

ESSAI | PEER REVIEWED

Faire le Lien Entre la Musicothérapie Occidentale et le Rituel *Ndëpp* au Sénégal: Opportunités et Défis

Cathy Schmartz ¹

¹ Pratique privée, Rollingen, Luxembourg

* cschmartz@pt.lu

Received 25 November 2024; Accepted 12 December 2025; Published 3 March 2026

Editors: David Akombo, Claire Ghatti

Reviewer: Charles Onomudo Aluede

Copyeditor: Livia Umeda

Résumé

Cet article explore les liens et les tensions entre la musicothérapie occidentale et le rituel de guérison sénégalais *Ndëpp*, en s'interrogeant sur les possibilités de construire des ponts entre différents cadres culturels. Les réflexions s'appuient sur le travail de terrain de l'auteure mené au Sénégal et en Europe, ainsi que sur une revue interdisciplinaire de la littérature en musicothérapie, psychiatrie, sociologie et ethnologie. Des parallèles apparaissent notamment dans l'usage du rythme, du chant et du rituel; toutefois, des différences fondamentales subsistent : la musicothérapie occidentale se concentre principalement sur l'individu, tandis que le *Ndëpp* est ancré dans la communauté et la spiritualité. Ces contrastes mettent en lumière les limites des catégories occidentales lorsqu'elles sont appliquées dans des contextes interculturels. L'auteure recommande aux musicothérapeutes d'adopter des approches culturellement sensibles, de s'engager avec les traditions locales et de réfléchir de manière critique à leur propre positionnalité. Le dialogue interdisciplinaire peut ainsi favoriser des pratiques thérapeutiques plus authentiques, équitables et inclusives.

Mots-clés: musicothérapie; rituel *Ndëpp*; guérison interculturelle; sensibilité culturelle; Sénégal

Introduction: Conceptualiser le Pont Entre la Musicothérapie et le *Ndëpp*

Je souhaite ouvrir cet article par plusieurs considérations fondamentales que je considère comme essentielles. Ces réflexions constituent le cadre conceptuel dans lequel le présent texte a été élaboré, tout en démontrant les limites liées à ma positionnalité en tant que femme blanche, européenne. Une telle réflexion critique sur moi-même aurait dû avoir

lieu bien plus tôt—rétrospectivement, dès la phase préparatoire de mon projet pratique en musicothérapie en 2008. Si ce travail réflexif avait été mené à ce moment-là, les résultats auraient probablement été davantage adaptés au contexte culturel et méthodologiquement plus solides. L'objectif de cet article est donc de revenir sur cette expérience, de l'analyser et, dans la mesure du possible, de reconnaître et de valider de manière critique les omissions de cette période antérieure, tout en les situant dans le contexte actuel.

En tant qu'auteure blanche, femme, formée à la musicothérapie occidentale, mes réflexions sont inévitablement façonnées par les privilèges et les limites liés à mon parcours. Lorsque je me suis rendue à Dakar en 2008 pour réaliser mon projet pratique en musicothérapie, j'ai été perçue comme une *toubab*—une personne extérieure, dont la présence suscitait à la fois curiosité et attribution implicite d'autorité. Cette position m'a donné accès à certains espaces et à une reconnaissance dans des cadres académiques, tout en créant simultanément une distance par rapport à la profondeur culturelle et spirituelle du rituel *Ndëpp*. Mon point de vue ne peut donc prétendre à la neutralité : il est informé par les valeurs et les définitions acquises dans les institutions européennes, ainsi que par mon expérience vécue de jeune femme occidentale entrant dans un contexte sénégalais de guérison.

Reconnaître cette positionnalité fait partie intégrante d'une posture éthique dans le travail thérapeutique interculturel. Cela implique d'admettre que mes interprétations sont partielles, que j'écris à partir d'une perspective façonnée par mes expériences personnelles, et que ma présence comporte le risque de reproduire des schémas historiques de déséquilibre entre les cadres occidentaux et les traditions d'Afrique. En nommant ces dynamiques, je ne cherche pas à les effacer, mais à demeurer transparente quant au point de vue à partir duquel j'écris, et à m'efforcer activement d'écouter et de faire entendre les voix issues des communautés sénégalaises et d'autres collègues provenant de contextes non occidentaux.

Projet de Musicothérapie

En 2008, je me suis rendue à Dakar, capitale du Sénégal, afin de réaliser le projet clinique final de mes études en musicothérapie à l'*ArtEZ Hogeschool voor de Kunsten* d'Enschede, aux Pays-Bas. Mon objectif était de mettre en place des séances de musicothérapie de groupe avec des travailleuses du sexe, en évaluant les effets potentiellement bénéfiques sur leur santé psychologique et sur les symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT). J'ai été soutenue dans ce projet par l'équipe d'ENDA Santé, une ONG sénégalaise engagée depuis 1988 dans la lutte contre le VIH et le paludisme, ainsi que dans la promotion de la santé communautaire (ENDA Santé, 2024). À la suite de ce projet, j'ai mené des séances similaires en collaboration avec SHOP, centre d'expertise sur le travail du sexe et la traite des êtres humains à La Haye, aux Pays-Bas, permettant ainsi d'établir des liens et des comparaisons interculturelles.¹ Après plusieurs semaines de travail pratique et plusieurs mois supplémentaires consacrés à la rédaction, j'ai obtenu mon diplôme de *Bachelor* en musicothérapie en 2009.

En tant qu'étudiante en musicothérapie luxembourgeoise, blanche et jeune femme à Dakar, j'ai été profondément touchée par la musicalité, la créativité et l'ouverture des femmes avec lesquelles j'ai travaillé. En même temps, mon rôle d'étudiante européenne a influencé la manière dont ces rencontres se sont déroulées. Lorsque j'ai introduit, par exemple, le jeu du *djembe*, j'ai d'abord expliqué comment tenir et frapper l'instrument—pour découvrir ensuite que les femmes investissaient immédiatement les rythmes de leur propre vitalité, de leur joie et de leur souffrance. Ce contraste a mis en évidence à la fois

¹ De plus amples détails sur l'organisation SHOP se trouvent sous: <https://www.shop-den Haag.nl/>

le privilège et la limite de ma position: j'apportais des instruments et un cadre thérapeutique, mais je dépendais de l'énergie et du savoir culturel des participantes. Mes tentatives d'évaluer les effets à l'aide d'outils occidentaux, tels que les «Smiley scores» (c'est-à-dire le *Self-Assessment Manikin*, un instrument d'auto-évaluation développé par Bradley et Lang en 1994), ont rapidement montré leurs limites dans un contexte où l'expression émotionnelle obéissait à d'autres normes culturelles. Lorsque certaines femmes ont comparé nos séances au rituel *Ndëpp*, j'ai pris conscience que mon travail faisait écho à des pratiques existantes d'une manière que je n'étais pas encore en mesure d'articuler, mais qui a guidé mes réflexions depuis lors.

Réflexions Transitionnelles

Ces expériences ont suscité une réflexion plus approfondie sur la manière dont les concepts occidentaux de la musicothérapie entrent en interaction avec les traditions sénégalaises de guérison, en particulier le rituel *Ndëpp*. Afin de contextualiser cette réflexion, je me suis tournée vers des perspectives interdisciplinaires permettant de mieux comprendre la manière dont la guérison, la musique et la culture s'entrelacent.

Détails du Projet

Mon projet final de 2008 était un projet fondé sur la pratique et centré sur des séances de musicothérapie de groupe actives, comprenant des activités de percussion, de chant et de danse. Les séances ont été menées avec des travailleuses du sexe dans deux contextes distincts. Premièrement, pendant l'été 2008, durant la saison des pluies, dans la banlieue de Dakar, au Sénégal, j'ai conduit des séances en collaboration avec l'ONG ENDA Santé. Deuxièmement, j'ai animé des séances à La Haye, aux Pays-Bas, au sein de SHOP (fondation de soutien aux travailleuses du sexe), durant l'automne et l'hiver 2008.

L'évaluation de l'impact du projet reposait sur une combinaison de plusieurs approches: (a) l'observation directe des séances de groupe, des auto-évaluations des participantes à l'aide d'une échelle de type *Smiley*² (Bradley & Lang, 1994), et (b) des entretiens et des questionnaires auprès des professionnel·le·s du travail social impliqué·e·s dans le projet. Le travail pratique a également été éclairé par une revue de littérature portant sur le trouble de stress post-traumatique (TSPT), la prostitution et la musicothérapie. Le choix des lieux a été influencé à la fois par l'accessibilité pratique et les collaborations institutionnelles, ainsi que par la possibilité de comparer des contextes ouest-africains et européens. Le Sénégal, où la prostitution est légalisée et réglementée, offrait un cadre structuré et le soutien d'une ONG bien établie. Les Pays-Bas constituaient un contexte européen contrasté, dans lequel le travail du sexe est également légalisé mais s'inscrit dans des réalités sociales très différentes. Ces terrains ont permis une comparaison interculturelle tout en s'appuyant sur les opportunités professionnelles de la chercheuse.

L'évaluation du projet clinique a mis en évidence quatre résultats principaux:

1. *La musicothérapie comme intervention positive*: les activités de percussion, de chant et de danse en groupe ont généré de la joie, une distraction et un soulagement face aux difficultés du quotidien. Les participantes ont rapporté une amélioration du bien-être émotionnel, un sentiment de solidarité et des moments d'empowerment. La musique a également offert un moyen non verbal d'exprimer des émotions liées aux traumatismes, réduisant ainsi l'isolement et la honte.
2. *Défis*: Au Sénégal, les obstacles pratiques comprenaient la saison des pluies, le manque de moyens financiers pour garantir les transports et une familiarité limitée

² Cette méthode s'est révélée difficile pour les participantes sénégalaises, peu familières avec les dispositifs d'auto-évaluation des émotions.

avec les outils d'auto-évaluation émotionnelle. Les attentes financières ont parfois influencé la participation. À La Haye, de nombreuses femmes se trouvaient en situation de crise aiguë (par exemple, en fuite face à des proxénètes ou à des réseaux de traite), ce qui a entraîné une fréquentation irrégulière.

3. *Différences culturelles et contextuelles*: Les participantes sénégalaises, majoritairement mères et toujours actives dans la prostitution, percevaient les séances comme des expériences communautaires rappelant des rituels de guérison traditionnels tels que le *Ndëpp*. À l'inverse, les participantes néerlandaises, souvent affectées par la traite, l'abus de substances et/ou des crises sévères, appréciaient les séances comme des espaces sécurisés de soulagement et d'expression de soi. Malgré ces différences, dans les deux contextes, la musicothérapie a favorisé la joie, la solidarité et une réduction du stress.
4. *Valeur thérapeutique*: La musicothérapie s'inscrivait dans la première phase du traitement du traumatisme (c'est-à-dire la sécurité, la stabilisation et la reprise de contrôle). Bien que la musicothérapie ne permette pas de résoudre des traumatismes complexes à elle seule, elle contribue à instaurer la confiance, à améliorer l'estime de soi et à préparer les participantes à des interventions thérapeutiques plus intensives.

Depuis 2008, j'ai régulièrement réfléchi aux parallèles et aux divergences entre les pratiques de musicothérapie occidentale dans lesquelles j'ai été formée et le rituel de guérison *Ndëpp*, principalement pratiqué au sein de la communauté ethnique lébou au Sénégal. Dans cet essai, je cherche à expliciter ces réflexions ainsi que les questionnements qu'elles ont fait émerger. Mon parcours de recherche a engendré un large éventail d'interrogations, notamment à travers l'exploration de travaux dépassant les frontières disciplinaires de la musicothérapie. Ce processus s'est déployé de manière de plus en plus complexe et non linéaire, rendant la démarche non seulement plus exigeante, mais aussi intellectuellement stimulante et profondément enrichissante.

Vers un Cadre Intégratif: Relier le *Ndëpp* Sénégalais et la Musicothérapie Occidentale

Au cours de mon projet et de la revue de la littérature existante, j'ai été confrontée à des terrains conceptuels où les définitions apparaissaient mouvantes et les frontières moins clairement délimitées. Dans le contexte sénégalais, les pratiques sont profondément ancrées dans des normes sociales et culturelles, où la recherche d'explications rationnelles ou strictement causales n'est pas nécessairement prioritaire. Au contraire, l'engagement avec des phénomènes qui échappent ou résistent aux cadres épistémologiques européens est à la fois courant et socialement accepté.

Dans la tentative de naviguer entre les modèles structurés de la musicothérapie occidentale et le rituel *Ndëpp*, l'importance des perspectives interdisciplinaires est devenue de plus en plus évidente. En particulier, les apports de l'ethnomusicologie ont permis une compréhension approfondie allant bien au-delà de ce que la littérature en musicothérapie, à elle seule, pouvait offrir.

Fondements d'une Comparaison Interculturelle

Plusieurs éléments issus à la fois des contextes sénégalais et européens sont présentés ci-dessous. Ils comprennent: (a) les soins en santé mentale au Sénégal; (b) le contexte social et culturel du groupe ethnique lébou; et (c) le rituel *Ndëpp* en tant que pont de réflexion. Ces trois dimensions ont constitué la base de ma revue de littérature comparative des approches thérapeutiques et de guérison.

Les soins en santé mentale au Sénégal

L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2024) définit la santé mentale comme suit:

La santé mentale est un état de bien-être mental qui permet aux personnes de faire face aux tensions de la vie, de réaliser leurs capacités, d'apprendre et de travailler efficacement, et de contribuer à leur communauté. Elle possède une valeur intrinsèque et instrumentale et constitue une composante essentielle de notre bien-être. (1er paragraphe)

Selon l'Atlas de la santé mentale de l'OMS (2020), le Sénégal comptait 216 professionnel·le·s de la santé mentale (c'est-à-dire des psychiatres, des infirmier·e·s spécialisé·e·s, des psychologues, des professionnel·le·s du travail social et d'autres professionnel·le·s), ce qui correspond à 1,33 praticien·ne·s pour 100 000 habitant·e·s, pour une population de 16,3 millions de personnes (OMS, 2020). En 2020, le pays disposait de six services psychiatriques intégrés à des hôpitaux généraux, de quatre structures communautaires, de trois unités d'hospitalisation spécialisées pour les enfants et les adolescent·e·s, ainsi que d'un hôpital psychiatrique. La même année, l'OMS a rapporté 71 880 cas traités de psychose au Sénégal.

En 2019, le gouvernement a formulé un plan d'action en santé mentale, intégrant une loi initialement adoptée en 1975, ainsi qu'une stratégie nationale de prévention du suicide. En 2020, des démarches étaient en cours afin de reconnaître officiellement la médecine traditionnelle au sein du système de santé (Petit, 2020).

Des récits historiques (Bullard, 2022; Lovell & Diagne, 2019) mettent en évidence l'influence du colonialisme français sur le développement de la psychiatrie au Sénégal, soulignant la nécessité d'intégrer les considérations culturelles dans les traitements en santé mentale. Dans les années 1950, l'École de Fann a été fondée à l'Hôpital de Fann, hôpital psychiatrique situé dans la capitale Dakar. Créée par le médecin militaire français Henri Collomb, cette école visait à combiner les processus de réintégration sociale propres aux guérisseurs traditionnels avec les approches françaises du traitement des névroses et des troubles psychologiques. Cette orientation, qualifiée d'ethnopsychiatrie, s'est diffusée dans d'autres pays africains francophones (Lovell & Diagne, 2019). À cette époque déjà, les patient·e·s hospitalisé·e·s n'étaient pas considéré·e·s comme des individus détachés de la société ; leur environnement et leurs relations sociales étaient au contraire intégrés au traitement. Les psychiatres de l'époque appelaient également explicitement à accorder une attention particulière au rôle de la culture dans les processus de maladie mentale (Bullard, 2022). Par la suite, toutefois, des psychiatres et intellectuel·le·s sénégalais·es ont, à juste titre, interrogé les racines colonialistes de ce modèle. Aujourd'hui, ces approches ont disparu du système de santé sénégalais, bien que l'hôpital portant le même nom à Dakar continue d'accueillir des patient·e·s (Lovell & Diagne, 2019).

Dans ce contexte historique, Lovell et Diagne (2019) ont souligné que les Sénégalais·es distinguent le *faju wolof*, qui désigne la médecine traditionnelle sénégalaise, du *faju toubab*, qui renvoie à la médecine blanche, européenne et occidentale. Cette distinction illustre le fait que les opportunités offertes par ces deux systèmes médicaux sont mobilisées au bénéfice de l'individu en fonction de la nature du problème, de la position sociale, financière et sociétale de la personne, ainsi que de son contexte de vie.

Le groupe ethnique Lébou: Contexte social et culturel

Dans le cadre d'une description plus large du paysage sénégalais de la santé mentale, la compréhension de la communauté lébou—dont les pratiques constituent le socle du rituel *Ndëpp*—est essentielle pour saisir la manière dont les approches traditionnelles de guérison coexistent avec les approches biomédicales. Le groupe ethnique lébou est l'un des nombreux groupes de population présents au Sénégal, vivant pour la plupart en

coexistence pacifique. En raison des migrations et du tracé artificiel des frontières nationales lors de la colonisation de l'Afrique, des représentant·es de ce groupe résident également dans d'autres pays africains ainsi qu'en dehors du continent. Les Lébou sont traditionnellement connu·es pour leurs activités de pêche et pour leur forte adhésion à des normes sociales traditionnelles. La communauté constitue une autorité de valeurs particulièrement influente, à laquelle il est difficile d'échapper. Les systèmes culturels lébou priment souvent sur les lois officielles et les prescriptions religieuses (Sy, 2020).

Le rituel Ndëpp comme pont de réflexion: Structure et fonctions

Selon Accoroni (2006), le concept occidental de «maladie» correspond au concept ouest-africain de «blessure». Dans cette perspective, l'intégrité de la personne est attaquée par une force extérieure, qui peut être un esprit (c'est-à-dire un *jiin*), la sorcellerie ou d'autres phénomènes analogues. Bien qu'une interprétation orthodoxe de l'Islam rejette strictement ces conceptions, l'Islam pratiqué en Afrique de l'Ouest et au Sénégal se montre ouvert et réceptif aux pratiques mystiques et rituelles locales. Dans une vision holistique de la santé, les pratiques magiques et les remèdes à base de plantes médicinales destinés à protéger la personne sont acceptés et valorisés. La croyance en ces remèdes combine des éléments religieux, des croyances ancestrales et des approches thérapeutiques traditionnelles. L'individu y est considéré comme moins important que la communauté au sein de laquelle il ou elle vit et par laquelle il ou elle est soutenu·e (Accoroni, 2006).

Selon Dorris (2011), la santé mentale au Sénégal résulte de l'interaction entre des dimensions physiques et spirituelles. Le *Ndëpp* est un rituel animiste principalement pratiqué par des femmes lébou (les *Ndëppkat*). L'objectif du rituel est de libérer la personne possédée par un esprit (le *rabb*). McKinley (2012) souligne le caractère mystérieux et peu public de ces rituels, ce qui explique la rareté des témoignages écrits et des documents disponibles sur ce phénomène traditionnel. La cérémonie vise à guérir des maladies mentales et physiques en réparant la relation entre la personne concernée et son *rabb* (Dorris, 2011). Elle peut être utilisée à la fois de manière préventive et comme mesure thérapeutique en cas de maladie avérée.

Le *rabb* est un esprit avec lequel les ancêtres des familles sénégalaises contemporaines ont conclu un pacte. Cet esprit est censé protéger la famille sur plusieurs générations ; en contrepartie, la famille lui offre régulièrement des sacrifices, tels que des moutons ou des chèvres. Si ce pacte est rompu par un membre d'une génération ultérieure, des événements néfastes peuvent affecter la famille (McKinley, 2012), notamment sous la forme d'une maladie. La culture sénégalaise considère que toute personne, indépendamment de son appartenance ethnique, de son statut social ou de sa nationalité, possède un *rabb*. Selon Dorris (2011), le *rabb* peut se manifester négativement de trois manières. Premièrement, il se manifeste comme une présence ressentie intérieurement, entraînant douleur ou inconfort. Deuxièmement, il apparaît comme une présence extérieure influençant le comportement et la parole de la personne. Troisièmement, l'esprit possède entièrement la personne, au point que celle-ci ne se perçoit plus consciemment comme humaine. Cet état est généralement atteint au cours de la cérémonie du *Ndëpp*.

Chaque *rabb* est associé à des chants ou à des rythmes spécifiques qui servent de signaux ou auxquels il réagit. Ceux-ci provoquent le mouvement et l'élan de possession de la personne concernée (McKinley, 2012). Lorsque ces chants particuliers sont entonnés ou que les rythmes des tambours sont joués, la personne entre en retour dans une forme de transe. Des changements soudains et inexplicables dans la personnalité ou le comportement d'un individu sont principalement interprétés comme le signe de la présence d'un *rabb* en colère. Les membres du groupe ethnique lébou manifestent un respect particulièrement profond à l'égard de ces esprits.

Selon McKinley (2012), l'attitude consistant à attribuer des événements ou des situations scientifiquement inexplicables à l'action d'un esprit (c'est-à-dire un *jiin*) demeure présente au Sénégal jusqu'au jour d'aujourd'hui. De manière générale, la guérison communautaire et l'acceptation des troubles mentaux occupent une place bien plus centrale au Sénégal que dans les sociétés occidentales. L'ensemble de la communauté est présent lors d'un *Ndëpp*, car la personne affectée en fait partie intégrante. Les thérapies occidentales, en revanche, se concentrent sur l'individu et sur des symptômes clairement définis. Bien que la médecine traditionnelle comporte des aspects privés, elle inclut également des dimensions publiques.

Pour qu'un *Ndëpp* ait lieu, la personne concernée doit être visitée par un *rabb* en rêve. Dans ce rêve, l'esprit indique la durée de la cérémonie, le moment précis de son déroulement et le type de sacrifice requis. En raison des coûts exceptionnellement élevés, une telle cérémonie dure rarement plus de quelques jours ; toutefois, sa durée maximale peut atteindre huit jours. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à participer au rituel, et les membres de la famille de la personne concernée se reconnaissent en portant des vêtements de couleur identique.

Les premières heures du *Ndëpp* constituent la partie privée du rituel de guérison, durant laquelle la personne en difficulté et la guérisseuse se trouvent à l'intérieur de la maison. Après quelques heures, d'autres participantes arrivent et les percussions commencent. À l'exception des femmes participant au *Ndëpp*, les seuls hommes impliqués dans la cérémonie sont les percussionnistes, le plus souvent de jeunes hommes.

À la suite des premières heures du rituel, les chants débutent. La *Ndëppkat* cherche alors à identifier les rythmes et les chants appropriés au *rabb* présent. Selon Dorris (2011), deux chants spécifiques correspondent à chaque *rabb*: (1) une mélodie apaisante et (2) une mélodie incitative, presque provocatrice. En observant le comportement de la personne concernée durant la transe, la *Ndëppkat* peut identifier plus en détail le *rabb* et ainsi initier le processus de guérison. La danse constitue un élément central tout au long de la cérémonie. Enfin, l'offrande a lieu dans un cadre privé.

Les Européen-ne-s considèrent souvent ces cérémonies et d'autres pratiques similaires comme irrationnelles, en raison de l'invocation et de l'implication d'esprits dans le rituel. Néanmoins, le *Ndëpp* joue un rôle crucial dans le traitement des troubles mentaux au Sénégal. Selon McKinley (2012), des conférences ont été organisées dès les années 1960 afin de présenter la médecine traditionnelle et les rituels de guérison aux médecins et thérapeutes occidentaux. L'environnement socioculturel d'une patient-e, ainsi que les croyances et rituels associés à une vision communautaire du monde, ne doivent pas être ignorés dans le traitement d'une personne souffrante. Lorsque ces dimensions sont intégrées au processus thérapeutique, elles contribuent à des effets positifs. En revanche, si ces rituels et systèmes de croyances profondément enracinés dans la société sénégalaise sont niés, les processus thérapeutiques ne pourront jamais atteindre la personne dans sa globalité (McKinley, 2012).

Mes propres expériences précoces à Dakar ont mis en lumière cet écart culturel. Alors que j'intervenais avec un modèle européen de musicothérapie, les participantes elles-mêmes évoquaient des ressemblances avec le *Ndëpp*, suggérant des continuités que je n'avais pas perçues. Cela a souligné la nécessité, pour moi en tant que thérapeute blanche et occidentale, de situer mon travail comme un cadre parmi tant d'autres, souvent façonné par des privilèges et des angles morts.

Définir la Musicothérapie Occidentale

Afin d'examiner les ponts potentiels, il est essentiel de présenter les fondements de la musicothérapie occidentale. Ce contraste permet de mettre en lumière la manière dont différentes visions du monde façonnent le sens et les processus thérapeutiques. La

musicothérapie, telle que je l'ai apprise, est relativement clairement définie. Tant au cours de mes études que durant ma pratique clinique, j'ai pris l'habitude de m'orienter à partir de définitions établies. Je me conforme également aux règles prescrites par les différentes écoles thérapeutiques pour la mise en œuvre pratique en contexte clinique.

Dans la perspective occidentale, le processus de musicothérapie repose sur la relation entre un·e patient·e et un·e thérapeute. Le médium musical est utilisé, de manière réceptive ou active, afin d'analyser les besoins thérapeutiques et de travailler vers des objectifs clairement définis.

Dans une contribution approfondie, Mainka et Weymann proposent la définition—nouvelle—suivante de la musicothérapie:

La musicothérapie est une discipline thérapeutique fondée scientifiquement, dans laquelle des interventions musicales sont appliquées afin d'atténuer des symptômes psychologiques, somatiques, psychosomatiques et cognitifs, dans le cadre d'une activité collaborative entre le/la thérapeute et le/la patient·e. (Mainka & Weymann, 2025, p. 819)

Les auteurs avancent que cette définition revêt une pertinence pour différents acteurs/actrices et parties prenantes du secteur des soins de santé. Ils soulignent explicitement son lien étroit avec la «compréhension bio-psycho-sociale de la maladie et de la thérapie» (Mainka & Weymann, 2025, p. 821).

Dans l'ensemble, la communauté européenne de musicothérapie se caractérise par une grande diversité d'écoles, principalement issues de la psychologie et de la psychothérapie, en fonction des contextes culturels et des spécificités nationales et/ou régionales. Le pays de formation de chaque thérapeute influence également l'orientation thérapeutique privilégiée ainsi que les approches et méthodes de travail qui en découlent. Ce que toutes les écoles occidentales de musicothérapie ont néanmoins en commun, c'est un ensemble de règles fournissant des repères quant aux approches de base et aux méthodologies privilégiées dans la pratique.

La Musicothérapie dans le Contexte Sénégalais

Selon Dorris (2011), la musique constitue un élément indispensable de l'identité sénégalaise. En s'appuyant sur les influences culturelles dans la musique et sur le concept de musicothérapie communautaire de Stige (Bruscia, 2014 ; Stige, 2002), il convient d'intégrer à la fois les contextes culturels et communautaires dans les processus de musicothérapie. Jebuni et al. (2020) ont également souligné l'importance d'intégrer des principes culturellement spécifiques lors de l'analyse et de l'utilisation de la musique comme une ressource dans un processus de guérison.

Concernant les définitions et méthodes occidentalisées de la musicothérapie, Dorris (2011) se réfère au concept d'ethnomusicologie médicale en tant qu'interface entre l'ethnomusicologie et la musicothérapie. Cette approche met davantage l'accent sur les dimensions musicales culturelles dans les processus de guérison et de rétablissement. Toutefois, la recherche dans ce domaine s'avère complexe, car les cérémonies de guérison traditionnelles demeurent généralement secrètes et ne sont pas accessibles au public. De plus, elles incluent le plus souvent d'autres dimensions, telles que—sans s'y limiter—la danse et des éléments théâtraux. La musique ne peut donc pas être isolée comme unique ressource agissant sur la personne souffrante. Les spécificités culturelles nous invitent ainsi à ne pas considérer la musique comme un médium universellement efficace. Les règles, normes et modes d'action propres à la culture concernée doivent également être analysés avec attention.

Au Sénégal, la santé mentale est une question communautaire. Lorsqu'un membre de la communauté est malade, cela affecte l'ensemble de celle-ci. Les problèmes sont partagés, et le traitement ne constitue pas une affaire privée relevant uniquement de l'individu. En

définitive, le traitement d'un trouble mental vise également la réintégration sociale. Par conséquent, la musicothérapie au Sénégal devrait prendre en compte la vision holistique propre à la médecine traditionnelle et inclure, dans le processus thérapeutique, le corps, l'esprit, l'âme et la communauté. Une telle approche pourrait également favoriser ou faciliter le développement de la discipline de l'ethno-musicothérapie (Dorris, 2011).

Ces réflexions soulignent la nécessité de développer des curricula intégratifs dans la formation en musicothérapie. Une telle formation devrait non seulement encourager une conscience interdisciplinaire, mais aussi promouvoir activement des approches thérapeutiques intégratives, multiculturelles et interculturelles. L'objectif serait idéalement de permettre aux praticien-ne-s de s'engager avec les divers mondes de vie et réalités sociales des populations qu'ils et elles accompagnent. Il est tout aussi essentiel d'encourager une réflexivité continue chez les musicothérapeutes, notamment en ce qui concerne leur propre positionnalité et leurs privilèges, afin de favoriser des relations thérapeutiques moins paternalistes et plus égalitaires. D'un point de vue personnel, je m'interroge désormais sur la question de savoir si l'adoption d'une posture professionnelle moins naïve, plus réflexive et davantage relativisée sur le plan contextuel aurait pu conduire à des résultats différents dans le projet de terrain que j'ai mené en 2008.

Obstacles à l'intégration Interculturelle

Si les perspectives précédentes ouvrent des axes prometteurs pour une pratique intégrative, elles révèlent également des obstacles structurels et épistémologiques qui continuent d'entraver la compréhension transculturelle en musicothérapie. Les sections suivantes présentent ce que je considère comme des éléments essentiels à prendre en compte dans une approche intégrative et interculturelle de la musicothérapie. Les inégalités existantes et le déséquilibre entre cultures dominant devraient inviter à une réflexion critique sur la propre position.

Inégalités au sein du discours en musicothérapie

Selon Norris (2020), la musicothérapie occidentale est en partie complice de la «mort sociale des personnes noires» (*social death of Black people*, p. 2). L'auteure évoque une forme de «*third worldness*» (p. 3) au sein de la musicothérapie, qui nie de manière systématique les récits, les contributions et les expériences des personnes racisées. Selon elle, la suprématie blanche est également une réalité dans le champ de la musicothérapie, de sorte que les expériences et les besoins des personnes racisées—collègues comme client-e-s—ne sont ni perçue-s ni prise-s en compte de manière adéquate. Historiquement, la musicothérapie ayant été fondée par des personnes blanches, la discipline contemporaine demeure largement ancrée dans les valeurs et idéaux des cultures blanches. Face à une scientification croissante et à l'accent mis sur les pratiques fondées sur des données probantes, les traditions autochtones et les modes de travail non occidentaux tendent à être disqualifiés comme non pertinents, renforçant ainsi des inégalités préexistantes.

Le fait que les musicothérapeutes s'appuient principalement sur une littérature culturellement limitée constitue un risque réel pour les client-e-s issue-s de minorités (Norris, 2020). Norris soutient que les théories doivent de toute urgence être formulées de manière culturellement spécifique et que la science doit intégrer la communauté comme contexte central. Elle appelle à un système de musicothérapie équitable, dans lequel il ne serait plus nécessaire de revendiquer la diversité, l'équité et l'inclusion, celles-ci étant déjà inhérentes à la discipline. Un tel système, représentant les collègues, étudiant-e-s et client-e-s issue-s de minorités, ne contraindrait plus les personnes concernées à devoir élever la voix et lutter pour leur reconnaissance. Norris (2020) met également en garde

contre les risques d'appropriation culturelle en musicothérapie, en particulier pour les personnes racisées.

Ikuno et al. (2021) soulignent qu'un grand nombre de musicothérapeutes issues de pays et de cultures non occidentales risquent d'être réduites au silence si la musicothérapie continue de prescrire principalement les méthodes occidentales comme norme de référence en pratique et en recherche. Des rapports cliniques précieux et des dimensions culturellement significatives sont ainsi perdus, car ils ne répondent pas aux critères d'efficacité prétendument universels de la musicothérapie. La musique comme médium de guérison et d'expression existait bien avant la formalisation de la profession de musicothérapeute (Ikuno et al., 2021). Pourtant, ce sont aujourd'hui ces cadres formels qui dictent ce qui est considéré comme légitime, discréditant ainsi des expériences culturellement spécifiques.

Ikuno et al. (2021) attirent également l'attention sur le risque de fournir des soins de santé à partir de cadres hérités de l'époque coloniale, en particulier lorsqu'il s'agit de communautés ayant souffert de la colonisation. L'importance d'une formation spécialisée et approfondie en compétences culturelles, allant au-delà des cultures blanches occidentales, apparaît dès lors comme évidente. La blanchité (*whiteness*) doit être analysée comme une construction sociale et les formes d'oppression qui en découlent doivent être reconnues. Ces réalités systémiques affectent les communautés autochtones et les personnes racisées et devraient être abordées par les musicothérapeutes tant dans la pratique que dans la recherche et la formation (Ikuno et al., 2021).

Perspectives Postcoloniales sur la Psychiatrie et la Santé Mentale Globale

Pendant des décennies, des scientifiques et des professionnel·les du champ de la santé mentale ont contribué à marginaliser, criminaliser (Beneduce, 2019) ou pathologiser les cultures non européennes. Beneduce (2019) remet également en question l'approche promue par l'Occident sous le terme d'«amélioration de l'accès aux soins» (*improved access to treatment*, p. 713), dans la mesure où celle-ci est principalement assimilée à un «meilleur accès aux psychotropes» (*improved access to psychotropic medication*, p. 713). Il met en garde contre la mondialisation des diagnostics psychiatriques (Beneduce, 2019). En particulier dans le cas du trouble de stress post-traumatique (TSPT), il interroge la prise en compte suffisante des interprétations et concepts culturellement spécifiques. Il examine de manière critique la tendance à imposer des lectures occidentales à d'autres cultures, favorisant ainsi une vision globalisée et prétendument universelle des troubles psychiatriques. Il soulève également la question de la validation des critères diagnostiques de la Classification internationale des maladies (jusqu'à la CIM-10) et du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (jusqu'au DSM-5) pour les minorités, ainsi que pour les communautés et cultures non occidentales.

Beneduce (2019) décrit les relations complexes entre les acteurs et actrices des systèmes de santé occidentalisés et les guérisseurs et guérisseuses traditionnel·le·s, avec leurs remèdes à base de plantes et leurs rituels spirituels et mystiques. Le lien entre santé et culture est complexe et multidimensionnel, et il est généralement difficile d'en proposer des définitions claires.

Enfin, Beneduce (2019) cite le psychiatre africain Lambo qui, dès les années 1960, dénonçait l'«arrogance morale» (*moral arrogance*, p. 718) de la psychiatrie occidentale, lorsqu'elle prétendait diffuser ses catégories et ses idées de manière universelle et globale. Cette prise de position demeure, selon lui, d'une grande actualité et ne doit pas être sous-estimée, notamment dans les domaines du travail auprès des réfugié·e·s et de l'accompagnement des personnes migrantes. Par ailleurs, les traditions et rituels de guérison ouest-africains sont aujourd'hui présents et pratiqués dans le monde entier à travers les processus migratoires et les diasporas (Monteiro & Wall, 2011). Ne pas tenir

compte de cette réalité dans le travail thérapeutique, ou l'ignorer, reviendrait à une négligence professionnelle grave.

Cox et Webb (2015) rappellent que le Plan d'action pour la santé mentale (MHAP) 2013–2020 de l'OMS appelait à réduire la charge mondiale des troubles mentaux dans tous les États membres. Des conditions-cadres pour l'action politique doivent être établies et les services existants améliorés. Le MHAP visait à ce que les pays à revenu faible et intermédiaire s'alignent sur les tendances observées dans les pays à revenu élevé. Il reconnaissait que la santé mentale est influencée par de multiples facteurs environnementaux, notamment les conditions politiques et sociales telles que la pauvreté, les catastrophes naturelles, les inégalités sociales et de genre, ainsi que les conflits armés. Les objectifs formulés dans ce plan concernaient à la fois la prévention, les mesures curatives et la réhabilitation. Bien que, selon l'OMS, ces actions doivent être culturellement appropriées (Cox & Webb, 2015), les auteurs critiquent le fait que les principes sous-jacents reposent néanmoins sur des concepts et des idées fortement influencés par l'Occident. Il est implicitement supposé que des normes et valeurs occidentales—telles que l'individualité, la distinction maladie/santé et les droits humains—peuvent être transférées aux pays du Sud global. Selon Cox et Webb (2015), les approches biomédicales sont considérées comme supérieures aux autres, ce qui correspond à une vision psychiatrique occidentale. Il existe ainsi un risque réel de «discours colonialistes» (*colonialist discourses*, p. 684) dans les services de santé mentale.

Je soutiens que les perspectives et approches culturellement spécifiques doivent toujours être prises en compte et intégrées dans le traitement des troubles mentaux. Cela implique un échange avec les acteurs locaux / actrices locales concerné·e·s ainsi qu'une analyse des spécificités culturelles propres au contexte étudié. La collaboration avec les leaders communautaires locaux peut contribuer à un travail de grande qualité et produire des effets particulièrement positifs pour les personnes concernées (Cox & Webb, 2015). Selon ces auteurs, la dimension de l'inclusion sociale, centrale dans de nombreuses cultures du Sud global, peut favoriser de meilleurs effets à long terme et ne doit pas être sous-estimée dans le contexte thérapeutique. À l'inverse, dans les pays du Nord global, les personnes concernées tendent plus fréquemment à vivre dans l'isolement, ce qui modifie les possibilités d'intégration thérapeutique et réduit ainsi les chances d'effets positifs durables.

De manière plus générale, le contexte social et son influence sur la santé mentale devraient faire l'objet d'une attention accrue, dans la mesure où ils jouent un rôle déterminant, en particulier dans les cultures qui placent la communauté au centre. Enfin, Cox et Webb (2015) soulignent que le concept occidental de «bien-être mental» (p. 690) ne peut être transposé de manière simpliste aux cultures du Sud global. Se pose alors la question de savoir dans quelle mesure les méthodologies fondées sur les preuves, telles qu'elles sont développées dans les contextes occidentaux, peuvent être adaptées aux réalités locales dans un cadre globalisé.

Avec le recul, je reconnais de manière critique avoir adopté une approche similaire à celle que je dénonce dans cet essai. Plus précisément, j'ai appliqué des concepts occidentaux de troubles mentaux, de problématiques et de solutions ou d'améliorations potentielles aux réalités vécues des travailleuses du sexe sénégalaises, sans tenir suffisamment compte des spécificités culturelles de leur contexte. Ma positionnalité de jeune femme blanche, formée dans un cadre académique occidental, a contribué à une acceptation peu critique de ce cadre de référence, qui n'a pas été explicitement remis en question par le personnel du travail social ouest-africain activement impliqué dans le projet. Cette dynamique met en évidence une asymétrie de pouvoir entre les professionnel·le·s occidentaux·ales et ouest-africain·e·s. Elle illustre également la manière dont, même dans des contextes postcoloniaux et malgré des intentions bienveillantes—quoique parfois naïves—, des schémas coloniaux et des rapports de pouvoir peuvent être reproduits de manière inconsciente.

En revisitant mon étude de 2008, la question se pose de savoir quels résultats auraient pu émerger si les cadres psychiatriques et psychologiques occidentaux avaient été décentrés, et si les concepts de guérison ouest-africains avaient, au contraire, servi de paradigme directeur du projet. Un tel déplacement aurait pu ouvrir d'autres possibilités de pratique et de compréhension. Néanmoins, ma positionnalité de jeune femme blanche occidentale aurait très probablement limité mon accès à ces pratiques rituelles culturellement spécifiques.

Étant donné que les rituels de guérison sont réservés aux guérisseurs /guérisseuses traditionnel·le·s, je soulève ainsi la question de savoir comment nous, en tant que musicothérapeutes, pouvons collaborer ou créer des synergies afin d'offrir à nos client·e·s un accompagnement aussi fidèle et intégratif que possible sur le plan culturel. Avec le recul, une telle collaboration aurait peut-être conduit à des résultats plus profonds dans mon étude de 2008. Ces critiques soulignent la nécessité d'une réflexivité constante dans ma propre pratique et mon écriture. C'est à partir de cette prise de conscience que je me tourne, enfin, vers la formulation d'une perspective intégrative issue de ce parcours.

Vers une Perspective Intégrative

Dans cet article, mon intention initiale était d'analyser les différences et les parallèles entre la musicothérapie occidentale et le rituel de guérison sénégalais *Ndèpp*. À partir de cette mise en relation, j'espérais formuler des points de contact concrets à destination de collègues musicothérapeutes. Après l'étude de nombreux articles spécialisés issus des champs de la musicothérapie, de la psychiatrie, de la sociologie et de l'ethnologie, j'ai identifié les éléments constitutifs qui définissent et caractérisent à la fois la psychiatrie/psychothérapie occidentale et la musicothérapie occidentale. J'ai également pu mettre en lumière des éléments culturellement spécifiques du traitement des troubles mentaux au Sénégal. Néanmoins, la revue de la littérature existante a fait émerger davantage de questions qu'elle n'a fourni d'instructions clairement définies à l'intention des musicothérapeutes occidentaux.

En définitive, la construction de ponts telle que je l'avais initialement envisagée s'est déployée de manière inattendue. Toutefois, l'établissement de liens entre la musicothérapie occidentale structurée et le rituel de guérison sénégalais *Ndèpp*—ainsi que des pratiques traditionnelles et culturellement ancrées comparables dans d'autres régions—apparaît non seulement possible, mais également urgent. À la lumière des crises mondiales contemporaines, notamment les conflits armés, les catastrophes naturelles et d'autres circonstances contraignant les individus à quitter leur pays d'origine, souvent dans des conditions profondément traumatisantes, les pratiques thérapeutiques, y compris la musicothérapie, doivent être abordées de manière culturellement sensible et informée.

De mon point de vue, la réflexion critique sur ses propres privilèges constitue un élément essentiel d'une posture thérapeutique éthiquement responsable. Cette réflexivité constitue le fondement de relations authentiques et égalitaires entre thérapeute et client·e. Par ailleurs, je suis convaincue que l'engagement dans un dialogue portant à la fois sur les théories, définitions, règles et méthodes occidentales, et sur les croyances, rituels, traditions et conceptions propres aux personnes que nous accompagnons, renforce l'efficacité des processus thérapeutiques et favorise des relations plus justes, équitables et éthiquement fondées. Cette conviction s'est construite à partir de mes propres expériences. En tant que jeune étudiante blanche à Dakar, j'ai introduit le tambour dans des séances thérapeutiques, pour découvrir ensuite, à travers les femmes elles-mêmes, combien la musique portait déjà en elle un pouvoir de guérison. Leur comparaison avec le rituel *Ndèpp* m'a appris que toute tentative de construction de ponts doit commencer par l'humilité et la reconnaissance de ma propre position. Mes interprétations demeurent partielles, mais

j'affirme que la mise en mots explicite de cette positionnalité est indispensable à un dialogue interculturel authentique.

Les musicothérapeutes blanc·he·s devraient activement rechercher les voix de leurs collègues et client·es racisé·es et les écouter avec une attention totale. Ce n'est qu'à cette condition que nous pourrions contribuer à l'égalité et à l'équité au sein de notre discipline, et éviter ou prévenir les (re)traumatismes liés aux inégalités de pouvoir. Sans une ouverture de notre posture thérapeutique, la vision traditionnelle apparaît restreinte, limitée, voire monotone. Le psychiatre Henri Collomb (1931–1979), fondateur français de l'École de Fann, soulignait déjà en 1979 l'importance de la psychiatrie transculturelle et de l'ethnopsychiatrie. Je crois qu'une telle perspective élargie peut étendre notre champ d'action en musicothérapie et ainsi favoriser, voire renforcer, l'efficacité thérapeutique. Dans Bullard (2022), Collomb déclarait:

J'ai vécu en Afrique pendant de très nombreuses années et je me suis laissé contaminer. Certains de mes collègues diraient que j'ai perdu tout jugement scientifique et adopté des superstitions. Pourtant, je pense aussi avoir longuement mené des réflexions à propos de ce qui se passe autour de moi, et l'approche des guérisseurs m'a amené à envisager qu'il existe peut-être autre chose que la science pour expliquer certaines formes de guérison. (Bullard, 2022, p. 38)

Cette citation, qui a en partie inspiré la rédaction du présent essai, exprime à la fois une forme de tiraillement et une posture réflexive et relativisant. Elle reflète ainsi mes propres pensées et ressentis, dix-sept ans après la réalisation de mon projet pratique comparatif en musicothérapie au Sénégal et aux Pays-Bas. À partir de ces réflexions critiques et pourtant essentielles, je souhaite formuler les implications pratiques suivantes à l'intention de musicothérapeutes, en guise de considérations conclusives.

Premièrement, les musicothérapeutes blanc·he·s doivent examiner de manière critique leur positionnalité et leurs privilèges, en reconnaissant que leur formation, leurs méthodes et leurs présupposés sont profondément enracinés dans des cadres occidentaux porteurs d'une autorité implicite dans les contextes interculturels. Cela implique de reconnaître que ces savoirs ne sont pas universels, mais culturellement situés. Entrer dans des relations thérapeutiques ou de recherche sans cette conscience comporte le risque de reproduire des hiérarchies coloniales, dans lesquelles les modèles occidentaux sont considérés comme intrinsèquement supérieurs ou «scientifiques», tandis que les pratiques non occidentales sont disqualifiées comme «folkloriques» ou «irrationnelles».

Deuxièmement, le risque d'appropriation culturelle doit être pris au sérieux. Des rituels tels que le *Ndèpp*, ou des pratiques similaires, ne peuvent être simplement «empruntés» ou transposés dans des séances de musicothérapie. Pour les praticien·ne·s blanc·he·s, l'utilisation d'éléments issus de ces traditions sans en comprendre et en honorer profondément les dimensions spirituelles, communautaires et historiques risque de les réduire à de simples outils esthétiques vidés de leur sens. La responsabilité éthique consiste à résister à l'appropriation et à apprendre, au contraire, à travailler aux côtés—et non au-dessus—des traditions culturelles. Cela suppose également un engagement dans l'écoute et le décentrement. Les thérapeutes blanc·he·s doivent activement déplacer le centre de gravité loin de leurs propres cadres de référence et amplifier les voix des collègues et des client·es racisé·es. Plutôt que de se demander: «Comment puis-je utiliser ce rituel ou cette musique dans mon travail?», la question éthique devient: «Comment puis-je créer des espaces thérapeutiques dans lesquels les pratiques culturelles déjà significatives pour les client·es sont respectées, soutenues ou intégrées par la collaboration avec des guérisseurs/guérisseuses et des communautés locales?»

Enfin, une réflexion critique continue doit porter sur les outils cliniques, tels que les mesures standardisées et les instruments thérapeutiques développés dans le cadre de la

psychologie occidentale—par exemple les échelles de TSPT ou les questionnaires d'auto-évaluation—, qui échouent souvent à saisir les expériences culturellement pertinentes de la souffrance dans des contextes non occidentaux. Mon expérience avec les *Smiley scores* à Dakar illustre clairement ce décalage. Les thérapeutes blancs doivent donc examiner si leurs évaluations et interventions sont culturellement valides ou si elles risquent d'imposer des catégories étrangères de la souffrance à des personnes dont les réalités ne s'y conforment pas.

Réflexions Finales

Afin que l'équité puisse devenir une réalité dans la formation, la pratique et la recherche en musicothérapie, je souhaite proposer une réflexion approfondie sur les processus décrits ci-dessus. Tout d'abord, la décolonisation de la formation et de la littérature constitue une étape essentielle vers une plus grande équité en musicothérapie. Les cursus de formation doivent diversifier leurs contenus afin d'y inclure des perspectives autochtones, africaines, asiatiques et diasporiques. À l'heure actuelle, le champ demeure largement façonné par des voix blanches euro-américaines. Pour que l'équité soit véritablement atteinte, les théories et pratiques issues de cultures marginalisées ne doivent pas être considérées comme de simples «ajouts», mais reconnues comme des systèmes de savoir à part entière, légitimes et équivalents en valeur.

Deuxièmement, la collaboration avec les guérisseurs/guérisseuses et les communautés locales constitue un autre pilier essentiel d'une pratique équitable. Plutôt que de positionner les approches thérapeutiques occidentales comme cadre de référence par défaut, les musicothérapeutes doivent s'engager dans de véritables partenariats avec les guérisseurs/guérisseuses traditionnelles, les leaders communautaires et les praticien·ne·s culturel·le·s. Dans des contextes tels que le Sénégal, cela implique de travailler, lorsque cela est approprié, aux côtés des *Ndëppkat* (responsables rituelles), non pas en concurrence avec elles, mais dans un esprit de respect mutuel et de finalité partagée.

Troisièmement, un changement structurel au sein de la discipline est également urgent. La suprématie blanche en musicothérapie ne se limite pas aux pratiques individuelles ; elle est inscrite dans les systèmes mêmes qui régissent le champ. Les revues scientifiques privilégient souvent des recherches occidentales rédigées en anglais; les organismes de financement tendent à négliger les approches communautaires ou autochtones; et les institutions jouent fréquemment un rôle de gardiennes de ce qui est considéré comme une thérapie «valide». L'atteinte de l'équité nécessite le démantèlement de ces barrières systémiques afin que les praticien·ne·s et les client·e·s racisé·e·s ne soient plus contraint·e·s de justifier en permanence leur présence ou de militer pour leur inclusion.

Quatrièmement, la responsabilité et la pratique éthique constituent des engagements continus pour les musicothérapeutes blancs. Il est impératif de reconnaître lorsque leurs pratiques risquent de perpétuer des formes de préjudice, de demeurer ouvert·e·s aux critiques émanant de collègues racisé·e·s et de s'engager dans un processus de «désapprentissage» tout au long de la vie. Une pratique éthique implique également de rejeter les prétentions universalistes—telles que l'affirmation selon laquelle «la musique guérit partout de la même manière»—pour accueillir au contraire la complexité et la pluralité des manières dont la guérison est comprise et vécue à travers les cultures.

Cinquièmement, l'humilité en tant que pratique constitue un fondement essentiel. L'équité en musicothérapie ne sera possible que lorsque les thérapeutes blancs aborderont le travail interculturel avec humilité et reconnaîtront qu'ils sont des invité·e·s au sein d'autres traditions, et non des gardien·ne·s de celles-ci. Cela implique de ralentir, de résister à l'impulsion de définir ou de catégoriser, et de créer intentionnellement un espace permettant à d'autres manières de savoir d'exister sur un pied d'égalité au sein de la rencontre thérapeutique.

Conclusion

Cet essai s'est appuyé sur une littérature interdisciplinaire issue de la musicothérapie, de l'ethnomusicologie, de la sociologie et de la psychiatrie afin d'examiner les intersections et les tensions entre la musicothérapie occidentale et le rituel de guérison sénégalais *Ndëpp*. Il met en lumière le fait que les conceptions de la guérison, de la personne et de la santé mentale sont culturellement situées plutôt qu'universelles. L'objectif était de revisiter de manière critique mon projet de musicothérapie mené au Sénégal en 2008 et de réfléchir à la façon dont les cadres occidentaux—façonnés par des privilèges et des héritages coloniaux—ont à la fois rendu possible et limité l'engagement thérapeutique interculturel.

Mes résultats indiquent que, bien que des parallèles significatifs existent—notamment dans l'usage de la musique, du rythme, du rituel et de la participation collective—des différences fondamentales persistent, en particulier l'accent mis par l'Occident sur la pathologie individuelle, par opposition à l'orientation communautaire et spirituelle du *Ndëpp*. Ces divergences révèlent les limites de l'application de catégories diagnostiques et d'outils d'évaluation occidentaux dans des contextes non occidentaux, et soulignent le risque de reproduire des déséquilibres épistémiques et des rapports de pouvoir non équilibrés.

À partir de ces constats, je recommande que les musicothérapeutes blanc·he·s adoptent une posture de réflexivité soutenue, d'humilité culturelle et de responsabilité éthique, qu'ils ou elles décentrent activement les paradigmes occidentaux, résistent aux formes d'appropriation culturelle et s'engagent dans une collaboration authentique avec les guérisseurs et guérisseuses et les communautés locales. Une telle approche favorise des pratiques thérapeutiques plus équitables, culturellement fidèles et sensibles aux contextes, particulièrement nécessaires dans un monde de plus en plus globalisé et marqué par les migrations.

A Propos de l'auteure

Cathy Schmartz est psychologue et musicothérapeute, basée au Luxembourg, en Europe. Elle travaille actuellement en institution gériatrique et en pratique libérale. Son travail se concentre sur le psychotraumatisme chez les enfants, les adolescent·e·s et les adultes. Ses intérêts professionnels incluent également les dynamiques interculturelles dans les contextes thérapeutiques, ainsi que les questions de privilège et de positionnalité—en particulier dans son rôle de femme blanche, européenne et formée à l'université—et les implications éthiques qui en découlent. Elle s'engage activement dans une réflexion continue sur l'accessibilité et l'équité dans le champ de la musicothérapie et anime régulièrement des ateliers et des conférences sur l'utilisation consciente de la musique dans des contextes institutionnels tels que les écoles et les établissements de soins.

Références

- Accoroni, D. (2006). Healing practices among the Senegalese community in Paris. In B. Nicolini (Ed.), *Studies in witchcraft, magic, war and peace in Africa* (pp. 3–20). Edwin Mellen Press.
- Beneduce, R. (2019). "Madness and despair are a force": Global mental health, and how people and cultures challenge the hegemony of Western Psychiatry. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 43, 710–723. <https://doi.org/10.1007/s11013-019-09658-1>
- Bradley, M. M., & Lang, P. J. (1994). Measuring emotion: The Self-assessment manikin and the semantic differential. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 25(1), 49–59.

- Bruscia, K. (2014). *Defining music therapy* (3rd ed.). Barcelona Publishers.
- Bullard, A. (2022). *Spiritual and mental health crises in globalising Senegal. A history of transcultural psychiatry* (1st ed.). Routledge.
- Cox, N., & Webb, L. (2015). Poles apart: Does the export of mental health expertise from the global north to the global south represent a neutral relocation of knowledge and practice? *Sociology of Health & Illness*, 37(5), 683–697. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12230>
- Dorris, A. K. (2011). Soul medicine: The role of traditional Senegalese music in a therapeutic contex. *Independent Study Project (ISP) Collection*. 1010. https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/1010
- ENDA Santé (2024). *Notre histoire*. <https://www.enda-sante.org/notre-histoire/>
- Ikuno, R., Miyake, H., Zambonini, J. P., Eslava-Mejia, J., Moonga, N., Silveira, T. M., Low, Ming Yuan., Ghetti, C., & Hadley, S. J. (2021). Whose voices? Whose knowledge? *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 21(3). <https://doi.org/10.15845/voices.v21i3.3470>
- Jebuni, T.S., Longi, F. Y. T., & Adum-Atta, K. (2020). Music and dance as medicine: an art beyond emotional expression for healing. *UDS International Journal of Development*, 7(1), 330–340.
- Lovell, A. M., & Diagne, P. M. (2019). Falling, dying sheep, and the divine: Notes on thick therapeutics in peri-urban Senegal. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 43, 663–685. <https://doi.org/10.1007/s11013-019-09657-2>
- Mainka, S., & Weymann, E. (2025). Music therapy newly defined. *Approaches: An Interdisciplinary Journal of Music Therapy*, 17(4), 812–824. <https://doi.org/10.56883/aijmt.2025.631>
- McKinley, C. (2012). Treating the Spirit: An ethnographic portrait of Senegalese animist mental health practices and practitioners in Dakar and the surrounding area. *Independent Study Project (ISP) Collection*. 1403. https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/1403
- Monteiro, N. M., & Wall, D. J. (2011). African dance as healing modality throughout the Diaspora: The use of ritual and movement to work through trauma. *The Journal of Pan African Studies*, 4(6), 234–252.
- Norris, M. S. (2020). A call for radical imagining: Exploring anti-blackness in the music therapy profession. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 20(3), 6. <https://doi.org/10.15845/voices.v20i3.3167>
- Petit, V. (2020). “Tu peux être en vie et déjà mort”: Le quotidien ordinaire d’une personne atteinte de troubles psychiques au Sénégal. *Politique Africaine*, 1(157), 39–69. <https://doi.org/10.3917/polaf.157.0039>
- Stige, B. (2002). The relentless roots of community music therapy. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 2(3). <https://doi.org/10.15845/voices.v2i3.98>
- Sy, A. (2020). Modou s’est jeté dans les bras de la mer. Lecture psychopathologique d’une crise suicidaire par honneur chez un jeune homme lébou. *L’information Psychiatrique*, 96(3), 207–10. <https://stm.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2020-3-page-207?lang=fr>
- World Health Organisation (2020). *Mental health atlas 2020. Member state profile Senegal*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/sen.pdf?sfvrsn=4f55077f_6&download=true
- World Health Organisation (2024). *Mental health*. https://www.who.int/health-topics/mental-health-tab=tab_1