

SECTION THÉMATIQUE/THEMED SECTION

Introduction: The Historical Borderlands of Health and Mobility

LISA CHILTON, LAURA MADOKORO,
JAMES MORAN, AND DAVID WRIGHT*

RECENT MASS MIGRATIONS, fueled by nation-state instability, war, environmental degradation, and staggering global disparities in wealth, have pushed issues of border control and immigration to the top of international concerns. After two generations of forging larger, supranational institutions and promoting freer trade and movement of labour, it would appear that the pendulum has begun to swing in the opposite direction, towards greater insularity, protectionism, and xenophobia. Political borders—physical walls even—have loomed large in the rhetoric and reality of contemporary political life. Although economic self-determination and protection from terrorism have fueled much of the political rhetoric, the longstanding issues of epidemic surveillance and the medical burdens of immigrants also lurk close to the surface. Fear of disease and fear of the foreigner have combined to ensure powerful reactions in host communities.

Social historians of immigration and medicine have multiple perspectives to add to these important contemporary debates.¹ From the seventeenth century, settlers began to flood into North America from overpopulated, disease-ridden Western European cities, creating a clear association between the newly-arrived immigrant and the spread of contagion, with devastating consequences for Indigenous peoples in particular. Eastern and western ports of the Americas and Australasia attempted to erect protocols of quarantine, controlling infectious

* Lisa Chilton, Associate Professor in the Department of History and Director of Applied Communication, Leadership, and Culture at the University of Prince Edward Island; Laura Madokoro, Assistant Professor in the Department of History and Classical Studies at McGill University; James Moran, Professor and Chair of the Department of History at the University of Prince Edward Island; and David Wright, Professor of History and Canada Research Chair in the History of Health Policy at McGill University, are guest editors for this themed section on “The Historical Borderlands of Health and Mobility”. The guest editors are grateful to the University of Prince Edward Island, McGill University, Associated Medical Services, the Canada Research Chairs program, and the Social Sciences and Humanities Research Council for their support for the conference on “Health, Medicine and Mobility: International Migrations in Historical Perspective” (UPEI 2016) from which this collection of articles grew.

1 Alan Kraut, *Silent Travelers: Germs, Genes, and the “Immigrant Menace”* (New York: Basic Books, 1994).

disease “at the border”² through the inspection and temporary isolation of merchant and passenger ships. Quarantine has been a longstanding public health response in the West,³ but it found new expression in the successive waves of pandemics associated with different generations of newcomers: smallpox, brought by the Spanish, French, and English, which terrorized colonists and First Nations after Contact; typhus, festering in the transoceanic migrations of the Irish fleeing the Great Famine; influenza, facilitated by the demobilization of tens of thousands of soldiers at the end of the First World War; tuberculosis, which surged in the postwar era of refugees from East as well as West; and, at the end of the twentieth century, the HIV/AIDS epidemic, which devastated sub-Saharan Africa and the Caribbean, and which was supercharged due to its association with people of colour, with drug users, and with homosexuality.⁴

As nation-states developed their administrative apparatus to monitor otherwise porous borders, each generation attempted (largely unsuccessfully) to erect controls that would address contemporary preoccupations with disease and fear of migrants. In the modern era, the transnational cholera epidemics of 1831-32, 1848, 1854-56, and 1866 figured prominently by inspiring novel techniques of surveillance and inspection as well as providing a human laboratory for scientific inquiries that would lend credence to the new germ theory of disease. Canada, like many parts of the world, had commandeered islands off principal ports, constructing small communities of doctors, clergy, staff, and the long-suffering migrants. Although isolation was logical from a medico-sanitary standpoint, the legacy was often one of misery and memorials, exemplified by the 1847 tragedy on Grosse Île, near Quebec City.⁵ By the time of the 1854 epidemic, the principle of medical inspection of immigrants—as well as their disinfection and decontamination—had become part of an elaborate apparatus of surveillance and control, providing some reassurance (even if a false one) to the general public that something was being done to combat contagion.⁶ Advances in transportation, of course, altered (and complicated) the medical screening at the border, particularly

2 For an edited volume looking at the last 150 years, see Alison Bashford, ed., *Medicine at the Border: Disease, Globalization and Security: 1850 to the Present* (London: Palgrave MacMillan, 2014); see also Alison Bashford, “Immigration Restriction: Rethinking Period and Place from Settler Colonies to Postcolonial Nations,” *Journal of Global History*, vol. 9, no.1 (2014), pp. 26-48.

3 Eugenia Tognotti, “Lessons from the History of Quarantine, from Plague to Influenza,” *Emerging Infectious Diseases*, vol. 19, no. 2 (February 2013), pp. 254-259, accessed January 31, 2018, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3559034/>.

4 Samuel Roberts, *Infectious Fear: Politics, Disease, and the Health Effects of Segregation* (Chapel Hill: University of North Carolina Press, 2009).

5 The scholarship on nineteenth-century cholera epidemics and quarantine is now extensive. For a selection of scholarship in different national domains, see Michael Durey, *The Return of the Plague: British Society and the Cholera 1831-2* (Dublin: Gill and MacMillan, 1979); Geoffrey Bilson, *A Darkened House: Cholera in Nineteenth-Century Canada* (Toronto: University of Toronto Press, 1980); François Delaporte, *Disease and Civilization: The Cholera in Paris, 1832* (Cambridge, MA: MIT Press, 1986) and *Le savoir de la maladie: Essai sur le choléra de 1832 à Paris* (Paris: Presses universitaires de France, 1990); Charles Rosenberg, *The Cholera Years in 1832, 1849, and 1866* (Chicago: University of Chicago Press, 1987); and Richard Evans, *Death in Hamburg: Society and Politics in the Cholera Years, 1830-1910* (Oxford: Oxford University Press, 1987).

6 Lisa Chilton, *Receiving Canada's Immigrants: The Work of the State Before 1930* (Ottawa: Canadian Historical Association, 2016).

as the rise of steamships by the 1880s, and the advent of affordable postwar air travel, increased the dynamics (and reach) of potential epidemics.⁷

It should occasion little surprise that the fear of imminent death and disease would incite and exacerbate underlying racial, class, and religious tensions in affected and threatened communities. As racial theories began to circulate—indeed predominate—in political and medical discourses in the second half of the nineteenth century, an added justification of exclusion and culpability was too easily employed during times of public health crisis. In this way, smallpox outbreaks in late nineteenth-century San Francisco and Calgary would result in 1892 race riots (in these cases, against the Chinese immigrants and communities of the West Coast) or the forced isolation of ethno-cultural and religious groups (such as the Eastern European Jews of New York city in the 1890s).⁸ The logic of quarantine also found expression in the state's management of Indigenous peoples. For example, Canada and South Africa imposed reserves and homelands as a sort of internal racial-medico sequestration, and Indian hospitals were justified, in part, on the isolation and containment of “native diseases.”⁹ By contrast, some historians have argued that vulnerable groups were not always singled out, even when the social situation was rife with possibilities, as exemplified by Elylt Jones's analysis of the Spanish influenza in Winnipeg.¹⁰

The control of diseases at the border thus reflected ambivalence towards newcomers in migrant-receiving states. On the one hand, many nations, including white settler societies such as the United States, Canada, Australia, and New Zealand, were eager to expand and consolidate their territorial claims through massive demographic expansion and the appropriation of Indigenous lands.¹¹ These objectives could only be achieved through aggressive state-sponsored campaigns promoting immigration. On the other hand, the state required a degree of surveillance so that only the “right” type of people entered. The success of such nation-building projects was thus intimately connected to the ability of the state to select (and reject) new immigrants based on changing social, political, racial, and

7 The reach of epidemic infection is well historicized in Jacalyn Duffin and Arthur Sweetman, eds., *SARS in Context: Memory, History, and Policy* (Montreal: McGill-Queen's University Press, 2006).

8 Howard Markel, *Quarantine! East European Jewish Immigrants and the New York City Epidemics of 1892* (Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1997); Nayan Shah, *Contagious Divides: Epidemics and Race in San Francisco's Chinatown* (Berkeley: University of California Press, 2001); Kristin Burnett, “Race, Disease, and Public Violence: Smallpox and the (Un)Making of Calgary's Chinatown, 1892,” *Social History of Medicine*, vol. 25, no. 2 (2012), pp. 362-379; See also Natalia Molina, *Fit to be Citizens? Public Health and Race in Los Angeles, 1879-1939* (Berkeley: University of California Press, 2006); and Emily K. Abel, *Tuberculosis and the Politics of Exclusion: A History of Public Health and Migration to Los Angeles* (New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 2007).

9 See Howard Jones, *Plague, Pox and Pandemics: A Jacana Pocket History of Epidemics in South Africa* (London: Jacana, 2012); and Maureen Lux, *Separate Beds: A History of Indian Hospitals in Canada, 1920-1980* (Toronto: University of Toronto Press, 2016).

10 Elylt Jones, “‘Co-operation in All Human Endeavour’: Quarantine and Immigrant Disease Vectors in the 1918-1919 Influenza Flu Pandemic in Winnipeg,” *Canadian Bulletin for the History of Medicine*, vol. 22, no. 1 (2005), pp. 57-82.

11 See John Weaver, *The Great Land Rush and the Making of the Modern World, 1650-1900* (Montreal: McGill-Queen's University Press, 2003).

medical prejudices.¹² Selection therefore necessitated, at least in theory, deportation or, if possible, prevention of migration in the first place.¹³ As the administrative structures of immigration regulation became more comprehensive, states could, in theory at least, perform medical inspections *before* immigration took place and incorporate them into a bureaucratic process of approval far beyond their borders.

Although much of the historical literature has focused on the prevention, surveillance, and quarantine of infectious disease, disability has always figured prominently in the legislation of migrant-receiving industrialized countries. An emerging literature on the history of disability has done much to highlight this long-neglected domain of the history of immigration. For example, “idiots” and “lunatics” appear as prohibited migrants in legislation across the Western world from the 1870s onwards, roughly the same time that they appear as categories in the British, British colonial, and American censuses.¹⁴ Those individuals identified as having permanent or chronic mental disability, it was argued, would place an unbearable burden on their receiving countries as well as contribute to national degeneration if they were permitted to procreate “freely” in their adopted countries. Such anxieties both reflected and fueled the dramatic increase in the number, and size, of public lunatic and idiot asylums across the Western world, where medical superintendents, educational specialists, and sympathetic politicians feared that the “Old World” was dumping its degenerate population on the “New World.” As Ian Dowbiggin has demonstrated, many early psychiatric professionals took a keen interest in psychological surveillance, and rejection, at the border, in order to “keep America sane.”¹⁵ These anxieties reached a new height by the dawn of the First World War, when large and expensive lunatic asylums across the Western world appeared to be overflowing with immigrant patients.

It remains an open and largely unanswerable historical question whether the mental health of immigrants was poor *relative* to non-immigrants during the great waves of immigration in the century leading up to the First World War, but the reflexive accusation that the Old World was “dumping” the mentally incompetent on the New World stretches credulity. Indeed, one enduring demographic fact is that Ireland had the largest asylum population (per capita) in the nineteenth-century Western world, something Irish medical historians have attributed to the fact that the mentally and physically dependent in Ireland were most often

12 Johanna Poblete, “The S.S. Mongolia Incident: Medical Politics and Filipino Colonial Migration in Hawai‘i,” *Pacific Historical Review*, vol. 82 no. 2 (2013), pp. 248-278; Amy L. Fairchild, *Science at the Borders: Immigrant Medical Inspection and the Shaping of the Modern Industrial Labor Force* (Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 2003); Lisa Chilton, “Sex Scandals and Papist Plots: The Mid-Nineteenth-Century World of an Irish Nurse in Quebec,” *Journal Of Women’s History*, vol. 27, no. 3 (Fall 2015), pp. 109-131.

13 See Fiona Miller, “Making Citizens, Banishing Immigrants: The Discipline of Deportation Investigations, 1908-1913,” *Left History*, vol. 7, no. 1 (2000), pp. 62-88; and Ellen Scheinberg, “Canada’s Deportation of ‘Mentally and Morally Defect’ Female Immigrants After the Second World War,” in Marjory Harper, ed., *Migration and Mental Health: Past and Present* (London: Palgrave MacMillan, 2016), pp. 171-198.

14 Douglas Baynton, “Defect: A Selective Reinterpretation of American Immigration History,” in Nancy Hirschmann and Beth Linker, eds., *Civil Disabilities: Citizenship, Membership and Belonging* (Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2015), pp. 44-64.

15 Ian Dowbiggin, *Keeping America Sane: Psychiatry and Eugenics in the United States and Canada, 1880-1940* (Ithaca, NY: Cornell University Press, 1997).

“left behind.”¹⁶ This phenomenon parallels observations in the field of refugee studies about the most vulnerable and most destitute migrants being the ones who are not able to leave desperate circumstances and make claims to international protection.¹⁷ A more plausible explanation for the disproportionate number of immigrants in North American asylums lay in the distancing from kin that was occasioned by migration, which left them with fewer options during life periods of emotional distress and psychological disturbance.¹⁸

Psychological suffering was hardly static or some preexisting condition that was transported, along with provisions, by a migrant across national or continental borders. Indeed, migration studies scholars have long been concerned with how the process of global migration *engendered* psychological suffering and disability in migrants.¹⁹ Whether it be through civil wars and decolonizing nationalist uprisings in Africa and Asia, the partition of peoples following civil and/or decolonizing wars, or waves of ethnic and religious “cleansing,” social and political upheaval led to the displacement and forced migration of millions of people. Many bore the psychological scars of being uprooted from hearth and home. Recent edited volumes have examined how the process of migration itself has been linked to psychological and other health concerns.²⁰

As nations constructed their welfare states after the Second World War, they began to compete for another type of migrant—skilled health care practitioners and caregivers. As the demand for medical services exploded in wealthier nations, a new transnational wave of caregivers emerged, typified by, although not limited to, Filipino nurses and Indian doctors.²¹ By the 1950s, “national” health care systems in Britain and Canada had led to a relentless demand for nurses—even from countries and regions that had previously been denied access to immigration, ushering in the influx of Afro-Caribbean and South Asian nurses under the

16 Catherine Cox, ed., *Negotiating Insanity in the southeast of Ireland, 1820-1900* (Manchester: Manchester University Press, 2012).

17 Craig Walzer, ed., *Out of Exile: Narratives from the Abducted and Displaced People of Sudan* (San Francisco, CA: McSweeney’s Publishing, 2015).

18 David Wright and Tom Themeles, “Migration, Madness, and the Celtic Fringe: A Comparison of Irish and Scottish Admissions to Four Canadian Mental Hospitals, c. 1841-91,” in Angela McCarthy and Catharine Coleborne, eds., *Migration, Ethnicity, and Mental Health: International Perspectives, 1840-2010* (New York: Routledge, 2012), 39-54.

19 Dinesh Bhugra and Susham Gupta, *Migration and Mental Health* (Cambridge: Cambridge University Press, 2011); Fleur Johns, Mary Crock, and Damien Freeman, “Migration, Mental Health and Human Rights,” *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 27, no. 6 (2004), pp. 505-509.

20 Angela McCarthy and Catharine Coleborne, eds., *Migration, Ethnicity, and Mental Health: International Perspectives, 1840-2010* (New York: Routledge, 2012); Catherine Cox and Hilary Marland, eds., *Migration, Health and Ethnicity in the Modern World* (London: Palgrave Macmillan, 2013); Marjory Harper, ed., *Migration and Mental Health: Past and Present* (London: Palgrave Macmillan, 2016).

21 Catherine Choy, *Empire of Care: Nursing and Migration in Filipino American History* (Durham, NC: Duke University Press, 2003); Espiritu Yen Le, “Gender, Migration, and Work: Filipina Health Care Professionals to the United States,” *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 21, no. 1 (2005), pp. 55-75; Charles Adeyanju and Nicole Neversson “‘There Will Be a Next Time’: Media Discourse about an ‘Apocalyptic’ Vision of Immigration, Racial Diversity, and Health Risks,” *Canadian Ethnic Studies*, vol. 39 no. 1/2 (2007), pp. 79-105; Julian M. Simpson, *Migrant Architects of the NHS: South Asian Doctors and the Reinvention of British General Practice (1940s-1980s)* (Manchester: Manchester University Press, 2018).

“exceptionality” clauses of immigration regulations.²² They were followed by a veritable flood of doctors in the 1960s and 1970s, from all corners of the world. By the second half of the twentieth century, countries like Canada were actively encouraging certain medical migrants while rejecting the diseased and disabled from the same countries.²³ This constituted an enduring irony, since many Western countries began to frame universal health insurance as a “national” project of social justice, one only possible through the in-migration of non-nationals.²⁴

The history of migration as it intersects with the history of disease, disability, and health care delivery, manifests itself in rich and fascinating ways. With this in mind, a 2016 conference held at the University of Prince Edward Island on Health, Medicine, and Mobility, co-sponsored by McGill University and organized through the auspices of the Canadian Society for the History of Medicine and the Canadian Committee on Migration, Ethnicity, and Transnationalism, showcased recent research. Underscoring the global nature of this historical field, the geographic scope of the conference presentations included Oceania, the United Kingdom, North America, Latin America, South Asia, and China. The discussions at the conference made clear the exciting comparative potential of health, disease, and migration at the transnational, imperial, and global levels.

This special themed section of *Histoire sociale/Social History* arising from the PEI conference contributes to this rich and growing literature. The studies that follow are situated in a broad range of geographical contexts (including Latin America, Zimbabwe, China, Canada, and Australia), and they span the 1840s through the early twenty-first century. The articles focus on the subjects and issues highlighted in this introduction and engage with one or more of the following themes: (1) borders as sites of surveillance, negotiation, and exclusion of unhealthy bodies; (2) the medicalization of migrants as a form of regulation, discipline, and, at times, empowerment; (3) the racialization of the diseased or disabled migrant; and (4) the creation of discourses of the “sick” or “at-risk” (im) migrant. Individually and together, the articles bear testimony to the advantages of considering how these overlapping themes can help us to better understand migration and health, both to shed light on important chapters in the social history of migration and medicine and to provide a deeper understanding of public policy challenges today.

In “Des morts sur la Miramichi,” Lisa Chilton reviews the tragic history of the *Looshtauk*, a ship full of desperately sick and dying Irish Famine migrants, which arrived at a port town in New Brunswick at the height of the 1847 typhus epidemic. Chilton explores the ways in which ordinary residents in a colonial

22 Karen Flynn, “Race, the State, and Caribbean Immigrant Nurses, 1950-1962,” in Georgina Feldberg et al., eds., *Women, Health, and Nation: Canada and the United States since 1945* (Montreal: McGill-Queen’s University Press, 2003), pp. 247-263; and Flynn, *Moving Beyond Borders: A History of Black Canadian and Caribbean Women in the Diaspora* (Toronto: University of Toronto Press, 2011).

23 For a selection of papers on this topic, see David Wright and Laurence Monnais, eds., *Doctors Beyond Borders: The Transnational Migration of Physicians in the Twentieth Century* (Toronto: University of Toronto Press, 2016).

24 Julian Simpson et al., “Writing Migrants Back into NHS History: Addressing a ‘Collective Amnesia’ and its Policy Implications,” *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 103, no. 10 (2010), pp. 392-396.

context responded to newcomers who posed an imminent danger to the host community. Her research demonstrates that there was no natural affinity between colonists and immigrants in the face of the twin adversities of migration and disease. The rich local records reveal a complex combination of fear and dismay, caution and compassion, which may well have typified other host immigrant-receiving communities during times of pestilence. This article contributes a new perspective to the research on the history of quarantine by emphasizing the experience of those who were called upon unexpectedly to receive and respond to migrants whom they perceived mainly as health threats.

Studies of the transatlantic experiences of poor migrants who left European ports to seek economic opportunities overseas underscore the often-treacherous nature of the journey to gain entry to a new nation. However, it is also clear that having reached a desired nation's border, migrants' challenges to their farther movement might become insurmountable. Inland borders between colonial powers could be real (as well as imagined), as migrant labourers ran a gauntlet of medical inspections. Francis Dube considers the medicalization of migrants passing into Zimbabwe during the twilight of southern African colonialism. The imperial jostling between Portugal and Britain over southern Africa led to an increasing demand in Zimbabwe for migrant labour from neighbouring Mozambique, Malawi, and Zambia. However, migrant labourers might also mean migrating diseases. As Dube explains, "the challenges of allowing only healthy labourers through what was essentially a restrictive yet porous border," resulted from the "paradoxical" desire to "safeguard the colony from infection, on the one hand, and the need for cheap migrant labour, on the other." In their efforts to identify medical threats as varied as bubonic plague, tuberculosis, and malaria, public health officials medicalized migrants through examination, diagnosis, and certification. Dube's assessment of this medicalization process reveals the extent to which *perceptions* of disease, of medical threat, and the state responses thereto, were shaped by racist concepts of the "diseased African." Despite the power imbalance, it is clear from this article that African labourers exercised a degree of agency in the face of public health directives, rendering the border less fixed than medical officials had hoped.

In Laura Madokoro's article on medical testing of Chinese migrants to Canada, the power of medical professionals in determining the course of migration is equally evident. The Canadian state had taken small steps in the 1950s and early 1960s to revise its immigration policy from one that focussed predominantly on white immigrants from the British Isles and Northern Europe to one that was somewhat more flexible and ostensibly "race neutral." This twenty-year transition began with the repeal, in 1947, of the Chinese Immigration Act, which had been put in place after the First World War. The criterion for exclusion thus shifted from racial to medical (in)admissibility. In practice, however, a network of approved doctors abroad could perform the required medical examinations of would-be immigrants, introducing new systemic barriers. For example, although Chinese were now permitted to immigrate to Canada, there were widespread concerns amongst government officials of fraudulent documentation and identities. In

this context, medical inspection served as a new “technology of exclusion.” Immigration officials were encouraged to apply strict guidelines in the use of X-ray examination to determine age (since family sponsorship was capped at age 21) as a method of exclusion. Likewise, blood tests were relied upon in the 1960s to determine the legitimacy of claims to family ties in immigration, even as the efficacy of these (and the X-ray) tests were debated by government officials. Madokoro concludes that the use of the “seemingly scientific and neutral practice” of medical testing in immigration policy was, in fact, deeply reflective of the debates about race and politics in a period of transition for immigration policy among white settler societies.

Jan Raska’s article follows naturally from that of Madokoro by examining the medicalization of immigrants to Canada at the close of the 1950s. Immigrants with tuberculosis had been, historically, beyond the pale as admissible newcomers to Canada (or to other, comparable English-speaking countries). Pre-existing conditions such as this would have rendered such candidates ineligible for general immigration under the pretext that their medical conditions and/or disability would constitute an intolerable burden to the health care system of the receiving nation. On the other hand, there was considerable international pressure for Canada (and other industrialized countries) to help solve the “refugee problem” in Europe, one that persisted even 15 years after the cessation of hostilities. Canada had initially dragged its feet, and even failed to sign up to the United Nations refugee convention. Nevertheless, under the leadership of Canada’s first female federal cabinet minister, Ellen Fairclough, the federal government responded to the pressure from domestic nongovernmental groups by making the settlement of some 300 “TB refugees” from Displaced Persons camps palatable to the public and the media. Raska sees this unusual concession as an antecedent to more progressive immigration policy reforms of the later 1960s, although he also notes that change was slow in coming: the 2,000 (general) refugees whom Canada admitted annually before 1967 were almost all from European countries.

Canada was not the only country to witness a subtle shift from “overt” immigration exclusion—based on race—to one of medical examination that perpetuated racial and national stereotypes. Eureka Henrich considers the medicalization of the immigrant in the context of Australia’s mass immigration policy following the Second World War. She examines the ways in which prominent psychiatrists developed psychoanalytic readings of their immigrant patients who suffered varying forms of trauma in their pre-immigration, immigration, and post-immigration experiences. Published in established medical journals and finding their way into public policy, the research on the immigrant psyche developed into a powerful “medical discourse.” In this discourse, assimilation itself was medicalized into a “cure for neuroses inherent to the migrant condition,” while at the same time serving as a “balm for neurotic attitudes in the wider Australian community.” While taking into account the peculiarities of specific “immigrant types” and “nationality traits,” this approach nevertheless linked the prospects of good mental health to assimilation into the Australian host society.

The migration of poor Irish (in the case of New Brunswick, Canada), or of African labourers (in Zimbabwe), or of post-Second World War refugees to Canada or Australia, could be framed as one principally of economic survival. In Royden Loewen's account of Old Colony Mennonites in Latin America, however, the rationale for migration was less economic and more religio-cultural. Loewen explains that emigration was the norm in this particular expression of traditionalist Mennonite culture, as this group of coreligionists traversed large distances across the globe in continuous search for places in which to pursue a traditional way of agricultural life with minimal intrusion from outsiders. Thus, the migration of certain communities from Canada to Mexico, and environs farther south, was but one manifestation of a well-known migratory pattern. Yet, despite this preference for isolation from the so-called "modern world" and the rejection of mechanized farming techniques, these Old Colony Mennonites developed "a complicated and ironic relationship with modern medicine." Mennonites frequently resorted to modern medical procedures and formal "Western" medical institutions for the latest treatment of specific medical conditions—cancers and heart conditions, to use just two examples. At the same time, they retained traditional medical outlooks and treatments for some health concerns, and, for others, a fascinating hybrid of folk and modern medicine. One result of this semiporous, geocultural boundary between host society and migrant settler society was the emergence of highly respected female Mennonite medical practitioners who served as gatekeepers to the socioeconomic, cultural, and geographical divide of Mennonite and non-Mennonite communities.

Royden Loewen's article reminds us that borders and boundaries are not *necessarily* states' constructions, and nor are they always associated with firm lines on a map. Indeed, the borders negotiated by Mennonite communities in Loewen's study have more to do with sociocultural understandings than institutional structures. Moreover, as several of the articles in this collection illustrate, even the ostensibly solid boundaries established along state lines could be made permeable in certain situations, for, or by, particular groups of people. If the meaning of "borders" ought to be considered with care, the articles in this collection also remind us that time and place matter. New scientific findings and technological innovations fundamentally altered migrants' experiences of medical inspection and management over time, just as political agendas across national contexts might make for radically different state responses to the discovery of ill health or contagion in particular migrant populations. Likewise, the role of healthcare authorities in the regulation of borders vis-à-vis migrants has changed over the course of the nineteenth and twentieth centuries, as professionalization in the field of medicine has informed state policies and practices. The collection of six articles that follows is far from exhaustive in its exploration of the intertwined subjects of migration, borders, and health. The aim of this special section of *Histoire sociale/Social History* is to showcase new research and to stimulate new ways of thinking about how these subjects might be understood in combination.



Graduate nurses from Asia, attending McGill University under the Colombo Plan and the World Health Organization, discuss medical conditions in their own countries.

Source: Canada Department of Manpower and Immigration/Library and Archives Canada.

Infirmières diplômées d'Asie inscrites à l'Université McGill sous le Plan de Colombo et l'Organisation mondiale de la santé discutant des conditions médicales de leur pays.

Source : Canada. Ministère de la main-d'oeuvre et de l'immigration/Bibliothèque et Archives Canada.

Introduction – Les frontières historiques de la santé et de la mobilité

LISA CHILTON, LAURA MADOKORO,
JAMES MORAN, ET DAVID WRIGHT*

LES RÉCENTES MIGRATIONS de masse, alimentées par l’instabilité des États-nations, la guerre, la dégradation de l’environnement et les incroyables disparités mondiales en matière de richesse ont propulsé la question du contrôle des frontières et de l’immigration au sommet des préoccupations internationales. Après deux générations consacrées à la mise en place de grandes institutions, supranationales, et à la promotion du libre-échange et de la mobilité de la main-d’œuvre, le balancier semble amorcer un retour vers le repliement, le protectionnisme et la xénophobie. Les frontières politiques – et même les barrières physiques – occupent une place importante dans le discours et la réalité de la vie politique contemporaine. Même si l’autodétermination économique et la protection contre le terrorisme ont alimenté une bonne partie du discours politique, les questions anciennes de la surveillance des épidémies et du fardeau sanitaire des immigrants couvent elles aussi sous le tapis. La crainte de la maladie et la peur de l’étranger se sont conjuguées pour entraîner de vives réactions dans les sociétés d’accueil.

Les spécialistes de l’histoire sociale de la médecine et de l’immigration ont de multiples perspectives à ajouter à ces importants débats contemporains¹. Depuis le XVII^e siècle, des colons ont commencé à affluer en Amérique du Nord en provenance de villes d’Europe de l’Ouest surpeuplées, en proie à la maladie, ce qui a créé un lien manifeste entre l’immigrant nouvellement arrivé et la contagion et a eu des conséquences dévastatrices, en particulier pour les peuples autochtones. Les ports de l’est et de l’ouest des Amériques et de l’Australasie ont tenté de mettre en place des protocoles de quarantaine pour endiguer les maladies infectieuses

* Les auteurs sont les rédacteurs invités de la présente section thématique sur « Les frontières historiques de la santé et de la mobilité ». Lisa Chilton est professeure agrégée au Département d’histoire et directrice du programme Communication appliquées, leadership et culture à l’Université de l’Île-du-Prince-Édouard; Laura Madokoro, professeure agrégée au Département d’histoire et d’études classiques de l’Université McGill; James Moran, professeur et directeur du Département d’histoire de l’Université de l’Île-du-Prince-Édouard; David Wright, professeur d’histoire et directeur de la Chaire de recherche du Canada en histoire des politiques de la santé à l’Université McGill. Les rédacteurs invités tiennent à remercier l’Université de l’Île-du-Prince-Édouard, l’Université McGill, Associated Medical Services Inc., le programme des Chaires de recherche du Canada ainsi que le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada de leur appui au colloque « Santé, médecine et mobilité : les migrations internationales dans une perspective historique » (UPEI 2016), duquel sont issus les articles de ce recueil. Les rédacteurs invités ainsi que le conseil de direction de la revue tiennent à remercier André LaRose pour la traduction de cette introduction.

1 Alan Kraut, *Silent Travelers: Germs, Genes, and the “Immigrant Menace”*, New York, Basic Books, 1994.

« à la frontière »² par le biais de l'inspection et de l'isolement temporaire des navires marchands et des bateaux de passagers. La quarantaine a longtemps été en Occident une réponse sur le plan de la santé publique³; elle a cependant trouvé de nouvelles formes d'expression dans les vagues successives de pandémies associées à différentes générations de nouveaux venus. Pensons à la variole, amenée par les Espagnols, les Français et les Anglais, qui a terrorisé les populations coloniales et les Premières Nations; au typhus, qui accompagnait la migration transocéanique des Irlandais fuyant la Grande Famine; à la grippe, propagée par la démobilisation de dizaines de milliers de soldats à la fin de la Première Guerre mondiale; à la tuberculose, qui a fait irruption au cours de l'après-guerre chez des réfugiés venus de l'Est autant que de l'Ouest; enfin, à l'épidémie de VIH/sida qui, à la fin du XX^e siècle, en plus de dévaster l'Afrique subsaharienne et les Antilles, a eu un effet pernicieux à cause de son association avec les personnes de couleur, les utilisateurs de drogues et l'homosexualité⁴.

Alors que les États-nations développaient leur appareil administratif pour surveiller des frontières poreuses, chaque génération a tenté (le plus souvent sans succès) de mettre en place des contrôles qui répondraient aux préoccupations concernant la maladie et la crainte des migrants. À l'époque contemporaine, les épidémies transnationales de choléra de 1831-1832, de 1848, de 1854-1856 et de 1866 figurent au premier plan. Elles ont en effet inspiré des techniques novatrices de surveillance et d'inspection et procuré un laboratoire humain à des enquêtes scientifiques qui allaient étayer la nouvelle théorie expliquant la maladie par des germes. Comme de nombreuses parties du monde, le Canada avait réquisitionné des îles au large de ses principaux ports et y avait établi de petites communautés de médecins, d'ecclésiastiques et d'employés pour s'occuper des migrants résignés. Logique du point de vue médico-sanitaire, la mise en isolement a laissé un legs qui a souvent été un legs de misère et de monuments commémoratifs; la tragédie de 1847 à Grosse-Île, près de Québec, en fournit l'exemple⁵. Au moment de l'épidémie de 1854, le principe de l'inspection médicale des immigrants – à laquelle s'ajoutaient leur désinfection et leur décontamination – faisait déjà partie d'un système complexe de surveillance et de contrôle, ce qui rassurait (à tort) le

2 Pour un ouvrage collectif traitant des cent cinquante dernières années, voir Alison Bashford (dir.), *Medicine at the Border: Disease, Globalization and Security, 1850 to the Present*, Londres, Palgrave MacMillan, 2014; voir aussi Alison Bashford, « Immigration Restriction: Rethinking Period and Place from Settler Colonies to Postcolonial Nations », *Journal of Global History*, vol. 9, n° 1, 2014, p. 26-48.

3 Eugenia Tognotti, « Lessons from the History of Quarantine, from Plague to Influenza », *Emerging Infectious Diseases*, vol. 19, n° 2, février 2013, p. 254-259, consulté le 31 janvier 2018, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3559034/>.

4 Samuel Roberts, *Infectious Fear: Politics, Disease, and the Health Effects of Segregation*, Chapel Hill, University of North Carolina Press, 2009.

5 Il existe maintenant beaucoup de travaux sur les épidémies de choléra et la quarantaine au XIX^e siècle. Pour une sélection d'études dans différents pays, voir Michael Durey, *The Return of the Plague: British Society and the Cholera 1831-2*, Dublin, Gill and MacMillan, 1979; Geoffrey Bilson, *A Darkened House: Cholera in Nineteenth-Century Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 1980; François Delaporte, *Disease and Civilization: The Cholera in Paris, 1832*, Cambridge (Mass.), MIT Press, 1986, et *Le savoir de la maladie. Essai sur le choléra de 1832 à Paris*, Paris, Presses universitaires de France, 1990; Charles Rosenberg, *The Cholera Years in 1832, 1849, and 1866*, Chicago, University of Chicago Press, 1987; et Richard Evans, *Death in Hamburg: Society and Politics in the Cholera Years, 1830-1910*, Oxford, Oxford University Press, 1987.

public sur le fait que quelque chose était fait pour combattre la contagion⁶. Les progrès dans les transports ont évidemment modifié (et compliqué) le dépistage médical à la frontière, étant donné que l'essor de la navigation à vapeur avant les années 1880 et l'arrivée de la navigation aérienne à coût abordable après la guerre ont accru la dynamique (et la portée) d'éventuelles épidémies⁷.

Il n'est guère étonnant que la crainte de l'imminence de la mort et de la maladie ait suscité et exacerbé les tensions raciales, sociales et religieuses sous-jacentes dans les collectivités touchées ou menacées. À mesure que les théories raciales ont commencé à circuler – et même à prédominer – dans le discours politique et le discours médical dans la deuxième moitié du XIX^e siècle, une justification supplémentaire de l'exclusion et de la culpabilité a trop facilement été employée dans les temps de crise de la santé publique. C'est ainsi que les éruptions de variole à San Francisco et à Calgary à la fin du XIX^e siècle ont provoqué des émeutes raciales en 1892 (contre les immigrants chinois et les communautés chinoises de la côte ouest) ou la réclusion de groupes ethnoculturels ou religieux (comme les Juifs d'Europe de l'Est de la ville de New York dans les années 1890)⁸. La logique de la quarantaine s'appliqua aussi à la gestion des peuples autochtones par l'État. Le Canada et l'Afrique du Sud, par exemple, ont imposé les réserves et les *homelands* comme une sorte de séquestration médico-raciale interne, et les hôpitaux pour les Indiens ont été justifiés, en partie, par le désir d'isoler et d'endiguer les « maladies indigènes »⁹. En revanche, certains historiens ont soutenu que les groupes vulnérables n'étaient pas toujours isolés, même quand la situation sociale s'y prêtait amplement, comme le montre Elyllt Jones dans son analyse de la grippe espagnole à Winnipeg¹⁰.

Les mesures de contrôle des maladies à la frontière reflétaient donc l'ambivalence envers les nouveaux venus dans les États accueillant des immigrants. D'un côté, de nombreux pays, entre autres les sociétés formées de colons blancs comme les États-Unis, le Canada, l'Australie et la Nouvelle-Zélande, souhaitaient s'étendre et consolider leurs revendications territoriales grâce à une expansion

6 Lisa Chilton, *Accueillir les immigrants au Canada. Le travail de l'État avant 1930*, Ottawa, Société historique du Canada, 2016.

7 La portée de l'infection épidémique est bien historicisée dans Jacalyn Duffin et Arthur Sweetman (dir.), *SARS in Context: Memory, History, and Policy*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 2006.

8 Howard Markel, *Quarantine! East European Jewish Immigrants and the New York City Epidemics of 1892*, Baltimore (Mar.), Johns Hopkins University Press, 1997; Nayan Shah, *Contagious Divides: Epidemics and Race in San Francisco's Chinatown*, Berkeley, University of California Press, 2001; Kristin Burnett, « Race, Disease, and Public Violence: Smallpox and the (Un)Making of Calgary's Chinatown, 1892 », *Social History of Medicine*, vol. 25, n° 2, 2012, p. 362-379; voir aussi Natalia Molina, *Fit to be Citizens? Public Health and Race in Los Angeles, 1879-1939*, Berkeley, University of California Press, 2006; et Emily K. Abel, *Tuberculosis and the Politics of Exclusion: A History of Public Health and Migration to Los Angeles*, New Brunswick (N.J.), Rutgers University Press, 2007.

9 Voir Howard Jones, *Plague, Pox and Pandemics: A Jacana Pocket History of Epidemics in South Africa*, Londres, Jacana, 2012; et Maureen Lux, *Separate Beds: A History of Indian Hospitals in Canada, 1920-1980*, Toronto, University of Toronto Press, 2016.

10 Elyllt Jones, « 'Co-operation in All Human Endeavour': Quarantine and Immigrant Disease Vectors in the 1918-1919 Influenza Flu Pandemic in Winnipeg », *Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, vol. 22, n° 1, 2005, p. 57-82.

démographique massive et à l'appropriation des terres des autochtones¹¹. Or ces objectifs ne pouvaient être atteints qu'au moyen d'énergiques campagnes de promotion de l'immigration financées par l'État. D'un autre côté, l'État exigeait un degré de surveillance afin d'admettre uniquement le « bon » type de personnes. L'édification de la nation était donc intimement liée à la capacité de l'État de sélectionner (et de rejeter) les nouveaux immigrants en fonction de préjugés sociaux, politiques, raciaux et médicaux fluctuants¹². La sélection exigeait – du moins en théorie – l'expulsion ou, si possible, l'empêchement de la migration au départ¹³. À la faveur de la complexification progressive des structures administratives de la réglementation de l'immigration, les États ont pu, en théorie du moins, procéder à des inspections sanitaires *avant même* l'immigration et les intégrer à un processus bureaucratique d'approbation bien loin de leurs frontières.

Quoique l'historiographie ait mis en grande partie l'accent sur la prévention, la surveillance et la quarantaine de la maladie infectieuse, la déficience a toujours figuré au premier plan dans la législation des pays industrialisés accueillant des migrants. Des publications récentes sur l'histoire de la déficience ont fait beaucoup pour jeter une lumière nouvelle sur ce champ de l'histoire de l'immigration longtemps négligé. Par exemple, les « idiots » et les « aliénés » sont au nombre des migrants interdits dans les lois d'un bout à l'autre du monde occidental à partir des années 1870, soit à peu près au même moment où ils apparaissent comme catégories dans les recensements de la Grande-Bretagne, des colonies britanniques et des États-Unis¹⁴. Ces individus reconnus pour avoir une incapacité mentale permanente ou chronique allaient, affirmait-on, faire porter un fardeau insupportable à leur pays d'accueil et contribuer à la dégénérescence nationale s'il leur était permis de procréer « librement » dans leur pays d'adoption. De telles craintes reflétaient et alimentaient à la fois l'accroissement spectaculaire du nombre et de la taille des asiles publics d'aliénés et d'idiots partout dans le monde occidental, où des médecins-chefs, des spécialistes en éducation et des politiciens acquis à la cause craignaient que l'« Ancien Monde » ne se décharge de sa population dégénérée sur le « Nouveau Monde ». Comme l'a montré Ian Dowbiggin, bon nombre des premiers psychiatres professionnels ont manifesté un vif intérêt pour la surveillance psychologique et le rejet, à la frontière, pour « garder

11 Voir John Weaver, *The Great Land Rush and the Making of the Modern World, 1650-1900*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 2003.

12 Johanna Poblete, « The S.S. Mongolia Incident: Medical Politics and Filipino Colonial Migration in Hawai'i », *Pacific Historical Review*, vol. 82, n° 2, 2013, p. 248-278; Amy L. Fairchild, *Science at the Borders: Immigrant Medical Inspection and the Shaping of the Modern Industrial Labor Force*, Baltimore (Mar.), Johns Hopkins University Press, 2003; Lisa Chilton, « Sex Scandals and Papist Plots: The Mid-Nineteenth-Century World of an Irish Nurse in Quebec », *Journal of Women's History*, vol. 27, n° 3, automne 2015, p. 109-131.

13 Voir Fiona Miller, « Making Citizens, Banishing Immigrants: The Discipline of Deportation Investigations, 1908-1913 », *Left History*, vol. 7, n° 1, 2000, p. 62-88; et Ellen Scheinberg, « Canada's Deportation of 'Mentally and Morally Defect' Female Immigrants After the Second World War » dans Marjory Harper (dir.), *Migration and Mental Health: Past and Present*, Londres, Palgrave MacMillan, 2016, p. 171-198.

14 Douglas Baynton, « Defect: A Selective Reinterpretation of American Immigration History » dans Nancy Hirschmann and Beth Linker (dir.), *Civil Disabilities: Citizenship, Membership and Belonging*, Philadelphie, University of Pennsylvania Press, 2015, p. 44-64.

l'Amérique saine d'esprit »¹⁵. Ces craintes ont atteint un nouveau sommet à l'aube de la Première Guerre mondiale, quand de larges et coûteux asiles d'aliénés aux quatre coins du monde occidental semblaient déborder de patients immigrants.

La santé mentale des immigrants était-elle mauvaise *comparativement* à celle des non-immigrants au cours des grandes vagues d'immigration du siècle précédant la Première Guerre mondiale ? Voilà une question historique qui demeure ouverte et en grande partie sans réponse. Mais la théorie accusant l'Ancien Monde de s'être sciemment débarrassé de ses habitants mentalement incompetents dans le Nouveau Monde est difficile à croire. En effet, une donnée démographique indéniable est que l'Irlande avait, au XIX^e siècle, la plus vaste population asilaire (par habitant) du monde occidental, ce que les historiens irlandais de la médecine ont attribué au fait qu'en Irlande, les personnes dépendantes mentalement ou physiquement étaient le plus souvent « laissées pour compte »¹⁶. Ce phénomène trouve un équivalent dans les observations faites dans les études sur les réfugiés à propos des migrants les plus vulnérables et les plus démunis ; selon elles, ces gens sont incapables de se sortir de conditions désespérées et revendiquent la protection internationale¹⁷. Une explication plus plausible du nombre disproportionné d'immigrants dans les asiles nord-américains réside dans l'éloignement des proches engendré par la migration, phénomène qui leur laissait peu de choix à une période de leur vie éprouvante sur les plans émotif et psychologique¹⁸.

La souffrance psychologique n'était certainement pas statique ; il ne s'agissait pas non plus d'un quelconque état préexistant que le migrant franchissant des frontières nationales ou continentales transportait dans ses bagages. Les spécialistes des migrations internationales se demandent en effet depuis longtemps de quelle manière le processus de migration mondial *a engendré* la souffrance et la déficience psychologiques chez les migrants¹⁹. Que ce soit à travers les guerres civiles et les soulèvements nationalistes de décolonisation en Afrique ou en Asie, la séparation de peuples à la suite de guerres civiles ou de guerres de décolonisation ou encore de vagues de « nettoyage » ethnique ou religieux, les soulèvements sociaux et politiques ont mené au déplacement et à la migration forcée de millions de gens. Nombreuses sont les personnes qui ont porté les cicatrices psychologiques du déracinement. Des ouvrages collectifs récents traitent d'ailleurs des liens entre

15 Ian Dowbiggin, *Keeping America Sane: Psychiatry and Eugenics in the United States and Canada, 1880-1940*, Ithaca (N.Y.), Cornell University Press, 1997.

16 Catherine Cox (dir.), *Negotiating Insanity in the southeast of Ireland, 1820-1900*, Manchester, Manchester University Press, 2012.

17 Craig Walzer (dir.), *Out of Exile: Narratives from the Abducted and Displaced People of Sudan*, San Francisco (Calif.), McSweeney's Publishing, 2015.

18 David Wright et Tom Themeles, « Migration, Madness, and the Celtic Fringe: A Comparison of Irish and Scottish Admissions to Four Canadian Mental Hospitals, c. 1841-91 » dans Angela McCarthy et Catharine Coleborne (dir.), *Migration, Ethnicity, and Mental Health: International Perspectives, 1840-2010*, New York, Routledge, 2012, p. 39-54.

19 Dinesh Bhugra et Susham Gupta, *Migration and Mental Health*, Cambridge, Cambridge University Press, 2011 ; Fleur Johns, Mary Crock et Damien Freeman, « Migration, Mental Health and Human Rights », *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 27, n° 6, 2004, p. 505-509.

le processus de migration lui-même et les problèmes psychologiques ou autres problèmes de santé²⁰.

Avec la mise en place de l'État providence après la Seconde Guerre mondiale, les pays ont commencé à rivaliser pour un autre type de migrant : les professionnels de la santé et les soignants qualifiés. Comme la demande de services de santé a explosé dans les pays riches, une nouvelle vague transnationale de soignants est apparue ; l'infirmière philippine et le médecin indien en sont les symboles, mais il en existe d'autres²¹. Dans les années 1950, l'expansion des systèmes de santé en Grande-Bretagne et au Canada avait déjà suscité une demande insatiable en personnel infirmier, même en provenance de régions et de pays auxquels on refusait auparavant l'accès à l'immigration, ce qui a marqué le début de l'afflux d'infirmières et d'infirmiers afro-antillais et sud-asiatiques aux termes des clauses des règlements sur l'immigration concernant le « caractère exceptionnel »²². Dans les années 1960 et 1970, ce personnel a été suivi par un véritable déluge de médecins venant de tous les coins du monde. Dans la deuxième moitié du XX^e siècle, des pays comme le Canada encourageaient activement la migration de certains médecins, tout en rejetant celle de personnes malades ou déficientes en provenance des mêmes pays²³. Cela était vraiment paradoxal, car de nombreux pays de l'Ouest commençaient à mettre en place des régimes d'assurance maladie universels en tant que projets « nationaux » de justice sociale, régimes possibles uniquement grâce à l'immigration de non-nationaux²⁴.

L'entrecroisement de l'histoire des migrations et de celle des maladies, de la déficience et de la prestation des soins de santé se manifeste de diverses façons, riches et fascinantes. Dans cet esprit, un colloque sur la santé, la médecine et la mobilité a mis en valeur les travaux récents. Tenu en 2016 à l'Université de l'Île-du-Prince-Édouard et coparrainé par l'Université McGill, il a été organisé sous les auspices de la Société canadienne de l'histoire de la médecine et du Comité canadien sur la migration, l'ethnicité et le transnationalisme. Pour souligner le

20 Angela McCarthy et Catharine Coleborne (dir.), *Migration, Ethnicity, and Mental Health: International Perspectives, 1840–2010*, New York, Routledge, 2012 ; Catherine Cox et Hilary Marland (dir.), *Migration, Health and Ethnicity in the Modern World*, Londres, Palgrave Macmillan, 2013 ; Marjory Harper (dir.), *Migration and Mental Health: Past and Present*, Londres, Palgrave Macmillan, 2016.

21 Catherine Choy, *Empire of Care: Nursing and Migration in Filipino American History*, Durham (N.C.), Duke University Press, 2003 ; Espiritu Yen Le, « Gender, Migration, and Work: Filipina Health Care Professionals to the United States », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 21, n° 1, 2005, p. 55-75 ; Charles Adeyanju et Nicole Neverson, « 'There Will Be a Next Time': Media Discourse about an 'Apocalyptic' Vision of Immigration, Racial Diversity, and Health Risks », *Canadian Ethnic Studies*, vol. 39, n° 1/2, 2007, p. 79-105 ; Julian M. Simpson, *Migrant Architects of the NHS: South Asian Doctors and the Reinvention of British General Practice (1940s-1980s)*, Manchester, Manchester University Press, 2018.

22 Karen Flynn, « Race, the State, and Caribbean Immigrant Nurses, 1950-1962 » dans Georgina Feldberg *et al.* (dir.), *Women, Health, and Nation: Canada and the United States since 1945*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 2003, p. 247-263 ; et Flynn, *Moving Beyond Borders: A History of Black Canadian and Caribbean Women in the Diaspora*, Toronto, University of Toronto Press, 2011.

23 Pour une série d'études à ce propos, voir David Wright et Laurence Monnais (dir.), *Doctors Beyond Borders: The Transnational Migration of Physicians in the Twentieth Century*, Toronto, University of Toronto Press, 2016.

24 Julian Simpson *et al.*, « Writing Migrants Back into NHS History: Addressing a 'Collective Amnesia' and its Policy Implications », *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 103, n° 10, 2010, p. 392-396.

caractère mondial de ce champ de l'histoire, le territoire couvert par les exposés comprenait l'Océanie, le Royaume-Uni, l'Amérique du Nord, l'Amérique latine, l'Asie du Sud et la Chine. Quant aux discussions lors de ce colloque, elles ont clairement montré le potentiel comparatif passionnant de la santé, de la maladie et des migrations aux niveaux transnational, impérial et mondial.

La présente section thématique d'*Histoire sociale/Social History* issu du colloque de l'Île-du-Prince-Édouard contribue à cette historiographie riche et en plein essor. Les études qui suivent s'inscrivent dans une large gamme de contextes géographiques (incluant l'Amérique latine, le Zimbabwe, la Chine, le Canada et l'Australie) et vont des années 1840 jusqu'au début du XXI^e siècle. Ces articles portent sur les questions et les sujets signalés dans cette introduction et abordent au moins un des thèmes suivants: 1) les frontières en tant que lieux de surveillance, de négociation et d'exclusion de corps en mauvaise santé; 2) la médicalisation des migrants comme forme de régulation, de discipline et, parfois, d'autonomisation; 3) la racialisation des migrants malades ou déficients; 4) la création d'un discours sur les (im)migrants «malades» ou «à risque». Individuellement et collectivement, les articles témoignent des avantages qu'il y a à examiner comment ces thèmes qui se recoupent peuvent aider à mieux comprendre les migrations et la santé, tant pour jeter un nouvel éclairage sur d'importants chapitres de l'histoire sociale des migrations et de la médecine que pour permettre de mieux comprendre les enjeux actuels des politiques publiques.

Dans « Des morts sur la Miramichi », Lisa Chilton se penche sur l'histoire tragique du *Looshtauk*, un navire rempli de migrants désespérément malades ou mourants – des Irlandais victimes de la famine arrivés dans une ville portuaire du Nouveau-Brunswick au plus fort de l'épidémie de typhus de 1847. Chilton étudie les réactions de gens ordinaires en contexte colonial à l'arrivée de nouveaux venus présentant un danger imminent pour la communauté d'accueil. Ses travaux démontrent qu'il n'y avait pas d'affinité naturelle entre les habitants de la colonie et les immigrants devant les deux formes d'épreuve que représentaient la migration et la maladie. Les riches archives locales révèlent une combinaison complexe de crainte et de désarroi, de prudence et de compassion, sentiments qui pourraient bien avoir été ceux d'autres communautés d'accueil d'immigrants en ces temps d'épidémies mortelles. Cet article, qui met l'accent sur l'expérience de personnes appelées inopinément à accueillir des migrants perçus surtout comme un danger pour la santé, apporte une nouvelle perspective à la recherche sur l'histoire de la quarantaine.

Les études sur les expériences des migrants pauvres qui ont quitté les ports d'Europe en quête de possibilités économiques outre-Atlantique soulignent le caractère souvent traître de leur parcours pour réussir à entrer dans un nouveau pays. Toutefois, il est clair également qu'après avoir atteint la frontière du pays convoité, les migrants se heurtaient à des difficultés parfois insurmontables pour aller plus loin. Les frontières intérieures entre les puissances coloniales pouvaient être réelles (ou imaginaires), puisque les travailleurs migrants devaient passer au travers des inspections médicales. Francis Dube se penche sur la médicalisation des migrants arrivant au Zimbabwe aux derniers temps du colonialisme dans le

sud de l'Afrique. La vive concurrence impériale entre le Portugal et la Grande-Bretagne en Afrique méridionale a entraîné, au Zimbabwe, un accroissement de la demande en main-d'œuvre venant des pays voisins – le Mozambique, le Malawi et la Zambie. Toutefois, migration de travailleurs pouvait aussi vouloir dire migration de maladies. Comme Dube l'explique, « les difficultés liées au fait d'autoriser uniquement les travailleurs en bonne santé à traverser ce qui était essentiellement une frontière restrictive et pourtant poreuse » découlaient du désir « paradoxal » de « préserver la colonie de l'infection, d'une part, » et de « la nécessité de faire appel à une main-d'œuvre migrante à bon marché, d'autre part ». Dans leurs efforts pour déceler des menaces aussi variées que la peste bubonique, la tuberculose et la malaria, les autorités de la santé publique ont médicalisé les migrants au moyen d'examen, de diagnostics et de certifications. L'évaluation de ce processus de médicalisation par Dube montre à quel point les *perceptions* de la maladie, de la menace pour la santé et les réactions subséquentes de l'État ont été façonnées par des idées racistes sur l'« Africain malade ». Malgré l'inégalité des forces, il est clair, à la lecture de cet article, que les travailleurs africains confrontés aux directives en matière de santé publique ont disposé d'une certaine latitude, ce qui a rendu la frontière moins fixe que ne l'avaient espéré les autorités médicales.

Dans l'article de Laura Madokoro à propos des examens médicaux administrés aux migrants chinois au Canada, le pouvoir des professionnels de la santé dans la détermination du cours de la migration est également évident. L'État canadien a légèrement révisé sa politique d'immigration dans les années 1950 et 1960; principalement axée à l'origine sur les immigrants blancs provenant des îles Britanniques et de l'Europe du Nord, elle est devenue un peu plus souple et ostensiblement « neutre sur le plan de la race ». Cette transition de vingt-deux ans a commencé en 1947 par l'abrogation de la Loi concernant l'immigration chinoise, loi qui avait été mise en place après la Première Guerre mondiale. Les raisons de santé ont ainsi remplacé les raisons de race comme critère d'exclusion. En pratique, cependant, un réseau de médecins approuvés pouvaient procéder à l'étranger aux examens médicaux requis des candidats à l'immigration, ce qui a introduit de nouvelles barrières systémiques. Par exemple, même si les Chinois avaient désormais la permission d'immigrer au Canada, les fonctionnaires étaient généralement préoccupés par la fraude dans les pièces justificatives et les identités. Dans ce contexte, l'inspection médicale a servi de « nouvelle technologie d'exclusion ». Les fonctionnaires de l'Immigration étaient encouragés à appliquer des directives strictes dans le recours, comme méthode d'exclusion, à l'examen aux rayons X pour déterminer l'âge (étant donné que le parrainage familial était plafonné à 21 ans). De la même manière, on se fiait aux tests sanguins dans les années 1960 pour déterminer la légitimité des prétentions relatives aux liens familiaux, alors même que l'efficacité de ces tests (et des rayons X) était remise en question dans l'Administration. Madokoro conclut que le recours à « la pratique apparemment scientifique et neutre » des tests médicaux dans la politique d'immigration reflétait profondément, en fait, les débats au sujet de la race et de la

politique dans une période où la politique d'immigration dans les sociétés issues du colonialisme blanc était en transition.

Jan Raska emboîte naturellement le pas à Madokoro dans son article qui traite de la médicalisation des immigrants au Canada à la fin des années 1950. Par le passé, les immigrants atteints de tuberculose ne faisaient pas partie des nouveaux venus admissibles au Canada (ou dans d'autres pays de langue anglaise comparables). Un état de santé préexistant comme celui-là aurait rendu des candidats de ce genre inadmissibles à l'immigration générale sous prétexte que leur état de santé ou leur déficience constituerait un fardeau intolérable pour le système de santé du pays d'accueil. Par ailleurs, il s'exerçait une pression internationale considérable sur le Canada, et d'autres pays industrialisés, pour qu'ils contribuent à résoudre le « problème des réfugiés » en Europe, problème qui persistait même quinze ans après la cessation des hostilités. Le Canada s'est d'abord traîné les pieds, et il a même refusé de signer la convention des Nations Unies sur les réfugiés. Néanmoins, sous la direction d'Ellen Fairclough, la première femme ministre dans un cabinet fédéral, le gouvernement canadien a réagi aux pressions de groupes non gouvernementaux du pays en rendant acceptable au public et aux médias l'établissement de 300 « réfugiés tuberculeux ». Raska considère cette concession inhabituelle comme un prélude aux réformes progressistes de la politique d'immigration de la fin des années 1960, même s'il constate également que le changement a été long à venir : les 2 000 réfugiés (généraux) que le Canada admettait chaque année avant 1967 provenaient presque tous de pays européens.

Le Canada n'était pas le seul pays à connaître le passage subtil d'une exclusion « avouée » fondée sur la race à une exclusion fondée sur un examen médical qui perpétuait des stéréotypes raciaux et nationaux. Eureka Henrich étudie la médicalisation de l'immigrant dans le contexte de la politique d'immigration massive de l'Australie après la Seconde Guerre mondiale. Elle examine les façons suivant lesquelles d'éminents psychiatres ont développé des interprétations psychanalytiques de leurs patients immigrants ayant souffert de diverses formes de traumatismes avant, pendant et après l'immigration. Publiés dans des revues médicales reconnues, les résultats de la recherche sur la psyché des immigrants, qui ont fini par influencer sur les politiques publiques, en sont venus à constituer un puissant « discours médical ». Dans ce discours, l'assimilation elle-même était médicalisée ; on en faisait une « cure pour la névrose inhérente à la condition de migrant » qui servait en même temps de « baume pour les attitudes névrotiques dans la population australienne en général ». Quoiqu'elle ait tenu compte des particularités de certains « types d'immigrants » et de certains « traits de nationalité », cette façon de voir liait néanmoins la bonne santé mentale à l'assimilation à la société d'accueil australienne.

La migration des Irlandais pauvres (dans le cas du Nouveau-Brunswick, au Canada), des travailleurs africains (au Zimbabwe) ou des réfugiés au Canada ou en Australie après la Seconde Guerre mondiale pourrait être présentée essentiellement comme une question de survie économique. Toutefois, dans le compte rendu que dresse Royden Loewen des mennonites de la Vieille Colonie en Amérique latine, ce sont moins des raisons d'ordre économique que des motifs religio-culturels qui

poussent à la migration. Loewen explique que l'émigration était la norme dans cette expression particulière de la culture mennonite traditionaliste, puisque ce groupe de coreligionnaires a traversé la planète sur de grandes distances, dans une quête incessante d'endroits où perpétuer un mode de vie agricole traditionnel comportant un minimum d'intrusion venant de l'extérieur. Ainsi, la migration de certaines communautés du Canada vers le Mexique, et les environs plus au sud, a simplement été l'illustration d'un modèle de migration bien connu. Pourtant, même s'ils préféraient s'isoler du soi-disant « monde moderne » et rejetaient les techniques de production agricole mécanisée, ces mennonites de la Vieille Colonie ont développé « une relation complexe et paradoxale avec la médecine contemporaine ». Les mennonites s'en sont remis fréquemment aux opérations médicales modernes et aux établissements de santé « occidentaux » officiels pour le traitement de pointe de certaines maladies – le cancer et les problèmes cardiaques, pour ne donner que ces deux exemples. En revanche, ils ont gardé les points de vue et les traitements médicaux traditionnels pour certains ennus de santé, et, dans d'autres cas, adopté une combinaison fascinante de médecine traditionnelle et de médecine contemporaine. L'émergence de praticiennes de la santé mennonites hautement respectées, qui ont maintenu la ligne de démarcation socioéconomique, culturelle et géographique entre les communautés mennonites et les autres, est le produit de cette frontière géoculturelle poreuse entre la société d'accueil et la colonie de migrants.

L'article de Royden Loewen rappelle que les frontières ne sont pas *nécessairement* des constructions étatiques; elles ne sont pas non plus toujours associées à des lignes tracées sur une carte. En effet, les frontières négociées par les collectivités mennonites dans l'étude de Loewen sont plus une affaire de conceptions socioculturelles que de structures institutionnelles. De plus, comme le montrent plusieurs articles de ce recueil, même les frontières bien établies aux limites des États pouvaient être rendues perméables dans certaines situations, pour ou par certains groupes de personnes. Le sens du mot « frontière » devrait certes être analysé avec soin, mais les articles de ce recueil rappellent aussi que le temps et le lieu ont de l'importance. Des découvertes scientifiques et des innovations technologiques ont fondamentalement modifié l'inspection médicale et la gestion de la santé qu'ont connues les migrants au fil du temps. De la même manière, les programmes politiques pouvaient engendrer des réactions de l'État radicalement différentes d'un pays à l'autre devant la découverte de la mauvaise santé ou de la contagion chez certaines populations de migrants. Le rôle des autorités sanitaires dans la régulation des frontières a lui aussi évolué au cours des XIX^e et XX^e siècles, à mesure que la professionnalisation de la médecine a façonné les politiques et les pratiques de l'État. Le recueil de ces six articles qui explorent l'interconnexion entre les migrations, les frontières et la santé est loin d'être exhaustif. Le but de cette section spéciale d'*Histoire sociale/Social History* est de mettre en valeur de nouvelles recherches et de susciter de nouvelles façons de comprendre ces sujets en les combinant.