

"Ces virus ambulants"

Discours et pratiques à l'égard des filles de justice atteintes de maladie vénérienne (Belgique, 1912-1950)

AURORE FRANÇOIS¹

Chargée de recherches F.R.S.-FNRS – Université catholique de Louvain

VEERLE MASSIN²

Doctorante en Histoire – Université catholique de Louvain

1. INTRODUCTION

La question des maladies vénériennes a déjà traversé diverses recherches, dans l'historiographie belge, qui ont démontré comment celles-ci avaient été au cœur de luttes morales et sanitaires, menées tout d'abord par le corps médical, reprises ensuite par les politiques, et ce depuis le milieu du XIX^e siècle jusqu'à la seconde guerre mondiale (Velle, 1987; Nys, 2003a:2003b). À l'exemple de ce qui arrive chez leurs confrères français (Corbin, 1979; 1998), une véritable panique s'empare des médecins belges, dès les années 1870, par rapport à ces maladies sexuellement transmissibles (syphilis, blennorragie, chancre, gonorrhée), dont les traitements resteront hypothétiques jusqu'aux années 1940. Tout comme l'alcoolisme et la tuberculose, elles sont montrées du doigt pour les risques de dégénérescence qu'elles feraient courir à la population – et donc à la nation – notamment par les tares que les malades développent, et qui seraient transmissibles de génération en génération. La notion d'hérédosyphilis – hérédité syphilitique – ou la transmission par les parents de la maladie à leurs enfants, se répand dans l'opinion, faisant croître la peur sociale au sujet des maladies vénériennes de manière spectaculaire.

¹ Aurore François, chargée de recherches F.R.S.-FNRS, et Veerle Massin sont toutes les deux membres du Centre d'Histoire du Droit et de la Justice (Université catholique de Louvain). Cette publication a été rédigée dans le cadre du Pôle d'Attraction Interuniversitaire P6/01 "Justice and Society: Sociopolitical History of Justice Administration in Belgium (1795-2005)", *Programme Pôles d'attraction interuniversitaires – État belge – Service public fédéral de programmation, Politique scientifique*.

² En ce qui concerne cet article, veuillez prendre contact avec: Aurore François, e-mail: aurore.francois@uclouvain.be; Veerle Massin, e-mail: veerle.massin@uclouvain.be

Jusqu'à la Première Guerre mondiale, la prostituée est clairement stigmatisée comme étant la principale source de ces maladies vénériennes, par sa débauche, son manque d'hygiène et son appartenance à la classe ouvrière. C'est donc autour de la question de la prostitution que la lutte contre les maladies vénériennes va d'abord s'organiser, lutte qui voit s'opposer les courants réglementariste (partisan d'un contrôle sanitaire et policier de la prostitution) et abolitionniste (partisan de la suppression de toute réglementation, voire, pour les formes les plus moralisatrices de ce discours, de la prostitution elle-même).³ Au cours de la Première Guerre mondiale, alors qu'une réglementation stricte est mise en place par l'occupant allemand et que les soins médicaux se développent peu à peu, l'angoisse liée aux maladies vénériennes, loin de disparaître, s'intensifie, notamment du fait de l'augmentation de l'activité prostitutionnelle dans certaines grandes villes (Nys, 2003a).

Mais un autre phénomène, encore peu étudié par l'historiographie belge, fait son apparition au cours de la Grande Guerre. Liesbet Nys l'évoque en quelques lignes dans une étude qui traite de la position des médecins militaires face à l'alcoolisme et aux maladies vénériennes:

"Dit lichtjes toegenomen begrip voor de beroepsprostitutie ging echter gepaard met een totaal nieuw fenomeen van de oorlogsjaren: het afgrijzen van legerartsen voor promiscue meisjes die hun lichaam gratis ter beschikking stelden van de soldaten. Deze meisjes vormden volgens de legerartsen een erg belangrijke besmettingshaard voor de venerische ziekten van militairen. Zij waren – net als de clandestiene prostituees – totaal onwetend op het vlak van geslachtsziekten en stonden niet onder een regelmatig medische controle" (Nijs, 2003b, 91).

Cette constatation rejoint les résultats d'autres recherches sur le plan international (Mooij, 1998; Davidson, 1994), qui ont montré que le péril vénérien était, à partir de la Première Guerre mondiale, de plus en plus associé à la question des jeunes filles "sexuellement émancipées". La jeune fille se retrouve au centre des préoccupations, aussi bien dans les discours que dans les politiques de lutte contre les maladies vénériennes, et une surveillance accrue est réclamée à l'égard de ces "dangers ambulants" pour la moralité publique. Cette observation pose un certain nombre de questions, notamment celle de l'appropriation du problème par le monde judiciaire, et plus précisément celui de la Protection de l'enfance. Nos recherches respectives y donnent des réponses, et permettent de comprendre non seulement comment les maladies vénériennes sont qualifiées dans les discours qui touchent à la jeunesse délinquante, mais aussi la manière dont la prise en charge des mineures

³. Si les abolitionnistes s'imposent de plus en plus dans l'opinion à partir des années 1880, le réglementarisme est d'application en Belgique jusque 1948 (François & Machiels, 2007).

atteintes de maladies sexuellement transmissibles a été organisée et gérée, jusqu'aux années 1950 et la généralisation du traitement par la pénicilline.

2. LES MALADIES VÉNÉRIENNES DANS LE DISCOURS DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE

La problématique des jeunes filles moralement 'en danger' a toujours été partie prenante de l'histoire de la protection de l'enfance, qui s'est construite petit à petit jusqu'à aboutir à une nouvelle législation applicable aux mineurs, en 1912. Les dernières décennies du XIXe siècle marquent un tournant dans la perception de l'enfant délinquant, enfant coupable dont la conception "s'estompe derrière celle de l'enfant en danger qu'il faut protéger plutôt que punir" (Dupont-Bouchat, 2004, 24).⁴ Au terme de plusieurs décennies de débats parlementaires, la Belgique se dote donc en 1912 de sa première loi sur la protection de l'enfance (Trepanier & Tulkens, 1995; Christiaens, 1999a, 1999b; Dupont-Bouchat & Pierre, 2001). Largement inspirée de la doctrine de la 'défense sociale' (Tulkens, 1988), cette législation nouvelle sort le mineur du champ pénal et institue les tribunaux pour enfants, confiant à des juges uniques et spécialisés le soin d'intervenir auprès de mineurs considérés à la fois comme en danger et dangereux. Dans cette perspective protectionnelle, les faits commis par ces mineurs passeront au second plan, derrière le milieu familial dont l'évaluation déterminera en grande partie la décision du juge: simple réprimande ou placement chez des particuliers ou en institution privée ou publique.

Dans ce contexte, les praticiens de la Protection de l'enfance ont désormais les moyens d'intervenir à l'égard de ces jeunes filles 'émancipées', atteintes d'une affection vénérienne, et qui présentent un risque de contamination, physique mais aussi moral, à l'égard du reste de la population.

⁴. Au sujet de ce nouveau regard porté à l'enfance délinquante en Belgique: (Christiaens, 1999a, 1999b; Dupont-Bouchat, 1996).

2.1. Les jeunes vénériennes en tant que population à risque: du préjugé à l'argumentaire scientifique

2.1.1. *Maladies vénériennes, risque social et sanitaire: une approche genrée*

L'un des aspects les plus remarquables du discours qui se développe autour des maladies vénériennes chez les enfants de justice réside dans son orientation systématique et presque exclusive vers les filles. Dans leur abondante littérature consacrée à la délinquance juvénile, son étiologie et ses traitements, les praticiens et les observateurs abordent toujours la question des maladies vénériennes au féminin. Les institutions et les méthodes présentées (Asile-Clinique de Bruges, Institut Saine-Marguerite de Cortone à Anvers) et les portraits de jeunes syphilitiques concernent toujours des filles de justice.

Au détour des procès-verbaux de l'Union des Juges des Enfants, en 1924 et 1925, on apprend pourtant que dans l'établissement d'éducation et d'observation de l'État pour garçons à Mol, le dépistage et le traitement des mineurs est systématiquement organisé⁵: les syphilitiques y représenteraient près de 30% de la population, estimée alors entre 100 et 150 garçons.⁶ S'agissant de ces derniers, le terme "d'hérédo-syphilis" est cependant le seul utilisé: les mœurs sexuelles des pensionnaires ne sont jamais envisagées (à l'exception de comportements assimilés à la déviance, tels l'onanisme ou la pédérastie), et le seul mode de transmission abordé dans les rares allusions à la syphilis chez les garçons relève de l'hérédité.

Dans sa thèse de doctorat portant sur 300 dossiers du tribunal des enfants de Bruxelles en 1929, Aimée Racine est la seule à aborder cette différenciation selon les sexes, sans cependant remettre les chiffres en cause:

"Les *maladies vénériennes* n'apparaissent que chez 3 d'entre nos 163 garçons, ce qui confirme la moindre fréquence de l'inconduite sexuelle parmi eux. Par contre, chez les filles, on trouve 17 cas de maladies vénériennes, soit 12,4% [...]. Il faut ajouter qu'en règle générale, seuls les mineurs confiés à un établissement d'observation sont examinés au point de vue qui nous occupe ici. Nos pourcentages doivent donc rester quelque peu en dessous de la réalité. Dans l'ensemble donc, sur les 82 mineures délinquantes de notre étude qui ont eu des rapports sexuels, 33 ou

⁵. Archives de l'État à Beveren (AEB), Union des Juges des Enfants (UJE), Procès-verbal de l'assemblée générale de l'Union des Juges des Enfants du 11 juillet 1925. Intervention du juge Wets (Tribunal des enfants de Bruxelles), p. 1.

⁶. AEB, UJE, Procès-verbal de l'assemblée générale de l'Union des Juges des Enfants du 6 décembre 1924. Intervention du juge Wets (Tribunal des enfants de Bruxelles), p. 7.

40%, c'est-à-dire *près de la moitié*, en ont gardé comme conséquence soit le fardeau d'une maternité illégitime, soit une maladie vénérienne".⁷

Ces écarts dans les chiffres, systématiquement mis sur le compte du dévergondage des filles par le discours moraliste ambiant, s'expliquent par un double facteur, inhérent aux pratiques des juridictions pour mineurs. Sans doute, les filles de justice sont-elles proportionnellement plus atteintes que les garçons par des maladies vénériennes contractées lors d'un contact sexuel. Elles sont en moyenne plus âgées et surtout, elles deviennent 'enfants de justice' du fait de leur comportement sexuel, largement stigmatisé, tandis que celui des garçons jouit d'une parfaite indifférence (pour peu qu'il s'inscrive dans la norme). Tandis que les garçons sont majoritairement poursuivis pour des faits de vols ou d'indiscipline, les filles qui comparaissent devant les juridictions pour mineurs sont presque toujours amenées à s'expliquer sur leur conduite sexuelle, que les faits soient qualifiés de prostitution (article 15 de la loi du 15 mai 1912), vagabondage (article 13) ou inconduite et indiscipline sur base d'une plainte des parents (article 14). Plutôt que le symptôme de mœurs sexuelles précoces et débridées, il convient donc de placer cette différence dans les chiffres sous le signe d'une criminalisation de la sexualité des jeunes filles.

Par ailleurs, l'absence de dépistage systématique chez tous les enfants de justice auquel Racine fait allusion afin de démontrer que les chiffres se situent vraisemblablement en-dessous de la réalité – participant de ce fait au catastrophisme qui règne alors – constitue une explication supplémentaire de cette surreprésentation des filles parmi les mineurs atteints de maladies vénériennes. Certes, moins nombreuses que les garçons (elles représentent moins d'un tiers des enfants jugés), les filles de justice font systématiquement l'objet de mesures plus sévères. Avant même leur jugement, elles sont souvent retirées à leurs familles et placées en institution par une ordonnance provisoire. Cette tendance se confirme lors des jugements (révisables par la suite), lors desquels la moitié des filles sont retirées à leurs familles et placées, pour la plupart, dans une institution privée ou publique, tandis que cette proportion chez les garçons n'est que d'un tiers. Or c'est précisément lors des séjours en institution qu'un bilan de santé est établi et que les affections vénériennes sont repérées. Dans le même sens, à des fins d'instruction, les filles sont fréquemment soumises à des explorations corporelles durant l'enquête, dans le but d'établir ou non une éventuelle défloration, examens qui

⁷ Racine (A.), *Les enfants traduits en justice. Étude d'après trois cent dossiers du tribunal pour enfants de l'arrondissement de Bruxelles*, Liège, 1935, pp. 107-108.

constituent par ailleurs une occasion supplémentaire de détecter d'éventuelles maladies.

2.1.2. *Syphilis, dégénérescence et réaction criminelle*

Quels sont donc les tenants et aboutissants de ce discours autour du péril vénérien, qui révèle une crispation très nette autour de la jeunesse féminine? Assurément, outre les aspects les plus terrifiants d'une maladie mortelle, c'est la transmission de la maladie d'une génération à l'autre et, en corollaire, l'idée de 'dégénérescence de la race' qui, dans les discours, tiennent le haut du pavé: "La syphilis est également une cause effroyable de dégénérescence, qui atteint la race dans ses jeunes éléments", explique en 1928 le juge des enfants de Bruxelles Paul Wets, poursuivant:

"Elle a sa répercussion sur le physique et conséquemment sur le moral des enfants syphilitiques. Les anomalies mentales, les malformations, n'ont souvent pas d'autres causes que la syphilis congénitale".⁸

Le corps médical, amplement relayé par les spécialistes et praticiens de la protection de l'enfance, a en outre tendance à développer un discours de méfiance autour des femmes en tant que vecteurs d'une maladie dont les signes extérieurs sont quelquefois particulièrement discrets, sinon inexistants: "Il faut se rappeler", précise par exemple le docteur Roucayrol, médecin renommé dans le traitement des maladies vénériennes, "que beaucoup de femmes sont porteuses de germes, et ont semé la contagion, *qui ne présentent en apparence aucune lésion des organes génitaux*".⁹ Les jeunes filles sont pour leur part d'autant plus stigmatisées que leur constitution physique les rendrait naturellement plus réceptives et contagieuses:

"Car dans ce cas on doit se rappeler que la jeune femme au début de la vie génitale, est en état de réceptivité exquise et qu'elle est infiniment plus sensible à la contagion, que la femme accoutumée".¹⁰

Un quart de siècle plus tard, l'idée reste profondément ancrée dans les esprits, en témoigne cette assertion du directeur de l'Asile-Clinique de Bruges, dans

⁸. Wets (P.), *L'enfant de justice. Quinze années d'application de la loi sur la protection de l'enfance*, Bruxelles, 1928, p. 99.

⁹. Roucayrol (E.), *L'électricité dans le traitement des urétrites aiguës et chroniques*, Paris, 1921, p. 9.

¹⁰. Roucayrol (E.), *L'électricité dans le traitement des urétrites aiguës et chroniques*, Paris, 1921, p. 54.

un numéro spécial de la *Revue de l'Éducation Surveillée* consacré à la Belgique:

"Les organismes jeunes offrent des terrains particulièrement réceptifs, qui conservent la virulence et entretiennent la contagiosité du gonocoque. Ce sont des réservoirs à virus les plus dangereux et le péril vénérien, s'il reste ou renaît menaçant, le sera davantage par l'augmentation de ces foyers jeunes. Les vénériennes mineures sont insouciantes, téméraires, sans résistance morale et sous les apparences de la meilleure santé quelquefois, elles hébergent le virus le plus agressif".¹¹

La syphilis, enfin, compte alors parmi les multiples affections qui ont la réputation de mener droit au crime. L'idée, véhiculée depuis quelques décennies, ne fera pas d'emblée l'objet d'un traitement scientifique. À l'extérieur de ce cercle spécialisé qu'est celui de la Protection de l'enfance, la question est traitée en 1913 par le fondateur du laboratoire d'anthropologie criminelle belge, Louis Vervaeck, pour qui la syphilis pourrait effectivement être un facteur criminogène héréditaire, à prendre en compte lors de l'observation des détenus.¹² A défaut d'un solide argumentaire scientifique, ses théories ne font pas l'unanimité (Nys, 2003, 12). Pourtant, l'idée est partagée par de nombreux praticiens de la Protection de l'enfance, et le sera encore pendant de longues années. Ainsi le juge Wets reconnaît-il que

"des voix autorisées se sont élevées pour dénoncer le grave péril, qui menace actuellement la race, pour préconiser une action, pour énoncer un programme de défense. Mais avec son ampleur actuelle, la campagne est de date récente. Les matériaux n'abondent pas pour démontrer ce que nous pressentons tous: l'intimité des contacts entre la criminalité et l'affection vénérienne".¹³

Dans la ligne de mire, on trouve l'affection en tant que telle et son impact sur l'organisme et le psychisme des malades. Sur base des travaux menés aux États-Unis par Healy et Burt¹⁴, la juriste et sociologue belge Racine explique comment certaines "irrégularités physiques à caractère pathologique", allant des caries dentaires à la tuberculeuse ou aux affections gynécologiques

¹¹. Van Zeir (J.), "Asile-Clinique et Établissement d'Éducation de l'État à Bruges", *Revue de l'Éducation Surveillée*, Paris, 1947, p. 75.

¹². Vervaeck (L.), "L'hérédité criminelle", *Bulletin de la Société d'Anthropologie de Bruxelles*, XIII, 1913, pp. 401-431, 505-528.

¹³. Wets (P.), *L'enfant de justice. Quinze années d'application de la loi sur la protection de l'enfance*, Bruxelles, 1928, p. 100.

¹⁴. Burt (C.), *The Young Delinquent*, Londres, 1938 (3e édition revue et corrigée) et Healy (W.), *The individual Delinquent*, Boston, 1915.

graves, deviennent des facteurs de délinquance, s'inscrivant dans un rapport de cause à effet plus ou moins immédiat:

"En général, les désordres fonctionnels agissent sur le caractère par l'état d'auto-intoxication, de mécontentement, d'irritation qu'ils provoquent, et aussi parce qu'ils débilitent, en même temps que l'organisme, les inhibitions supérieures, c'est-à-dire la volonté. Parfois leur action est plus subtile et plus complexe: l'enfant malade se sent inférieur à ses camarades; on l'écarte des jeux, on le raille. Ainsi se développe ce sentiment d'infériorité décrit par Alfred Adler, qui exclut l'individu du groupe social quand il ne le dresse pas contre celui-ci".¹⁵

Concernant les affections vénériennes plus particulièrement, l'idée selon laquelle "l'irritation locale provoquée par ce genre d'affection peut rejeter le sujet dans l'inconduite en exacerbant ses appétits sexuels"¹⁶ connaîtra un succès notoire et durable.¹⁷ C'est ainsi que l'École d'Éducation de l'État à Namur constate le comportement plus amène de Marthe, qui leur est revenue guérie de Bruges:

"L'érotisme avivé par la syphilis en pleine évolution s'est manifesté à Bruges (amitiés pernicieuses). À présent, le calme est rétabli et Marthe peut compter parmi les plus silencieuses pacifiques; ici, nous n'avons remarqué aucune indiscipline ni immoralité".¹⁸

De la même manière, lorsque le délégué à la Protection de l'enfance demande au directeur de l'Asile-Clinique s'il trouve opportun d'organiser des vacances pour les mineurs placés en institution de l'État, dans la famille ou en groupe, celui-ci proteste: il ne peut être question de telles vacances pour les malades de la clinique, non seulement en raison du traitement qu'elles doivent subir régulièrement, mais aussi parce que l'instinct sexuel de ces mineures, plus

¹⁵ Racine (A.), *Les enfants traduits en justice. Étude d'après trois cent dossiers du tribunal pour enfants de l'arrondissement de Bruxelles*, Liège, 1935, pp. 253-254.

¹⁶ Racine (A.), *Les enfants traduits en justice. Étude d'après trois cent dossiers du tribunal pour enfants de l'arrondissement de Bruxelles*, Liège, 1935, pp. 257-258.

¹⁷ En 1947, le directeur J. Van Zeir de l'Asile-Clinique de Bruges signale encore à quel point "les formes les plus inattendues et les plus variées témoignent de l'exacerbation de l'instinct génésique morbide. L'amitié clandestine, sous toutes ses formes, sert très souvent d'émonctoire aux passions charnelles indomptables. Les cas désespérés relèvent souvent de la pathologie et sont traités individuellement après une observation spéciale qui indique la direction à suivre" Van Zeir (J.), "Asile-Clinique et Établissement d'Éducation de l'État à Bruges", *Revue de l'Éducation Surveillée*, Paris, 1947, p. 75.

¹⁸ AEB, Rijkskliniek en Rijksopvoedingsgesticht te Brugge (1922-1975), Boîte 712, Dossier 60, Rapport d'observation de l'Établissement d'Observation de l'État à Saint-Servais, 28/03/1926.

fort que chez les filles de justice "ordinaires", les prédestine à des faiblesses "licencieuses".¹⁹ Le risque est trop grand, et le projet abandonné.

À cette influence de la pathologie sur la prédisposition à la transgression s'ajoute, pour reprendre les termes de Wets,

"la grave question de l'hérédité syphilitique, avec les tares qu'elle révèle chez les victimes qui, diminuées par leur déficience et leur dégénérescence même, constituent une proie, plus canalisée vers la réaction criminelle".²⁰

Durant les années trente, la notion d'hérédité des tendances criminelles, "autrement dit l'existence d'un type de criminel-né", est de plus en plus contestée.²¹ Relativement méfiante par rapport aux développements les plus extrêmes de cette théorie, Racine n'en demeure pas moins convaincue par certains aspects, admettant que

"si l'enfant de parents criminels ou anormaux n'est pas fatalement voué au crime, il est exposé plus qu'un autre à des influences soit biologiques, soit extérieures qui en font un être mal adapté à la vie, et souvent un délinquant".²²

Au sujet de l'hérodosyphilis, qui "provoque souvent des troubles du caractère ou de l'intelligence", Racine conserve tout son crédit envers

"plusieurs auteurs [qui] déclarent avoir guéri chez des enfants de parents syphilitiques des tares telles que le vol, le vagabondage, le mensonge, grâce à un traitement médical approprié".²³

L'idée d'un lien privilégié entre les maladies vénériennes et la délinquance part donc d'un *a priori*, que les praticiens tenteront de démontrer méthodiquement, par le recours à "ce qu'on avait peut-être négligé jadis, une exploration systématique des délinquants, et particulièrement des jeunes

¹⁹. AEB, Rijkskliniek en Rijksopvoedingsgesticht te Brugge (1922-1975), Boîte 584, Lettre du directeur Van de Vliedt au directeur général délégué à la Protection de l'Enfance Bonnevie, 21/11/1930.

²⁰. Wets (P.), *L'enfant de justice. Quinze années d'application de la loi sur la protection de l'enfance*, Bruxelles, 1928, p. 100.

²¹. Racine (A.), *Les enfants traduits en justice. Étude d'après trois cent dossiers du tribunal pour enfants de l'arrondissement de Bruxelles*, Liège, 1935, p. 239.

²². Racine (A.), *Les enfants traduits en justice. Étude d'après trois cent dossiers du tribunal pour enfants de l'arrondissement de Bruxelles*, Liège, 1935, p. 239.

²³. Racine (A.), *Les enfants traduits en justice. Étude d'après trois cent dossiers du tribunal pour enfants de l'arrondissement de Bruxelles*, Liège, 1935, p. 238. Racine cite à ce sujet les travaux du docteur Gilbert Robin. Robin (G.), *L'enfant sans défauts*, Paris, 1930.

délinquants".²⁴ La méthode participe de ce biais que des auteurs tels que Lefaucheur, Léomant ou Yvrel ont décortiqué concernant des facteurs tels que la 'dissociation familiale'. Souvent à grand renfort de statistiques, ces méthodologies multiplient les écueils, à commencer par celui-ci (Léomant, 1974; Lefaucheur, 1996; Yvrel, 2000): examinant la plupart du temps une seule population déjà aux mains de la justice, voire incarcérée, les analystes y décèlent la présence de certains traits, en l'occurrence ici, l'affection du mineur ou de ses parents par une maladie vénérienne. La proportion de sujets possédant cette caractéristique, qui leur paraissait "sans nul doute" plus élevée chez les délinquants que dans le reste de la population, n'a que rarement fait l'objet d'études comparées.²⁵ Pas plus que n'a été envisagée la responsabilité même des mécanismes d'approvisionnement de juridictions de l'enfance dans cette surreprésentation (Lefaucheur, 1996, 124-125). L'observation médico-pédagogique des jeunes détenus atteints de syphilis donnera ainsi une assise scientifique à ce qui jusque là n'était qu'une idée préconçue, à savoir qu'il existe une propension, parmi les êtres atteints de syphilis ou chez leur descendance, à commettre des actes délictueux.

2.2. Traquer le mal: le dépistage (quasi) systématique chez les filles de justice

Une large part des jeunes filles poursuivies devant le tribunal le sont, on l'a dit, du fait de leurs mœurs sexuelles. Étape banale et naturelle du développement chez les garçons, l'expérimentation sexuelle chez les filles constituerait le premier pas vers la déchéance physique, sociale et morale. Magistrats et analystes empruntent à toutes les disciplines les arguments qui donneront une légitimité scientifique à ce principe moral de préservation de la jeune fille avant le mariage. "Le cerveau de la femme est bien autrement dominé par les images sexuelles et surtout par leurs irradiations, que celui de l'homme"²⁶

²⁴ Wets (P.), *L'enfant de justice. Quinze années d'application de la loi sur la protection de l'enfance*, Bruxelles, 1928, p. 100.

²⁵ Seule Racine paraît sensible à cette dimension méthodologique, soulignant que des statistiques telles que celles mises au point par Cyril Burt aux États-Unis ont "le mérite de comparer les délinquants à un groupe de contrôle formé de non-délinquants" Burt (C.), *The Young Delinquent*, Londres, 1938, pp. 50-51. Évaluant les "antécédents héréditaires pour les père, mère et autres proches parents", ces statistiques concluaient sur la présence d'antécédents d'ordre physique (tuberculose, rhumatismes, syphilis, épilepsie, chorée et hyperthyroïdie) chez 53,1% des délinquants, contre 31,8% des "non-délinquants".

²⁶ Wets (P.), *L'enfant de justice. Quinze années d'application de la loi sur la protection de l'enfance*, Bruxelles, 1928, p. 142.

explique Wets, s'inspirant des travaux de Forel en Suisse.²⁷ Moins plastique, il inscrirait ces comportements plus facilement dans la routine, si bien que chez une femme

"systématiquement dressée aux aberrations sexuelles, puis maintenue dans cette voie, toutes ses idées, du soir au matin et du matin au soir, se concentrent sur la débauche et les rapports sexuels, de sorte qu'il devient impossible plus tard de la ramener à une vie de travail et à l'accomplissement de devoirs sociaux sérieux".²⁸

De son côté Racine, très au fait avec la production sociologique de son temps, attribue sans détour cette focalisation sur la sexualité des jeunes filles à une sorte de choc culturel, dans la mesure où

"la conception éthique adoptée par la classe bourgeoise, incorporée dans les codes et exprimée dans les livres religieux, est loin d'être partagée par la société tout entière, et notamment par les classes laborieuses et déshéritées".²⁹

Racine dresse par ailleurs le portrait de couches populaires particulièrement dépravées, où la promiscuité des taudis révèle l'intimité des couples, qu'un "fatalisme tranquille" a rendu indifférents à la maternité illégitime, si ce n'est pour les soucis financiers qu'elle entraîne.³⁰ Pourquoi dans ces conditions, s'évertuer à imposer les normes d'une certaine élite à la société toute entière et se préoccuper autant de l'inconduite des mineures, demande Racine, "si cette inconduite n'en est pas une aux yeux des personnes parmi lesquelles elles sont appelées à vivre?".³¹ Et la sociologue de répondre à cette objection

²⁷. Considéré comme l'un des pionniers de la sexologie mais aussi de l'eugénisme en Suisse, le psychiatre Auguste Forel a notamment publié Forel (A.), *Die sexuelle Frage: eine naturwissenschaftliche, psychologische, hygienische und soziologische Studie für Gebildete*, Munich, 1906.

²⁸. Wets (P.), *L'enfant de justice. Quinze années d'application de la loi sur la protection de l'enfance*, Bruxelles, 1928, p. 142.

²⁹. Racine (A.), *Les enfants traduits en justice. Étude d'après trois cent dossiers du tribunal pour enfants de l'arrondissement de Bruxelles*, Liège, 1935, p. 96. Racine s'inspire notamment des travaux du sociologue italien Niceforo sur la pénétration des valeurs morales des classes supérieures aux autres. Niceforo (A.), *Les classes pauvres. Recherches anthropologiques et sociales*, Paris, 1905. Concernant précisément la moralité des filles, et toujours dans cette perspective d'inadéquation entre les valeurs des élites et celles des couches populaires, la sociologue belge est particulièrement sensible aux recherches menées par Thomas aux États-Unis: Thomas (W.I.), *The Unadjusted Girl. With Cases and Standpoint for Behaviour Analysis*, Boston, 1928.

³⁰. Racine (A.), *Les enfants traduits en justice. Étude d'après trois cent dossiers du tribunal pour enfants de l'arrondissement de Bruxelles*, Liège, 1935, pp. 98-105.

³¹. Racine (A.), *Les enfants traduits en justice. Étude d'après trois cent dossiers du tribunal pour enfants de l'arrondissement de Bruxelles*, Liège, 1935, p. 107.

de certains défenseurs des libertés individuelles, par l'énumération des grands dangers qui guettent la jeune fille immorale: traite des blanches, maternités hors mariage et maladies vénériennes, sans parler d'un ensemble de dégradations subtiles mais fâcheuses du comportement (irrégularité au travail, avilissement du mode de vie et relâchement des manières).

Au fil de ces développements, les jeunes filles atteintes de maladies vénériennes apparaissent donc en tant que cibles privilégiées de l'action des juridictions pour mineurs eu égard à ce qu'elles représentent: un danger pour la société et sa saine perpétuation, certes, mais également – et peut-être avant tout – pour sa préservation morale. Symptomatiques de 'l'avilissement des mœurs', les maladies vénériennes sont irrémédiablement associées à l'inconduite sexuelle et à la honte qui en découle. À l'image du SIDA récemment, la syphilis ressuscite des réactions assimilant le mal à un châtiment: "[m]al lui en prit: elle dut être placée en traitement à l'hôpital des vénériennes. Cette leçon ne lui suffit malheureusement pas", explique le procureur du Roi de Bruxelles à propos d'une prostituée mineure récidiviste.³²

Il importe donc de resituer la lutte contre les maladies vénériennes auprès des jeunes filles dans le contexte plus large d'une entreprise de 'remoralisation' de la société. Avec les maternités illégitimes ou, tout simplement, l'activité sexuelle avant le mariage, les maladies vénériennes font partie intégrante de la lutte, mais ne la dominent pas, en ce sens où elles ne font pas l'objet, de la part des autorités judiciaires, d'une recherche pro-active spécifique auprès de la jeunesse féminine. La seule exception – notable – relativement à cet état de fait réside durant les deux occupations qu'a connues la Belgique (1914-1918 et 1940-1944). Durant la Grande Guerre, la syphilis suscite plus que jamais l'épouvante et tous les pays belligérants seront tôt ou tard concernés par les réalités autant que par les fantasmes qui lui sont attachés. Si les autorités sanitaires françaises compétentes ont mis le temps pour se pencher sur le "péril vénérien" et le percevoir comme une menace tant pour les armées que pour la race, l'occupant allemand prendra quant à lui très vite des mesures à ce sujet, par l'instauration d'un service des mœurs (*Sittenpolizei*) chargé du contrôle policier et sanitaire de la prostitution (Majerus, 2003).³³ Les prostituées mineures, régulièrement objets de tels contrôles préalablement à leur déferrement devant les juridictions pour enfants, se trouvent au centre d'une

³² Collard (C.), "La prostitution des mineures et l'application de la loi sur la protection de l'enfance", *Bulletin de l'Office de la protection de l'enfance*, IV, 1920, p. 50.

³³ "C'est donc tardivement, en décembre 1915, au vu de rapports dénonçant l'épanouissement de la prostitution clandestine et la floraison de nouveaux cas de syphilis, de blennorragies et de chancres, que le problème prend corps pour les autorités médicales, militaires et civiles" (Le Naour, 2002, 108).

lutte entre les visées purement utilitaristes de l'occupant et la condamnation de la politique de ce dernier par les élites locales, qui a souvent visé la forme plus que le principe. Particulièrement fustigées, la soumission "par erreur" de citoyennes honnêtes à la visite, ultime preuve de mépris de l'occupant, et, en ce qui concerne les mineures, la contamination morale qui résulte de la promiscuité des prostituées aguerries avec les débutantes que l'on espère encore relever.³⁴ Une guerre plus tard, la prophylaxie vénérienne se retrouve au centre du rétablissement d'un éventail de mesures réglementaristes instiguées par l'occupant, mais dont l'application est cette fois confiée aux polices locales (Majerus, 2007, 230-248). Les soldats allemands atteints d'affections vénériennes sont tenus de dénoncer la partenaire qu'ils soupçonnent en être à l'origine. Lorsque cette dernière est mineure, elle est quelquefois examinée par des médecins allemands avant d'être déférée devant le juge des enfants sous une prévention quelconque: prostitution, inconduite, vagabondage, etc.(François, 2008, 342-355).³⁵

3. VERS LA GUÉRISON: LE TRAITEMENT MÉDICAL ET MORAL DES JEUNES VÉNÉRIENNES

Au lendemain de la Première Guerre mondiale, la problématique des filles de justice vénériennes apparaît donc de plus en plus prégnante. Jusque-là confiées à des hôpitaux le temps des soins, elles sont dirigées vers des institutions privées qui se sont spécialisées dans le traitement des vénériennes, à l'image de l'Institut Sainte-Marguerite de Cortone (Anvers-Kiel), tout en continuant à accueillir un public "mixte" (vénériennes et non-vénériennes). Depuis 1906, les analyses sérologiques de Bordet-Wasserman permettent de dépister avec certitude la syphilis. La découverte du salvarsan en 1910 donne l'espoir de traiter les affections vénériennes avec plus d'efficacité, même si les traitements restent longs et laborieux. Ces progrès médicaux, couplés à la nouvelle implication des jeunes filles dans ce qu'on appelle désormais le "péril vénérien", décide l'Office de la Protection de l'enfance à agir, en créant une institution spécialisée.

³⁴. Collard (C.), "La prostitution des mineures et l'application de la loi sur la protection de l'enfance", *Bulletin de l'Office de la protection de l'enfance*, IV, 1920, p. 51.

³⁵. Sur base des dossiers de la pratique des tribunaux pour enfants: Archives de l'État à Anderlecht (AEA), tribunal des enfants de Bruxelles (1912-1947); AEA, Office intercommunal de protection de l'enfance (1918); Archives de l'État à Namur, tribunal des enfants de Namur (1929-1947).

3.1. Une nécessité sociale impérieuse: la création d'un établissement spécialisé

En 1922, un nouvel établissement public est ouvert à Bruges, dans les anciens locaux d'un refuge pour vagabonds. Il s'agit de l'Asile-Clinique de Bruges, destiné à recevoir les mineures placées par le juge des enfants et atteintes de maladies vénériennes (gonorrhée, syphilis, blennorrhagie).³⁶ Cette institution, dont la mise en place est préparée à la sortie de la Grande Guerre, illustre parfaitement la protection morale et médicale que l'État veut assurer, non seulement à l'égard des mineures contaminées mais aussi de tout le reste de la population. Comme le dit le directeur de l'institution:

"L'existence de ces instituts répond à une nécessité sociale impérieuse. Le bien qu'il réalise est incalculable. Non seulement la santé publique est préservée par l'internement de ces virus ambulants, mais en corrigeant ces inférieures générales [...] on peut espérer pour elles un avenir plus heureux".³⁷

Comme nous l'avons déjà évoqué plus haut, alors que les maladies vénériennes concernent aussi bien, dans les faits, les filles que les garçons, seules les filles sont susceptibles d'être conduites dans ce genre d'établissement. Toujours considérées comme la source du mal par leur comportement sexuel, qu'il s'agisse de prostitution ou de libertinage, cette institution particulière a pour mission de les guérir physiquement et moralement, afin d'atteindre un relèvement complet, et d'enrayer la progression de la maladie:

"Non moins important que la cure médicale est le but éducatif poursuivi par l'institut. Ce but envisage pour ces jeunes immorales une vie sexuelle physiquement et moralement saine, pour maintenant et pour plus tard. Car sans la guérison morale, l'effort thérapeutique réalisé à grand frais de matériel et de dévouement, manquerait du complément indispensable pour éviter les rechutes".³⁸

C'est généralement au cours de l'observation, qui pour les jeunes filles se déroule à l'Établissement d'Observation de l'État de Saint-Servais (Namur),

³⁶. Arrêté royal du 05/07/1922, "créant à Bruges un Asile-Clinique destiné à recevoir les jeunes filles mineures placées par l'autorité judiciaire et qui sont atteintes de maladie vénérienne", *Recueil des circulaires, instructions et autres actes émanés du Ministère de la Justice*, 1930, 05/07/1922, p. 196.

³⁷. Van Zeir (J.), "Asile-Clinique et Établissement d'Éducation de l'État à Bruges", *Revue de l'Éducation Surveillée*, Paris, 1947, p. 78.

³⁸. Van Zeir (J.), "Asile-Clinique et Établissement d'Éducation de l'État à Bruges", *Revue de l'Éducation Surveillée*, Paris, 1947, p. 76.

puis également dans des centres d'observation organisés dans le réseau privé, qu'une affection vénérienne est dépistée. Le médecin de l'institut d'observation, qui effectue de manière systématique les examens bactériologiques (frottis, test Bordet-Wasserman), détermine le type d'affection et son degré d'avancement. L'infection ne provoque pas nécessairement le transfert vers Bruges: d'autres institutions, qu'elles soient publiques ou privées, sont susceptibles d'assumer le traitement adéquat, pour peu que la maladie ne soit pas à un stade trop avancé. C'est en principe l'état contagieux de la jeune fille et l'état d'avancement de la maladie qui détermine le transfert vers l'Asile-Clinique de Bruges, dont le service médical dispose d'appareils modernes absents des autres institutions pour mineures.³⁹ Le Ministère de la Justice, face aux problèmes de surpopulation auxquels sera confronté l'Asile-Clinique, rappelle d'ailleurs régulièrement aux directions d'institutions pour jeunes filles, comme aux juges des enfants, que "alleen in erge of moeilijke gevallen moesten de zieken naar Brugge overgebracht worden".⁴⁰

Mais l'étude des pratiques nous apprend que l'Asile-Clinique reçoit surtout les malades vénériennes réputées les plus immorales ou indisciplinées, celles dont tous les autres établissements, publics ou privés, n'ont pu ou plus voulu s'occuper. Cette situation lui donne un relief particulier, par sa population vénérienne incorrigible et par sa réputation d'institution 'poubelle':

"Généralement tout Bruges sert de dépotoir au pays. Il y a des vénériennes à Wandre, à Kiel, il y en a toujours dans les établissements privés; on conserve les maniabiles mais on décharge sur nous les indésirables, les vicieuses, les agressives, les anormales patentées... Je ne critique guère. Je constate simplement pour que les juges se rendent bien compte eux aussi de la tâche ingrate dévolue à Bruges...".⁴¹

Ce problème aboutit en 1928 à l'organisation d'un nouvel établissement de l'État dit "disciplinaire", qui est lui aussi situé à Bruges et dont la direction et le personnel sont communs avec ceux de l'Asile-Clinique, bien que les populations des deux parties ne se côtoient pas au cours de leur séjour. Ce quartier disciplinaire, qui n'est pas du tout destiné aux vénériennes mais aux filles les plus difficiles au niveau éducatif, ne fera qu'accroître la réputation

³⁹. AEB, Rijkskliniek en Rijksopvoedingsgesticht te Brugge (1922-1975), Boîte 584, Lettre du docteur Recht (Établissement d'Observation de l'État à Saint-Servais), 12/12/1934.

⁴⁰. AEB, Rijkskliniek en Rijksopvoedingsgesticht te Brugge (1922-1975), Boîte 32, Circulaire du Ministère de la Justice aux Établissements d'Observation et d'Éducation de l'État, 23/10/1928.

⁴¹. AEB, Rijkskliniek en Rijksopvoedingsgesticht te Brugge (1922-1975), Boîte 171, Lettre du directeur de l'Asile-Clinique Van de Vliedt à l'Inspecteur général à la Protection de l'Enfance Wauters, 07/02/1928.

dont souffre la clinique, donnant lieu à une véritable assimilation, dans les esprits, entre les deux institutions.

Enfin, alors que l'institution est souvent dépeinte comme une clinique pour syphilitiques (et son médecin comme un "syphiligraph"), il est à noter que les maladies qui sont les plus représentées à Bruges sont en fait la blennorragie et la gonorrhée, avec près de 75% des mineures atteintes par ces deux affections sur toute la période, la syphilis ne concernant que 25% des cas.⁴² L'Asile-Clinique de Bruges est, lors de sa création en 1922, destiné à recevoir une cinquantaine de mineures. Elles sont une quarantaine dès la première année, et leur nombre s'agrandit progressivement jusqu'à atteindre la petite centaine au cours des cinq années qui suivent la Seconde Guerre mondiale.⁴³ Ainsi, bien que les traitements se perfectionnent et peuvent souvent être administrés dans d'autres établissements, Bruges reste la première destination pour les mineures malades. L'usage de la pénicilline, qui se généralise pourtant rapidement après la Seconde Guerre mondiale, ne modifie pas la situation de Bruges avant les années 1950, que ce soit en termes de traitement ou de population.

3.2. L'Asile-Clinique de Bruges, fleuron du traitement des maladies vénériennes en Belgique

Le traitement auquel les mineures vénériennes sont soumises est des plus stricts. Plusieurs fois par semaine, elles se rendent auprès du médecin de l'institution, et de son infirmière, pour y subir des soins divers (médication, lavements) et surtout des prélèvements (frottis, prises de sang) afin d'apprécier l'évolution de la maladie.⁴⁴ La grande spécialité de l'Asile-Clinique est l'usage de la diathermie dans le traitement des affections vénériennes, traitement moderne dit "chimio-physio-thérapique" qui a été mis au point au cours de la Première Guerre mondiale.⁴⁵ Un courant électrique de haute fréquence appliqué aux zones affectées permet, après plusieurs mois d'application régu-

⁴² Sur base des chiffres envoyés par l'institution au Ministère de la Justice, AEB, Rijkskliniek en Rijksopvoedingsgesticht te Brugge (1922-1975).

⁴³ Sur base de la population au premier janvier, Rijkskliniek en Rijksopvoedingsgesticht te Brugge (1922-1975).

⁴⁴ Le docteur Auguste Depoorter est seul à assumer ce rôle entre 1922 et 1950.

⁴⁵ Roucayrol (E.), *L'électricité dans le traitement des urétrites aiguës et chroniques*, Paris, 1921, p. 36. L'Asile-Clinique de Bruges possède l'appareil de diathermie mis au point par le docteur Roucayrol. AEB, Rijkskliniek en Rijksopvoedingsgesticht te Brugge (1922-1975), Boîte 710, Dossier 40.

lière (deux à trois fois par mois⁴⁶) de tuer l'infection, et finalement guérir le sujet:

"En dehors des associations chimiques, les organes malades chez la 'gonococcique' sont soumis à une fièvre locale artificielle, dépassant d'environ 10 degrés la température initiale interne (mesurée au circuit pyrométrique de Roucayrol) et cette température est maintenue durant une dizaine de minutes. La stérilisation se réalise par ces désinfections hyperpyrétiques thermiques répétées".⁴⁷

Afin d'avoir les résultats les plus probants en terme de contagion, tous les tests sanguins sont envoyés à trois laboratoires différents. Mais les soins juxtaposés et les techniques mises en place ne permettent pas toujours une guérison facile. Après quelques mois d'amélioration, une rechute est toujours possible, et c'est pourquoi l'institution (et plus particulièrement son médecin attiré, le docteur Depoorter) se montre intraitable sur la durée du traitement:

"La pseudo-guérison et l'absence apparente d'agents infectieux peut exister souvent durant de longs mois malgré toutes les investigations les plus rigoureuses. Les échecs et les plus graves désillusions ne peuvent être évités que grâce à la vigilance et l'expérience d'une organisation éprouvée".⁴⁸

Le docteur Depoorter a ainsi fixé à huit mois la période durant laquelle les résultats sanguins devront être négatifs, en termes de maladie vénérienne:

"Il existe un critérium de guérison qui a toujours fourni dans cet immense matériel quasi-expérimental, une 'assurance absolue'. C'est la négativité immédiatement post-menstruelle et ce pendant 8 mois consécutifs. Après cette épreuve, nous n'avons jamais retrouvé de récurrence vraie. [...] Les enfants observés plus tard, soit à la discipline, soit pour une syphilis, soit en mariage, à la maternité etc., ont toujours fourni l'assurance absolue de ce critérium particulier".⁴⁹

Ces huit mois, qui s'ajoutent donc à la période de guérison, portent la durée moyenne du séjour à l'Asile-Clinique à vingt mois. Pour les filles qui sont entrées assez jeunes, l'internement peut être beaucoup plus long. Les juges des enfants, jusqu'aux années 1940, décident parfois de les libérer avant la fin du traitement préconisé par l'établissement, surtout si elles donnent satisfac-

⁴⁶. Sur base des dossiers médicaux des internées de l'Asile-Clinique de Bruges entre 1922 et 1950.

⁴⁷. Van Zeir (J.), "Asile-Clinique et Établissement d'Éducation de l'État à Bruges", *Revue de l'Éducation Surveillée*, Paris, 1947, p. 75.

⁴⁸. AEB, Rijkskliniek en Rijksopvoedingsgesticht te Brugge (1922-1975), Boîte 765, Dossier 640, Rapport médical du docteur Depoorter au juge des enfants de Mons, 16/04/1940.

⁴⁹. AEB, Rijkskliniek en Rijksopvoedingsgesticht te Brugge (1922-1975), Boîte 765, Dossier 640, Lettre du docteur Depoorter au directeur Van de Vliedt, 15/05/1940.

tion au point de vue moral. Après quelques cas malheureux où la mineure, ayant été libérée trop rapidement, a dû être réintégrée à Bruges parfois dans un état plus grave que lors de sa première intégration, la direction de l'institution fait appel au Ministère de la Justice pour que les juges des enfants ne puissent plus prononcer de telles libérations sans l'accord du médecin de Bruges.⁵⁰ Si la plupart des juges se rallient à l'avis de la direction et mettent fin à ces libérations prématurées, d'autres mettent en doute le pouvoir du médecin, qui s'est considérablement agrandi en quelques années:

"À Bruges, le service médical est aux mains d'une seule personne: cette personne prend par la force des choses, une prépondérance capitale, de l'avis de cette seule personne dépend le destin des mineures. Et cet avis ne peut être contredit, ni par le service administratif, ni par le juge, l'exception d'incompétence est opposée. Cependant, on sait que l'avis des médecins ne concorde pas souvent, que les médecins comme les juges peuvent se laisser séduire par des théories, des systèmes. Mais les décisions des juges sont soumises à d'autres juges, tandis que les décisions des médecins ne sont pas soumises à d'autres médecins".⁵¹

Si ces critiques restent isolées, elles n'en sont pas moins présentes, aussi bien du côté des juges des enfants que des familles des mineures, qui sont nombreuses à ne pas comprendre pourquoi leur fille doit parfois passer deux ou trois ans à l'Asile-Clinique.⁵² Au cours de la guerre 1940-1945, l'institution doit faire face aux requêtes d'un avocat, engagé par les parents d'une des mineures internées, qui met en doute la nécessité d'internement de ces jeunes malades, qui pourraient très bien, selon lui, être traitées dans leur cercle familial. Le docteur Depoorter est amené à devoir justifier sa politique auprès du Ministère de la Justice:

"La science ne patauge plus du tout dans le doute et la Protection de l'enfance vénérienne et délinquante est heureusement établie sur des faits précis et indiscutables, et non sur des déclarations et des dispositions d'ordre subjectif ou des orientations et des appréciations personnelles. [...] Le but de l'Asile-Clinique fut d'ailleurs à l'origine, un traitement médical et une surveillance prolongés. La science et la technique ont servi peu à peu nos efforts et nos soucis [...] comment, en vie privée et pour ces enfants, appliquer aussi longuement, minutieusement et sans coûts (donnant ou recevant une infection) cette seule chimio-thérapie efficace?"

⁵⁰. AEB, Rijkskliniek en Rijksopvoedingsgesticht te Brugge (1922-1975), Boîte 170, PV de l'Union des Juges des Enfants, 29/10/1927.

⁵¹. AEB, Rijkskliniek en Rijksopvoedingsgesticht te Brugge (1922-1975), Boîte 170, PV de l'Union des Juges des Enfants, 29/10/1927.

⁵². Il apparaît d'ailleurs que, jusque dans les années 1940, la plupart des familles ne sont pas mises au courant de l'affection dont est atteinte leur fille.

Nos filles sont à peu près les seules au monde qui jouissent d'une telle faveur...
'Précisément à tel endroit et non ailleurs"⁵³.

Le fait que les mineures ne puissent être placées à l'Asile-Clinique que jusqu'à leur majorité donne lieu à de nombreuses libérations avant que la guérison soit définitive, ou ait même débuté. Assez rapidement, l'institution tente de mettre en contact les mineures qui ont absolument besoin de soins spéciaux ultérieurs avec un médecin de leur région qui pourra les suivre ou avec la Ligue nationale belge contre le péril vénérien. La famille et le juge des enfants sont prévenus par la direction, afin qu'une surveillance y soit apportée.⁵⁴ Dans le cas où les soins à continuer sont minimes, et que la mineure est libérée avant sa majorité, celle-ci peut toujours venir consulter le docteur de l'Asile-Clinique, jusqu'à ses 21 ans. Une fois la majorité atteinte, les malades n'ont plus rien à attendre, ni de la clinique, ni d'ailleurs de la part des autres praticiens de la Protection de l'enfance, qui se déchargent de leur cas. Une question qui se pose est donc celle de l'intérêt de ces internements à court terme, alors qu'il est généralement convenu que la maladie nécessite un enfermement de longue durée: souvent, le médecin estime que même si la guérison n'a pas pu être atteinte, un traitement sommaire de quelques mois a déjà été utile. La mineure n'est plus aussi contagieuse, et porte sa maladie "en vase clos". Le seul risque qui subsiste, à part vis-à-vis d'elle-même, c'est la transmission de son mal lors d'une éventuelle maternité.⁵⁵

3.3. Prophylaxie et relèvement moral

Le carnet sanitaire remis aux mineures à leur entrée en institution de l'État, dans les années 1920, les met en garde contre les maladies vénériennes et leurs conséquences. Après avoir présenté les principaux modes de transmission de la maladie (relations sexuelles, objets de toilette et d'usage courant) et les règles d'hygiène de vie à adopter (propreté, bannissement de l'alcool et du tabac) le carnet donne un avertissement aux mineures:

"Ieder verzuimer der noodige voorzorgen van wege eenen syphilislijder, om de besmetting rond hem te voorkomen, is eene echte *maatschappelijke misdaad*".

⁵³. AEB, Rijkskliniek en Rijksopvoedingsgesticht te Brugge (1922-1975), Boîte 765, Dossier 640, Lettre du docteur Depoorter au directeur de l'Asile-Clinique Van de Vliedt, 15/05/1941.

⁵⁴. AEB, Rijkskliniek en Rijksopvoedingsgesticht te Brugge (1922-1975), Boîte 708, Dossier 20, Dossier médical de la mineure, s.d. [1924].

⁵⁵. AEB, Rijkskliniek en Rijksopvoedingsgesticht te Brugge (1922-1975), Boîte 759, Lettre du directeur Van de Vliedt au juge des enfants de Charleroi, 29/01/1943.

La jeune fille contaminée ne pourra se marier et avoir des enfants qu'après plusieurs années de traitement, et si elle devient mère avant la guérison, elle risque de ne pas arriver au terme de sa grossesse, ou d'avoir des enfants dégénérés. Le carnet sanitaire insiste sur la responsabilité des filles elles-mêmes dans leur guérison: "Men mag zeggen dat de toekomst *van eenen syphilislijder eerst en vooral van hem zelven afhangt*".⁵⁶ Ce carnet sanitaire résume assez bien l'essentiel des principales mesures prophylactiques mises en place dans l'institution. La peur de la dégénérescence, de la stérilité et du célibat obligé y sont largement exploitées. La culpabilisation des jeunes filles, si elles sont contaminées, y est facilement palpable.

En 1936, l'Office de la Protection de l'enfance décide d'organiser des conférences antivénéériennes dans les établissements de l'État, pour filles et pour garçons, afin de dépasser les explications évasives données par le personnel éducatif et d'apporter une réponse médicale claire aux questions des mineurs.⁵⁷ La médicalisation continue donc sa progression dans le réseau de la protection de l'enfance, alors que le 'relèvement moral' est toujours considéré comme l'une des conditions essentielles de la rééducation d'une jeune fille, et le meilleur moyen pour éviter toute contamination, à Bruges comme ailleurs. Comme le précise le directeur de l'Asile-Clinique:

"En général nos malades sont valides et bénéficient outre des soins médicaux spéciaux intensifs d'une éducation appropriée à leur mentalité et à leur affectivité tarées".⁵⁸

L'objectif de la formation scolaire et ménagère imposée aux jeunes filles est de leur permettre de gagner honnêtement leur vie au terme de l'internement, généralement comme ménagères ou servantes, plus rarement comme cuisinières, couturières ou tricoteuses, si elles sont assez douées, afin de leur éviter le recours à l'argent facile, et donc à la débauche.⁵⁹ La formation professionnelle passe par l'intendance de l'établissement: ce sont les mineures qui préparent les repas, nettoient les locaux, entretiennent le jardin, confectionnent leurs uniformes, lavent et repassent le linge. Les résultats de

⁵⁶. AEB, Rijkskliniek en Rijksopvoedingsgesticht te Brugge (1922-1975), Boîte 708, Dossier 20, Carnet sanitaire, s.d. [1923].

⁵⁷. AEB, Rijkskliniek en Rijksopvoedingsgesticht te Brugge (1922-1975), Boîte 584, Circulaire du Ministère de la Justice aux Établissements d'Observation et d'Éducation de l'État, 16/01/1936.

⁵⁸. AEB, Rijkskliniek en Rijksopvoedingsgesticht te Brugge (1922-1975), Boîte 584, Lettre du directeur de l'Asile-Clinique Van de Vliedt à la présidente du Conseil National des Femmes Belges, 13/12/1934.

⁵⁹. Jusqu'aux années 1950, il s'agit des seules professions que l'établissement de Bruges conseille ou propose aux jeunes filles à leur sortie.

cette formation sont très variables, et ne peuvent être évalués qu'à travers les rapports faits par le personnel enseignant de l'Asile-Clinique.

Le relèvement moral doit se produire au cours de ces diverses activités éducatives, à travers la vie en communauté, sous les conseils des sœurs surveillantes et institutrices qui sont tenues d'inculquer aux mineures les principes de loyauté, d'amour du travail, de solidarité, de compassion. Les mineures doivent acquérir une force de caractère solide, qui leur permettra de résister "aux tentations de la vie dans le monde".⁶⁰ Ici aussi, les résultats sont variables. Vu les problèmes de surpopulation à Bruges, une mineure est libérée au plus vite dès qu'elle est guérie de son affection vénérienne. Si sa "guérison morale" n'est pas au point, elle est réorientée vers une autre institution, soit publique, soit privée, en fonction de son degré d'immoralité. Si l'établissement estime qu'elle est moralement assez forte, elle peut être rendue à sa famille, mais sera de préférence placée en service. Les réintégrations à Bruges, après un temps de libération, ne sont pas rares, même si elles constituent une minorité dans la population de l'institution (+/- 15%). Une réintégration à Bruges signifie d'une part que, malgré le traitement, la maladie a connu une recrudescence importante, et d'autre part que le comportement de la mineure, d'un point de vue moral et disciplinaire, est resté problématique. Le pessimisme, envers ces cas incorrigibles moralement et physiquement, est de rigueur. Comme le dit une sœur surveillante à l'aube des années 1930: "L'internement nécessaire ne fait que retarder la débâcle".⁶¹ En 1947, le nouveau directeur de l'établissement confirme les difficultés que rencontre l'établissement face à ses objectifs d'éducation:

"Il est évident que la rééducation de ces filles dévoyées, hystéro-érotiques, instables, avides d'indépendance et de jouissances n'est pas chose facile. C'est une tâche ingrate entre toutes. La lutte contre les tendances inférieures, immorales surtout, est constante et demande une vigilance de chaque instant".⁶²

⁶⁰. Expression courante dans les dossiers des mineures.

⁶¹. AEB, Rijkskliniek en Rijksopvoedingsgesticht te Brugge (1922-1975), Boîte 759, Dossier 561, Rapport d'observation supplémentaire après réintégration, Établissement d'Observation de l'État à Saint-Servais, 23/04/1941.

⁶². Van Zeir (J.), "Asile-Clinique et Établissement d'Éducation de l'État à Bruges", *Revue de l'Éducation Surveillée*, Paris, 1947, p. 75.

4. CONCLUSION

Sous couvert de protéger les mineurs délinquants vis-à-vis d'eux-mêmes mais également d'un milieu qui leur est néfaste, la loi sur la protection de l'enfance est avant tout un projet directement hérité de la 'défense sociale'. À ce titre, elle s'intéresse à l'enfance victime en tant que génératrice d'un risque social et entend bien intervenir au cœur des familles populaires, agissant tantôt préventivement, tantôt curativement, par le placement en institution notamment.

Dans cette perspective, la législation nouvelle permet une intervention auprès d'une catégorie de population érigée en population à risque: les jeunes filles sexuellement émancipées, et, pour certaines d'entre elles, atteintes d'affections vénériennes. Progressivement, un discours particulièrement stigmatisant se construit autour des mineures atteintes par ces 'maladies de la honte'. Transmissibles de génération en génération, provoquant une inexorable dégénérescence de la race, ces pathologies et leurs symptômes pousseraient en outre celles qui en souffrent, ainsi que leur descendance, vers la réaction criminelle. L'importance des moyens pour combattre le fléau sera à la hauteur des angoisses qu'il suscite: au lendemain de la Première Guerre mondiale, plusieurs institutions privées se spécialisent dans le traitement des vénériennes mineures, tandis que le gouvernement prend le problème à bras le corps, avec la création de l'Asile-Clinique de Bruges.

Le discours médical, rapidement rejoint par celui des spécialistes et praticiens de la protection de l'enfance, a très vite revêtu une dimension genrée, se focalisant presque exclusivement sur les filles, malgré un pourcentage non négligeable de garçons tout aussi gravement atteints. Les vénériennes mineures sont considérées comme les plus dangereuses: leur corps jeune serait porteur d'une maladie plus vive, plus féroce et plus contagieuse et à ce titre, il convient de les traiter et de les rééduquer à un comportement sexuel rangé et sain, afin de prémunir la société du danger qu'elles représentent. Cet argumentaire rencontrera un succès d'autant plus franc auprès des milieux de la protection de l'enfance qu'il cadre parfaitement avec leur projet moral. Les maladies vénériennes s'ajoutent à d'autres désordres sanitaires et sociaux (alcoolisme, naissances illégitimes, etc.), et constituent autant d'arguments à resituer dans le cadre plus général d'une entreprise de 'remoralisation' de la jeunesse féminine, suivant un projet d'acculturation des couches populaires aux valeurs bourgeoises. La moralité des filles est omniprésente dans l'approvisionnement des juridictions pour enfants et fera partie intégrante de

leur réhabilitation par l'institution, où le traitement moral fait l'objet d'autant d'attentions que les techniques médicales de pointe mobilisées pour la cause. Au grand dam de ceux qui le portent, ce double projet moral et médical verra cependant ses effets limités par le même cadre légal qui a permis l'élaboration de cette intervention sanitaire contrainte: la loi sur la protection de l'enfance, par essence strictement limitée aux mineurs d'âge.

ABRÉVIATIONS

AEA	Archives de l'État à Anderlecht
AEB	Archives de l'État à Beveren
UJE	Union des Juges des Enfants

BIBLIOGRAPHIE

Sources

Sources inédites

- Archives de l'État à Anderlecht, tribunal des enfants de Bruxelles (1912-1947).
Archives de l'État à Anderlecht, Office intercommunal de protection de l'enfance (1918).
Archives de l'État à Beveren, Rijkskliniek en Rijksopvoedingsgesticht te Brugge (1922-1975).
Archives de l'État à Beveren, archives de l'Union des juges de la jeunesse (auparavant Union des Juges des Enfants) (1913-1980), copies digitales des procès-verbaux et pièces annexes.
Archives de l'État à Namur, tribunal des enfants de Namur (1929-1947).

Sources éditées

- BURT (C.), *The Young Delinquent*, ed. 3, Londres, 1938.
COLLARD (C.), "La prostitution des mineures et l'application de la loi sur la protection de l'enfance", *Bulletin de l'Office de la protection de l'enfance*, IV, 1920, pp. 22-64.
FOREL (A.), *Die sexuelle Frage: eine naturwissenschaftliche, psychologische, hygienische und soziologische Studie für Gebildete*, Munich, 1906.
HEALY (W.), *The individual Delinquent*, Boston, 1915.
NICEFORO (A.), *Les classes pauvres. Recherches anthropologiques et sociales*, Paris, 1905.
RACINE (A.), *Les enfants traduits en justice. Étude d'après trois cent dossiers du tribunal pour enfants de l'arrondissement de Bruxelles*, Liège, 1935.
Recueil des circulaires, instructions et autres actes émanés du Ministère de la Justice, 1930.
ROBIN, G., *L'enfant sans défaits*, Paris, 1930.

- ROUCAYROL (E.), *L'électricité dans le traitement des urétrites aiguës et chroniques*, Paris, 1921.
- THOMAS (W.I.), *The Unadjusted Girl. With Cases and Standpoint for Behaviour Analysis*, Boston, 1928.
- VAN ZEIR (J.), "Asile-Clinique et Établissement d'Éducation de l'État à Bruges", *Revue de l'Éducation Surveillée*, 1947, no. 6, pp. 73-78.
- VERVAECK (L.), "L'hérédité criminelle", *Bulletin de la Société d'Anthropologie de Bruxelles*, XIII, 1913, pp. 401-431, 505-528.
- WETS (P.), *L'enfant de justice. Quinze années d'application de la loi sur la protection de l'enfance*, Bruxelles, 1928.

Littérature

- CHRISTIAENS (J.), "A History of Belgium's Child Protection Act of 1912. The Redefinition of the Juvenile Offender and His Punishment", *European Journal of Crime, Criminal Law and Criminal Justice*, VII, 1999a, no. 1, pp. 5-21.
- CHRISTIAENS (J.), *De geboorte van de jeugdgedelinquent (België 1830-1930)*, Bruxelles, 1999b.
- CORBIN (A.), *Les filles de nocé. Misère sexuelle et prostitution (19^e et 20^e siècles)*, Paris, 1979.
- CORBIN (A.), "L'hérédo-syphilis ou l'impossible rédemption" in: A. CORBIN (ed.), *Le temps, le désir et l'horreur: essais sur le dix-neuvième siècle*, Paris, 1998, pp. 41-170.
- DAVIDSON (R.), "Venereal disease, sexual morality and public health in Scotland", *Journal of the History of sexuality*, V, 1994, no. 2, pp. 267-294.
- DUPONT-BOUCHAT (M.-S.), *De la prison à l'école. Les pénitenciers pour enfants en Belgique au XIX^e siècle (1840-1914)*, Courtrai-Heule, 1996.
- DUPONT-BOUCHAT (M.-S.), "Les origines de la protection de l'enfance en Belgique (1830-1914)" in: G. MASUY-STROOBANT & P.C. HUMBLET (dir.), *Mères et nourrissons. De la bienfaisance à la protection médico-sociale (1830-1945)*, Bruxelles, 2004, pp. 13-40.
- DUPONT-BOUCHAT (M.-S.) & PIERRE (E.) (dir.), *Enfance et Justice au XIX^e siècle. Essais d'histoire comparée de la protection de l'enfance, 1820-1914*. France, Belgique, Pays-Bas, Canada, Paris, 2001.
- FRANÇOIS (A.), *Guerres et délinquance juvénile (1912-1950). Un demi-siècle de pratiques judiciaires et institutionnelles envers des mineurs en difficulté*, Thèse de doctorat inédite, UCL, 2008.
- FRANÇOIS (A.) & MACHIELS (Ch.), "Une guerre de chiffres. L'usage des statistiques par les discours abolitionniste et réglemmentariste sur la prostitution à Bruxelles (1844-1948)", *Histoire et Mesure*, XXII, 2007, no. 2, pp. 103-134.
- LEFAUCHEUR (N.), "Dissociation familiale et délinquance juvénile ou la trompeuse éloquence des chiffres" in: M. CHAUVIÈRE, P. LENOËL & E. PIERRE, *Protéger l'enfant. Raison juridique et pratiques socio-judiciaires (XIX^e-XX^e siècles)*, Rennes, 1996, pp. 123-132.
- LE NAOUR (J.-Y.), "Sur le front intérieur du péril vénérien (1914-1918)", *Annales de démographie historique*, 2002, no. 103, pp. 107-120.
- LEOMANT (C.), "Dissociation familiale et délinquance juvénile, remise en cause d'un stéréotype", *Annales de Vaucresson*, XII, 1974, pp. 119-141.
- MAJERUS (B.), "La prostitution à Bruxelles pendant la Grande Guerre: contrôle et pratique", *Crime, Histoire et Sociétés*, VII, 2003, no. 1, pp. 5-42.

- MAJERUS (B.), *Occupations et logiques policières. La police bruxelloise en 1914-1918 et 1940-1945*, Bruxelles, 2007.
- MOOIJ (A.), *Out of otherness. Characters and narrators in the Dutch venereal disease debates, 1850-1990*, Amsterdam, 1998.
- NYS (L.), "De Ruiters van de Apocalyps. 'Alcoholisme, tuberculose, syfilis' en degeneratie in medische kringen, 1870-1940" in: J. TOLLEBEEK, G. VANPAEMEL & K. WILS, *Degeneratie in België, 1860-1940. Een geschiedenis van ideeën en praktijken*, Louvain, 2003a, pp. 11-41.
- NYS (L.), "De grote school van de natie. Legerartsen over drankmisbruik en geslachtsziekten in het leger, 1850-1950" in: J. TOLLEBEEK, G. VANPAEMEL & K. WILS, *Degeneratie in België, 1860-1940. Een geschiedenis van ideeën en praktijken*, Louvain, 2003b, pp. 79-118.
- TREPANIER (J.) & TULKENS (F.), *Délinquance et protection de la jeunesse. Aux sources des lois belge et canadienne sur l'enfance*, Bruxelles, 1995.
- TULKENS (F.) (dir.), *Généalogie de la défense sociale en Belgique, 1880-1914*, Bruxelles, 1988.
- VELLE (K.) "De syfiliskwestie in België in de 19de en het begin van de 20ste eeuw", *Tijdschrift voor sociale wetenschappen*, XXXII, 1987, no. 4, pp. 331-362.
- YVOREL (J.-J.), "L'Université et l'enfance délinquante: 1939-1945", *Revue d'Histoire de l'Enfance Irrégulière*, III, 2000, pp. 137-158.

"Wandelende virussen." Redeneringen en praktijken aangaande justitiemeisjes met geslachtsziekten (België 1912-1950)

AURORE FRANÇOIS
VEERLE MASSIN

SAMENVATTING

Dit onderzoek bestudeert het samengaan van twee verschijnselen die opduiken rond de eeuwwisseling (XIXde-XXste) en die zich verder ontwikkelen tot aan de Tweede Wereldoorlog: enerzijds de oprichting van de zogenaamde 'Kinderbescherming', waarbij kinderrechtbanken en een specifieke rechtspraak voor minderjarigen in het leven worden geroepen en anderzijds een actieve sanitaire strijd, die gedurende de twee wereldoorlogen sterker wordt en die vooral geslachtsziekten betreft.

Bij de zaken die voor de kinderrechtbanken komen, merken we een specifieke zorg voor de seksualiteit van de meisjes, deze zijn potentieel bedreigd door een reeks van onomkeerbare 'gevaren': buitenechtelijke betrekkingen,

voortijdige moederschappen, prostitutie en geslachtsziekten. Een dubbele argumentatie, zowel sociologisch als medisch, maakt dat deze ziekten als een risico aanzien worden, niet alleen voor het zieke meisje, maar ook voor de personen die ze zou kunnen besmetten, voor haar toekomstige kinderen, voor de bescherming van de moraal, en zelfs van het 'ras'. Hoewel bronnen uit instellingen voor kinderbescherming bewijzen dat jongens evenveel als meisjes door deze ziekten getroffen zijn, de criminologische redeneringen en de praktijken om de ziekte op te sporen voorafgaand aan de gerechtelijke beslissing, betreffen enkel de meisjes.

Kort na de Eerste Wereldoorlog, werden aanzienlijke middelen vrijgemaakt voor de behandeling en de heropvoeding van deze 'justitiemeisjes' in instellingen voor misdadige jongeren, een ultieme getuigenis van de angst die met deze kwestie gepaard ging. Terwijl verschillende private instellingen zich specialiseren in de behandeling van de venerisch zieke minderjarige, reageert de regering concreet met de oprichting van de Rijkskliniek te Brugge. Gedurende tientallen jaren, sturen de kinderrechters hun pupillen daarheen om ze van de geavanceerde medische behandelingen en van educatieve maatregelen te laten genieten om er gezonde en brave meisjes van te maken. De organisatie en de behandelingen, een complex mengsel van medisch en moreel streven, illustreren in de praktijk de convergentie van de sanitaire bezorgdheid van het medisch korps en het project van zedelijke verheffing van de vrouwelijke jeugd. Dit amalgaam vormde het ideaal van de Kinderbescherming gedurende de eerste helft van de twintigste eeuw.

"These wandering viruses." Views and practices regarding delinquent girls with venereal disease (Belgium, 1912-1950)

AURORE FRANÇOIS
VEERLE MASSIN

SUMMARY

This research deals with two intertwined phenomena that emerged between the 19th and 20th centuries, and that developed until the Second World War: the implementation of the 'Child protection' system on the one hand, within

which juvenile courts were set up and a specific justice was applied to minors, and an active sanitary policy on the other hand, which was strengthened during both World Wars, and that particularly applied to venereal diseases.

Among the cases presented before the juvenile courts, we can see a particular concern for the sexuality of young women, as these were potentially under the threat of a series of irreversible 'risks': premarital sex, early pregnancy, prostitution and venereal diseases. Through a double sociological and medical argumentation, these were considered as risks not only for the young woman with a disease, but also for those she might contaminate, for her future children, for the preservation of morality, and even 'race'. Although some sources from minor protection institutions show that young boys appeared as likely to be contaminated by these diseases as girls, the criminological views and screening practices were only applied to young women.

In the wake of the First World War, considerable means were raised in order to treat and re-educate these young women in institutions for minor convicts, which testifies more than anything to the fears raised by this issue. As several private institutions specialised in the treatment of minors with venereal diseases, the government dedicated its full attention to the issue by creating the *Asile-clinique* (Asylum Clinic) in Bruges. For decades, juvenile court judges sent their wards to these institutions so that they could benefit from state of the art medical treatment and educative measures meant to make them healthy and well-behaved young women. The organisation and the treatments that were provided in these institutions, a complex mix of moral and medical considerations, are a practical example of this convergence of interests between sanitary concerns of the medical body and the project of 'remoralisation' of female youth, as it was supported by the practitioners of child protection during the first half of the 20th century.