



HEURS ET MALHEURS DE L'HÔPITAL PROTESTANT DE BANGOUA-CAMEROUN : (1936 - 1995)

Théodore Ngoufo Sogang* & Théophile Djomou**

Résumé : Cette analyse s'intéresse à la naissance, l'évolution et la décadence de l'Hôpital Protestant de Bangoua (HPB), une structure sanitaire confessionnelle de l'Église Évangélique du Cameroun dans la région de l'Ouest-Cameroun. Depuis son inauguration en 1936, l'HPB a connu un rayonnement remarquable tant par la qualité de son personnel que par la diversité des malades qui y consultaient. Toutefois, cette dynamique qui se fit sous l'égide de l'EEC à partir de 1957, fut brisée au cours de la décennie 90. L'objectif de cette étude est de revisiter l'histoire de cet hôpital en questionnant les facteurs qui le firent passer du stade de la notoriété à celui de la décadence. La méthodologie s'est voulue à la fois diachronique et synchronique. Les principaux résultats révèlent que l'HPB vit le jour grâce à la volonté conjugée de la Société des Missions Évangéliques de Paris et le Chef NoTchoutouo de Bangoua. De même, la présence de l'HPB a eu un impact non seulement social mais aussi économique sur la chefferie de Bangoua. Toutefois, la crise économique des années 90 qui frappa de plein fouet cette structure contribua à sa chute. En filigrane, l'étude soulève la problématique de la gestion du patrimoine colonial dans un monde dominé par le système néolibéral.

Mots clés : Heurs, Malheurs, Hôpital Protestant de Bangoua, Ouest-Cameroun

Abstract: *This study is a monograph of the Protestant Hospital of Bangwa (PHB), a renowned confessional health facility located in Bangwa in the West Region of the Republic of Cameroon. The Protestant Hospital of Bangwa belongs to the Evangelical Church of*

*Département d'Histoire et Archéologie, Université de Dschang-Cameroun
ngoufotheodore@yahoo.fr

** Doctorant en Histoire, Université de Dschang-Cameroun theodjomo16@gmail.com

Cameroon (EEC). Thanks to the efficiency of its staff coupled with the quality of health services provided since 1936, this Hospital quickly gained momentum worldwide. However, as from 1957 and prior to the Independence of Cameroon, the glorious era started slowing down especially during the 1990s. This paper aims at shedding light on this trajectory by revisiting the historical dynamics of the health facility in order to question the rationales beyond its shift from notoriety to decadence. The methodology is framed within the glocal approach fuel and shape by both diachronic and synchronic perspectives. The main research finding reveals that the PHB was created and succeeded thanks to the combined efforts of the Société des Missions Évangéliques de Paris and Chief NoTchoutouo from Bangwa. Likewise, it then had a significant socioeconomic impact on the Bangwa chieftdom until its downfall in the 1990s due to the economic crisis. The prospect of the study raises the issue of the management of colonial heritage within the neoliberal and global system.

Key Words: *Chances, Misfortune, Protestant Hospital of Bangwa, West Cameroon*

Introduction

L'histoire sanitaire du Cameroun s'inscrit dans le champ historique grâce à l'action pionnière de Wang Sonné (Sonné, 1983) ou encore Bebey Eyidi (1951). À leur suite, de nombreux écrits¹ se sont intéressés et ont complété cet aspect de l'historiographie du Cameroun. Introduite en Afrique et au Cameroun en particulier par la colonisation, la médecine occidentale a progressivement pu s'implanter avec la bénédiction de l'administration coloniale. Cette dernière avait mis un accent sur la santé des « indigènes » dans la mesure où elle avait besoin d'une main d'œuvre valide pour les travaux forcés, dans le cadre de la mise en valeur et de l'exploitation des colonies. Pour cela, l'administration coloniale française entendait disposer de travailleurs nombreux et forts (Fongang, 2010 :

¹ G. Ngandjou Kamolo, 2016, « La médecine traditionnelle dans les chefferies Bamiléké de l'Ouest Cameroun du XVI^{ème} au XX^{ème} siècle : Etude historique », Thèse de Doctorat Ph. D en Histoire, Université de Yaoundé 1 ; J. B. Nzogué, 2001, « La santé publique au Cameroun sous administration française, 1916-1957 », Thèse de Doctorat de 3^{ème} cycle en Histoire, Université de Yaoundé 1, 2001 ; Bado Jean Paul, 2011, *Eugène Jamot, 1879 – 1937, le médecin de la maladie du sommeil ou trypanosomiase*, Paris, Karthala ; S. Djampou, 2016, « La fondation médicale Ad Lucem et la promotion de la santé au Cameroun, 1936-2010 : Analyse historique », Thèse de Doctorat Ph. D en Histoire, Université de Yaoundé 1.

134). Dans la même logique, l'importance des actions accordées à l'hygiène, à l'épidémiologie révèlent le souci de la mise en œuvre économique du territoire (Martin, 1921).

L'action sanitaire coloniale confessionnelle fut donc d'un grand apport d'abord pour les colonisateurs et ensuite pour les populations locales qui faisaient face à certaines épidémies et autres endémies auxquelles la médecine traditionnelle ne parvenait toujours pas à remédier (Djampou, 2012 : 66). Cependant, la contribution de l'œuvre sanitaire coloniale et missionnaire aux populations dites indigènes s'est poursuivie après la période coloniale. Après le départ des colons, ces populations ont hérité des infrastructures médicales mises en place pendant la période coloniale. C'est ainsi que l'Hôpital protestant de Bangoua a été rétrocédé à l'État du Cameroun.

À travers cette rétrocession, l'Église Évangélique du Cameroun (EEC) qui constituait la tutelle de l'Hôpital Protestant de Bangoua (HPB) contribuait au renforcement du système de santé national². Ce faisant, l'EEC, tutrice ou garante de la préservation de ce patrimoine colonial continue d'offrir une aide complémentaire à l'État dans ses services régaliens (Bayart, 1973 : 514). C'est dans cette logique que s'inscrivent durablement les hôpitaux de l'EEC et l'HPB en particulier. Il s'agit donc dans cette réflexion de présenter et d'analyser la naissance, l'évolution et même la décadence de l'HPB de 1936 à 1995.

L'Hôpital Protestant de Bangoua est implanté dans la chefferie Bangoua qui se trouve à 13 kilomètres de la ville de Bangangté, chef-lieu du département du Ndé et à 33 kilomètres au Sud-Est de Bafoussam chef-lieu de la région de l'Ouest. Bangoua fait partie des 13 chefferies que compte le département du Ndé dont elle constitue la limite septentrionale. Située à plus de 1400 mètres d'altitude, la chefferie de Bangoua connaît un climat de type équatorial qui s'apparente beaucoup plus à un climat tropical humide marqué cependant par un déficit pluviométrique relativement important et une moyenne de température oscillant entre 19 et 22° C. (Ghomsi, 1982 : 107). D'après les chiffres du

² Le système de santé national du Cameroun est structuré de façon pyramidale à trois niveaux définie en janvier 1989 par le Ministère de la Santé Publique (Beyeme Ondoua, 2002 : 61). Nous avons le niveau central (constitué des structures de conceptions, de coordination et d'encadrement de la politique sanitaire ainsi que des actions de santé d'envergure nationale) ; le niveau intermédiaire qui correspond aux services régionaux ou centraux (constitué de 10 délégations régionales, structures d'appui technique et de coordination pour les districts de santé, 10 hôpitaux régionaux et assimilés et des structures de formations paramédicales) et le niveau périphérique qui s'occupe des soins de base et de prévention (Ntsama Essomba et *al.*, : 2011 :11 ; Okalla, Le Vigouroux, 2001 : 18).

recensement de la population de 2011, Bangoua comptait 20.000 habitants répartis sur une superficie de 83 km².

L'Hôpital Protestant de Bangoua, structure sanitaire privée confessionnelle de l'EEC est une structure correspondant au niveau intermédiaire. L'Église Évangélique du Cameroun qui est la tutelle de l'HPB est une église locale issue des actions missionnaires entreprises d'abord par les protestants afro-américains de la Baptist Missionary Society, puis la Mission allemande de Bales et enfin celle française de la Société des Missions Évangéliques de Paris (SMEP). Ayant pour siège Douala, elle devint autonome en mars 1957. Cette autonomie lui conférait dorénavant la gestion des legs coloniaux. Le volet santé fut placé sous la houlette de la Direction de l'œuvre médicale qui s'assure de la pérennité des œuvres. Héritage de la colonisation, les églises sont restées de véritables Etats dans l'État (Bayart : 1973 : 529) de par leur organisation qui épouse l'idéologie chrétienne mais aussi par le fait qu'elles ne vont jamais à l'encontre des intérêts des Etats. Elles agissent toujours comme des partenaires indéfectibles. C'est justement ce rôle que joue l'EEC à travers l'Hôpital Protestant de Bangoua et entend le rester.

D'un point de vue méthodologique, notre démarche se veut diachronique en ce sens qu'elle suit une chronologie indicative dans l'espace et dans le temps. Sur la base des données collectées, cette réflexion s'articule autour de trois axes : d'abord sur le contexte de création de l'HPB, ensuite de l'impact ou les retombées de la présence de l'HPB et enfin des difficultés liées à son fonctionnement.

L'hôpital protestant de Bangoua : création et rayonnement (1936-1980)

Les débuts de l'œuvre sanitaire missionnaire française dans l'ouest Cameroun remonte dès 1923 avec le dispensaire des sœurs du Sacré Cœur de Dschang qui héritèrent l'œuvre jadis entreprise par les Pères Pallotins dès 1911 (Diffouo, 104). Toutefois, la plus grande ou le véritable hôpital de la période coloniale française fut l'HPB dont les prémices commencèrent à voir le jour en 1931 avec le dispensaire de Ndeptoup. Les documents iconographiques qui suivent donnent un aperçu de la qualité de construction des bâtiments de l'HPB à cette période.

Photo 1: Le service d'accueil de l'Hôpital Protestant de Bangoua 1952 et 1995



Source : Service des Archives de l'hôpital protestant de Bangoua

Sur la première image en noir sur fond blanc, nous voyons le service d'accueil de l'HPB. Construit dès les premières heures de l'édifice, c'est par ici que passe tous ceux qui viennent à l'HPB. Non électrifié, cet édifice renfermait tous les registres de consultations jalousement conservés dans les locaux du médecin-chef qui en assurait la garde. Sur cette image, les fenêtres et portes ne sont pas encore couvertes. La seconde image représentant la même construction mais d'une date plus récente (1995), est restée le même service : celui de l'accueil qui enregistre tous les patients et répondant aux normes et standards nationaux du Ministère de la Santé Publique fonctionnant 24 heures sur 24. Cependant, qu'en est-il véritablement des facteurs ayant concouru à la création de cette structure sanitaire ?

Les facteurs favorables à la création de l'hôpital protestant de Bangoua

Plusieurs facteurs aussi bien naturels que physiques ont contribué à la création d'un hôpital à Bangoua. C'est justement ce que soulignent Ibrahima Baba Kaké et Elikia M'Bokolo en déclarant qu' « il serait vain d'aborder un processus historique sans tenir en compte des données naturelles et physiques qui, dans tous les cas, interviennent dans le développement d'une région ». (Mbokolo et I. Baba

Kake, 1977 : 9). Autrement dit, toute idée de développement ne peut être conçue en dehors de son environnement.

La présence des missionnaires

L'arrivée des missionnaires dès 1911 constituait déjà des prémices en ce qui, plus tard devait voir le jour comme une structure sanitaire. Quatre moniteurs en effet avaient été envoyés à Bangoua pour préparer la venue du missionnaire Striebel. Accompagné de son épouse ; il fut un médecin envoyé par la Mission allemande de Bales. Pour marquer sa volonté de recevoir un missionnaire étranger, le chef supérieur Bangoua Nono Tchoutouo avait fait construire une case pour l'attendre. Bien que son séjour fut très court (un an et demi). Dans un climat de convivialité, il réussit néanmoins à éradiquer l'épidémie de dysenterie qui sévissait fort bien avant son arrivée dans la localité. Aussi ; Le chef Nono Tchoutouo intima l'ordre à toutes ses populations de se référer au missionnaire Striebel (Missionnaire anglais de la SMEP qui arriva à Bangoua en 1911) pour tout problème de santé. Il réussit à guérir la dysenterie. Pour avoir sauvé de nombreuses vies, on le surnomma Mboupmi (Église Évangélique du Cameroun, 2011), c'est-à-dire celui qui façonne les personnes et aussi le surnom glorieux ngakaksieuh : guérisseur miraculeux lui fut donné (Église Évangélique du Cameroun, 2011 : 4). Le culte se tenait chaque dimanche au sein de la chefferie et les élèves de l'école se rassemblaient en s'écriant : *to meeting !, to meeting !, to meeting !* L'utilisation de ces mots qui faisant référence au pidgin english se justifiait par les origines anglaises du missionnaire Striebel.

La tromperie du chef Bali

Au-delà d'avoir été la porte d'entrée de l'Évangile de Jésus-Christ dans le Ndé, Bangoua bénéficia de nombreuses circonstances qui militèrent en sa faveur. Cependant, le Fon³ Galéga I de Bali, village situé à plus de 100 km de Bangoua avec qui le chef Nono s'était lié d'amitié le dupa en 1931.⁴ Après avoir noué des traités d'amitié et de protection avec les Allemands, *Fon* Galéga I devint le parangon des Grassfields. Il fut désigné par les Allemands comme chef supérieur des tribus Grassfields. Cette position lui permit d'avoir une suprématie sur d'autres chefs de la région (Abwa, 2009 : 61). Cette posture prépondérante lui attirait force et admiration de la part de ses homologues. C'est fort de cette

³ Le titre de Fon est utilisé pour désigner les chefs dans la partie anglophone des Grassfields du Cameroun.

⁴ En effet le roi Nono de Bangoua avait donné à son homologue 230 filles, 84 ivoires, 1600 touques à poudre à fusils, 800 chèvres, 09 pagens d'étoffes et 24 gilets de perles précieuses.

position que le chef Bangoua lui demanda de lui procurer ce qui faisait sa force, c'est à dire des soldats et armes (*Tapanta Boys*). En lieu et place de ces derniers, le *fon* Galéga lui envoya plutôt des missionnaires chrétiens qui ne connaissaient rien à l'art de la guerre. Au moment de leur arrivée à Bangoua, il s'avéra que les soldats envoyés par le Fon étaient loin d'être d'excellents guerriers et n'avaient aucune maîtrise de l'art de la guerre. Toutefois, le mal ayant déjà été enraciné, le chef Bali ne rétrocéda jamais ce qu'il avait perçu. Cependant l'évangélisation était en cours et avec elle déjà, les prémices d'une véritable œuvre médicale dans le village Bangoua. Ce qu'il faut comprendre ici, c'est que l'avènement de l'HPB est fille de l'évangélisation protestante qui, dès 1911 avait pris corps à Bangoua. Même sans le vouloir, le Chef Galéga I venait de donner à Bangoua ce qui allait faire ce village une référence sanitaire dans la sous-région. Un autre facteur non moins négligeable ici fut le positionnement géographique du groupement Bangoua.

La position carrefour du royaume Bangoua

Le climat de type équatorial et la fraîcheur qui caractérisent les Grassfields ont sans doute contribué à l'installation des Occidentaux dans cette région, et plus précisément à Bangoua d'abord à travers les missionnaires allemands de Bales et plus tard avec les missionnaires de la Mission Protestante Française. À cet atout climatique s'ajoute la position géographique qui était un carrefour par où transitait les échanges commerciaux entre les grassfields et l'actuelle région administrative du Littoral, ainsi que la partie du Nord du Cameroun. C'est en effet par Bangoua que passait dès le XIX^{ème} siècle la route principale qui partait du pays bamiléké, reliait Douala par Bana et Nkongsamba, et atteignait la côte par Yabassi à travers Bazou. Par ailleurs, Bangoua était aussi reliée à la piste du Nord-Sud desservant Banyo dans l'Adamaoua au pays Bamiléké à travers le pays Bamoun.⁵ Bangoua se trouvait donc à la jonction de deux espaces monétaires : les cauris en provenance du Nord et le sel blanc en provenance de la Côte (Pradelles De la Tour, 1997 : 171). Le chef Nono de Bangoua portait alors le surnom très convoité de « prince des cauris » (Tchuate, 2000 : 2). Très populaire et très connue, Bangoua avait réussi à devenir le point de repère du commerce dans la sous-région⁶. Cette position carrefour a facilité un brassage de populations qui a donné

⁵ À ce propos, il faut noter que la première voiture coloniale stationna à la place des fêtes de la chefferie supérieure Bangwa en 1913 car la route Douala - Banyo passait par Bangoua et cette route fit donc de Bangwa une plaque tournante du commerce.

⁶ Elle se vérifie de nos jours avec la présence du marché Kamna, très connu et très couru, il est le principal marché du Ndé et l'un des plus grands de la région de l'Ouest-Cameroun.

lieu à un peuplement humain très important dans la chefferie second pôle démographique du département du Ndé. Cette concentration des populations est l'une des raisons à la mise sur pied d'une structure sanitaire dans la localité pendant la période allemande. A ces avantages géographiques s'ajouta l'arrivée du Dr Débargé.

L'arrivée du Dr Josette Débargé

Un autre facteur et pas des moindres fut l'arrivée du Dr. Josette Débargé. En 1926, elle fut envoyée comme médecin au Cameroun au compte de la SMEP. Elle arriva d'abord à Foumban (en pays bamoun) où elle créa un dispensaire. En 1927, elle fut impressionnée par le nombre de malades bamiléké qui venaient se faire soigner dans ce dispensaire. Pour mieux comprendre les déplacements massifs des populations, elle décida d'effectuer une tournée en pays bamiléké en compagnie de Robert et Franck Christol alors missionnaires à Bafoussam. De plus, avec l'aide du Dr. Dieterlé (Médecin français de la SMEP qui arriva au Cameroun en 1917 avant Débargé), elle parvint à soigner des centaines de malades pendant ses tournées médicales. Les traitements se faisaient dans les chapelles chrétiennes transformées à ces fins en salle de consultations les jours où il n'y avait pas de culte, c'est-à-dire le dimanche. Comme le souligna Débargé, « dans chaque village, les malades affluaient dès que la présence du médecin était connue » (Débargé, 1934 : 4). Cette tournée dit-elle « me donna dès ce moment la certitude que le travail médical missionnaire était là où les foules souffrantes étaient beaucoup plus nombreuses et où le travail missionnaire débutait plus urgent qu'au Bamoun, quelque nécessaire qu'il y fut aussi » (Débargé, 1934 : 4).

En août 1930 en effet, le Dr Leuba et Mlle Tissot (Médecins Suisses) arrivèrent à Foumban et décidèrent de prendre en main les destinées de l'œuvre médicale de la SMEP. Ces arrivées qui constituaient une main d'œuvre supplémentaire donnèrent plus de liberté à Débargé qui s'installa désormais à Bafoussam. De là également, elle fut frappée par la présence massive des malades en provenance d'horizons divers et surtout de la subdivision de Bangangté, située à l'Est du plateau Bamiléké et de là, elle se rapprochait davantage de cette grande masse pour apaiser leur souffrance.

Ce qu'il faut comprendre ici, c'est que la capitale de la province de l'Ouest était à Dschang. Dans ce contexte, toutes les infrastructures coloniales (sanitaires) se construisaient non loin des capitales régionales. Même si les stations missionnaires étaient peuplées, bon nombre de populations restaient dans leur aire géographique et ne se déplaçaient que pour des problèmes de santé d'une certaine gravité. En plus, compte tenu de la compétition entre groupes

missionnaires, la quête de nouveaux horizons apparaissait aussi comme un challenge nouveau surtout que les fonds nécessaires ne provenaient pas de l'administration coloniale mais des églises occidentales. Les tournées médicales se faisaient tous les 15 jours voire mensuellement et ne pouvait donc suffire à satisfaire les besoins de ces populations en matière de santé (ANY, APA, 1921-1947). Cependant, les forces extérieures notamment la nature géographique et la contribution missionnaire étaient favorables à une implantation pérenne à Bangoua. Mais qu'en était-il de son roi, dépositaire des traditions et garant du peuple Bangoua ?

L'hospitalité du chef Nono Tchouotouo de Bangoua

Il convient de noter qu'avant son installation définitive à Bangoua, le Dr. Débarge fit plusieurs tournées dans les villages environnants, et pour diverses raisons elle ne fut pas favorablement reçue. Vers 1930, le Dr Débarge décida d'aller s'installer à Bandjoun où le chef Kamga II et les fidèles avaient construit une maternité. Toutefois, elle ne put s'y installer durablement à cause d'une mésentente avec le chef de station missionnaire qui voulait avoir une main mise sur le futur hôpital contrairement à Débarge qui le voulait comme une entité autonome (Slageren, 2009 : 258). Du fait de ce différend, elle continua son périple jusqu'à Bangang-Fokam et de là également, le chef lui aurait demandé certaines redevances pour son implantation. Une fois de plus, elle abandonna ce site et arriva dans les villages Batoufam, puis Bayangam où elle n'était pas toujours la bienvenue. En 1931, elle arriva à Bangoua où elle résida seule pendant 20 mois à l'écart des infrastructures et de l'hospitalité missionnaires (Tchuate, 2000 : 64). C'est sous son instigation que la commission de l'Afrique française décida de créer un hôpital à Bangoua le 15 mai 1933 (Slageren, 2009 : 259) avec les fonds provenant de la Suisse romande (Slageren, 2009 : 259).

Initialement, l'hôpital consistait en des cases de fortunes construites par les populations locales.⁷ En 1934, Débarge fut rejointe par le missionnaire Vogt de la SMEP qui vint pour préparer les bâtiments définitifs et les installations techniques de l'hôpital avec les fonds provenant de la Suisse Romande (Slageren, 2009 : 259). En tant que congrégation religieuse, la SMEP, comme la plupart des autres groupes missionnaires, était impliquée dans des œuvres sociales visant à améliorer les conditions de vies des populations qui constituaient la cible de son

⁷ La main d'œuvre locale ici était constituée des autochtones qui servaient dans les travaux de constructions d'abord du dispensaire, puis de l'hôpital. Ils étaient également utilisés comme traducteur lorsqu'arrivaient les malades d'autres contrées.

action. Dans un contexte où l'administration coloniale était vue d'un mauvais œil⁸, il fallait démontrer « l'amour du Christ » à travers des actions sociales comme la construction des centres de santé. C'est la raison pour laquelle les pays d'où ces congrégations étaient originaires faisaient parvenir les ressources financières et humaines nécessaires pour la construction des centres de santé, des écoles et des églises.

Après avoir obtenu les autorisations administratives, le Dr Débarge bénéficia du soutien du chef Nono qui lui donna des terres pour son installation au quartier Ndeptoup. Avec l'accroissement du nombre de patients, l'espace initialement alloué s'avéra réduit. Le Dr Débarge sollicita l'obtention d'un espace beaucoup plus étendu. Cela lui fut accordé par le chef qui lui céda le site sur lequel est bâti l'HPB au quartier Ndoukong. Il s'agit d'un terrain d'une superficie de 10 hectares qui avait été retiré au Prince Tié Njiké à qui il avait d'abord été attribué.

L'Hôpital Protestant de Bangoua a été inauguré le 1^{er} mars 1936, après le départ du Dr Débarge Josette, contrainte d'arrêter l'œuvre missionnaire en 1935 après avoir été accusée de contribuer à la désorganisation de l'œuvre ecclésiastique dans la région bamiléké. L'hôpital débuta donc ses activités sous la direction du Dr. Leuba assistée d'une infirmière en la personne de Madame L. Michelle. Le départ du Dr Débarge découlait d'une divergence d'opinion avec la SMEP au sujet de la gestion de l'hôpital et sa cession aux populations locales. Le Dr Débarge voulait faire de l'HPB une structure autonome capable de s'autofinancer en générant des ressources propres aux fins de passer progressivement la gestion aux populations locales. La Mission protestante Française ne partageait pas cette idée et envisageait plutôt une option similaire à la politique coloniale française qui n'était pas favorable à l'émancipation des « indigènes ». Débarge dut donc s'opposer à la méthode missionnaire qui consistait à être présente de façon permanente et d'avoir le total contrôle sur les œuvres sans réelle implication des autochtones. Au cours de la conférence des Missionnaires qui se tint en 1935, elle indiqua ce qui suit : « L'organisation ecclésiastique étant l'armature de notre travail sur toute la station, le missionnaire doit sentir de plus en plus la nécessité de ne plus être qu'un inspirateur, un conseiller et de laisser la direction effective de travail pastoral aux pasteurs

⁸ Lire à ce propos la lettre du Roi des Belges Léopold II aux Prêtres et Pasteurs sur leur mission en Afrique.

autochtones... ». Cette idéologie prônée par le Dr Débarge fut à l'origine de son éviction pure et simple de l'activité missionnaire⁹.

Dès sa création, l'HPB avait une grande réputation non seulement dans sa région des grassfields, mais aussi dans les régions les plus éloignées. On y rencontrait des malades venus de diverses régions du Cameroun français : Douala et Yabassi dans le littoral, Yokaduma à l'Est. Certains venaient même du Cameroun sous administration britannique, du Gabon et de la Centrafrique ; ce qui donna un caractère international à la structure. Déjà, vers 1954, l'HPB avait pris une telle envergure qu'il était devenu la formation sanitaire la plus importante de la région bamiléké. L'HPB ayant vu le jour et déjà opérationnel, il allait contribuer au mieux-être multidimensionnel des populations.

Les impacts économiques de la présence de l'Hôpital Protestant de Bangoua

Parler d'impact, revient à faire ressortir l'apport de la présence de l'HPB dans l'amélioration des conditions de vie des populations environnantes à l'hôpital. Nous parlerons de l'HPB comme outil de prosélytisme religieux et de son apport économique notamment lié au développement des activités des transports et du petit commerce ou activités de subsistance.

Une structure de prosélytisme et d'évangélisation

Même si le climat de cette localité favorisa l'implantation à long terme des missionnaires, l'évolution de l'HPB ne fut pas un long fleuve tranquille. Située en zone rurale, cette structure sanitaire a contribué à l'épanouissement des populations. En tant qu'entité confessionnelle à but non lucratif, elle a toujours su se tenir proche des populations à travers une multiplication des œuvres sociales. En plus de l'hôpital protestant de Bangoua, il y a le Collège Evangélique de Bangoua et un foyer évangélique, véritables cercles d'expansion des idées chrétiennes. L'ensemble de ces activités ont amené plusieurs personnes à adhérer à la foi chrétienne et plus précisément protestante de l'EEC. En plus d'œuvrer en faveur de la santé des populations, l'HPB contribue à l'amélioration des conditions de vie et d'hygiène de celles-ci, notamment à travers sa station de traitement d'eau construite entre 1961 - 1964 par le Dr. Jan Legrand 4^{ème} médecin chef de l'HPB. , C'est dans cette station communément appelée « captation » que

⁹ Cet arrêt fut temporaire. Elle revint plus tard au Cameroun pour diriger une œuvre médicale missionnaire de la Mission Catholique.

s'abreuve tout le village. Les heures d'ouvertures allant de 06 heures à 08 heures et de 16 heures à 18 heures.

En plus de cela, l'HPB organise très souvent des campagnes de sensibilisation communautaire sur différentes pathologies. En 1993, lors d'une campagne de sensibilisation sur les risques des opérations chirurgicales et les précautions à prendre, le Docteur Bettler de la Suisse qui servit à Bangoua de 1993 à 1994 offrit à cet hôpital une table d'opération complète. Ce sont ces réalisations en effet, qui ont fait dire à Nana Kuipou Roger Ledoux, alors président de la région synodale du Ndé, Mbam et Inoubou depuis 2011 que « là où la chance s'arrête c'est là où le Christ agit »¹⁰, une façon de témoigner la présence de l'Evangile de Jésus christ dans le groupement Bangoua à travers de nombreuses réalisations. Notons que l'HPB apparaissait comme la manifestation physique de l'amour du Christ ; par ses prestations médicales, il renforçait davantage la foi chrétienne protestante. Bangoua comptait en 1995 sept chapelles pour environ 7.500 fidèles protestants de l'EEC dont les plus grandes étaient le temple de Ndeptoup et Bangoua hôpital.

Le développement des activités liées au transport

La présence de l'HPB à Bangoua a donné naissance au développement florissant des activités relatives au transport. Au rang des lignes de transport, nous avons l'axe Bangwa hôpital - Bangangté. La plupart des malades qui fréquentaient l'hôpital Protestant de Bangoua venaient en majorité du département du Ndé. Cet axe routier était principalement emprunté par les malades et il fallait déboursier 100 à 150 FCFA vers les années 1970, 200 ou 250 FCFA vers 1990 pour rallier l'HPB à partir de Bangangté. Les voyages s'effectuaient entre 6 heures du matin et 18 heures. Au-delà de ces heures, il devenait difficile de trouver un moyen de transport. L'axe Bafoussam - Bangoua était distant de 33 km servait de transport pour les malades venant de Bafoussam en passant par Batoufam. Il fallait à partir du péage de Batoufam déboursier la somme de 400 FCFA. Une partie non négligeable des malades de Bangoua venait donc de ces localités. En plus des activités de transports, l'HPB a su se capitaliser en un mini pôle urbain, véritable lieu centripète et centrifuge pour tous ceux qui avaient des problèmes de santé. C'est aussi le lieu où sont écoulés les produits issus des cultures locales.

¹⁰Etretien avec Nana Kuipou, Bangangté, 20 août 2013.

La floraison de diverses activités de revenus

L'Hôpital Protestant de Bangoua a donné naissance à un « centre commercial » en zone rurale. En effet, le lieu-dit « carrefour hôpital » situé au quartier Ndoukong (un des dix-huit quartiers que compte le groupement) est considéré comme l'un des « points chauds du groupement ». On y observe en effet des débits de boisson, des mini stations mobiles pour des ravitaillements en essence, gasoil ou pétrole, ainsi que des petits garages pour les dépannages. Ce lieu sert de point de rencontre de tous ceux qui entrent et sortent de Bangoua. C'est également à ce carrefour que les gardes malades et même les visiteurs se retrouvent pour changer d'air, se refaire les idées ou encore pour prendre le petit déjeuner, voire s'offrir un pot de vin. C'est encore là que l'on retrouve tous les besoins alimentaires indispensables à la subsistance des gardes malades et des malades. Toutefois, cette référence sanitaire crouplit sous le poids de son âge et ne cesse de s'enfoncer dans de nombreuses crises internes et externes.

Décadence d'une œuvre sociale au service de la santé des populations

Bien que son évolution infrastructurelle se soit faite de façon progressive, l'HPB a servi d'attraction pour les visites sanitaires de cette contrée et même de toute la région. Comme le souligna le pasteur hollandais Jaap Van Slageren (2009 : 260).: « l'attraction du centre médical de Bangwa était si importante que le chef traditionnel de Bangwa Nono Tchoutouo procéda à la nomination d'un notable des étrangers qui devait veiller à la bonne organisation de l'implantation des nouveaux habitants permanents ou occasionnels et assurer aussi la perception de leurs impôts administratifs », Des extensions gigantesques se réalisèrent par des fonds provenant de l'administration française qui donnait également des subventions pour son fonctionnement. Le tableau qui suit présente l'évolution de ces infrastructures de façon chronologique en indiquant les noms des directeurs en fonction, de 1931 à 1935.

Tableau 1 : Médecins chefs ayant servi à Bangoua de 1931-2005

Années	Médecins-chefs	Nationalité
1931 – 1935	Dr. Débarge Josette	Suisse
1935 – 1938	Dr. Leuba	Suisse
1938 -1945	Dr. Henri Barasch	Française
1945-1958	Dr. Daniel Broussous	Française
1958-1959	Dr. Gerst	Française
1959 – 1961	Vacance de poste suite aux événements d'indépendance	
1961 – 1964	Dr. Jan Legrand	Hollandaise
1964 – 1965	Dr. F. H Weisz	Hollandaise
1965 – 1967	Dr. P.B. Van Bentum	Hollandaise
1967 – 1972	Dr. P.E Sijsma	Hollandaise
1972 – 1975	Dr. Jean Daniel Diéterlé	Hollandaise
1975 – 1977	Dr. Raymond Janin	Hollandaise
1977 – 1978	Dr. Raymond Charlot	Allemande
1978 – 1979	Dr. Paul Tchakounté	Camerounaise
1979 – 1981	Dr. Antoine Koyazounda	Centrafricaine
1981 – 1984	Dr. François Hiddema	Hollandaise
1984 – 1986	Dr. J.C Broertjes	Hollandaise
1986 – 1987	Dr. Jonas Kemia	Tchadienne
1987 – 2005	Dr. H. Nomigni Zekeyo	Camerounaise

Source : AHPB et EEC, région synodale Ndé, Mbam et Inoubou, 1911- 2011, *pénétration de l'Evangile dans le Ndé il y a cent ans*, Editions CTDIE, 2011, pp.128-129.

À partir de ce tableau, il est possible de constater que tous les médecins chefs qui se sont succédés à la tête de cette structure ne furent pas essentiellement des Camerounais et encore moins les Africains. Les premiers médecins, tous expatriés furent Suisse, puis Français, Hollandais et Allemands. Il fallut attendre 1979 pour voir le premier camerounais à la tête de cette structure pour une durée de 01 an seulement pour être remplacé par un confrère africain de la Centrafrique. Ces arrivées des africains et locaux de la première heure laissaient apparaître le transfert du témoin. Cependant, cet héritage fut transmis définitivement au Dr Nomigni en 1987 qui passa plus de 15 ans à la tête de cette structure. Après lui, ce ne fut toujours les Camerounais. Ce qu'il faut aussi comprendre ici c'est que, quel que soit celui qui accédait à ces hautes fonctions, le leitmotiv restait le même, travailler pour l'avancement de l'œuvre du christ.

Cependant, la croissance et la renommée de l'HPB ne semblent plus être qu'un lointain souvenir voué aux gémonies de l'histoire. Un passé nostalgique qui, au fil des années ne cesse de s'effacer de la mémoire collective du fait du délabrement progressif et certain de cette structure sanitaire de référence. Il convient de noter que la situation très peu reluisante de cette structure missionnaire est la résurgence de la quasi-totalité des structures sanitaires confessionnelles dans l'ensemble du triangle national dès le début des années 1990.¹¹ Frappé de plein fouet par la crise économique et ses corollaires, L'Hôpital Protestant de Bangoua situé en zone rurale où le pouvoir d'achat des populations était déjà faible n'a pas pu faire face aux nouvelles difficultés. Aux rangs de celles-ci, nous avons les contraintes internes et externes qui contribuent à maintenir au plancher cette structure hospitalière de renom.

Les difficultés internes

Il s'agit ici des pesanteurs internes qui contribuent à la décrépitude de cette structure. Il s'agit des difficultés liées au choc des cultures, l'insuffisance et la vétusté des infrastructures, l'irrégularité dans le paiement des salaires ainsi que le manque de spécialistes et le mauvais management des ressources de l'Hôpital Protestant de Bangoua.

Le choc de culture

En pays bamiléké et à Bangoua en particulier, la maladie constitue toujours le moyen par lequel dieux et les ancêtres manifestent leurs mécontentements aux hommes qui leur désobéissent. De ce fait, le premier recours thérapeutique n'est pas toujours l'hôpital mais la médecine douce encore appelée pharmacopée traditionnelle ou médecine à base des plantes naturelles. Cette thérapie héritée et soigneusement transmise de génération en génération constitue le recours thérapeutique premier. Bien même quand l'on se rend à l'hôpital, c'est généralement lorsque tous les savoirs et recours thérapeutiques parmi lesquelles des automédications n'ont pas produit le résultat escompté : la guérison. Cependant, même étant hospitalisé, le recours à l'ethnomédecine ou « médecine traditionnelle » ou à un traitement simultané se faisait (et c'est toujours le cas) dans le dos du personnel soignant retardant ainsi l'évolution thérapeutique telle que prévue par les professionnels de la santé. Toutefois, le guérisseur traditionnel contrairement au médecin qui diagnostique, interprète et analyse les données afin

¹¹ L'hôpital de Metet dans le Dja et Lobo, le Morija de Guider dans le Nord, l'hôpital protestant d'Enongal dans le Sud et l'hôpital CEBEC de Bonaberi dans le Littoral. (Njipou et *al.*, 2014 : 5)

d'établir une prescription thérapeutique ; cherchera à déterminer non pas toujours la maladie ou son origine mais aussi l'auteur de celle-ci de manière à en faire sortir l'esprit maléfique. Ce sont en effet des personnes dotées des qualités surnaturelles. Ce sont des personnes capables de déceler ce qui est caché et d'y apporter un remède (Nyada, 1999 : 80). Généralement, un séjour à l'hôpital était toujours précédé d'un traitement chez le guérisseur. Au courant de l'année 1985 en effet, une crise à portée culturelle éclata au sein de l'HPB. Alors que les femmes mouraient de plus en plus des suites d'accouchements, les populations locales durent vite accuser le personnel médical en essayant de leur faire boire le kadji¹² pour prouver leur innocence (Nomeye Zekeyo, 2013). En effet, les populations locales incriminaient le personnel médical de pratique de sorcellerie et d'être responsable de la mort des nouveau-nés. Pour résoudre ce différend, le médecin chef fut contraint de faire appel aux forces de défenses (gendarmerie) afin que ne s'envenime cette situation qui commençait déjà à ternir l'image de l'HPB. En plus de ce choc culturel, l'insuffisance et la vétusté des infrastructures ont contribué à mettre davantage du plomb dans l'aile à l'HPB.

L'insuffisance et la vétusté des infrastructures

L'Hôpital Protestant de Bangoua subit l'usure du temps et cela se vérifie à travers la vétusté de ses propres équipements. Construites dans la période coloniale française, les bâtisses les plus récentes datent des années d'indépendance (1960). La baisse de la fréquentation de cette structure sanitaire entraîna un abandon de certains bâtiments et même une négligence de son environnement naturel. Depuis la décennie 80 jusqu'en 90, la courbe de fréquentation de l'hôpital évolua en dents de scie ; soit une moyenne de 18.500 malades par an (AHPB). Depuis cette décennie, les chiffres connaissent une chute vertigineuse à nul autre pareil. Le tableau ci-dessous donne d'amples explications.

¹² Ensemble de plantes macérées dont seuls les initiés connaissent le contenu. En cas de litige cette décoction est proposée à boire aux deux parties et se consomme en public. En cas de culpabilité, les conséquences peuvent être multiples (folies, épilepsies, ...)

Tableau2: Les statistiques du service d'accueil de l'HPB (1939-1994)

Années	1939	1977	1981	1983	1986	1994
Nombre de consultations	59150	19500	16200	15100	17892	13345

Source : Archives de l'Hôpital Protestant de Bangoua (1939-2012).

À la lecture de ce tableau, force est de constater que les statistiques du service d'accueil de l'HPB n'ont connu depuis 1939 qu'une baisse de régime en termes de consultation. En 1939, trois années après son inauguration, le service d'accueil enregistrait 59.150 malades par an ; après quatre décennie c'est à dire en 1977 ce chiffre au lieu de croître est simplement divisé en trois soit 19.500 consultations annuelles. Une vingtaine d'années plus tard, en 1994, les statistiques chutèrent encore à 13345 consultations annuelles. A la lecture de ce tableau, force nous est donné de constater qu'en 1986, on assiste à une augmentation de consultation annuelle. Ceci s'explique par le fait que le Dr. Kémia de nationalité Tchadienne fut envoyé à Bangoua pour réinstaurer la discipline. Ces chiffres traduisent les fruits qui ont porté la promesse des fleurs (autrement dit la rigueur dans la gestion).

Cette baisse s'illustre également à travers le nombre de lits : en 1939, l'HPB disposait de 600 lits d'hospitalisations. En 1965, il y en avait 550 et 350 en 1994. Cette baisse peut aussi se vérifier dans les journées d'hospitalisations. En 1939, 122.400 journées d'hospitalisations. En 1995, 191.000 et en 1994, 60.000 (EEC, 2011). Cependant des projets d'envergures, notamment des consultations spécialisées à moindre coût ou la construction de la morgue ne tardent à être réalités. Compte tenu de leurs états de délabrement très avancé, on qualifierait certains bâtiments abritant autrefois les malades des gites à reptiles ; des termitières et des insectes de tout genre. À côté de ces deux précédents facteurs, un autre non moins essentiel constitue un grand facteur de cette régression : le non-paiement régulier des salaires.

L'irrégularité dans le paiement des salaires et le manque de spécialistes

L'une des difficultés majeures auxquelles la structure sanitaire a été confrontée est restée relative au paiement irrégulier des salaires des agents. Dans nos enquêtes sur le terrain, il s'avéra très rapidement que le non-paiement des salaires était le principal problème et incitait à un manque de motivation et d'engagement du personnel médical et paramédical. Cette situation entraîna la

démission d'un bon nombre de personnels à la fois médical et paramédical. L'HPB lors des appels d'offres ne recrutait que des personnels de santé aux qualifications supérieures au poste à pourvoir. Comme conséquence, après quelques années de dur labeur non seulement sans salaire régulier, ces personnels se sentant surexploités claquèrent la porte pour la quête d'un lendemain plus radieux sous d'autres cieux.

En 1995, 15 infirmiers durent démissionner pour non reclassement. Certes, même s'il s'agit d'une œuvre confessionnelle à but non lucratif qui offre des soins de santé sous rémunération financière, il ne faudrait pourtant pas omettre les réalités sociales et économiques quotidiennes du personnel. L'HPB dans son fonctionnement possède de nombreuses sources de financement (recettes internes, apport de l'église ou de la direction générale, les partenaires internes et externes) même si la plupart de celles-ci ont pris fin avec l'autonomisation de l'église en 1957. Une autre difficulté et pas la moindre est le manque de médecins spécialistes. L'EEC à travers la direction de l'œuvre médicale n'a pas suivi l'évolution de la demande des patients qui était tournée vers des spécialistes (neurologues, cancérologues, cardiologues...). La conséquence naturelle fut la perte des malades vers des centres médicaux spécialisés pour une prise en soin plus efficace.

Le mauvais management des ressources de l'Hôpital Protestant de Bangoua

Un autre problème criard est celui de la mauvaise gestion des ressources disponibles. Comme le soulignait le pasteur Nana Ledoux « le personnel qui arrivait au fil des années n'était pas toujours constitué des enfants de chœur mais plutôt des affairistes portés à la tête des œuvres de témoignages de l'Évangile de Jésus-Christ » (Nana, 2013). Cet affairisme s'est traduit par le détournement des malades pour des centres médicaux privés¹³ par ceux-là même qui avaient la charge de maintenir la prospérité de l'hôpital. En effet, les médecins et médecins chefs nationaux qui se sont succédé à la tête de l'HPB avaient des cliniques privées. L'HPB apparaissait donc comme le lieu de recrutement des patients assez nantis pour leurs cliniques, laissant ainsi à la charge de l'hôpital des patients indigents. De plus, cette structure sanitaire croulait sous le poids des dettes et des détournements de fonds rendant encore plus difficile l'austérité (Nomegne Zékeyo, 2013).

¹³ Centres médicaux détenus par les professionnels exerçant à l'HPB

Les entraves externes

Il s'agit ici des facteurs externes qui concourent à la stagnation et au recul de l'HPB. Il s'agit des contraintes relatives à l'environnement socioéconomique et aux attitudes des populations locales.

L'environnement socioéconomique

L'Hôpital Protestant de Bangoua au cours de son histoire s'est toujours voulu un environnement favorable aux activités au développement sanitaire intégral de l'Homme ; en un mot « une oasis de paix » (Nana, 2005). Toutefois, cet environnement allait devenir le théâtre des bouleversements socioéconomiques notoires et sans précédent. Le 10 mars 1957 en effet, la Mission Protestante Française (MPF) dénomination de la SMEP au Cameroun devenait autonome et pris le nom d'Église Évangélique du Cameroun en abrégée EEC. Avec l'autonomisation, les partenaires européens s'en allaient et il fallut nouer de nouveaux contacts. Le manque de partenaires financiers devenait est un obstacle majeur au bon fonctionnement de l'hôpital. L'HPB ne bénéficia d'aucun soutien extérieur, ni même de l'État. De plus, avec la crise économique qui frappa le Cameroun dans la décennie 90 suivi de la dévaluation du CFA qui pénalisa davantage les couches rurales (Médard, 2006) dont dépendaient les sources de financements et de fonctionnement de l'HPB, le malaise fut davantage grand. Cependant, avec la multiplication anarchique des structures sanitaires de part et d'autre, les malades se sont vus réorientés vers d'autres centres de santé pour des raisons diverses. L'effectif du personnel n'étant pas revu à la baisse (soit 154 personnes en 1995), tandis que la régression du nombre de malades se faisait grandissant, l'hôpital ne put plus remplir ses fonctions régaliennes parmi lesquelles le paiement régulier des salaires du personnel.

Un autre aspect non négligeable ici est l'avènement du péage routier de Batoufam en 2008. D'abord implanté à Bayangam pour des raisons administratives, ce péage routier de Bayangam fut déplacé du département de la Mifi pour le Koung-Khi, exactement à la limite entre les groupements Bandjou et Bangoua.

La rude concurrence du secteur médical formel et informel

La vétusté des bâtiments et l'insuffisance des équipements traduisent bien l'état de pauvreté de cette structure hospitalière. En plus de ces problèmes d'ordres infrastructurels, l'HPB subit la concurrence de l'hôpital de district de Bangangté créé en 1995 distant de 13 km. De plus, il fit également face à la

concurrence déloyale des pharmacies dites « du poteau »¹⁴ avec le phénomène des « docta »¹⁵ très répandus dans les marchés qui consultent et approvisionnent tout malade en médicament selon sa bourse. Les populations largement affectées par la crise économique et la détérioration de leurs conditions de vie et dans l'obligation de se soigner à tout prix et même à tous les prix se sont vues contraintes de se tourner vers des soins médicaux à la hauteur de leurs revenus. Autrement dit, il s'agissait pour ces personnes indigentes de se tourner vers le secteur informel réduisant encore le peu d'entrées financières dont ne bénéficiait plus assez l'HPB.

Le système de crédit et les mentalités locales

Certes, il faut noter que l'HPB est une œuvre de « témoignage de l'Évangile de Jésus-Christ en pays Bamiléké ». Toutefois, c'est cet élan de cœur et d'humanité qui contribuent malheureusement à mettre du plomb dans l'aile dans cette formation sanitaire. En effet, le système de crédit consiste à placer l'être humain au centre de toutes les prestations médicales. Les populations étant au courant de ce système en profitaient pour abuser et après traitement et guérison complète se dérobaient. Ce système de crédit (Ceci se comprend dans le cadre des missions pastorales et divines de l'Eglise. Ceci est souvent en lien entre le rôle social de l'œuvre missionnaire et la condition de l'homme. Les hommes à travers leurs actes n'ayant pas toujours « la bonne foi ». À ce sujet, la dette extérieure de l'hôpital n'a cessé de d'augmenter. Elle est passée de 20 millions en 1990 à plus de 30 millions de FCFA seulement en 1995 (AHPB, 2013).

Conclusion

Il ressort de cette analyse que l'Hôpital Protestant de Bangoua créée en 1936 par les missionnaires occidentaux est par la suite devenu une structure sanitaire de l'Eglise Evangélique du Cameroun (EEC) dans la région de l'Ouest et plus précisément dans le département du Ndé. Son évolution jusqu'en 1995 n'a pas été un long fleuve tranquille., L'une des plus vieilles institutions sanitaires de la région est devenue un géant aux pieds d'argile. Grâce aux actions combinées de ses médecins et infirmiers pour la majorité expatriés qui travaillaient dans le bénévolat au compte de la Mission Protestante Française pour « le salut des Hommes et la gloire de Jésus-Christ ressuscité », la réputation de cette structure alla bien au-delà des frontières du Cameroun. Cela traduisait sa réputation et sa

¹⁴ Point de ventes de médicaments, matériels et dérivés médicaux non officiels exerçant dans la clandestinité ou le secteur informel.

¹⁵ Vendeurs de médicaments spécialisés en tout. Ayant généralement un diplôme d'infirmier diplômé d'Etat (IDE) pour les plus instruits, ils opèrent dans tous les domaines de la santé.

renommée. Cependant, le début de la décennie 90 fut celui d'une longue descente aux enfers. La crise économique qui frappa le Cameroun n'épargna pas cette structure sanitaire dont les ressources dépendaient en majorité des revenus des couches paysannes. L'irrégularité dans le paiement des salaires, les factures impayées, l'abandon et la fermeture de certains services médicaux constituèrent un lot de problèmes qui conduisirent à la faillite de l'hôpital. Toutefois, les forces vives de Bangoua ou du Cameroun en général ne sauraient laisser mourir cette structure qui a fait la fierté de toute la région de l'Ouest du Cameroun et qui a toujours su se positionner comme un partenaire privilégié de l'Etat en matière de santé. À travers des actions mutuelles, cette structure retrouve peu à peu sa gloire d'antan même si le chemin à parcourir reste encore immense. Cependant, les entraves ou les pesanteurs relatives au fonctionnement de l'HPB n'ont pas empêché cette structure sanitaire à apporter sa contribution au développement socioéconomique de la localité de Bangoua.

Sources et références bibliographiques

- Abwa, D., 1969, *Cameroun, histoire d'un nationalisme, missions européennes et christianisme autochtone*, Yaoundé, Éditions Clé.
- ANY, APA, 10701, Rapports des médecins des circonscriptions sanitaires au Haut-commissaire de la république, 1921-1947.
- ANY, APA, 10170. Les missions chrétiennes et la société indigènes hôpitaux, conflits de coutumes, 1920 - 1946.
- Archives de l'Hôpital Protestant de Bangoua, Rapport technique et financier, 2013.
- Bayard, J.F., 1973, « La fonction politique des églises au Cameroun » in *Les organisations catholiques et protestantes comme forces politiques de substitution*, Revue française de Science politique, pp 514-536.
- Bebey Eyidi, M., 1951, *Le vainqueur de la maladie du sommeil, le docteur Eugène Jamot 1878-1937*, Paris, Hatier.
- Beyeme Ondoua, J.P., 2002, *Le système de santé Camerounais*. Adsp, n° 39, juin, pp. 61-65.
- Brunschwig, H., 1983, *Noirs et Blancs dans l'Afrique noire française ou Comment le colonisé devient colonisateur (1870-1914)*, Paris, Flammarion.
- Débarge, J., 1934, *La mission médicale au Cameroun*, Paris, Société des Missions Evangéliques de Paris (SMEP).

- Delarozière, R., 1950, « Etude de la stabilité des populations Bamiléké de la subdivision de Bafoussam, in *Etudes Camerounaises*, No 31 - 32 sept – déc.
- Djampou, S., 2012, « La fondation médicale Ad Lucem au Cameroun et la promotion de la santé au Cameroun 1936-2010 : Analyse historique », Thèse de Doctorat/Ph.D en Histoire, Université de Yaoundé 1.
- Diffouo, Y.G., 2015, « Inventaire de quelques vestiges coloniaux matériels dans la ville de Dschang (1907-1957) », Mémoire de Master en Histoire, Université de Dschang.
- Dikoumé, A.F., et Ngoufo Sogang, T., 2000, « Le peuplement des hautes terres de l'Ouest Cameroun » in *Espace, pouvoir et conflits dans les hautes terres de l'Ouest Cameroun*, Yaoundé, PUY.
- Église Évangélique du Cameroun, 150^{ème} anniversaire de l'annonce de l'Évangile au Cameroun, *L'œuvre médicale de l'Eglise Évangélique au Cameroun 1927 - 1995*, direction de l'œuvre médicale.
- Église Évangélique du Cameroun, région synodale Ndé, Mbam et Inoubou, 1911 - 2011, *pénétration de l'Évangile dans le Ndé il y'a 100 ans*, L'œuvre médicale de l'Eglise Évangélique du Cameroun Editions CTDIE printing House, 2011.
- Fogang, L.S., 2010, « L'évolution des politiques sanitaires au Cameroun » in L. Lado (s/d), *Le pluralisme médical en Afrique*, PUCAC - Karthala.
- Ghomsi, E., 1982, « Les Bamilékés du Cameroun, Essai d'études historiques, des origines à 1920 », Thèse de doctorat 3^{ème} cycle en Histoire, université de Yaoundé 1.
- Kwayeb, E.K., 1960, *Les institutions du droit public en pays Bamiléké*, Yaoundé, CEPER.
- Martin, G, 1921, *L'existence au Cameroun, études médicales, études sociales, études d'hygiène et de prophylaxie*, Paris, Emile Larose.
- Médard, J.F., 2019, « Décentralisation du système de santé publique et ressources au Cameroun » in *Bulletin de l'APAD (Association Euro-africaine pour l'Anthropologie, le Changement Social et le Développement)*, mis en ligne le 27 mars 2006, consulté le 30 avril 2019.
- Mbokolo, E., et Baba Kake I., 1977, *Histoire générale de l'Afrique : l'Afrique berceau de l'humanité*, Belgique, Tournay.
- Nana, J.M., 2005, *Bangoua, une oasis de paix et de tranquillité*, Editions Djampou Ruth.

- Nganso, E., 1982, « La léthargie du département du Ndé, une anomalie dans le dynamisme du pays bamiléké », Thèse de doctorat 3^{ème} cycle en Histoire, Université de Yaoundé.
- Njipou, A., Manedong, F., Seh, J.P. (2014). « Cameroun, heurs et malheurs des hôpitaux confessionnels » in *Le Messager*, N° 4161 du vendredi 12 septembre.
- Nyada, F., 1999, « L'œuvre des missions chrétiennes au Cameroun, cas de l'Eglise Evangélique dans le Ndé 1911 -1957 », mémoire de Maitrise en Histoire, Université de Yaoundé 1.
- Ntsama Essomba, C., Tiwoda, C., Essomba, Y., Ngono Mballa, R., 2011, « Identification des questions de recherche prioritaires en matière de politique d'accès et d'usage des médicaments dans les pays francophones d'Afrique Centrale, à revenus faibles ou intermédiaire, Cameroun.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS), charte preambulaire, 1986.
- Okalla, R., et Le Vigouroux, A., 2001, « Cameroun : de la réorientation des soins de santé primaire au plan national de développement sanitaire », in *Bulletin de l'APAD*, mis en ligne le 01^{er} mars 2006.
- Pradelles De la Tour C., 1997, *Le crâne qui parle, ethnopsychanalyse en pays Bamiléké*, EPEL, Paris.
- Slageren, J. V., 2009, *Les origines de l'Eglise Evangélique du Cameroun : missions européennes et christianisme autochtones*, Yaoundé, Editions Clé.
- Tchuente, J., 2000, « L'impact socioéconomique de l'Hôpital Protestant de Bangoua, de la fondation en 1936 - 1995, essai de bilan », mémoire de DIPES II, ENS, Université de Yaoundé 1.
- Wang Sonné, 1983, « Les auxiliaires autochtones dans l'action sanitaire publique au Cameroun sous administration française : 1916-1945 », Thèse de Doctorat de 3^{ème} cycle en Histoire, Université de Yaoundé.