comme non-handicapée peut comprendre les effets dévastateurs du racisme tout en ignorant comment son privilège capacitiste sert à lui donner régulièrement un avantage non mérité. Une analyse intersectionnelle nous rappelle que les effets de ces différentes positions ne peuvent pas être compris par une approche mathématique selon laquelle la position au-dessous d'une médaille annule la position au-dessus d'une autre. C'est ainsi que même les militants les plus articulés concernant certains systèmes inégalité peuvent involontairement renforcer d'autres médailles où ils se trouvent sur le dessus, en raison de leurs positions de privilège non reconnues, c.-à-d. leur manque de capacité à voir ce gorille particulier.

Il ne s'agit ni d'innocence ni de culpabilité

Les discussions sur le privilège peuvent conduire à de fausses hypothèses d'innocence et à une attention contre-productive à la culpabilité. Le Modèle de la médaille repose sur une analyse qui rejette ces deux schémas inutiles.

Percevoir les gens situés en haut de la médaille comme étant inconscients de leur privilège non mérité n'équivaut pas à l'innocence de ces derniers. Pour la plupart, les personnes travaillant dans le domaine de la santé qui occupent des positions privilégiées n'ont pas l'intention de causer du tort ; cependant, ces médailles ont été créées très intentionnellement par des personnes sur le dessus de la médaille. Ces systèmes ont été conçus pour opprimer, et ils sont soutenus, intentionnellement par

certaines et involontairement par d'autres, qui se trouvent en haut de la médaille. Ce n'est pas *l'intention* de ses actions qui compte, mais *l'impact*, et l'impact de l'oubli parmi les personnes positionnées au-dessus de la médaille peut être profondément nuisible, déshumanisant et violent pour les personnes au bas de la médaille. En effet, ces systèmes d'inégalité sont préjudiciables à des sociétés entières, car ils diminuent les contributions et les talents des personnes au bas des médailles par le biais des obstacles auxquels elles font face.

Un autre récit commun est le sentiment de culpabilité parmi les gens quand ils considèrent les avantages non mérités qu'ils reçoivent parce qu'ils se trouvent au-dessus d'une médaille. Les sentiments de culpabilité peuvent entraîner l'inconfort, une distanciation par rapport au problème, le déni ou une paralysie intellectuelle. Dans le contexte du racisme, l'académicienne blanche Robin DiAngelo appelle ce phénomène la « fragilité des blancs » [41]. La culpabilité peut devenir le sujet principal de discussion et d'analyse parmi les personnes qui partagent des positions au-dessus d'une médaille. Cependant, le Modèle de la médaille invite à analyser comment le fait de se concentrer sur la culpabilité sert à *renforcer* plutôt qu'à démanteler des systèmes d'inégalité. La culpabilité conduit à des sentiments de détresse parmi les gens quand ils réfléchissent aux avantages non mérités et aux passe-droits qui leur facilitent la vie. Cette détresse doit être comprise par opposition à la détresse (souvent quotidienne), à la déshumanisation et à la violence vécues par les gens se trouvant au bas de la médaille. De plus, se concentrer sur la culpabilité née de la découverte d'avantages non mérités sert à centrer les besoins

et les sentiments des gens situés sur le dessus de la médaille, ce qui renforce la médaille en évinçant les besoins et les sentiments des gens se trouvant en bas de celle-ci. Pour reprendre les mots de la poète et philosophe lesbienne Noire, Audre Lorde:

« La culpabilité n'est pas une réponse à la colère ; c'est une réponse à ses propres actions ou au manque d'action. Si elle conduit au changement, alors, elle peut être utile, car il ne s'agit alors plus de culpabilité, mais du début de la connaissance. Pourtant, trop souvent, la culpabilité n'est qu'un autre nom pour l'impuissance, pour une défense destructrice de la communication ; elle devient un moyen de protéger l'ignorance et la continuation des choses telles qu'elles sont, la protection ultime contre le changement.» [42]

Si la culpabilité est une stratégie non productive pour les personnes au-dessus de la médaille qui souhaitent démanteler des inégalités, quelles pourraient être alors les alternatives ? Une stratégie plus productive consiste à reconnaître les sentiments de culpabilité et à recadrer rapidement la culpabilité comme une responsabilité découlant de la complicité [43]. Embrasser la responsabilité donne lieu à des actions pour résister aux normes dominantes qui soutiennent les systèmes d'inégalité, ce que j'appelle pratiquer l'alliance critique.

Principes pour pratiquer l'alliance critique

Pour œuvrer au démantèlement d'un système d'iniquité, des orientations différentes

sont appropriées selon la position de chacun par rapport à cette structure sociale ; c.-à-d. le côté d'une médaille particulière sur lequel l'on se trouve. Cet article est écrit pour les personnes qui se trouvent au-dessus d'une médaille qu'elles souhaitent démonter (c.-à-d. en position de privilège), et j'appelle cette orientation *pratiquer l'alliance critique*.

Dans cette approche, l'alliance n'est pas une identité, mais une pratique continue. L'accent mis sur l'alliance critique en tant que *pratique* s'aligne avec l'accent mis par d'autres sur le fait de *devenir un allié* [44-46] ou ce que l'auteure Noire queer Mia McKenzie décrit comme « agir actuellement en solidarité avec » pour se concentrer sur les actions dans le présent⁴⁷. Cette approche s'inspire de l'Anti-Oppression Network (Réseau anti-oppression), qui définit l'alliance solidaire comme « une pratique active, cohérente et ardue de désapprentissage et de réévaluation dans laquelle une personne privilégiée cherche à opérer en solidarité avec un groupe marginalisé⁴⁸.

Pratiquer l'alliance critique nécessite une réorientation de la façon dominante de penser à la manière dont les personnes en position privilégiée devraient lutter contre les iniquités, ce qui suppose que la manière la plus éthique et la plus efficace de lutter contre les disparités en matière de santé consiste, pour les personnes situées en haut de la médaille, à utiliser leur expertise pour aider les groupes marginalisés avec leurs problèmes. « Leurs problèmes » sont généralement définis comme étant causés par les comportements d'individus ou de groupes, par opposition au fait d'être liés aux

désavantages non acquis résultant de systèmes d'inégalité (c.-à-d. la médaille). Il s'ensuit que les réponses appropriées mènent les gens au-dessus de la médaille à se rendre dans les communautés (locales et étrangères) pour apporter leur expertise et leurs solutions aux personnes dans le besoin. Bien qu'ayant généralement de bonnes intentions, les personnes en haut de la médaille ont été socialisées pour avoir peu de compréhension de leur relation avec les structures sociales, ou la contradiction entre qui détient le pouvoir et qui détient l'expertise. Cette approche faillible renforce le système d'inégalité en renforçant l'hypothèse selon laquelle les gens au-dessus sont des experts, sans lien avec le système d'inégalité, et que les personnes en dessous ont besoin d'être secourues. Si l'objectif est de démanteler les systèmes d'inégalité qui entraînent des disparités en matière de santé, une réorientation est nécessaire par laquelle les personnes au-dessus de la médaille réorientent leur motivation de:

Je souhaite aider les moins fortunés, ou

J'utilise mon expertise pour réduire les iniquités pour les populations marginalisées

aux engagements suivants :

Je cherche à comprendre mon propre rôle dans le maintien des systèmes d'oppression qui créent des iniquités en matière de santé.

J'apprends de l'expertise des groupes historiquement marginalisés et je travaille en solidarité avec eux, afin de m'aider à comprendre et à agir sur les systèmes d'inégalité.

Cela comprend travailler à construire une perspicacité parmi d'autres personnes en position de privilège et se mobiliser dans une action collective sous la direction de personnes en bas de la médaille.

Ce recadrage renverse qui est censé être plus expert dans le démantèlement de l'iniquité (c.-à-d. des personnes en haut de la médaille aux personnes en bas de celle-ci), et dont la pensée et le comportement doivent changer pour que l'iniquité soit démantelée (c.-à-d. des personnes en bas de la médaille par rapport aux personnes positionnées en haut de celle-ci). Recadrer le problème comme l'orientation inefficace et inutile des personnes en position d'avantage non mérité ouvre de nouvelles possibilités d'action. Ci-dessous, je présente plusieurs principes comme point d'entrée pour guider une telle action, c.-à-d. pour pratiquer l'alliance critique.

Arrêtez d'essayer de sauver ou de réparer les gens positionnés en dessous de la médaille

Une étape initiale consiste à reconnaître et à résister aux manières quotidiennes que les gens au-dessus d'une médaille renforcent involontairement, par opposition à démanteler la médaille; c.-à-d. les choses que nous disons ou faisons qui reflètent involontairement et donc reproduisent le système d'inégalité. Une étape clé de cette pratique consiste à rejeter l'envie dangereuse et erronée de sauver les gens du côté oppression de la médaille, motivé par le sens irrationnel de l'expertise, du droit et de l'accès [49]. Le but de l'alliance critique est plutôt d'intervenir *en solidarité avec* les gens au bas de la médaille. Ce principe s'applique aux étudiants, chercheurs ou

cliniciens développant les programmes de promotion de la santé ou menant des recherches avec des communautés marginalisées localement ou mondialement [50], sans comprendre leur relation personnelle aux systèmes d'inégalité qui marginalisent en premier lieu ces communautés [51].

Cette invitation à reconnaître les effets néfastes d'une mentalité de réparer ou de sauver est particulièrement complexe pour les personnes impliquées dans les soins cliniques, qui sont souvent définis comme ayant but de guérir ou sauver des patients.

Le défi consiste à déterminer comment répondre aux besoins cliniques individuels sans reproduire les systèmes d'inégalité. Comment pourrait-on fournir des soins de santé d'une manière qui résiste à ces systèmes et réécrit les récits dominants à propos du pouvoir ? Les chercheurs en sciences de la réadaptation Roush et Sharby appellent les cliniciens à considérer ce paradoxe pour les personnes en situation de handicap ; c.-à-d. comment réparer les incapacités tout en célébrant le handicap comme diversité [52]. Une autre approche est la sécurité culturelle, développée par l'infirmière maorie, Irihapeti Ramsden, en réponse à l'incapacité du système de santé traditionnel à répondre aux besoins des Maoris à Aotearoa / Nouvelle-Zélande [53]. La sécurité culturelle exige que les cliniciens comprennent leurs rôles dans les différences de pouvoir inhérentes aux soins de santé, y compris la discrimination institutionnelle, et vise à lutter contre les iniquités par l'éducation et le changement systémique [54].

Prenez des mesures actives pour en savoir plus sur les systèmes

d'inégalité pour lesquels on est en position de privilège

La pratique de l'alliance critique ne se concentre pas sur *l'intention*, mais sur *l'impact* de ses actions, ce qui exige une capacité approfondie de comprendre les effets multiformes (positifs et négatifs) de l'action ou de l'inaction. Jusqu'à présent, j'ai souligné les similitudes à travers les systèmes d'inégalité ; cependant, les stratégies par lesquelles chacun de ces systèmes fonctionne sont uniques. En tant que telle, une étape cruciale dans la pratique de l'alliance critique consiste à reconnaître activement ses positions de privilège et à développer sa compréhension des logiques d'oppression qui entretiennent et reproduisent ces inégalités; c.à.d. les idéologies et les hypothèses qui imprègnent la loi, la politique, les normes, les attitudes et nos actions au quotidien [55,56].

Un point de départ pour la résistance est de nommer et de discuter du privilège avec les autres au-dessus de cette médaille pour diminuer l'oubli (c.-à-d. voir le gorille) et bâtir collectivement la capacité pour le changement. Des exemples incluent les personnes hétérosexuelles discutant de la façon dont elles bénéficient et reproduisent l'hétéronormativité [57], les personnes non handicapées considérant les avantages non mérités qu'elles reçoivent du capacitisme [58], les personnes blanches apprenant leur rôle dans la perpétuation du racisme [41,59], ou des colons explorant l'identité des colons dans le contexte du colonialisme [60,61], avec une attention particulière à la façon dont ces structures se croisent simultanément. Chacun de ces systèmes nécessite un apprentissage approfondi et, en outre, *un désapprentissage*

des hypothèses bien ancrées pour guider l'action individuelle et collective pour le changement social transformateur [62].

Prenez du recul

Les systèmes d'inégalité centrent la présence, les voix, les besoins, les sentiments et les visions du monde des personnes en position de privilège. Une étape clé dans la correction de ces déséquilibres de pouvoir est pour les personnes en haut de la médaille de se décentrer ou de prendre du recul. Cela implique de prendre du recul physiquement, comme décentrer son privilège en faisant littéralement de la place aux personnes du côté oppression de la médaille lors d'une réunion.

Il existe également un potentiel transformateur pour prendre du recul métaphoriquement. C'est l'invitation à écouter plus et à parler moins. Les personnes en position d'influence peuvent prendre du recul pour réaffecter le pouvoir aux personnes qui ont été historiquement poussées aux marges. Cela implique de faire de la place - et reconnaître comme légitime - les sentiments, les approches et les visions du monde des gens en bas de la médaille. Cela exige que ceux qui sont au-dessus des médailles démontrent de l'humilité concernant la justesse supposée de certaines façons de faire, de communiquer et de penser, et de prendre du recul afin de faire de la place pour des alternatives.

Cette forme de prendre du recul est illustrée par des réponses à l'histoire flagrante de la recherche axée sur l'Occident envers les peuples Autochtones. L'émergence de méthodologies de recherche autochtones, qui sont cohérentes avec une vision du

monde autochtone, reconnaissent la violence profonde perpétrée contre les peuples Autochtones par le biais des institutions de soins de santé et de recherche, et réinventent la recherche comme processus transformateur de réhabilitation culturelle qui est piloté et contrôlé par le peuple Autochtone [63-65]. Ce changement appelle les personnes allochtones à prendre du recul par rapport aux « vérités » considérées comme acquises et ancrées dans une vision du monde occidental concernant la recherche et la santé. Après des siècles de présomption de droit et d'accès aux corps des peuples Autochtones par des personnes non Autochtones, pratiquer l'alliance critique signifie se demander : Que dois faire ma recherche et, surtout, que ne devrait-elle pas faire ? [66]. Ce recadrage invite à passer de l'étude des peuples Autochtones à l'étude de la blancheur, de l'identité des colons et les rôles du racisme et du colonialisme dans la création des iniquités en matière de santé. Il appelle également les personnes allochtones à ne s'engager dans des recherches qu'avec les peuples Autochtones dans un esprit de solidarité, ce qui requiert un changement transformateur parmi les allochtones qui, par définition, se trouvent au-dessus de la médaille de la colonisation [46 , 67].

Le but de l'alliance critique n'est pas seulement de changer le comportement des individus, mais de changer fondamentalement les dispositions institutionnelles qui maintiennent les gens vers le haut ou vers le bas. Pour cela, prendre du recul implique de renoncer à la fois au pouvoir symbolique et matériel. Dans de nombreux cas, les personnes se situant au-dessus de la médaille ont le pouvoir d'apporter des changements matériels immédiatement, comme rediriger une invitation d'allocution

payante vers, ou choisir d'embaucher, une personne en dessous de la médaille. Pratiquer l'alliance solidaire signifie regarder les ressources matérielles sous son contrôle (personnellement et professionnellement) et trouver intentionnellement des moyens de transférer ces ressources dans les poches des gens au bas de la médaille. Cette focalisation sur la redistribution du pouvoir matériel invite les gens qui sont au-dessus des médailles à réfléchir de manière critique sur la mesure dans laquelle on est prêt à prendre du recul, afin de partager l'espace et le confort accumulés grâce aux avantages non mérités.

Reconnaissez le besoin d'agir aux niveaux systémique, institutionnel, interpersonnel et interne

Les interactions interpersonnelles, dans lesquelles on utilise son pouvoir pour intervenir dans les moments de discrimination, sont importantes et sont souvent au centre des appels à « être un(e) allié(e) » [68]. Cependant, pratiquer l'alliance critique exige une analyse et des changements à plusieurs niveaux. Le mot « critique » dans l'alliance critique attire explicitement l'attention sur les systèmes de pouvoir pour souligner que le changement au niveau interpersonnel est important, mais ne devrait pas éclipser le but du changement structurel.

Les structures sociales se manifestent par le biais d'institutions comme la science, les soins de santé et l'éducation, lesquelles sont donc des sites clés pour pratiquer l'alliance critique [69,70]. Pratiquer l'alliance critique encourage les individus à transformer leurs propres institutions [71]. Par exemple, cette approche invite à

réfléchir sur la façon dont son département universitaire, organisation professionnelle ou hôpital peut avoir des pratiques quotidiennes qui reflètent involontairement et renforcent ainsi des systèmes d'inégalité. Cette pratique nécessite de rejeter l'hypothèse selon laquelle, par exemple, le sexisme ou le racisme ne sont pas reproduits dans son laboratoire, salle de classe ou clinique, et plutôt de chercher de manière proactive à comprendre comment ils le *sont*, afin que les effets nocifs puissent être atténués [72].

Les structures sont profondément ancrées dans la société et incarnées dans ses individus. En tant que tel, un autre objectif pour l'analyse et le changement au sein de l'alliance critique est le travail émotionnel, psychologique et spirituel requis pour approfondir la compréhension des liens intimes que les individus entretiennent à l'égard de ces systèmes d'inégalité. En d'autres termes, pratiquer l'alliance critique est plus qu'adopter une posture intellectuelle. Pour les personnes en position de privilège, ce travail interne peut être profondément inconfortable, mais il conduit rarement à de l'insécurité, qui peut être une menace quotidienne pour les membres de groupes historiquement opprimés. Par ailleurs, ce travail interne est rarement modélisé dans les domaines de la science et de la santé; embrasser cet aspect de la pratique de l'alliance critique est donc particulièrement important pour les personnalités influentes dans ces domaines.

N'utilisez pas l'alliance solidaire pour accroître le pouvoir personnel

Être en position de privilège offre un cycle de bénéfice itératif : si l'on ne fait rien

pour démanteler le système offrant un avantage non mérité, on continue de récolter ces bénéfices. Ironiquement, quand on reconnaît l'injustice et que l'on s'efforce d'y remédier, il est courant que sa position personnelle ou professionnelle soit avancée. Les avantages peuvent comprendre l'approbation des gens en dessous de la médaille, la reconnaissance de son expertise, des prix pour le plaidoyer, des louanges pour le courage et l'altruisme (c.-à-d. le courage de parler de problèmes avec lesquels les autres doivent vivre quotidiennement), être embauché pour des postes sur l'équité en santé, ou promotion académique basée sur les réalisations en matière de promotion de la santé chez les groupes marginalisés.

Dans certains cas, récompenser la pratique de l'alliance critique est justifié, tel que la publication d'articles évalués par des pairs, ou l'attraction de subventions basées sur des idées innovantes ou des interventions liées à la santé, développées en solidarité avec des personnes en dessous de la médaille. Travailler en solidarité n'empêche pas d'atteindre les repères académiques, bien qu'il y ait du travail à faire dans les processus de promotion pour reconnaître le travail invisible, à long terme et souvent genré de gagner la confiance qui sous-tend les partenariats équitables.

Un principe essentiel est de reconnaître et de résister à l'envie d'utiliser l'alliance solidaire pour renforcer son propre pouvoir. Il ne faudrait pas pratiquer l'alliance solidaire pour être vu en train de pratiquer l'alliance solidaire. Au contraire, il faudrait s'opposer activement à une reconnaissance spéciale puisqu'on affronte des problèmes avec lesquels d'autres vivent au quotidien.

Ce principe rejette l'alliance solidaire motivée par l'altruisme, qui dépend du travail de groupes opprimés pour louer ou affirmer « l'allié aspirant », et qui poursuit la justice *pour* les gens en dessous de la médaille [26]. Pratiquer l'alliance critique vise plutôt la justice pour toutes et tous en s'attaquant aux systèmes d'inégalité qui nuisent à tout le monde [73, 74]. Un signe d'alliance critique alimenté par l'altruisme (versus solidarité) est une réponse défensive quand on est confronté face à ses actions ou à ses faux pas [22]. Pratiquer l'alliance critique implique de reconnaître la critique comme un cadeau, d'admettre humblement ses erreurs, et d'honorer la critique comme un enseignement, pour découvrir davantage ses propres suppositions bien ancrées. Pratiquer l'alliance critique « voit l'illumination du privilège comme une libération et utilise consciemment le privilège non acquis contre lui-même » [45].

Conclusions

Le but de cet article est d'aider les gens à affiner leur capacité à voir le gorille (c.-à-d. l'avantage non mérité reçu de systèmes d'inégalité injustes) et de proposer des principes initiaux pour résister à ces systèmes. Bien que ces idées ne soient peut-être pas encore bien établies dans le domaine de la santé [12,75], les connaissances sur les systèmes d'inégalité et d'anti-oppression sont bien développées dans les communautés activistes [76-78] et dans d'autres domaines académiques [8-11,79,80]. Par exemple, ceux qui cherchent à mieux comprendre le sexisme, l'hétérosexisme et la cisnormativité peuvent se tourner vers les études de genre [81,82]. Celles et ceux qui cherchent à mieux comprendre le capacitisme et le

privilège capacitiste peuvent se tourner vers les études sur le handicap [32,83]. Celles et ceux qui cherchent à en savoir plus sur le racisme (y compris le racisme anti-Noirs) et le privilège des blancs peuvent se tourner vers les domaines des études raciales critiques, des études ethniques critiques, des études noires et des études blanches [84, 85]. La recherche sur l'intersection du racisme et du sexisme est bien développée [86], y compris les travaux fondateurs de Crenshaw et de Collins sur l'intersectionnalité [37,38]. Celles et ceux travaillant dans le domaine de la santé mondiale peuvent apprendre des domaines du post-colonialisme / anticolonialisme, et du post-colonialisme féministe, en particulier, ce qui remet en question l'exclusion des perspectives non blanches et non occidentales au sein du féminisme [87, 88]. En outre, il y a beaucoup à apprendre sur l'orientation euro centrique de la science et des soins de santé des domaines des études autochtones et du féminisme autochtone [89, 90]. Bien que ces domaines ne centrent pas toujours la santé et la maladie au cœur de la recherche, ils sont cruciaux, car ces systèmes d'inégalité sont des déterminants si puissants en ce qui concerne la santé.

Limites et potentiel du Modèle de la médaille

Tandis que la force du Modèle de la médaille réside dans la simplicité de son cadre pour introduire des concepts complexes, cette simplicité est également une faiblesse. Premièrement, c'est le défi de bien cadrer le pouvoir, un phénomène complexe, en termes de simples binarités. Deuxièmement, le modèle risque de déformer la nature intersectionnelle et co-constitutive des systèmes d'inégalité [44] en étant interprété

à tort comme un simple empilement de médailles. Troisièmement, il y a le risque de supposer que toutes les médailles sont de la même taille et ont le même impact, ce qui n'est pas l'intention de ce modèle. Par exemple, le racisme et la colonisation sont profondément puissants pour façonner d'autres médailles. D'autres ont soutenu que le classisme est un système d'inégalité différent de tous les autres [91] ; la métaphore de la médaille est utile pour renforcer la primauté des disparités matérielles au sein de tous les systèmes d'inégalité.

L'une des principales préoccupations est que le Modèle de la médaille risque de dissocier l'histoire de ces systèmes d'iniquité; c'est-à-dire qu'il ne lie pas explicitement les personnes en position de privilège à leurs ancêtres qui ont intentionnellement créé ces systèmes d'inégalité. Par exemple, le modèle de médaille n'exige pas explicitement que les Nord-Américains blancs d'origine européenne occidentale réfléchissent à des déclarations telles que « Je vis sur les terres traditionnelles des peuples Autochtones qui ont été volées par mes ancêtres » ou « Ma richesse d'aujourd'hui est également le résultat de l'esclavage des Noirs par mes ancêtres. » [92]. Les principes de pratiquer l'alliance critique nécessitent l'apprentissage (et le désapprentissage) des systèmes d'inégalité, y compris les origines historiques, et ce point important n'est pas mis en avant aussi clairement que d'autres par ce modèle.

Une autre limitation est l'utilisation du terme « alliance solidaire ». Bien que ce terme puisse être nouveau pour certains dans le domaine de la santé, d'autres ont

critiqué et sont allés au-delà de l'utilisation de ce langage [93-95]. Compte tenu de l'audience pour ce modèle, la phrase « pratiquer l'alliance critique» était considérée comme l'option la moins problématique, rejetant l'utilisation du nom «allié(e)» et ajoutant «critique» pour établir explicitement un lien avec les systèmes de pouvoir. Plus importants que le terme sont les concepts qui le sous-tendent et l'action qu'ils informent. Certains critiqueront les principes de la pratique de l'alliance critique présentés dans cet article pour ne pas aller assez loin, et ces critiques sont les bienvenues.

Enfin, le Modèle de la médaille cherche à rendre visibles les positions de privilège et propose des principes d'action pour ceux et celles qui sont positionné(e)s au-dessus de la médaille. Suivant le principe de prendre du recul, la critique suit à juste titre que ce modèle centre les besoins et les préoccupations des personnes en position de privilège, ce qui risque de marginaliser les personnes opprimées. Cependant, plus que de centrer les besoins des personnes dans des positions de privilège, cet article vise à problématiser les avantages non mérités reçus par les personnes en position de privilège et les conséquences désastreuses pour la santé d'ignorer ces injustices. Par ailleurs, cet article est un appel à l'action pour reconnaître ses positions de privilège et l'impératif de réorienter son approche d'aider les malheureux, à travailler en solidarité sur les systèmes d'inégalité. Les principes de pratiquer l'alliance critique présentés dans cet article offrent un point d'entrée à cette réorientation ; cependant, la pratique n'est ni ordonnée, ni facile. Pratiquer l'alliance est difficile, désordonné, continu et constitué de faux pas [46,67,96,97] - mais l'alternative de renforcer le

statu quo est bien pire.

En terminant

Identifier et transcender l'oubli généralisé et volontaire concernant les torts causés par le privilège dans le domaine de la santé est une étape cruciale sur la voie du changement transformateur. Comme le préconisait Freire il y a plus de quatre décennies, les systèmes d'oppression finissent par nuire à celles et ceux des deux côtés de la médaille (quoique de manières différentes) [73]. Nous perdons toutes et tous en empêchant et en compromettant les contributions sociétales de personnes talentueuses et créatives positionnées en bas de la médaille. Travailler en solidarité à travers la médaille cherche à faire avancer la libération de celles et ceux qui sont en bas et en haut des médailles. Cela nécessite un changement d'orientation, conformément à cette déclaration souvent citée de l'aînée Autochtone, Lilla Watson: [98]

« Si vous êtes venu(e)(s) ici pour m'aider, vous perdez votre temps. Mais si vous êtes venu(e)(s) parce que votre libération est liée à la mienne, alors travaillons ensemble. »

Remerciements

Cet article a été écrit à Toronto (Canada), sur les terres traditionnelles des Huron-Wendat, Petun, Seneca et le plus récemment, des Mississaugas de la rivière Credit. Ce territoire est sujet à l'accord Dish With One Spoon Wampum Belt Covenant (la ceinture wampum bol à une seule cuillère), une entente entre la confédération Haudenasaunee et les Anishnabe et nations alliées pour partager en paix et protéger les terres et les ressources autour des Grands Lacs. Les idées présentées dans cet article sur le privilège et l'oppression ne sont pas nouvelles ; elles ont été articulées, avancées et argumentées pendant des décennies, en grande partie par des gens situés en dessous de la médaille aux personnes situées au-dessus de la médaille qui n'étaient pas prêtes ou disposées à écouter. Dans cet article, je cherche à traduire ces idées d'une manière nouvelle pour un public général dans le domaine de la santé, et l'adoption réussie des idées dans cette version doit être comprise comme inextricablement liée à ma position en tant qu'une personne positionnée au-dessus de la plupart des médailles. Ma compréhension des idées contenues dans cet article a été éclairée par l'expérience et l'expertise des penseur(e)s qui occupent des positions en dessous des médailles, à l'intérieur et à l'extérieur du monde universitaire, et en particulier par les enseignements que j'ai reçus de personnes racialisées, avec un handicap, queer et trans. Particulièrement, je reconnais les façons puissantes dont mes idées ont été développées par les femmes Noires et / ou Autochtones suivantes: Atik Bird, Tracy Blake, Lisa Boivin, Dionne Falconer, M. Jet Feather, Katie Gasparelli, LLana James, Stephanie Lurch, Dawn Maracle, Renee Masching, Onyenyechukwu Nnorom, Angie Phenix, Sherri Pooyak, Jackie Schleifer-

Taylor, Meredith Smith and Ciann Wilson. Je remercie Muriel Mac-Seing, Pulchérie Mukangwije et Mathieu Simard pour diriger la diffusion du Modèle de la médaille en français. Je reconnais les contributions importantes de deux examinateurs en aveugle et deux en non aveugle. Je remercie Sarah Flicker, LLana James et Barbara Radecki pour leur contribution utile sur les ébauches de cet article. Toute lacune quelconque dans ce matériel est la mienne.

Contributions des auteurs

Ce manuscrit a été conçu et écrit par Stephanie A. Nixon.

Information sur l'auteure

Stephanie A. Nixon est une femme de classe moyenne blanche, hétérosexuelle, cisgenre, non-handicapée, élevée à Toronto, au Canada, dans une famille de descendance de colons.

Financement

Stephanie A. Nixon a été financée par une bourse des nouveaux chercheurs des Instituts de recherche en santé du Canada à un stade précoce de l'élaboration de ce manuscrit.

Disponibilité des données et des matériaux

N'est pas applicable.

Approbation éthique et consentement à participer

N'est pas applicable.

Consentement à la publication

N'est pas applicable.

Intérêts concurrents

Je n'ai aucun conflit d'intérêt à déclarer.

Liste des abréviations

Aucune.

Références

1. Simons D. The Monkey Business Illusion.
https://www.youtube.com/watch?v=IGQmdoK_ZfY. Accessed 28 July 2019.
2. Simons, D. J. 2010. Monkeying around with the gorillas in our midst: Familiarity with an inattentive-blindness task does not improve the detection of unexpected events. *i-Perception*, 1(1):3-6.
3. Nixon SA. What every health researcher needs to know about health equity: Privilege, Oppression and Allyship. University of Manitoba. Dec 1, 2017.

https://www.youtube.com/watch?time_continue=1561&v=APdNxzsqnz4.

Accessed 28 July 2019.

4. World Health Organization Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report. Geneva: WHO; 2008. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/. Accessed 28 July 2019.
5. Dhillon J. *Prairie Rising: Indigenous Youth, Decolonization, and the Politics of Intervention*. Toronto: University of Toronto Press, 2017.
6. Labonte R. Social inclusion/exclusion: dancing the dialectic. *Health Promotion International*. 2004 19(1):115-1121.
7. Anti-Oppression Network. What is anti-oppression? <https://theantioppressionnetwork.com/what-is-anti-oppression/>. Accessed 28 July 2019.
8. Baines D. 2017. *Doing Anti-Oppressive Practice: Social Justice Social Work*, 3rd Edition. Fernwood Publishing.
9. Dumbrell GC, Yee JY. 2019. *Anti-Oppressive Social Work: Ways of Knowing, Talking, and Doing*. Oxford Press.
10. Strawbridge S. *Towards anti-oppressive practice in counselling*

psychology. *Counselling Psychology*. 1994 9(1):5-12.

11. Dei, G. J. S. 1999. Knowledge and Politics of Social Change: The Implication of Anti-Racism. *British Journal of Sociology of Education* 20(3).
12. Corneau S, Stergiopoulos V. More than being against it: anti-racism and anti-oppression in mental health services. *Transcultural Psychiatry*. 2012 49(2):261-282.
13. Pauly Morgan K. Describing the Emperor's New Clothes: Three Myths of Educational (In)Equality. In: Diller A et al. *The Gender Question in Education: Theory, Pedagogy and Politics*. Boulder. CO: Westview, 1996.
14. Sharma M, Pinto A, Kumagai A. Teaching the Social Determinants of Health: A Path to Equity or a Road to Nowhere? *Academic Medicine*. 2018;93(1):25-30.
15. Williams DR, Mohammed SA. 2013. Racism and health I: Pathways and Scientific Evidence. *Am Behav Sci*. 57(8).
16. Bailey ZD, Krieger N, Agenor M, Graves J, Linos N, Bassett MT. 2017. Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. *The Lancet*. 389(10077):1453-1463.
17. Institute of Medicine. *Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care*. The National Academies Press, Washington, DC,

2003.

18. Allan B, Smylie J. 2015. *First Peoples, Second Class Treatment: The Role of Racism in the Health and Well-being of Indigenous Peoples in Canada*. Toronto, ON: The Wellesley Institute.
19. Loppie Reading C, Wien F. 2009. *Health Inequalities and Social Determinants of Aboriginal Peoples' Health*. National Collaborating Centre for Aboriginal Health. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
20. United Nations Permanent Forum on Indigenous Issues. *State of the World's Indigenous Peoples Volume II: Indigenous Peoples' Access to Health Services*. 2015. The Department of Economic and Social Affairs of the United Nations.
21. Doyal L. 1995. *What makes women sick: gender and the political economy of health*. London: MacMillan.
22. Macintyre S, Hunt K, Sweeting H. 1996. "Gender differences in health: Are things really as simple as they seem?". *Social Science & Medicine*. 42: 617–624. doi:10.1016/0277-9536(95)00335-5.
23. Sen G, Östlin P, George A. 2007. *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it; Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health*. Women

and Gender Equity Knowledge Network.

24. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull.* 2003, 129(5):674-697.
25. Fredrikson-Goldsen KI, Kim H-J, Barkan SE, Muraco A, Hoy-Ellis CP. Health disparities among lesbian, gay, and bisexual older adults: results from a population-based study. *American Journal of Public Health.* 2013, 103(10):1802-1809.
26. Winter S, Diamond M, Green J, Karasic D, Reed T, Whittle S, Wylie K. Transgender people: health at the margins of society. *The Lancet* 2016, 388: 390-400.
27. Bauer GR, Scheim AI, for the Trans PULSE Project Team. *Transgender People in Ontario, Canada: Statistics to Inform Human Rights Policy.* London, ON. 1 June 2015.
28. Emerson E, Madden R, Graham H, Llewellyn G, Hatton C, Robertson J. The health of disabled people and the social determinants of health. *Public Health.* 2011; 125(3): 145– 7.
29. Krnjacki L, Priest N, Aitken Z, Llewellyn G, King T, Kavanagh A. Disability-based discrimination and health: findings from an Australian-based population study. *Australian and New Zealand Journal of Public Health.* 2018, 42(2):172-

174.

30. Ferguson S. Privilege 101: a quick and dirty guide. Available from: <https://everydayfeminism.com/2014/09/what-is-privilege/>. Accessed 28 July 2019.
31. Marcia J. Anderson. 13 Dec 2017. <https://twitter.com/marciajanderson/status/940945441042116608?lang=en>
32. Goodley D. *Dis/ability Studies: Theorising disablism and ableism*. New York: Routledge. 2014.
33. Idle No More calls on all people to join in a peaceful revolution to honour Indigenous sovereignty and to protect the land and water. <http://www.idlenomore.ca/> Accessed October 3, 2019.
34. Truth and Reconciliation Commission of Canada. *Calls to Action*. 2015. http://www.trc.ca/websites/trcinstitution/File/2015/Honouring_the_Truth_Reconciling_for_the_Future_July_23_2015.pdf
35. McLean S. "We Built a Life from Nothing": White Settler Colonialism and the Myth of Meritocracy. *Our Schools/Our Selves*. 2018. <https://www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/National%20Office/2017/12/McLean.pdf> Accessed 28 July 2019.
36. McIntosh P. *White Privilege and Male Privilege: A Personal Account of*

Coming to See Correspondences through Work in Women's Studies, Working Paper 189. Wellesley Centers for Women, Wellesley College, MA; 1988.

37. Crenshaw K. Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. In: Grewal I and Kaplan C, editors. *An Introduction to Women's Studies: Gender in a Transnational World*. Boston: McGraw Hill; 2002.207-213.
38. Collins PH. Learning from the outsider within: The sociological significance of Black feminist thought. *Social Problems*. 1986 33(6):s14-s32.
39. Hankivsky O, Grace D, Hunting G, et al. An intersectionality-based policy analysis framework: critical reflections on a methodology for advancing equity. *Int J Equity Health*. 2014 13:119.
40. Larson E, George A, Morgan R, Poteat T. 10 Best resources on...intersectionality with an emphasis on low- and middle-income countries. *Health Policy and Planning*, 2016, 1-6.
41. DiAngelo R. *White Fragility: Why It's So Hard for White People to Talk About Racism*. Boston: Beacon Press. 2018.
42. Lorde A. The Uses of Anger: Women Responding to Racism. In: Lorde A. *Sister Outsider: Essays & Speeches by Audre Lorde*. Berkeley: Crossing Press. 2007. 124-133.

43. Utt J. True Solidarity: moving past privilege guilt. <https://everydayfeminism.com/2014/03/moving-past-privilege-guilt/> Accessed 28 July 2019.
44. Bishop A. *Becoming an Ally: Breaking the Cycle of Oppression in People*, 3rd edition. Zed Books, 2015.
45. Edwards KE. Aspiring Social Justice Ally Identity Development: A Conceptual Model, *NASPA Journal*. 2006 43:4, 39-60.
46. Max K. Anti-colonial Research: working as an ally with Aboriginal peoples. *Counterpoints: Critical Issues in Anti-Racist Research Methodologies*. 2005 252:79-94.
47. McKenzie M. No more 'allies'. In: McKenzie M. *Black Girl Dangerous on Race, Queerness, Class and Gender*. BGD Press. 2014.
48. Anti-Oppression Network. Allyship. <https://theantioppressionnetwork.wordpress.com/allyship/> Accessed 28 July 2019.
49. Cole T. Mar 21, 2012. The White-Savior Industrial Complex. *The Atlantic*. <https://www.theatlantic.com/international/archive/2012/03/the-white-savior-industrial-complex/254843/>. Accessed 28 July 2019.
50. Hanson L. 2017. From reflexivity to collectivity: Challenging the

benevolence narrative in global health. *Canadian Medical Education Journal*, 8(2):e1-e3.

51. Canadian Coalition for Global Health Research. CCGHR Global Health Research Principles. 2015. <http://www.ccgrr.ca/resources/principles-global-health-research/>. Accessed 28 July 2019.
52. Roush SE, Sharby N. Disability reconsidered: the paradox of physical therapy. *Physical Therapy* 2011 91(12):1715-1727.
53. Ramsden IM. Cultural safety and nursing education in Aotearoa and Te Waipounamu (Doctoral dissertation). Victoria University of Wellington, Victoria, Australia. 2002.
54. Churchill M, Parent-Bergeron M, Smylie J, Ward C, Fridkin A, Smylie D, Firestone M. 2017. Evidence Brief: Wise Practices for Indigenous-specific Cultural Safety Training Programs. Well Living House Action Research Centre for Indigenous Infant, Child and Family Health and Wellbeing, St. Michael's Hospital. Toronto, Canada.
55. Maynard R. Policing Black Lives: State Violence in Canada from Slavery to the Present. Halifax: Fernwood Publishing. 2017.
56. Goel R. 19 Sept 2019. Trudeau's Brownface is a Symptom of a Much More Dangerous Disease. The Tyee. <https://thetyee.ca/Analysis/2019/09/19/Trudeau-Brownface-Symptom-More->

Dangerous-Disease-Racism-Canada/

57. Planned Parenthood Toronto. Send the Right Message: Allyship. <http://sendtherightmessage.ca/allyship> Accessed 28 July 2019.
58. Everyday Feminism. 19 Examples of Ability Privilege. <https://everydayfeminism.com/2013/03/19-examples-of-ability-privilege/> Accessed 28 July 2019.
59. Eddo-Lodge R. *Why I'm No Longer Talking to White People about Race*. London: Bloomsbury Publishing. 2017.
60. Battell Lowman E, Barker AJ. *Settler: Identity and Colonialism in 21st Century Canada*. Fernwood Publishing. 2015
61. Regan P. *Unsettling the Settler Within: Indian Residential Schools, Truth Telling, and Reconciliation in Canada*. Vancouver: UBC Press. 2011.
62. Kluttz J, Walker J, Walter P. 2019. Unsettling allyship, unlearning and learning toward decolonizing solidarity. *Studies in the Education of Adults*. DOI: 10.1080/02660830.2019.1654591
63. Smith L. 1999. *Decolonizing Methodologies*. London, New York, Dunedin: Zed Books.
64. Kovach M. *Indigenous Methodologies: Characteristics, conversations, and contexts*. University of Toronto Press. 2010.

65. Wilson S. *Research Is Ceremony: Indigenous Research Methods*. Fernwood Publishing. 2009.
66. Restall G, Phenix A, Valavaara K. 2019. Advancing reconciliation in scholarship of occupational therapy and Indigenous Peoples' health. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 1-6, DOI: 10.1177/0008417419872461
67. Flicker S. 2018. Unsettling: Musings on ten years of collaborations with Indigenous youth as a White Settler Scholar. In: Mitchell C, Moletsane R, Eds. *Disrupting Shameful Legacies*, p313-322. Rotterdam: Brill Sense.
68. Mt. Sinai Hospital. The 'Are You an Ally' Campaign. http://www.mountsinai.on.ca/about_us/human-rights/ally/ Accessed 28 July 2019.
69. Henry F, Dua E, James CE, Kobayashi A, Li P, Ramos H, Smith M. *The Equity Myth: Racialization and Indigeneity at Canadian Universities*. Vancouver: UBC Press; 2017.
70. Rai N. *Uprooting Medical Violence: Building an integrated anti-oppression framework for Primary Health Care*. 2017. https://docs.google.com/document/u/1/d/1fVkvW2vOSF_TowE3cmfo_wM4s6_Yp74Lzhz2sUUj4iA/edit Accessed 28 July 2019.
71. Richardson L, Murphy T. 2018. *Bringing Reconciliation to Healthcare in Canada: Wise Practices for Healthcare Leaders*. HealthCareCAN.

72. McGibbon EA, Etowa JB. *Anti-Racist Health Care Practice*. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc. 2009.
73. Freire P. *Pedagogy of the oppressed*. New York: Continuum. 1972.
74. Gay R. July 11, 2016. On Making Black Lives Matter - Extreme violence has clarified one thing: Allies aren't enough anymore. *Marie Claire*. <https://www.marieclaire.com/culture/a21423/roxane-gay-philando-castile-alton-sterling/>
75. Happell B, Scholz B, Gordon S et al. 2018. "I don't think we've quite got there yet": The experience of allyship for mental health consumer researchers. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 25(8).
76. Walcott R, Abdillahi I. *Black Life: Post-BLM and the Struggle for Freedom*. Winnipeg: ARP Books. 2019.
77. Gehl L. 2015. My Ally Bill of Responsibilities. In: Bishop A. *Becoming an Ally: Breaking the Cycle of Oppression in People*, 3rd ed. p98-100. Halifax and Winnipeg: Fernwood Publishing. Available at: <http://www.lynngehl.com/my-ally-bill-of-responsibilities.html>
78. Ramsey F. November 22, 2014. 5 Tips for Being an Ally. Available at: https://www.youtube.com/watch?v=_dg86g-QIM0.
79. Brown KT, Ostrove JM. 2013. What does it mean to be an ally?: The

- perception of allies from the perspective of people of colour. *Journal of Applied Social Psychology* 43:2211-2222.
80. Ostrove JM, Kornfield M, Ibrahim M. 2019. Actors against ableism?: Qualities of nondisabled allies from the perspective of people with physical disabilities. *Journal of Social Issues* 75(3):924-942.
81. McCaskell T. 2016. *Queer Progress: From Homophobia to Homonationalism*. Toronto: Between the Lines.
82. Serano J. 2016. *Whipping Girl: A Transsexual Woman on Sexism and the Scapegoating of Femininity*. 2nd edition. Seal Press.
83. Hall KQ. *Feminist Disability Studies*. Indiana University Press. 2011.
84. Derrick Bell. "Who's Afraid of Critical Race Theory?". *University of Illinois Law Review* 4 (1995): 893-910.
85. Delgado R, Stefancic J. 2012. *Critical Race Theory: An Introduction*. New York, NY: University Press.
86. Bowleg L. The problem with the phrase 'women and minorities': intersectionality – and important theoretical framework for public health. *American Journal of Public Health* 2012 102(7):1267-1273.
87. Mohanty C. Under Western Eyes: Feminist Scholarship and Colonial Discourses. *Feminist Review*. 1988 30: 65–88.

88. Lorde A. The Master's Tools Will Never Dismantle the Master's House. Moraga C, Anzaldúa Gloria, editors. *This Bridge Called My Back: Writings by Radical Women of Color*. New York: Kitchen Table Press. 1983. 94–101.
89. Clark, N. 2016. Red Intersectionality and Violence-informed Witnessing Praxis with Indigenous Girls. *Girlhood Studies*, 9(2), 46-64.
90. Green J, editor. *Making space for Indigenous feminism*, 2nd edition. Fernwood Publishing. 2017.
91. McCaskell T. Neoliberalism as water balloon. 2010. <https://vimeo.com/6803752> Accessed 28 July 2019.
92. Hira S. A decolonial critique of the concept of white privilege: why injustice is not a privilege. Decolonial International Network. 2017. <https://www.din.today/a-decolonial-critique-of-the-concept-of-white-privilege-why-injustice-is-not-a-privilege/>
93. *Accomplices Not Allies: Abolishing the Ally Industrial Complex: An Indigenous Perspective*. 2014. <http://www.indigenoussaction.org/accomplices-not-allies-abolishing-the-ally-industrial-complex/>
94. *Opportunities for White People in the Fight for Racial Justice: Moving from Actor to Ally to Accomplice*. <https://www.whiteaccomplices.org/>
95. Graham R. June 20, 2019. Don't be an ally. Be an accomplice. Boston

Globe. <https://www.bostonglobe.com/opinion/2019/06/20/don-ally-accomplice/sdU0ulbN9q8SYLMgsxJfWI/story.html>

96. McGloin C. Critical allies and feminist praxis: rethinking dis-ease. *Gender and Education*, 2016, 28(7):839-850.
97. Barker A. From adversaries to allies: Forging respectful alliances between Indigenous and settler peoples. In: Davis L, editor. *Alliances: Re/Envisioning Indigenous-non-Indigenous Relationships*. University of Toronto Press. 2010 316-333.
98. Lilla: International Women's Network. About. <https://lillanetwork.wordpress.com/about/>