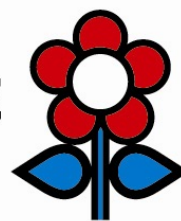




**LIGUE MÉDICO-SOCIALE**  
MIR HËLLEFEN ZËNTER 1908



## **Le développement du travail social au Luxembourg à travers l'activité centenaire de la Ligue médico-sociale**

par Marco HOFFMANN  
assistant d'hygiène sociale  
directeur social



**Le développement du travail social au Luxembourg**  
à travers l'activité centenaire de la Ligue médico-sociale  
par Marco Hoffmann, assistant d'hygiène sociale, directeur social

publié par la **LIGUE MEDICO-SOCIALE**

© Ligue luxembourgeoise de Prévention et d'Action médico-sociales  
21-23, rue Henri VII  
L-1725 LUXEMBOURG

Edition Juin 2008

ISBN : 978-2-9599834-3-6

# Le développement du travail social au Luxembourg à travers l'activité centenaire de la Ligue médico-sociale

HOFFMANN Marco  
assistant d'hygiène sociale  
directeur social

Juin 2008

I.	INTRODUCTION.....	4
II.	L'ÉMERGENCE DE LA FONCTION D'INFIRMIÈRE VISITEUSE .....	7
	<i>A. Les conditions de la vie sociale ouvrière au début du 20<sup>e</sup> siècle .....</i>	<i>7</i>
	<i>B. Du traitement hospitalier de la tuberculose à la création de dispensaires : Les interactions entre pauvreté et tuberculose.....</i>	<i>8</i>
	<i>C. Des dispensaires à l'infirmière visiteuse ou « la fonction crée l'organe » .....</i>	<i>10</i>
III.	HYGIÈNE SOCIALE ET TRAVAIL SOCIAL : LES DEUX FACES DE LA MÊME MÉDAILLE ?.....	13
	<i>A. L'hygiène sociale .....</i>	<i>13</i>
	<i>B. Le travail social .....</i>	<i>14</i>
	<i>C. La Polyvalence – mélange institutionnalisé des pratiques.....</i>	<i>16</i>
IV.	LES ÉCOLES, LES DIPLÔMES, LES RÈGLEMENTS PROFESSIONNELS ET LES ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES.....	26
	<i>A. Les écoles françaises .....</i>	<i>26</i>
	<i>B. Diplômes et reconnaissance officielle au Luxembourg .....</i>	<i>28</i>
	<i>C. Le processus de professionnalisation .....</i>	<i>32</i>
	<i>D. Vers une formation luxembourgeoise de travailleur social ? .....</i>	<i>34</i>
V.	PERSPECTIVES DE DÉVELOPPEMENT DU TRAVAIL SOCIAL AU SEIN DE LA LIGUE .....	35
VI.	BIBLIOGRAPHIE .....	37

# I. Introduction

*„D'habitude, c'est donc le passé qui est censé nous aider à mieux comprendre le présent. Toutefois, le contraire peut s'avérer juste également. Parfois, ce sont les bouleversements du présent qui éclairent le passé. Le présent permet alors, lui aussi, de mieux connaître le passé.“ (SCUTO D., 2002)*

Diriger le regard vers le début du 20<sup>e</sup> siècle pour comprendre, après 100 ans, le contexte de l'émergence d'une nouvelle profession – celle de l'assistant social – c'est partir pour une expédition en terre inconnue. Cependant, nous ne partirons pas les mains vides. Les connaissances actuelles en matière de travail social nous guideront. Le travail social – discipline de l'assistant social – n'existait pas en tant que tel à l'époque et nous allons donc partir des « bouleversements du présent » pour éclairer le passé.

L'Université du Luxembourg vient de créer une nouvelle formation « *bachelier en intervention sociale et éducative* ». Le projet de loi sur l'aide sociale communale et le projet de loi sur l'aide sociale à l'enfance, allant de pair avec la création d'un Office National de l'Enfance, visent également à restructurer le secteur social tout en redéfinissant le périmètre d'action professionnelle et institutionnelle. Ces « *bouleversements* » réaniment au Luxembourg une discussion centenaire sur les missions du travail social et l'identité de ses acteurs. Aujourd'hui, ces débats peuvent s'orienter heureusement aux dernières avancées de la science du travail social et aux travaux de la Fédération Internationale des Travailleurs Sociaux (FITS).

Ces connaissances nouvelles nous fournissent une image claire de la profession de travailleur social<sup>1</sup> et nous permettent d'aller en connaissance de cause à la rencontre d'un passé professionnel étroitement lié à celui de la Ligue médico-sociale. La nouvelle image professionnelle ressort de la définition de la FITS de 2000 :

*„La profession d'assistant social ou de travailleur social cherche à promouvoir le changement social, la résolution de problèmes dans le contexte des relations humaines et la capacité et la libération des personnes afin d'améliorer le bien-être général. Grâce à l'utilisation des théories du comportement et des systèmes sociaux, le travail social intervient au point de rencontre entre les personnes et leur environnement. Les principes des droits de l'homme et de la justice sociale sont fondamentaux pour la profession.“*

En partant de cette définition, mais également des travaux scientifiques de « l'Ecole de Zurich<sup>2</sup> », nous allons tenter « *de mieux connaître le passé* » en matière de travail social. Au début du 20<sup>e</sup> siècle, la tuberculose, fléau social par excellence à côté des maladies sociales fort répandues comme la syphilis, le choléra, ou l'alcoolisme, cristallisait nombre d'injustices sociales. Fortement associée à la pauvreté, elle se répandit exponentiellement dans les milieux défavorisés. Pour l'infirmière visiteuse, ancêtre de l'assistant(e) social(e) d'aujourd'hui, le malade pauvre et le pauvre malade étaient des personnes identiques et il fallait leur apporter secours. Travail de médecine préventive, d'hygiène sociale, protection de l'enfance et travail social au sens de la définition mentionnée se recoupaient quasi entièrement dans la pratique et au sein de la Ligue.

Le fait de rencontrer le malade à domicile renforçait encore le développement d'une pratique, qui dès le départ se confrontait à l'entrelacement des problèmes médicaux, sociaux et psychologiques chez le

---

<sup>1</sup> Dans la suite du texte les termes assistant social et travailleur social seront utilisés indistinctement et par conséquent considérés comme identique. Il est en effet nécessaire de clarifier dès le départ la situation (verbale) française qui prête à confusion. En anglais et en allemand cette confusion n'existe pas puisque le 'social worker (Sozialarbeiter)' est le professionnel du 'social work (Soziale Arbeit)'. Cependant, en France et dans la langue française courante, l'assistant social est un travailleur social parmi d'autres. Cette terminologie suggère que tout professionnel ou même bénévole qui travaille dans le secteur social est automatiquement un travailleur social. Aujourd'hui, le travail social est devenu une discipline au même titre que la médecine, la psychologie, le nursing (Pflégewissenschaft) ou la pédagogie ; il échoit donc de définir l'assistant social – le travailleur social – comme LE professionnel du travail social. Cela n'empêche évidemment pas que d'autres professionnels travaillent « dans le (domaine) social » et il ne s'agit pas non plus de porter un jugement de valeur sur l'apport d'autres professionnels *agissant à partir de leur discipline propre*. C'est une question de délimitation du champ de compétence de l'assistant social.

<sup>2</sup> Cf. les publications de Sylvia Staub-Bernasconi, Kaspar Geiser, Werner Obrecht, ... reprises en partie dans la bibliographie de cet article. Un listing exhaustif est disponible sur le website de Prof. Dr. phil. Juliane Sagebiel de la Fachhochschule für Soziale Arbeit de Munich.

patient désigné et sa famille entière. Une pratique donc, qui se vouait et se voue « à la résolution de problèmes dans le contexte des relations humaines ». En analysant le travail des infirmières visiteuses de la Ligue au début du siècle, nous voilà plongés aussi dans ce qu'aujourd'hui nous désignons par le terme de travail social.

Pour la Suisse et à l'exemple du dispensaire antituberculeux de Bâle, le D. Gredig (cf. bibliographie) a retracé minutieusement l'histoire professionnelle du travail social à partir d'une activité d'auxiliaire médical vers une activité professionnelle autonome. Ses réflexions trouvent leur parallélisme au Luxembourg. Autrefois, le travail social *professionnel* était synonyme de lutte *contre* la tuberculose et *pour* l'hygiène sociale. Ainsi et sans aucun doute, la Ligue médico-sociale, avec ses professionnels engagés a été et reste un acteur central dans le développement du travail social (et médico-social) au Luxembourg. Pour d'autres pays, l'évolution est davantage multidimensionnelle, mais dans notre pays le travail social *professionnel* naît au sein de la Ligue.

Il revient à une personne plus spécialement le mérite d'avoir posé les bases du développement de la profession d'assistant(e) social(e), Mme Aline Mayrisch-de St. Hubert (1874-1947).

L'œuvre philanthropique et sociale de Mme Mayrisch est si vaste qu'on peut se demander pourquoi cette grande dame de la société luxembourgeoise s'est tant investie dans ce domaine. Cet engagement dépasse de loin une motivation superficielle visant à adoucir les effets sociaux dévastateurs de l'industrialisation de l'époque.



Le désir d'aider était un besoin profond de Mme Mayrisch. *A la base des conceptions sociales de Mme Mayrisch, nous dit Jean Schlumberger, il y a eu cette idée «que la vie intellectuelle qui ne tiendrait compte des réalités sociales serait construite sur le vide.»* (Maul, 1957 p. 212)

Mme Mayrisch, mue par «un humanisme nouveau, moins intellectuel que ce qu'on appelle généralement de ce nom, mais plus pratique », s'engage dans la lutte contre la tuberculose et dans la protection maternelle et infantile. Elle est membre active du « Verein für die Interessen der Frau », membre de la Société d'Hygiène sociale et scolaire et elle est la grande promotrice de la formation professionnelle des infirmières visiteuses dans le cadre de la Ligue notamment. Dès le départ, elle incarne les valeurs d'un travail social professionnel curatif et préventif :

*«En cherchant à placer l'être humain aussitôt que possible dans les meilleures conditions d'existence et de développement, Madame Mayrisch a affirmé sa foi en la primauté du milieu sur l'hérédité. En préservant ainsi, dès l'âge le plus tendre, le germe de la contamination, elle a manifesté sa volonté d'opposer aux lois aveugles du hasard et de la sélection naturelle les garanties d'une sécurité sociale, dans son acceptation la plus large et son extension la plus généreuse.*

*Jamais, elle n'humiliait ceux qu'elle secourait. Tout en faisant le bien, elle ne voulait faire pour autant œuvre de bienfaisance. Mais des garanties sociales, qu'elle contribuait si largement à créer, jamais non plus elle n'entendait faire une panacée, qui dispenserait les mères de leurs responsabilités et de leurs devoirs familiaux ou qui rendrait superflus le dévouement et l'amour maternels.* »(Maul, 1957, p.213-214)

La 2<sup>e</sup> pionnière du travail social professionnel au Luxembourg n'est autre que la fille de Mme Mayrisch.

Après la 1<sup>ère</sup> Guerre Mondiale, Andrée Mayrisch (1901-1976) se consacra d'abord à des œuvres sociales, à l'instar de sa mère, mais dans un esprit assez différent (DEL COURT, 1957, p. 245)

En effet, entre 1926 et 1929, Andrée Mayrisch s'attaqua d'avantage aux problèmes structurels à l'origine des problèmes sociaux des ouvriers de l'Arbed. Elle établit le « Plan de développement des œuvres sociales Arbed/Terres-Rouges » prévoyant la construction de 150 logements par an. Le problème du logement était omniprésent et Andrée Mayrisch avait calculé qu'il manquait 1000 logements. Elle avait aussi analysé les répercussions individuelles de cette pénurie en montrant que le budget d'une famille avec trois enfants, qui devait louer au prix du marché, conduisait à un déficit de 3,7 Fr. par mois. Les familles étaient contraintes à



contrecarrer cette situation par tous les moyens (location de logements petits, sous-location, travail des enfants, alimentation limitée aux produits bon marché, ...), le salaire modeste du père de 50 Fr. à l'époque étant manifestement insuffisant. « *Je maintiens donc que la moyenne de nos ouvriers vit, non pas dans le paupérisme, mais au bord du paupérisme, c'est à dire. dans un état où ils se tirent plus ou moins d'affaire, mais où toute nécessité de dépense extraordinaire peut les jeter dans le paupérisme.* » (LORANG, 1996)

Après l'engagement de la première infirmière visiteuse par la Ligue en 1921, la première assistante sociale luxembourgeoise fût engagée par l'Arbed en remplacement d'Andrée Mayrisch en 1929. Le travail social professionnel luxembourgeois évoluera donc sur deux voies. Pendant des décennies la profession d'assistante sociale restera largement minoritaire par rapport à l'infirmière visiteuse, dont l'activité travail social se développera sans cesse au sein des services de la Ligue jusque dans les années 90 (cf. chapitre III). Nous assisterons à ce moment à une fracture entre les besoins de terrain et les politiques de formation (cf. chapitre IV) qui aboutira à la disparition de la formation belge, compatible avec le diplôme luxembourgeois d'assistant d'hygiène sociale (nouvelle dénomination de l'infirmière visiteuse depuis 1967). Cette dernière profession disparaîtra donc progressivement et sera remplacée par l'assistant social.

Ainsi, l'histoire du travail social professionnel n'est pas un processus linéaire, mais la résultante d'une évolution double<sup>3</sup> et d'influences diverses. La souffrance humaine et les problèmes (médico-)sociaux concrets ont été parmi les facteurs les plus déterminants. C'est pourquoi, il est utile dans une première approche de notre sujet de jeter un coup d'œil sur les conditions de vie désastreuses d'une frange considérable de la population luxembourgeoise avant la première guerre mondiale.

---

<sup>3</sup> L'accent de notre revue historique est mis sur l'infirmière visiteuse/assistante d'hygiène sociale, une analyse plus approfondie de l'évolution de la profession d'assistante sociale dépasse malheureusement le cadre et le sujet de cette contribution.

## II. L'émergence de la fonction d'infirmière visiteuse

*«La Ligue luxembourgeoise contre la Tuberculose considère que s'il peut y avoir quelque mérite à avoir instauré le service des infirmières visiteuses dans le pays, elle n'aura fait tout son devoir que le jour où sera entièrement assurée leur situation légale et sociale aussi bien que leur situation pécuniaire.»*

### A. Les conditions de la vie sociale ouvrière au début du 20<sup>e</sup> siècle

L'émergence des tâches, qui plus tard seront de la compétence d'une nouvelle profession, est fonction du contexte social de l'époque et notamment fonction du lien entre pauvreté et tuberculose, lien qu'on commençait seulement à comprendre à l'époque. La misère sociale est décrite dans un long article du « Luxemburger Wort » du 6 mai 1866 :

*«Wer die Miethwohnungen kennt, welche die ärmern Familien in Luxemburg und in anderen Städten unseres Landes beziehen müssen, weiss, dass ein bedeutender Theil derselben nicht den Anforderungen entspricht, die zur Erhaltung der Gesundheit unumgänglich nothwendig sind. Viele derselben sind im höchsten Grade feucht, andere haben so schlechte Fenstern und Thüren, dass eine beständige Zugluft durch dieselben weht; in andern sind die Fenster so schlecht, dass man sie nicht öffnen kann, um der frischen Luft Eingang zu verschaffen. In sehr vielen Häusern, die den ärmeren zur Wohnung vermietet werden, fehlt Luft und Licht in den gemeinsamen Gängen und Treppen, dagegen herrscht in denselben reichlicher Schmutz; in andern dieser Häuser fehlt es an hinreichend grossen und zu gehöriger Zeit gereinigten Latrinen; wieder in andern bieten die jahrelang nicht gereinigten Zisternen ein stinkendes Wasser zum Trinken und zum Kochen der Speisen. Und dennoch ziehen die Eigenthümer schweres Geld für diese elenden Wohnungen ein. [...] Nie hätte ich ein solches Elend hier erwartet. Wir haben in Diekirch volle 3000 Einwohner und sicherlich nicht über 1000 Betten. Und was für Betten; häufig nicht einmal einen ordentlichen Haufen Stroh, oft einen Bündel Reisig, über welchem einige Lumpen liegen. [...] Und wenn dabei oft noch heranwachsende Kinder beiderlei Geschlechtes dasselbe Lager theilen, oder mit verheirateten Personen in einem engen Kämmerlein zusammen schlafen müssen, dann lässt sich leicht das moralische und das leibliche Elend denken, was daraus erfolgen muss. Hier also gilt es zu helfen!« (Massard J.A. 2004)*

40 années plus tard, le « Verein für die Interessen der Frau » (dont la fondatrice n'est donc autre que Mme Aline Mayrisch) et le « Verein für Volks- und Schulhygiene » (dont le fondateur n'est autre que le Dr. Feltgen, premier président de la Ligue), coéditent une étude, la « SozialEnquête 1907 », qui décrit les conditions de logement catastrophiques de l'époque et cela l'année précédant la création de la Ligue<sup>4</sup>.

*„Bei ihren Hausbesuchen begeben sich die Frauen gemäss der Methode der Sozialenquète in Gruppen von jeweils zwei oder drei in die Unterstädte Grund, Clausen und Pfaffenthal und erheben anhand von strukturierten Fragebögen Daten über die dortigen Wohn- und Lebenqualität. Sie erfassen dabei 258 Wohnungen in 90 Häusern, in denen 1216 Menschen, darunter 595 Kinder unter 14 Jahren leben. Das entspricht bezogen auf die gesamte Stadt Luxemburg etwa 5,6% der Haushaltungen, 4,5% der bewohnten Baulichkeiten und 5,8% der Gesamtbevölkerung. [...] Neben dem qualitativ-analytischen Teil enthält der Bericht einen qualitativ-deskriptiven Teil. Die sachlichen Fallbeschreibungen entsprechen in jeder Hinsicht dem Bild, das die naturalistische Literatur vom Elend der durch Heimarbeit und Industrie ausgebeuteten Proletarierfamilien gibt. Da heisst es zum Beispiel: - In drei Zimmern hausen zehn Personen. Vater seit Jahren bettlägerig, die 8 Kinder schlafen je 4 in einem Zimmer und einem Bett. Die älteste ist lungenkrank. Haus an den Felsen angebaut, hat nur 3 Mauern; Treppe im Felsen ganz faul, Wasser tropft an den Wänden herunter; Betreten der Treppe lebensgefährlich. Kein Abort, Grube im Keller, schrecklicher Geruch. [...] Familie mit 8 Kindern bewohnt ein Zimmer und 2 kleine Räume unter dem Dach. Eltern und die zwei kleinsten Kinder, 4 Monate und 2 Jahre, schlafen in dem Zimmer, in welchem gekocht, Wäsche gemacht, gewohnt wird. Windeln liegen umher, ein Rabe wohnt mit im Zimmer. In einem Dachzimmer schlafen 3 Knaben in einem Bett, einer davon ist epileptisch. Fenster von 0,50 qm, Bewurf fällt ab, Kinder sammeln Hundeexkremente für Gerberei. Eimer davon im Zimmer, entsetzlicher Geruch. Im andern Zimmer schlafen 3 Mädchen auf dem Boden, kein Bett, ein Loch ohne Fenster zum Hereinlassen von Luft und Licht, mit Lumpen verhängt, Dach durchlöchert.“ [...]*

<sup>4</sup> La constitution de la « Ligue Nationale Luxembourgeoise contre la Tuberculose » date du 5 avril 1908. Le 27 janvier 1911, la Ligue reçoit la personnalité civile et ses statuts sont approuvés par le Directeur général des Travaux publics.

Depuis la mise en vigueur de l'arrêté royal grand-ducal concernant la réorganisation et le règlement des bureaux de bienfaisance du 11 décembre 1846, la situation n'a donc guère changé. On peut se demander pourquoi. L'extrait suivant montre que cette législation a été davantage un instrument de contrôle social que de lutte contre la pauvreté et il faut retenir pour notre sujet qu'elle n'a pas abouti à la professionnalisation de l'aide sociale.

*„Ausgehend von der französischen Gesetzgebung von 1796 erließ Wilhelm II. 1843 – vor dem Hintergrund der vorhergehenden Hungersnot 1842 – einen großherzoglichen Beschluss zu den Wohlfahrtsbüros. Dem folgten die Ergänzungen von 1846 und 1897 über die Einrichtung von Hilfsdomizilen und die Unterstützung für die arbeitsunfähigen Armen. Es existierte kein gesetzlicher Anspruch und eine sehr unterschiedliche lokale Handhabung dieser Verordnung. Bereits 1842 bestanden 117 Wohltätigkeitsbüros, davon 17 mit eigenen Stiftungen. Ausgangspunkt dieser flächendeckenden Anlaufstellen war die Koordinierung der Armenfürsorge und die Steuerung der Landflucht der Bauern. Ein weiteres Ziel dieser Maßnahmen war die Vermeidung der Bettelerei und Landstreicherei zwischen den Gemeinden, die Kontrolle der Armen und die Minimalsicherung bei Invalidität und Krankheit der Arbeiter während der einsetzenden Industrialisierung Luxemburgs. Auch sollten die kommunalisierten Unterstützungsleistungen die privaten Mildtätigkeiten bzw. Spenden zentralisiert werden. Gleichzeitig wurde Armut individualisiert, die Armen zur Arbeit gezwungen und die Almosenempfänger in einem Register erfasst. Die örtlichen Wohltätigkeitsbüros sollten die „wahre Armut suchen und erkennen“. Die „wahren Armen“ waren arbeitsunfähig und sollten unterstützt werden. Die „falschen Armen“ unterstützen, bedeutete den wahren Armen „seines rechtmäßigen Anteiles an den Unterstützungen berauben, ihn den Vorurteilen und der Geringschätzung aussetzen, das öffentliche Mitleid irre führen.“ (SCHNEIDER, 2007)*

**Contrairement à d'autres pays, où la pauvreté en tant que telle est à l'origine d'une profession sociale, le Luxembourg ne connaît pas cette évolution. Ce sont les causes et répercussions sociales de la tuberculose<sup>5</sup> qui préparent le terrain pour le futur assistant social.** L'extension du traitement hospitalier de la tuberculose au dépistage et au traitement extrahospitalier est une étape déterminante dans cette évolution.

## **B. Du traitement hospitalier de la tuberculose à la création de dispensaires : Les interactions entre pauvreté et tuberculose**

Les découvertes à l'étranger ont guidé nos pionniers nationaux pour comprendre le lien entre ces deux fléaux. A titre d'exemple citons l'étude statistique de Burkhardt pour la ville de Bâle :

*„Überall da wo zur dichteren Bevölkerung ungenügende und schlechte sanitärische Verhältnisse im Wohnungswesen hinzukommen, finden wir auch die Hauptverbreitungsherde der Tuberkulose.“*

Sur base de ses résultats, Burkhardt<sup>6</sup> croyait que :

*„die grosse Bedeutung der Wohnungsfrage auf die Ausbreitung dieser sozial wichtigsten Krankheit betonen zu müssen. Auch ich bin der Ansicht, dass das Hineinziehen des sozialen Problems in die Bekämpfung der Tuberkulose nicht unrichtig ist (...), sondern ich halte dasselbe bei einer zielbewussten Bekämpfung für notwendig.“*

Burkhardt préconisait donc une extension du champ d'intervention des professionnels médicaux dans le milieu social des malades. Le traitement de la tuberculose change, mais à vitesse variable selon les pays. Pour aller à la rencontre des malades et pour prévenir la contamination de leur entourage des « avant-postes » sont créés sous forme de dispensaires. Dans nos pays voisins, les premières structures appelées « dispensaires » ont été le dispensaire Montefiore, ouvert à Liège par Malvoz en 1900, et le

---

<sup>5</sup> Trois aspects permettent de caractériser la tuberculose en tant que problème social. En premier lieu, il était clair du côté médical que la maladie causait de longues souffrances, un affaiblissement croissant du malade tout au long de plusieurs années et se terminait en général par la mort. Souvent non seulement le malade souffrait, mais toute la famille car souvent le problème de la survie matérielle se posait chaque jour. Cette *énorme souffrance* est à l'origine d'un élan humanitaire dans toutes les classes de la société. Il fallait faire quelque chose. Un deuxième aspect est de nature quantitative. La tuberculose était fort répandue et elle pouvait finalement toucher tout un chacun. Cette  *Crainte de la maladie* explique également les recherches répétées sur ses causes sociales. Troisième aspect finalement : les *retombées économiques*. Les pertes étaient sensibles dans une industrie en pleine croissance, d'où l'intérêt et le soutien des milieux industriels dans la lutte contre la tuberculose. (GREDIG D., 2000 p.69-71)

<sup>6</sup> Burkhardt 1906 s.196-197





LA VISITEUSE D'HYGIÈNE VOUS MONTRERA  
LE CHEMIN DE LA SANTÉ  
ELLE MÈNE UNE CROISADE CONTRE LA  
TUBERCULOSE ET LA MORTALITÉ INFANTILE  
**SOUTENEZ-LA !**

dispensaire Emile Roux ouvert à Lille par Calmette<sup>7</sup> en février 1901<sup>8</sup>. Dans les deux cas il s'agissait de combattre la tuberculose.

«En 1899, devant la commission permanente de préservation de la tuberculose, Calmette définissait le dispensaire comme un « instrument médical populaire ». Voué au dépistage, au triage, à l'assistance, le dispensaire doit selon lui servir avant tout à l'éducation pratique de l'hygiène pour la famille ouvrière [...] voire d'observatoire social.» (THÉVENIN, 2005 p.6)

Pour la Lorraine, l'action de Jacques Parisot (1882-1967), professeur de médecine sociale à Nancy, qui fonde en juillet 1920 l'Office d'Hygiène Sociale (OHS) et de défense contre la tuberculose de Meurthe-et-Moselle, est bien documentée et sert aussi de référence pour la Ligue à l'époque.

«L'OHS parvient rapidement à toucher l'ensemble de la population du département. La Meurthe-et-Moselle superpose des réalités humaines, économiques et sociales contrastées.

Entre un sud rural et un « pays haut » minier et industriel, la ville de Nancy et ses abords immédiats développent des activités fort diverses. En 1925 le département de Meurthe-et-Moselle compte dix dispensaires, dont neuf d'hygiène sociale avec section antituberculeuse et un dispensaire central : le dispensaire Villemin de Nancy. Les dispensaires de Lunéville, Toul, Baccarat, Pont-à-Mousson, Briey, Longwy sont créés par l'OHS, ceux de Joeuf, Mancieulles et Crusnes sont des dispensaires industriels affiliés à l'OHS. Dans chaque localité où un dispensaire est ouvert, l'OHS crée un comité qui le représente localement, comité dans lequel notabilités, industriels, médecins et personnes s'intéressant à l'œuvre sont invités à prendre place et à apporter un soutien financier et moral. Il s'agit de dépister les cas de tuberculose ainsi que les risques de tuberculose. Chaque dispensaire est dirigé par un médecin-chef. Une ou plusieurs infirmières assistent ce médecin. Pour ces infirmières le dispensaire ne constitue qu'un point d'attache car elles cherchent avant tout à rencontrer les habitants, même ceux qui ne se considèrent pas malades, à leur domicile ou sur leur lieu de travail. On le comprend, ce corps d'infirmières visiteuses préfigure la profession d'assistante sociale officiellement créée beaucoup plus tard »(THÉVENIN, 2005 p.1)

Au Luxembourg, le premier dispensaire de la Ligue se crée en 1908 (sept ans après celui de Calmette). Au début, le médecin du dispensaire est secondé dans sa tâche par des aides bénévoles. D'autres dispensaires se créent dans les années suivantes : 1910 à Esch-Alzette et à Ettelbruck, 1914 à Dudelange (situé dans l'hôpital de l'ARBED), 1921 à Differdange, à Grevenmacher et à Wiltz, puis 1922 à Rédange/Attert. Le fonctionnement de ces dispensaires est semblable à la description précédente. Toutes les consultations y sont gratuites.

Au sein de la Ligue, on se rend rapidement compte que le médecin est débordé, que le travail bénévole est insuffisant et que les infirmières existantes sont mal formées à la tâche. Dans le rapport de la Ligue pour l'exercice 1909-1910, le Dr. DELAHAYE formule le point de vue médical comme suit :

«Il est aujourd'hui universellement reconnue que la tuberculose est avant tout un mal de misère et d'ignorance et que parmi tous les moyens sociaux mis en œuvre dans la lutte contre la tuberculose, l'éducation des peuples est certainement le plus important et le plus efficace. [...]

<sup>7</sup> Albert Calmette est un médecin et biologiste français, né le 12 juillet 1861 à Nice (Alpes-Maritimes) et mort le 29 octobre 1933 à Paris. Sa renommée tient à la mise au point entre 1904 et 1928, avec Camille Guérin, de la vaccination contre la tuberculose grâce au BCG. Sur invitation de la Ligue, le Dr. Guérin tient une conférence au Luxembourg le 20 janvier 1929 (Ligue 1908-1933, p. 13).

<sup>8</sup> En fait le tout premier dispensaire était le « Tuberculosis dispensary » de Sir Robert Philip ouvert en 1887 à Edinburg

## La visiteuse d'hygiène

„In Luxemburg ist das Bürgertum sowohl auf staatlicher und städtischer Ebene, wie auch in Vereinen gesundheitsreformerisch tätig. Interessant ist das bürgerliche Netzwerk der Reforminteressierten, das im Laufe des 19. Jahrhunderts entstand, und das am Luxemburger Beispiel deutlich hervortritt. Nach dem ersten Weltkrieg, der in Frankreich zu einem sprunghaften Anstieg der Todesfälle durch **Tuberkulose** geführt hatte, gehört die Bekämpfung dieser Volkskrankheit zu den wichtigsten Zielen der französischen Hygieniker, die zwischen 1917 und 1923 von der Rockefeller-Stiftung unterstützt wurden. Diese von den amerikanischen Fortschritten geprägte private Stiftung finanzierte die Einrichtung von Ambulatorien, die das französische Hygienegesetz von 1902 schon vorgesehen hatte, und förderte nach dem Vorbild der amerikanischen „Sanitarians“ den Beruf der „Gesundheitsfürsorgerin“. Diese frühe Form der Sozialarbeiterin sollte in die Häuser gehen, um den Kranken den Weg zur Gesundheit zu zeigen und die Gesunden zu einer gesundheitsfördernden Lebensweise zu erziehen. Da die Tuberkulose schamhaft verborgen wurde, finanzierte die Rockefeller-Stiftung\* eine Aufklärungskampagne, um die Mauer des Schweigens zu durchbrechen. In diesem Zusammenhang schuf Auguste Leroux das Motiv der „visiteuse d'hygiène“ das 1926 auch von der Luxemburger Antituberkuloseliga für ein Plakat der Nationalloterie verwendet wurde.“ (JUNGBLUT Marie-Paule, 2004 p. 285)

\* Diese Konferenzen wurden mit Hilfe der Liga im Jahre 1920 in Luxemburg organisiert (Ligue 1908-1933, p.13)

Mais, il est évident que vu ses nombreuses occupations, le médecin doit nécessairement se borner à soigner les malades qui viennent le consulter, à les examiner et à leur remettre une ordonnance de médicaments. Il ne peut faire en même temps l'instruction hygiénique de son client et de sa famille, s'occuper du logement que celle-ci habite, de ses ressources, du meilleur mode d'assistance qu'il y aurait lieu d'employer chez les tuberculeux indigents et de les signaler alors aux diverses institutions de charité publiques et privées. Tel est le rôle du dispensaire antituberculeux qui doit être considéré comme une aide précieuse au médecin dans la lutte. [...], le dispensaire fait une besogne non moins importante et de beaucoup plus ingrate, qui consiste à rechercher, à attirer et à retenir les personnes atteintes ou suspectes de tuberculose, à leur donner tous les conseils hygiéniques nécessaires pour eux et leurs familles et à sélectionner les tuberculeux qui pourront, après enquête, être admis à l'assistance.“ (DELAHAYE, 1909 p. 13-14)

Les missions du dispensaire, énumérées par le Dr. DELAHAYE, sont en fait les missions d'une profession, celles de l'infirmière visiteuse (cf. LOSCHETTER 1997, p.157). Il faudra cependant attendre 1921 avant que la première soit engagée par la Ligue. Au moment où le Dr. DELAHAYE rédige les lignes précédentes, la future élue a déjà terminé ses études et travaille à Paris.

Mais avant de retracer la naissance et le développement de la profession d'infirmière visiteuse au Luxembourg, il faut se pencher d'abord sur l'organisation et les réorganisations successives des dispensaires opérées au sein de la Ligue.

**Ce sont les différents développements apportés à l'organisation des dispensaires qui détermineront longtemps la pratique de l'infirmière visiteuse, mais à l'inverse cette organisation sera aussi influencée par elle, cela notamment sur le plan du travail social.**

## C. Des dispensaires à l'infirmière visiteuse ou « la fonction crée l'organe »

Hormis les missions des dispensaires, qui appelaient en théorie à l'engagement d'un professionnel nouveau, c'est le degré de désorganisation des dispensaires après la première guerre mondiale – un problème pratique donc - qui a déclenché le recrutement de la première infirmière visiteuse luxembourgeoise à un moment où cette profession n'existait pas encore au Luxembourg. Ce sont sans aucun doute les visions de Mme Mayrisch qui ont préparé ce chemin.



*« Les sélectionner sur base de leurs aptitudes physiques, intellectuelles et morales, leur faire donner, en grande partie à ses propres frais, une bonne formation générale dans les meilleures écoles à l'étranger, leur donner une instruction polyvalente, c'est-à-dire les rendre aptes à mener la lutte sur tous les fronts contre les maladies et les fléaux sociaux, les mettre ensuite au service commun de la Croix Rouge et de la Ligue contre la Tuberculose, doter ainsi celles-ci progressivement d'un personnel technique hautement qualifié, voilà le vaste programme que Madame Mayrisch cherchait à réaliser dans ce domaine.*

*Si dans ce secteur, comme dans tant d'autres, elle attachait une si haute importance à la sélection et à la responsabilité individuelle, à l'esprit d'entraide et d'initiative, à la conscience professionnelle et à la dignité humaine, c'est que, selon son adage 'ce n'est rien donner aux hommes que de ne pas se donner soi-même', elle voulait jeter les bases d'une nouvelle profession de choix, qui fit honneur aux femmes luxembourgeoises et qui en même temps plaçât notre petit pays à la pointe de la marche ascendante de l'évolution sociale.»* (Maul, 1957, p. 215)

Mme Aline Mayrisch-de St. Hubert travaille avec circonspection dans cette direction nouvelle. A partir de 1911, elle est déléguée active de la Ligue pour le canton d'Esch-sur-Alzette, elle initie la création du dispensaire de Dudelange (1914), puis elle intégrera le conseil d'administration en 1919 pour prendre la fonction de vice-présidente de la Ligue de 1921 jusqu'à sa mort en 1947.

*„Nous avons aujourd'hui la profonde satisfaction de vous faire savoir que les deux candidats, si bien appropriés à leur mission future, Mme. Mayrisch de St. Hubert de Dudelange et Mr. Le Conseiller d'Etat Steichen de Luxembourg. que nous proposons aujourd'hui à votre ratification, ont bien voulu assumer la charge qui leur a été offerte. Nous ne doutons pas que le zèle soutenu et généreux de Mme Mayrisch sera un stimulant pour nous tous ...“<sup>9</sup>*

Dans le premier rapport de la Ligue d'après-guerre du 30 mars 1919 (le dernier datait de 1915), Mme Mayrisch écrit :

*« En 1915, la Ligue n'avait que 4 dispensaires, dont le principal, celui de Luxembourg, dut suspendre son fonctionnement, à cause de la guerre, peu de mois après que celle-ci eut éclaté, faute de pouvoir hospitaliser ou même efficacement secourir à domicile les malades ; la misère et la cherté grandissante de la vie diminuant nos ressources dans la même mesure accélérée où elle augmentait nos dépenses. Les trois autres dispensaires, Esch-s./Alz., Ettelbruck et Dudelange ne battaient plus que d'une aile et leur efficacité se réduisait à peu de chose, tandis que les progrès de la maladie étaient tous les jours plus envahissants.*

*Quand après la guerre, lorsqu'il nous fut possible de repenser à une réorganisation de notre œuvre, sur des bases plus solides et plus larges, notre premier souci fut de nous assurer une infirmière visiteuse qui mît enfin sur le pied voulu nos dispensaires existants et nous aidât à en créer d'autres. Après de longues recherches infructueuses nous parvînmes à nous assurer la collaboration d'une infirmière diplômée, de nationalité et d'éducation luxembourgeoise, ayant une longue pratique et qui voulût bien, malgré son expérience étendue, consentir à faire encore un stage spécial dans les principaux dispensaires de Paris, afin d'entreprendre, dans notre pays, une tâche dont les conditions même étaient à créer.»* (MAYRISCH 1921, p.23-24)



Mlle Kauffeld entra aux services de la Ligue en 1921 pour se trouver, en tant que première infirmière visiteuse du pays, face à une tâche énorme. Ses atouts étaient une solide formation et une grande liberté d'action pour adapter la pratique aux problèmes existants et notamment aux problèmes sociaux qui n'étaient pas au centre de sa discipline, l'hygiène sociale. L'extrait suivant témoigne de cette extension du champ d'activité de l'infirmière visiteuse vers le travail social.

*«Pour garantir l'efficacité de son action, la Ligue a basé son travail, dès le début, sur la répartition du pays en secteurs et sur la création de dispensaires aux centres démographiquement importants de notre territoire.<sup>10</sup> Au commencement, l'activité de la Ligue s'est concentrée uniquement sur le*

<sup>9</sup> Rapport sur le fonctionnement de la Ligue luxembourgeoise contre la tuberculose en 1918 / Luxembourg le 30 mars 1919

<sup>10</sup> Le neuvième dispensaire ouvre ses portes en 1936 à l'hospice civil de la ville d'Echternach [Rapport de l'Assemblée Générale de la Ligue du 21 mars 1937 (exercice 1936)]



combat de la tuberculose. Ce champ d'action s'est vu élargir toutefois dès les années vingt par un service social de plus en plus important, grâce aux initiatives de Mme Mayrisch, ...» (GOEDERT, 1978 p.40)

L'interaction entre les choix organisationnels des responsables de la Ligue et l'évolution de la profession se poursuit dans les années vingt. Soulignons dans ce contexte la création de la fonction d'infirmière-inspectrice:

*«La question des dispensaires m'était incombée jusqu'ici en ma qualité de vice-présidente. Ne pouvant plus, comme par le passé, donner autant de temps qu'il est nécessaire aux détails de cette partie de notre activité, et aucun non plus de nos collègues n'en ayant le loisir, nous avons décidé de nommer comme inspectrice de nos dispensaires et surtout comme agent de liaison entre dispensaires, cellules régionales, et le centre administratif de la société, Mme Elise Kauffeld qui est la doyenne de nos infirmières et à laquelle on avait promis le titre d'infirmière principale de la Ligue, quand au lendemain de la guerre elle consentit à renoncer à la situation qu'elle s'était faite en France, pour mettre sa longue expérience aux services de la Ligue. [...], nous comprenons la mission idéale de l'infirmière visiteuse un peu autrement que ne pourraient le faire supposer nos réalisations actuelles, lesquelles ne sont encore que des réalisations de fortune, dues aux grands besoins de nos services, alors qu'il y a encore jusqu'ici dans le Grand-Duché une véritable pénurie d'infirmières visiteuses.*

*Idéalement, il faudrait que les infirmières visiteuses se répartissent non point par type de maladie sociale, mais bien par région. Je m'explique : au lieu qu'il y ait dans une région donnée, comme p.ex. la Ville de Luxembourg, une puéricultrice, une infirmière de la tuberculose, une infirmière spécialement chargée des maladies vénériennes, une autre peut-être qui s'occuperait de la lutte contre l'alcoolisme, et des maladies mentales, il faudrait qu'au contraire une seule infirmière de formation polyvalente assumât toutes ces branches de la lutte pour l'hygiène sociale dans une circonscription donnée et limitée. [...] Ces infirmières-là pourraient alors entreprendre à fond la lutte contre les fléaux d'ordre social, contre le paupérisme et en même temps être monitrices d'hygiène pour les mères et les ménagères, ainsi que pour toutes les parties de la population qui ne sont pas elles-mêmes suffisamment formés à cet égard.» (MAYRISCH, 1928)<sup>11</sup>*

Cet extrait montre que déjà l'infirmière visiteuse n'est plus décrite comme un pur professionnel du monde médical, mais que la lutte contre le paupérisme est considérée comme faisant partie intégrante de sa mission. Un deuxième élément est intéressant à plus d'un égard, celui de la polyvalence de l'action. Cette idée va être fédératrice des efforts futurs de structuration des activités médico-sociales de la Ligue, comme nous allons le voir plus loin.



<sup>11</sup> Rapport sur les dispensaires de Mme Aline Mayrisch à l'assemblée générale du 29 avril 1928

<sup>12</sup> En 1939, la Ligue participa avec un stand à l'Exposition Sociale du centenaire tout en publiant une statistique dans la brochure ad hoc pour l'année 1938. A ce moment, la Ligue emploie 11 infirmières visiteuses dans 9 dispensaires. Elle dénombre 322 malades reconnus tuberculeux.

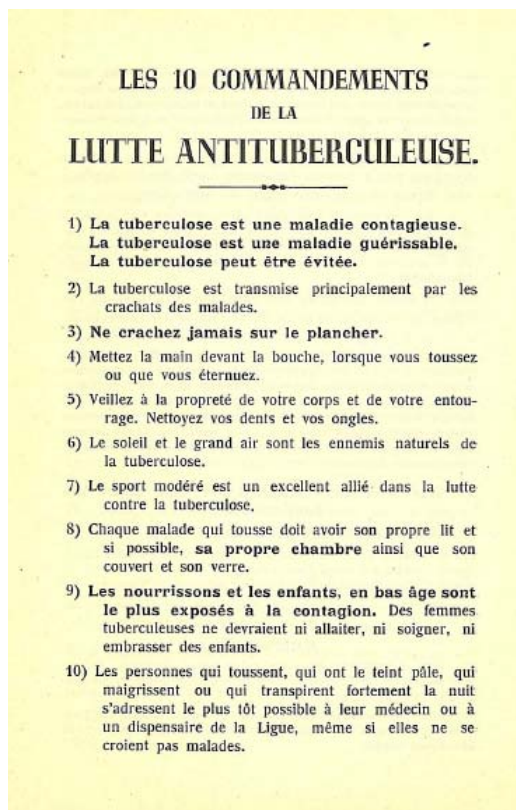
### III. Hygiène sociale et travail social : Les deux faces de la même médaille ?

« Bien écouter, c'est presque répondre ».  
Pierre Carlet de Chamblain de Marivaux,  
Ecrivain français (1688-1763)

Après la brève description du contexte sociétal et institutionnel de la lutte antituberculeuse et en pointant les éléments précurseurs d'un travail social professionnel, il s'agit maintenant d'analyser les recoupements entre deux disciplines finalement bien distinctes, mais qui se rejoignent dans l'intervention auprès d'une même population cible avec le moyen partagé de la visite à domicile et l'enquête (médico-)sociale.

#### A. L'hygiène<sup>13</sup> sociale

„Die soziale Hygiene war gleichsam die letzte unter den neuen Gesundheitswissenschaften des ausgehenden 19. und frühen 20. Jahrhunderts. Sie weist zahlreiche wissenschaftliche und praktische Bezüge zum heutigen „revival“ einer öffentlichen Gesundheitssicherung auf – die üblicherweise unter dem anglo-amerikanischen Begriff einer „Public health“ segelt. Ab ca. 1900 entwickelt, richtet die Sozialhygiene ihren Blick auf die Häufung von Krankheiten in bestimmten Gesellschaftsgruppen und deren spezifische, offenbar, pathogene Lebensverhältnisse. Daher der Begriff der „sozialen Pathologie“ Alfred Grotjahns (1869-1931), der als wissenschaftlicher Begründer der sozialen Hygiene gilt. [...] Das Unterscheidungsmerkmal der sozialen Hygiene gegenüber den übrigen Formen der Hygiene sind also nicht die sozialen Wirkungen, die selbstverständlich auch bei anderen Formen der Hygiene gegeben sind, sondern die besonderen Gesundheitsgefährdungen bzw. Gesundheitsgefahren einer nach sozialwissenschaftlichen Parametern definierten Gruppe. Daraus resultieren die Bezugsdisziplinen der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften. Damit ist die Sozialhygiene die einzige gesundheitswissenschaftliche Disziplin des frühen 20. Jahrhunderts, deren Bezugsdisziplin nicht naturwissenschaftlich ausgerichtet ist.



Die Gesundheitsfürsorge als Praxis der Sozialhygiene richtete sich auf zwei unterschiedliche Gruppen: zum einen auf diejenigen die durch Alter, soziale Lage oder Berufstätigkeit einer besonderen gesundheitlichen Gefährdung ausgesetzt waren, darunter besonders Mütter und Kinder, zum anderen auf diejenigen, die durch eine (Volks-) Krankheit sich und ihre Menschen gefährdeten – also etwa Tuberkulose, Geschlechtskranke, Alkoholiker, Geisteskranke etc. Die Interventionsfelder der Sozialhygiene wurden damit die chronisch-endemischen Infektionskrankheiten als quasi konsumptive Gesundheitsrisiken und das gesamte Feld von Schwangerschaft und Kindesaufzucht als quasi investive Gesundheitsrisiken. Als Interventionsformen der Gesundheitsfürsorge bildeten sich nach und nach die dauernde ärztliche Beobachtung gesundheitsgefährdeter bzw. -gefährdender Bevölkerungsgruppen, die frühzeitige Feststellung von Krankheitsanlagen und Krankheitsanfängen und schliesslich die hygienische Aufklärung, Beratung und Erziehung heraus.“ (LABISCH, 2004 pp. 263 – 265)

<sup>13</sup> Dans la mythologie grecque, Hygie était la déesse de la santé

Les moyens d'action de l'hygiène sociale sont donc avant tout de l'ordre de l'éducation et de l'instruction avec l'objectif - pour ce qui en est de notre sujet - la prévention de la tuberculose. Un deuxième but important de cette action est le contrôle des comportements sanitaires à risque, c'est-à-dire la non observation des règles d'hygiène générales et surtout spécifiques à la tuberculose.

A côté du volet de l'hygiène sociale, le travail social de l'infirmière visiteuse, s'attache par contre à améliorer les conditions de vie des malades et de leur famille, à contribuer à l'accès aux soins nécessaires<sup>14</sup> et à organiser le reclassement professionnel ainsi que la réintégration sociale après « guérison ». Cependant, parallèlement à l'aide concrète, l'élément de contrôle est présent en permanence. En effet, le tout est subordonné aux règles d'hygiène, de prévention et de lutte contre la tuberculose<sup>15</sup>. **Le statut du travail social est donc celui d'un travail complémentaire, subordonné. Comment cet embryon de travail social, cadré par la prévention et le traitement de la tuberculose, va-t-il grandir pour devenir une activité professionnelle propre ? Comment le travail social des infirmières visiteuses va-t-il se développer pour devenir un champ d'action et de compétence spécifique ?** Si nous voulons identifier les étapes successives de l'émergence du travail social en tant qu'entité propre, le moment est venu de faire un bond en avant pour introduire brièvement la science du travail social. Cet exercice nous permettra de décrire succinctement quelques références théoriques pour mieux identifier par la suite les aspects spécifiques du travail social dans un service à finalité polyvalente.

## B. Le travail social

Toute science part d'une théorisation propre de son objet<sup>16</sup>, théorisation validée par la recherche scientifique, la pratique et l'expérience professionnelles. Il a longtemps été difficile pour les travailleurs sociaux de décrire et de circonscrire scientifiquement le champ d'application de leur professionnalité, en d'autres termes, de définir l'objet du travail social. Parmi tous les efforts théoriques en relation avec ce défi, les travaux complémentaires de Sylvia Staub-Bernasconi (STAUB-BERNASCONI, travaux de 1995-2007), de Werner Obrecht (OBRECHT, travaux de 1990-2007) et de Kaspar Geiser, pour le volet plus pratique (GEISER, travaux 1999-2007) fournissent le résultat le plus abouti<sup>17</sup>.

L'équation de départ, largement partagée par les professionnels du travail social<sup>18</sup>, est simple : L'objet du travail social consiste en la prévention, l'atténuation et la résolution de problèmes sociaux.

Cette affirmation peut sembler évidente, mais le terme de problème social est à signification multiple. Il est souvent confondu avec l'expression *problème sociétal* et les problèmes sociaux, dont parle un syndicaliste ou un patron, sont sensiblement différents des problèmes sociaux d'une famille du quartier. C'est pourquoi, une redéfinition scientifique du terme à partir de la discipline du travail social doit précéder d'autres considérations.

*« En général, un problème est une déviance durable d'une valeur (ou d'une norme). Pour qu'un problème soit du ressort du travail social, il faut que le problème soit de nature sociale. Il s'agit alors soit d'un problème de position sociale (statut socio-économique, formation insuffisante, manque de ressources, pauvreté, ...), soit d'un problème d'interaction sociale (isolement, exclusion, conflits, difficultés d'accès aux ressources de la société/Etat et notamment aux soins de santé et aux services d'aides médico-psycho-sociaux et pédagogiques, discrimination, ...). Et finalement, il faut aussi que les personnes concernées ne disposent pas des ressources nécessaires pour atténuer ou résoudre seules les problèmes existants et/ou pour éviter de nouveaux problèmes.*

---

<sup>14</sup> réalisation des placements en sanatorium (adultes) ou en preventorium (enfants) ordonnés par le médecin, envoi en consultation dans les dispensaires, ...

<sup>15</sup> „Mag es vor Jahren von einer gewissen, vielleicht sogar schmeichelhaften, Popularität gezeugt haben, wenn eine Sozialpflegerin, die Jahrelang ihrem Beruf in von hygienischen Massnahmen weniger begünstigten Wohnvierteln nachging, plötzlich auf einer Auslandsreise durch den Ruf eines Kindes « Kuck Mamm, do ass d'Joffer vun der Auszierung [=Tuberculose] » aufgeschreckt wird, so war dies immerhin doch der Beweis, wie selbst in jenen Kreisen, denen lange Zeit hindurch fast ausschliesslich die Sorge unserer sozialen Fürsorge galt, die Arbeit der Hüterin der Gesundheit falsch eingeschätzt wurde.“ (REVUE, 1967)

<sup>16</sup> W. Obrecht propose à cet effet le Paradigme Systémique du Travail Social (SPSA-Systemtheoretisches Paradigma Sozialer Arbeit) (OBRECHT, 2000)

<sup>17</sup> Ce sont ces auteurs principalement, qui sont à l'origine de la nouvelle approche théorique du travail social dénommée « Ecole de Zurich ».

<sup>18</sup> cf. : Staub-Bernasconi Silvia, « Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft » Haupt, 2007 p. 219-226

Ces problèmes sociaux résultent

- de la **non-satisfaction de besoins** au cours d'une période prolongée. Ceci engendre des dommages, des lésions physiques et/ou psychiques et des souffrances.
- de l'atteinte portée aux compétences de gérer des relations d'échange et/ou de pouvoir utiles. Ceci engendre une diminution des opportunités et capacités sociales en matière de participation active (soigner son adhésion à des groupes) et de participation passive (avoir accès à des biens auxquels on a droit) à la vie en société. Cette limitation menace l'intégration sociale.
- de la consolidation des structures sociales défavorables ce qui implique que la position sociale des personnes concernées passe en dessous du seuil requis (déterminé également sur le plan culturel) pour satisfaire le besoin de reconnaissance sociale (éventuellement mépris social).

La non-satisfaction des besoins correspond à la non-réalisation, voire tout-au-plus la réalisation arbitraire ou relative, des valeurs et normes, reconnues par notre société et codifiées par les droits de l'homme, les droits des enfants, les droits sociaux, etc. " (GEISER, 1999)<sup>19</sup>

De quels besoins s'agit-il ? Werner Obrecht (2005/1999) a établi une liste de besoins sur base d'une théorie biopsychosociale des besoins humains. Il distingue sur trois niveaux, qui engendrent l'un l'autre (émérgentisme), les 17 besoins suivants :

#### **A. BESOINS BIOLOGIQUES**

1. intégrité physique
2. autopoïèse : alimentation saine, eau et oxygène
3. régénération
4. activité sexuelle et de reproduction

#### **B. BESOINS BIOPSYCHIQUES**

5. besoins sensoriels
6. besoins d'expérience de l'esthétique
7. besoin de changement / stimulation
8. besoin d'information pour l'orientation et l'action
9. besoin de "sens"
10. besoin de contrôle ou de compétence propre

#### **C. BESOINS BIOPSYCHOSOCIAUX**

11. besoin d'attention émotionnelle
12. besoin d'aide (spontanée)
13. besoin d'appartenance socioculturelle
14. besoin d'une identité biopsychosociale
15. besoin d'autonomie
16. besoin de reconnaissance sociale
17. besoin de justice / d'équité

La non-satisfaction plus ou moins fréquente, plus ou moins intensive, de ces besoins est donc à l'origine des problèmes traités par le travail social. Ces problèmes se *manifestent* simultanément et à plus ou moins long terme et peuvent être classés selon les niveaux ontologiques suivants:

- niveau physique/chimique (froid, chaud, eau sale, amiante dans les poumons, )
- niveau biologique non humain (☹) et humain (par ex.: handicap physique, maladie)
- niveau (bio-)psychique (par ex.: maladies psychiques, déficience des compétences cognitives, comportement incompatible avec le rôle de l'individu)
- niveau (biopsychosoc)-social (isolement, exclusion, manque d'argent, ...)

---

<sup>19</sup> Documentation de la formation interne « Dossier Social » de M. Kaspar Geiser, organisée par la Ligue au CMS de Dudelange aux dates suivantes : 17-19.01.2000, 31.01-02.02.2000 et 13-15.03.2000



- niveau culturel (par ex.: ignorance des valeurs et normes sociales, méconnaissance d'une langue étrangère, analphabétisme structurel, religion) (cf. GEISER, 2007, p.58)

Sans pouvoir le décrire d'une manière aussi différenciée, les infirmières visiteuses ont rencontré lors de leurs visites à domicile tous ces problèmes et les besoins lésés qui étaient à leur origine. Elles y ont réagi dans un premier temps en apportant leur secours matériel et moral. Puis, nous allons le voir dans le chapitre IV-C, elles se sont professionnalisées au fur et à mesure.

Revenons en conclusion à ce chapitre sur la relation entre hygiène sociale et travail social pour constater que sur le plan théorique les deux disciplines se chevauchent en partie dans le domaine de la santé physique. Leurs moyens méthodologiques diffèrent cependant : d'un côté l'éducation à la santé et de l'autre le traitement des problèmes sociaux. Sur le plan pratique, cette différenciation jouait peu, car l'objectif commun était celui d'aider. Par conséquent, au sein des services de la Ligue et pour une longue période, hygiène sociale et travail social ont eu tout d'un amalgame, d'un mélange hétérogène de tâches de nature parfois différente, parfois complémentaire. Cette complémentarité face à une population cible identique est solide et va se fondre dans une nouvelle structure organisationnelle : la polyvalence.



La Polyvalence (càd. le service polyvalent de secteur) sera le modèle de référence pendant des décennies, cela aussi bien dans le domaine médico-social que social (pur). Il y a plusieurs raisons à cela (notamment l'intersection théorique entre hygiène sociale et travail social que nous venons de décrire), mais la plus centrale - du moins en ce qui concerne le volet institutionnel de la question - semble être le fait que le professionnel polyvalent en place répondait à merveille aux changements réguliers des tâches au sein d'un service de première ligne et de type généraliste. Des réorganisations institutionnelles fastidieuses ont ainsi pu être évitées longtemps grâce à de simples adaptations aux niveaux de l'organisation des tâches. Ce n'est qu'à partir du moment où la Polyvalence sera chargée de l'application de la loi sur le revenu minimum garanti (1986) que les choses vont changer.

### C. La Polyvalence – mélange institutionnalisé des pratiques

L'historique de la polyvalence a été retracé dans le rapport d'activité 2000 de la Ligue (HOFFMANN, 2000). Il est cependant important de rappeler différents points et notamment celui de l'interdépendance entre la polyvalence française et luxembourgeoise pour comprendre l'interaction entre le contexte institutionnel de la polyvalence et le développement du volet social de l'activité des infirmières visiteuses de la Ligue.

L'idée de la polyvalence, telle qu'exposée ci-dessus par Mme Mayrisch, est née au Luxembourg 7 ans après son introduction en France par Henri Sellier.

*«La polyvalence française a été 'inventée' par Henri Sellier, maire à Suresne de 1919 à 1941. Le service (médico-) social de polyvalence de secteur est organisé et finalisé comme service généraliste de proximité. Cette conception sera reprise après la guerre par les pouvoirs publics (Henri Sellier étant devenu ministre en 1936) qui l'officialiseront et la régleront afin qu'elle soit mise en application sur tout le territoire. Dès 1919, H. Sellier prévoit dans son programme électoral l'organisation d'un service de visiteuses de la première enfance. Implantées dans les écoles, elles sont le vecteur privilégié de l'encadrement sanitaire et social mis en place par la Municipalité. Alors qu'à l'intérieur de l'école, elles assistent le médecin scolaire sur le plan médical et hygiéniste, leur action rayonna sur le quartier, et auprès de chaque famille.*



Après la Seconde Guerre mondiale, la loi du 4 août 1950 relative à la liaison et la coordination des services sociaux définit le service social polyvalent de la manière suivante: «tout service qui assume un ensemble d'activités sociales, médico-sociales, ou sociales et médico-sociales, en dehors des tâches exercées par les services sociaux spécialisés. Les services polyvalents exercent leur activité soit au profit de l'ensemble des bénéficiaires dans un secteur géographique donné, soit au profit d'une catégorie de bénéficiaires». Cette définition consacre plus une situation de fait qu'elle ne définit réellement la doctrine de la polyvalence de secteur» (BOUQUET, 1991)

La formulation « activités sociales, médico-sociales, ou sociales et médico-sociales, en dehors des tâches exercées par les services sociaux spécialisés » montre l'absence d'une différenciation précise aussi bien dans les têtes que dans la pratique. La polyvalence française sera soumise par la suite à des remaniements législatifs continus avec une orientation rapide vers le social. L'extrait suivant de la circulaire du 22 octobre 1959 de l'Etat français s'apparente en effet clairement à la description du travail social ci-dessus. A l'instar du travail social, la polyvalence prône une approche holistique (globale) de la personne.

*«L'expérience montre que la vraie polyvalence a un sens beaucoup plus précis. Elle tend, en effet, à mettre, à la disposition des usagers, des assistantes capables d'avoir une vue d'ensemble de leurs problèmes sanitaires, sociaux, économiques, psychologiques et de les aider à mettre en œuvre les moyens d'y porter remède, avec le concours, le cas échéant, de services spécialisés pour des situations particulières. L'assistante polyvalente que l'on appelle souvent « assistante familiale » s'occupe en principe des divers membres d'une famille. Elle évite ainsi les interventions multiples de services à buts limités et les déplacements inutiles. Elle protège l'intimité des familles, tout en leur assurant une aide plus complète; sans sa présence, l'action des services spécialisés risque souvent de demeurer fragmentaire ou sans lendemain.»*

Brigitte Bouquet enchaîne :

*«L'assistante polyvalente de secteur a l'avantage d'être proche de ses 'clients'. Elle les connaît et elle est connue d'eux. Elle connaît le milieu dans lequel ils vivent et les institutions sanitaires et sociales auxquelles ils peuvent recourir. Elle est en rapport avec les autorités locales, les maires, les membres du corps enseignant, les employeurs, etc. De même, elle est en liaison étroite et permanente avec les autres assistantes polyvalentes et spécialisées des divers services sociaux du département. Cette liaison doit permettre notamment d'assurer les suites de l'action engagée au niveau des consultations de PMI, des dispensaires, des établissements scolaires, des établissements hospitaliers et d'une façon générale des organismes concourant à la protection sanitaire et sociale de la population. La formule de la 'polyvalence de secteur' est donc celle qui présente le maximum d'intérêt pour la population» (BOUQUET, 1991)*

Au Luxembourg, la polyvalence ne sera pas légiférée du tout<sup>20</sup> et son orientation sera d'abord médico-sociale (amalgame), puis beaucoup plus tard médico-sociale et sociale à partir des années quatre-vingt (début de différenciation institutionnelle) avec l'introduction du revenu minimum garanti (RMG) qui introduira, à côté des assistantes d'hygiène sociale, les premières assistantes sociales dans les rangs de la Ligue. Sur le terrain cependant, l'évolution sera plus rapide, notamment par la création de secteurs-ville avec le travail social comme unique mission.

L'extrait d'une lettre adressée en date du 22.11.1945 par la Ligue au Ministre du Service Sanitaire concerne la réorganisation du service et décrit la configuration de départ après la guerre pour le nord du pays.

*«chaque canton aura une infirmière visiteuse ; elle doit habiter dans son canton. Son travail sera de faire des visites à domicile, d'être présente aux consultations des dispensaires de nourrissons,*

<sup>20</sup> L'assistante de secteur est mentionnée une seule fois dans un règlement grand-ducal. Art 4. du règlement grand-ducal du 2 septembre 1992 modifiant le règlement grand-ducal du 23 septembre 1964 concernant la création obligatoire de jardins d'enfants : (...)

L'administration communale communiquera à l'assistante sociale du secteur les noms et adresses des personnes ayant la garde d'un enfant soumis à la fréquentation d'un jardin d'enfants et qui n'auraient pas satisfait à l'obligation d'inscription dans les délais prescrits ci-dessus.

L'assistante sociale du secteur interviendra auprès des parents ou tuteurs pour déterminer les motifs de l'absence de l'enfant et insistera auprès d'eux afin qu'ils donnent suite à l'obligation légale. En cas d'absence prolongée et non motivée d'un enfant, l'administration communale (la commission scolaire) avertira l'assistante sociale qui interviendra auprès des parents ou tuteurs; dans un rapport écrit elle communiquera à l'administration communale (commission scolaire) les motifs de l'absence de l'enfant et proposera, le cas échéant, les mesures qu'elle juge nécessaires à prendre dans l'intérêt de l'enfant.»

installés dans les grands centres de chaque canton. Ensuite, elle sera présente aux consultations spécialisées qui auront lieu au Centre d'hygiène sociale à Ettelbruck.

Le Centre d'hygiène sociale à Ettelbruck [offre]

a) les consultations médicales

- antituberculeuse (1 fois par semaine)
- d'hygiène mentale (1 fois par mois)
- anti-cancéreuse (1 fois par mois)
- anti-vénérienne (1 fois par semaine)

b) le travail social

- Assistance publique
- Réadaptation professionnelle»

Dans cet énoncé, le travail social est toujours conçu comme une catégorie à part, mais reste de fait englobé dans l'hygiène sociale. Il est réduit à deux activités : à l'assistance publique, qui correspond pour l'infirmière visiteuse à la réalisation d'enquêtes sociales (demandées par les pouvoirs publics ou émanant de son propre chef pour apporter un secours matériel) et à la réadaptation professionnelle des anciens tuberculeux. **De là, quels sont les éléments qui ont contribué au développement et à l'élargissement du travail social au sein de la polyvalence ?**

Les statistiques de la Ligue montrent que la recrudescence de la Tuberculose après la 2<sup>e</sup> guerre mondiale a été maîtrisée vers 1952 grâce aux médicaments disponibles. L'action polyvalente luxembourgeoise autour du malade tuberculeux et de sa famille sera élargie progressivement à partir de **1949**, année où la Ligue commencera le suivi médico-social des enfants scolarisés du Grand-Duché, mission qui sera confirmée par la suite dans le cadre de la loi sur la médecine scolaire datant de 1987.

Après la guerre, la collaboration avec la Croix-Rouge reprendra de sorte que le volet de la protection maternelle et infantile dans le cadre des consultations de nourrissons, dont la première a été mise en place en 1932, complétera à ce moment les missions de l'infirmière visiteuse. Ainsi, les efforts d'hygiène sociale seront étendus massivement à une 'nouvelle' catégorie de clients : *les enfants*<sup>21</sup>.

L'encadrement médico-social des enfants, synonyme de dépistage et de médecine préventive, est à l'origine du **travail social familial** des infirmières visiteuses, qui seront confrontées également aux problèmes sociaux, familiaux et scolaires des enfants avec, en l'absence d'autres services, la nécessité d'intervenir et d'aider. Elles travailleront notamment dans le cadre de la loi du 2 août 1939 sur la protection de l'enfance lorsqu'il s'agit de signaler au juge de la jeunesse des enfants en danger. **Cette nouvelle activité de la Ligue, qui se développe en parallèle avec le déclin de la tuberculose, va donc élargir le champ du travail social des infirmières visiteuses une première fois, en multipliant les problèmes sociaux traités.**

Entre le milieu des années 1950 et 1970, l'évolution de la polyvalence luxembourgeoise est peu spectaculaire. Les infirmières visiteuses de la Ligue, formées principalement en France, s'orientent à l'évolution de la polyvalence française pour faire leur travail de terrain. Leur nombre reste stable au sein de la Ligue, mais la charge et la complexité du travail (social) augmentent.

*«Immer komplizierter wird die moderne Lebensweise und immer stärker weicht sie von den natürlichen Bedingungen ab. Immer wieder tauchen neue Krankheiten und medizinische und soziale Probleme auf und die Arbeit der Infirmière visiteuse polyvalente wird immer schwieriger, ihre Verantwortung immer grösser. ... Frl. Gretsch hat sich verschiedene Anliegen vom Herzen gesprochen, denen wir die Publizität nicht verweigern wollen: „Die Infirmière visiteuse gibt sich Rechenschaft über die Wichtigkeit ihrer Rolle in der modernen Gesellschaft und bedauert, dass diesem Umstand nicht Rechnung getragen wird. Ihre Aufgabe ist verschieden von der des Arztes aber wohl genau so wichtig. Ihr gleichberechtigter Platz in der modernen medizinisch-sozialen Kampfgemeinschaft ist noch nicht genügend klar definiert und anerkannt worden. Um die ungeheure Arbeit zu bewältigen, benötigen wir immer zahlreichere Hilfskräfte, doch genau so wie bei den Krankenpflegerinnen der Kliniken fehlt es uns an Nachwuchs. ... Das Problem der Rekrutierung neuer Kräfte ist vordringlich. Wir haben uns nach den Bedingungen erkundigt, die ein junges Mädchen, das Sozialassistentin werden möchte, erfüllen muss. Was verlangt wird ist ein*

<sup>21</sup> Bien entendu l'enfant tuberculeux ou à risque, dans le ménage d'un malade tuberculeux, a été au centre de l'action de la Ligue dès le départ, mais la mission de la Ligue va dépasser maintenant largement sa mission primaire de lutte contre la tuberculose.

*allgemeines kulturelles Grundwissen, da die sich in der Praxis stellende Probleme äusserst komplex sind. Unerlässlich ist das Gefühl, zu dem Beruf auch berufen zu sein, was sozialen Sinn bedingt. Eine Sozialpflegerin muss Menschen lenken und führen können. Nach diesen drei Gesichtspunkten wird die Selektion zu treffen sein.*“(Revue, 1967)

Citons encore Mme Gretsch<sup>22</sup>, assistante d'hygiène sociale et chef de circonscription, en 1968 lors de son discours à l'occasion du 60<sup>e</sup> anniversaire de la Ligue :

*«La Ligue luxembourgeoise contre la Tuberculose et la Croix Rouge occupent actuellement 29 assistantes d'hygiène sociale polyvalentes. Ce nombre est insuffisant et nos services se trouvent devant d'importants problèmes d'avenir. D'une part, le recrutement devient de plus en plus difficile; d'autre part, le nombre de ressortissants par assistante trop élevé, surtout dans les secteurs où le niveau de vie est relativement bas, la multiplicité des tâches, rendent indispensable la création de nouveaux postes.*

*La surcharge résultant du travail polyvalent, par suite du manque d'assistantes sociales, crée le danger que les jeunes assistantes quittent nos services pour se tourner vers un service spécialisé, moins complexe. En ce qui concerne les difficultés de recrutement, il faut reconnaître honnêtement que la politique médico-sociale n'a que peu tenu compte de la profession d'assistante d'hygiène sociale dans les dernières décades.*

*La loi du 18 novembre 1967 nous a enfin donné la protection du titre et nous espérons que le règlement grand-ducal qui est en voie de préparation, situera notre profession à sa juste valeur. L'avenir de la profession tient pour une grande part dans le recrutement et je me permets de citer les paroles de Madame Emile Mayrisch, toujours actuelles et vraies: «Faites à l'infirmière visiteuse (donc à l'assistante hygiène sociale) une situation pécuniaire, morale et sociale en rapport avec la dignité et l'importance de ses fonctions et avec l'étendue de sa responsabilité. Par contre, exigez d'elle un maximum de dévouement, d'initiative, d'intelligence, et choisissez-la parmi l'élite des jeunes filles »».*



Il est certain que cette fin des années soixante marque un tournant. **Le travail social de l'infirmière visiteuse sera consacré par la loi. Son titre changera en assistante d'hygiène sociale. Ses compétences paramédicales et sociales seront reconnues légalement et elle devient une professionnelle médico-sociale et sociale à part entière.** Le travail social se libère encore davantage de la tutelle médicale, cela surtout dans la pratique<sup>23</sup>. D'un autre côté, les effectifs de la profession ont stagné pendant des années et la profession toujours exclusivement féminine, demandant jusque là un dévouement total, a perdu de son attrait. Ceci va changer au cours des dix années suivantes, période de recrutement continu, avec plus de 40 assistantes d'hygiène sociale en 1978<sup>24</sup> et l'apparition du premier assistant d'hygiène sociale masculin<sup>25</sup>.

Une nouvelle génération de professionnels<sup>26</sup>, formés davantage aux méthodes *spécifiques* du travail social, intègre les services de la Ligue.

*«A partir de 1950, le case-work est introduit massivement en France. Cette méthode de travail social avait été théorisée beaucoup plus tôt aux Etats-Unis. « Le livre de Mary Richmond, qui en est un des piliers théoriques, est traduit en France dès 1926 sous le titre : Les méthodes nouvelles*

<sup>22</sup> La photo n'est pas datée. Elle représente Mme Gretsch dans les années 30.

<sup>23</sup> Sur le plan légal p.ex., le collège médical restera l'instance disciplinaire jusqu'en 1992, date de mise en vigueur de la loi sur la revalorisation de certaines professions de santé.

<sup>24</sup> Brochure „1908-1978“ de la Ligue

<sup>25</sup> M. Pierre CAMPAGNA

<sup>26</sup> Depuis la fin des années 60, les services sociaux ont connu un développement considérable : le nombre des AHS et AS a plus que doublé. On assiste d'abord au développement des services sociaux polyvalents qui a ralenti à partir des années 80. (HOFFMANN, ROULLEAUX, 1994)

d'assistance. Le service social des cas individuels. Il dote le service social d'un nouvel outil (l'enquête sociale ayant été jusqu'alors la seule technique du service social), élaboré à partir des sciences psychologiques et psychanalytiques. Il s'agit grâce à une certaine qualité d'écoute, d'amener l'usager à comprendre ce que cachent des demandes bien concrètes, d'amener l'usager à mieux cerner ses véritables besoins. Le but démocratique poursuivi dans tous les cas est de favoriser la vie sociale de la collectivité en donnant à l'individu, comme membre d'une famille, l'occasion de développer sa personnalité par des adaptations consciemment effectuées entre lui-même, ses semblables et leur milieu social commun. **Le case-work, bien qu'il se soit heurté à de vives résistances, permet aux praticiens du social de se démarquer du médical en empruntant aux sciences humaines les fondements théoriques de leur action.** Le fait que le case-work ait pu être regardé comme une véritable révolution progressiste, qui allait de pair avec le refus de juger, en dit long a contrario, sur les pratiques et comportements antérieurs. Le regard de l'assistante sur l'usager change, il ne faut plus l'éduquer, mais l'aider à prendre conscience de ses capacités d'éducation, et ce pour une meilleure adaptation ». (BLUM, 2002)

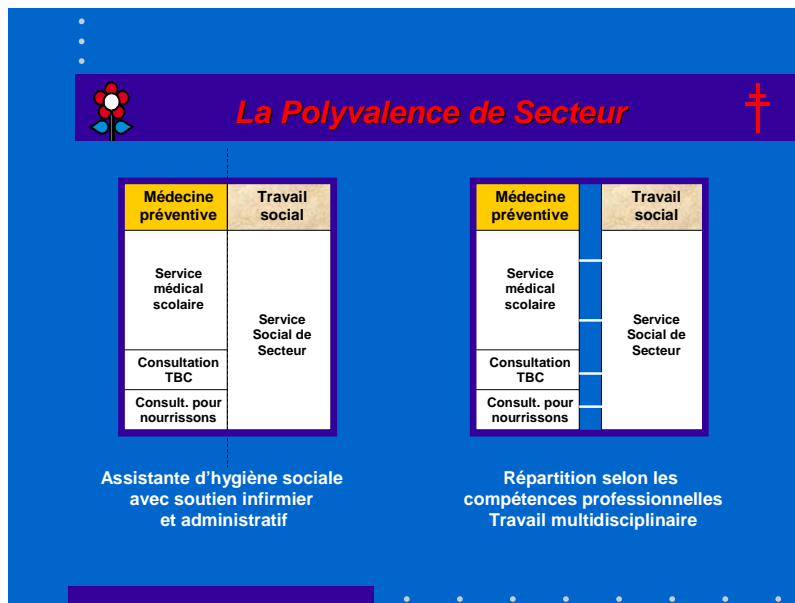
Au cours de cette période, les dispensaires ou centres d'hygiène sociale deviendront des centres médico-sociaux et leur nombre augmentera encore. La restructuration des services permettra aussi une meilleure répartition de la charge de travail.

*«Parallèlement à la création de ces centres, nos secteurs ont été réduits dans leur extension territoriale et regroupés en trois circonscriptions. Chaque secteur est pourvu d'une assistante d'hygiène sociale, qui a sous sa compétence tout le travail médico-social et social de cette région et est à la disposition aussi bien des ministères, des administrations communales que des populations de ces communes. Trois assistantes d'hygiène sociale, nommées responsables de circonscription, en surveillent le bon fonctionnement ainsi que celui des centres médico-sociaux qui en dépendent.*

*Actuellement, les services, fonctionnant aux différents niveaux de notre organisation, sont étendus et variés :*

- Lutte antituberculeuse
- Médecine scolaire et éducation sanitaire
- Consultation pour nourrissons
- Enquêtes sociales pour les différents ministères
- Placements d'enfants, de personnes âgées, d'handicapés
- Visites sociales dans les foyers
- Travail social en faveur des marginaux ». (GOEDERT, 1979)

La représentation schématique suivante reprend en premier lieu l'organisation décrite ci-dessus par le Dr. Goedert, président de la Ligue médico-sociale. Avec la complexité croissante des tâches et problématiques, un deuxième modèle a été expérimenté plus tard. Dans un même secteur, il s'agissait alors d'attribuer les tâches de médecine préventive et de travail social à deux professionnels différents.



En **1983**, la Ligue tient compte de l'évolution de ses services en modifiant sa loi organique dans le sens d'une **extension de ses missions (action sociale sous toutes ses formes), accompagnée d'un changement de dénomination**<sup>27</sup>.

**Art. I :** Le changement de dénomination de la Ligue luxembourgeoise contre la tuberculose en "Ligue luxembourgeoise de prévention et d'action médico-sociales" est approuvé.

**Art. II :** L'article 1er de la loi du 19 mars 1910 conférant la personnification civile à la Ligue luxembourgeoise contre la tuberculose est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes :

**"Art. 1er.**— (1) L'association dite "Ligue luxembourgeoise de prévention et d'action médico-sociales" (anciennement Ligue luxembourgeoise contre la tuberculose) est reconnue d'utilité publique et a comme telle la personnalité civile.

(2) Elle a pour but de contribuer à la promotion de la médecine préventive et sociale et de l'action sociale sous toutes ses formes. Elle prend toutes initiatives propres à réaliser son objet.

(3) Ses moyens d'action consistent notamment :

1. à créer, exploiter et gérer des centres médico-sociaux et à organiser des services sociaux polyvalents ;
2. à prendre des mesures appropriées dans l'intérêt de la prévention, du dépistage et de la surveillance des maladies invalidantes chroniques et plus particulièrement des maladies respiratoires et de la tuberculose sous toutes ses formes ;

En **1985**, le rapport annuel de la Ligue décrit pour la première fois de manière exhaustive le service médico-social et social polyvalent de secteur. Les champs d'activité sont décrits comme suit :

« 1) *Domaine de la médecine préventive*

- *dépistage de la tuberculose et des maladies respiratoires (consultations tabac pour fumeurs, visites à domicile, surveillance de personnes exposées);*
- *surveillance des grossesses à risque et des enfants en bas âge (consultations de nourrissons, vaccinations, visites à domicile, éducation sanitaire);*
- *organisation et collaboration avec les services d'orthoptie et de pléoptie;*
- *service médical scolaire, éducation à la santé dans les écoles primaires, participation aux commissions CMPP<sup>28</sup>;*
- *service "Gesond liewen".*

2) *Domaine de la santé*

<sup>27</sup> Extrait de la loi du 25 avril 1983 portant sur la modification de la loi du 19 mars 1910 conférant la personnalité civile à la Ligue luxembourgeoise de Prévention et d'Action médico-sociales.

<sup>28</sup> Commission médico-psycho-pédagogique

- informations sur les dispositions des organismes de Sécurité Sociale et démarches auprès de ces institutions;
  - règlement des prises en charge de frais pour non-assurés;
  - orientation et placement des malades pour traitement, cure, convalescence ou réadaptation;
  - démarches pour procurer au malade ou à sa famille le matériel ou les services nécessaires (matériel sanitaire, soins à domicile, aide familiale);
  - service social dans les hôpitaux;
  - prise en charge sociale de personnes après leur sortie de l'hôpital;
  - service de rééducation précoce
- 3) *Domaine de l'enfance et de la jeunesse*
- protection des enfants en danger physique ou moral
  - placements d'enfants dans des familles d'accueil, les foyers de jour, les maisons d'enfants et participation aux commissions MPPS de ces institutions;
  - orientation des enfants malades ou handicapés vers les services et institutions spécialisées;
  - orientation scolaire;
  - séjours en cure ou en colonies de vacances.
- 4) *Domaine de l'aide sociale*
- information sur les mesures d'aide sociale;
  - solution dans des problèmes de logement, de travail, de formation, de réadaptation ou réintégration professionnelles;
  - attribution d'aide matérielle lorsqu'une maladie, un handicap ou d'autres circonstances entraînent des difficultés financières;
  - collaboration avec les offices sociaux et permanences dans les communes.
- 5) *Domaine de l'aide individuelle ou familiale*
- conseil et guidages de personnes, de couples et de familles qui se trouvent dans une situation de conflit;
  - accueil et orientation de personnes en détresse (mères célibataires, femmes seules).
- 6) *Domaine de l'aide aux personnes âgées*
- information sur les avantages et les services réservés aux personnes âgées et démarches pour obtenir ces avantages (repas sur roues, aide-seniors, soins à domicile);
  - organisation et gestion de ces mesures;
  - admission de personnes âgées en maisons de retraite ou en maisons de soins;
  - prise en charge médico-sociale de personne placées en institution.
- 7) *Domaine de l'action et de la politique sociales*
- définition des insuffisances dans la couverture médico-sociale et sociale de la population ».

Le texte précédent illustre à merveille le caractère holistique<sup>29</sup> de la polyvalence et les propos de Mme Gretsch en 1968 notamment sur la multiplicité des tâches.

Dans les années 80, le monde politique luxembourgeois s'engage de plus en plus dans le social, cela surtout avec les premiers programmes communautaires de lutte contre la pauvreté. A partir de ce moment, un certain nombre de services spécialisés vont voir le jour. La création de services spécialisés au sein de la polyvalence, à côté du travail de secteur, a débuté avec l'introduction de la loi sur le revenu minimum garanti (RMG) au Luxembourg. Cette loi marque un tournant pour la polyvalence, mais aussi pour le secteur social en entier. Notons cependant qu'une certaine spécialisation de service a eu lieu déjà avec le service social à l'hôpital St. Louis à Ettelbruck et à la Maison de Soins de Vianden, fonctionnant à partir de la polyvalence depuis 1979 ; nous allons y revenir.

Le 4 mai **1987** a été signée pour la première fois une convention entre le SNAS, la Ligue Médico-Sociale et la Croix Rouge. Cette convention prévoyait l'instauration de trois comités de gestion dans les trois circonscriptions. Le rapport d'activité de cette année-là mentionne que «*depuis l'introduction de la loi du 26 juillet 1986 concernant le revenu minimum garanti, le travail au sein de la polyvalence a connu une extension considérable* ». Cinq nouveaux postes ont été créés à ce moment et après une phase transitoire ce personnel a été regroupé dans un service spécialisé «le service d'action sociale».

En **1989**, apparaît la législation sur l'allocation de soins. Le grand nombre de demandes surcharge la polyvalence encore plus. Le rapport annuel de la Ligue de 1989 retient les conclusions suivantes : «*Comme il a déjà été soulevé à de très nombreuses reprises, les nouvelles dispositions légales en matière d'allocation de soins, de RMG, et d'examen pré-nuptiaux et d'admission à la fonction publique ont considérablement alourdi les tâches des centres. Divers problèmes méritent d'être soulignés:*

<sup>29</sup> Holisme (du gr. holos – entier) : Théorie selon laquelle l'homme est un tout indivisible.

- les consultations des maladies respiratoires qui vont en augmentant;
- les personnes âgées: la situation est plutôt catastrophique (délais d'attente pour une admission en Maison de Soins, multiplication du nombre de personnes reconnues "cas d'hébergement", ..., tous ces facteurs augmentant de façon considérable le nombre de nos interventions à tous les niveaux;
- apparition de l'allocation de soins qui a littéralement surchargé pendant le deuxième semestre notre service;
- la situation en matière de logement reste toujours aussi préoccupante.

Ces différents problèmes orientent malheureusement de plus en plus le travail de secteur vers un type d'intervention palliative, au détriment d'une action préventive. L'accumulation de tâches nouvelles et le manque de personnel déjà signalé par le passé favorise cet état de choses. Les heures supplémentaires non compensées, les congés reportés, les délais pour répondre aux demandes prouvent le sérieux de la situation. L'insatisfaction devant un travail social mal assuré est grandissante. Au cas où la polyvalence n'est pas substantiellement renforcée dans les prochains mois, elle ne sera plus capable d'assurer un travail de qualité et ne pourra plus répondre à de nouveaux objectifs que le Gouvernement se propose de mettre en application. »

Ces difficultés, aboutissement de toute une évolution, conduisent en 1989 à l'instauration d'un groupe interministériel chargé de réfléchir sur le développement futur de la polyvalence.

Le rapport de la Ligue de **1990** donne des informations intéressantes à ce sujet : «*En dehors des problèmes concernant les affaires courantes au siège de la Ligue, le conseil d'administration s'est plus spécialement occupé au cours de l'exercice écoulé de l'évolution des travaux au sein du groupe de travail institué par le Gouvernement, chargé de réfléchir sur la mission et le fonctionnement actuels et futurs du travail social polyvalent de secteur ainsi que sur l'agencement de ces structures avec celles des services spécialisés des divers ministères. Après de longues discussions, un résultat quand même très positif et concluant a pu être obtenu et cela à l'unanimité du groupe de travail reconnaissant comme incontournable la polyvalence du travail médico-social telle qu'elle est pratiquée dans les centres médico-sociaux de la Ligue avec le personnel commun Ligue médico-sociale / Croix Rouge.*

*La condition sine qua non dans l'ensemble des problèmes soumis à la réflexion du groupe de travail est restée le renforcement massif des effectifs de personnel aux centres médico-sociaux pour pouvoir répondre aux exigences du service dans le cadre des nouvelles missions attribuées à cette institution. A la même occasion, il a apparu aux instances publiques concernées que la structure des deux oeuvres, Ligue médico-sociale / Croix Rouge, réunies au sein d'un Comité de Coordination (Coco) pour la gestion de leur personnel commun, était plus ou moins confuse, notamment à cause de la direction bicéphale, la multitude de catégories de personnel, l'absence d'une hiérarchie verticale et l'absence d'un interlocuteur général entre les oeuvres et l'autorité supérieure* ». Suite au rapport intermédiaire du groupe de travail interministériel, la polyvalence se voit renforcée de 6 professionnels AHS en **1991**.

En **1993**, une deuxième entité spécialisée est créée au sein de la Polyvalence : le Service National de Lutte contre le Surendettement.

En **1996**, l'aboutissement définitif des travaux du groupe interministériel de 1989 conduit à l'accord de coopération entre la Croix Rouge, la Ligue Médico-Sociale, et les trois Ministères, Santé, Sécurité Sociale et Famille. L'organigramme, arrêté un peu plus tard, donne encore une nouvelle définition, davantage structurelle, de la polyvalence : «*c'est l'ensemble des unités polyvalentes et des unités spécialisées représentées opérant dans les centres médico-sociaux.* ».

En **1997**, le Service Social à l'Hôpital devient national avec une assistante d'hygiène sociale plein-temps par circonscription.

L'accord de coopération va de pair avec la volonté de restructuration et une première étape sera l'engagement d'un directeur<sup>30</sup>, économiste de formation, chargé tout d'abord de faire un bilan des activités concrètes sur le terrain. L'étude menée par le directeur du « Service National d'Assistance Sociale Polyvalente » conclut e.a. en 1998 «*que l'image classique de l'assistant(e) d'hygiène sociale de secteur effectuant lui-même les 4 missions précitées<sup>31</sup> n'est plus d'actualité*». En effet, la part relative des

<sup>30</sup> M. Tom BELLION

<sup>31</sup> c'est-à-dire : Lutte contre les maladies respiratoires, médecine scolaire, consultations de nourrissons et travail social de secteur (cf. schéma page 19).

assistant(e)s d'hygiène sociales qui répondent à cette image dans le cadre des dispensaires n'est plus que de 22% en 1997. Le rapport de cette étude reprend aussi les conclusions du groupe de travail interministériel ci-dessus et conclut avec un projet d'institution «Polyvalence 2002».

Le projet en question est inacceptable pour la Ligue. En novembre **1998**, suite au rapport mentionné ci-avant, elle décide de résilier l'accord de coopération, qui n'est pas conforme à sa loi organique et qui porte atteinte à son autonomie. Une phase de restructuration interne commence alors avec la création de la direction médicale et de la direction sociale en **1999** (cf. rapport d'activité 1999 de la Ligue p.13-14). L'accord de partage<sup>32</sup> de novembre **2000** clôture l'évolution d'après-guerre, tout en ouvrant un nouveau chapitre pour l'avenir.

En **2001**, année charnière, la Croix Rouge et la Ligue se répartissent les missions de la polyvalence en créant trois services:

1. Le service médico-social (Ligue) regroupant
  - les consultations pour maladies respiratoires,
  - la médecine scolaire,
  - les consultations de nourrissons et
  - la promotion de la Santé.
2. Le service d'accompagnement social (Ligue)
3. Le service social de proximité (Croix Rouge)

La polyvalence a été un modèle adéquat d'organisation de services pendant plusieurs décennies. En tant que généraliste médico-social et social, l'assistant d'hygiène sociale savait garantir longtemps une prise en charge globale de la famille. La polyvalence et ses professionnels ont été soumis à la fin du siècle à des tensions institutionnelles de plus en plus importantes en parallèle à une multiplication des problématiques sociales prises en charge. La qualité de travail était menacée sans cesse et il existait une divergence dans la définition du travail : tandis que l'assistant(e) d'hygiène sociale inscrivait sa tâche dans un processus d'aide avec l'objectif de l'autonomie du client - tâche de longue haleine impliquant l'instauration d'une relation de coopération -, d'autres avaient tendance à n'appréhender le travail médico-social et social que par ses aspects les plus visibles comme, le nombre d'enquêtes sociales, le nombre d'enfants examinés, le nombre de demandes d'admission en maison de retraite, etc. Le changement de dénomination du Service médico-social et social polyvalent de Secteur en Service National d'Assistance Sociale Polyvalente reflète encore une fois la position prépondérante qu'avait prise le travail social au sein de la polyvalence.

Malgré le fait que la restructuration de la polyvalence en trois services séparés, a été vécue difficilement par un certain nombre de professionnels qui voyaient en elle la garantie d'une approche respectueuse de la personne dans son entièreté (approche sociale globale), l'accord de partage clarifie les compétences et les domaines d'action et constitue un réel progrès. La polyvalence médico-sociale et sociale dans le chef d'un seul professionnel était devenue une utopie de par la complexité croissante des savoirs et savoir-faire aussi bien dans le domaine de la médecine préventive que dans le domaine du travail social.

Mais sans aucun doute la polyvalence a été un des vecteurs les plus importants du travail social *professionnel*.<sup>33</sup> Mentionnons pour le souligner que quasi toutes les présidentes et présidents de l'Association Nationale des Assistantes d'hygiène sociale, Assistantes sociales et Infirmières graduées du Luxembourg (ANAHSASIG) ont travaillé dans la polyvalence. A partir de 1955, l'association<sup>34</sup> envoie un délégué auprès de la Ligue Luxembourgeoise contre la Tuberculose et de la Croix Rouge Luxembourgeoise avec mission de défendre les intérêts des infirmières visiteuses (ANAHSASIG, 1989). Les liens et la collaboration entre la Ligue et l'Association restent intacts jusqu'à ce jour.

Après la signature de l'accord de partage, la Ligue réorganise ses équipes de professionnels en fonction de son activité médico-sociale (Ministère de la Santé) et en fonction de son activité sociale (Ministère de la Famille et de l'Intégration). Elle définit le concept de son nouveau service, le Service d'Accompagnement Social en prévoyant dès le départ son extension dans le domaine des tutelles curatelles et gestions financières volontaires. La collaboration avec le Service Régional d'Action Sociale

---

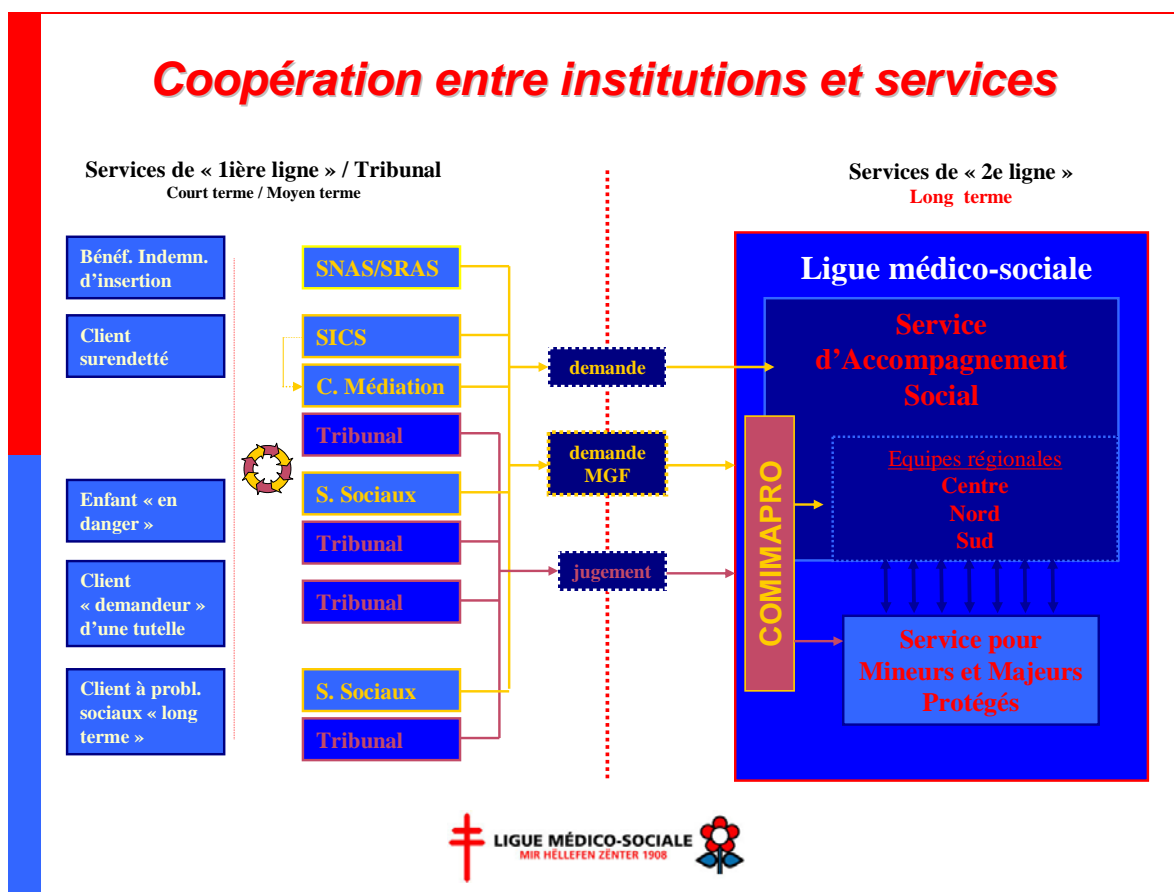
<sup>32</sup> Pour le texte intégral, prière de consulter [www.ligue.lu](http://www.ligue.lu)

<sup>33</sup> Pour comprendre d'autres influences, il reste à faire un historique du travail social extérieur à la Polyvalence.

<sup>34</sup> L'Association des Infirmières et Assistantes sociales luxembourgeoises est créée en 1939 (statuts publiés dans mémorial du 28 février 1939)



et le Service d'Information et de Conseil en matière de Surendettement ainsi qu'avec d'autres services est également instauré dès le début. Le schéma suivant en donne un aperçu.



SNAS = Service National d'Action Sociale  
 SRAS = Service Régional d'Action Sociale  
 SICS = Service d'Information et de Conseil en Matière de Surendettement  
 COMIMAPRO = Commission pour Mineurs et Majeurs Protégés

Récapitulons à la fin de ce chapitre, les grandes étapes institutionnelles et légales du développement de la profession avant de passer à une évolution sous-jacente, celle de la formation des professionnels.

**Au début du siècle dernier, le coup d'envoi du travail social professionnel luxembourgeois est donné face à la nécessité de combattre la tuberculose aussi bien sur le plan médical que social. Le travail social professionnel est d'abord imbriqué dans l'hygiène sociale, mais la situation s'inverse au fil du temps. Extension des missions de la Ligue, nouveaux savoirs et nouvelles méthodes de travail social, reconnaissance légale de la profession, croissance et multiplication des problèmes sociaux, restructurations institutionnelles, etc. vont faire du travail social une discipline et une profession autonome, mais son statut reste menacé.**

## IV. Les écoles, les diplômes, les règlements professionnels et les associations professionnelles

« Eduquer ceux que l'on aide exige une éducation de ceux qui aident »

La Revue Philanthropique

15 nov. 1906

Ce chapitre s'attachera surtout à l'évolution de la profession d'assistant(e) d'hygiène sociale. La Ligue, en collaboration avec la Croix Rouge dans le cadre de la polyvalence, a été en effet l'employeur le plus important de ce corps professionnel. Le 2<sup>e</sup> type de travailleur social, l'assistant(e) social(e), s'est développé en parallèle. Les services sociaux spécialisés - au nombre restreint au Luxembourg jusque dans les années 80 - ont constitué longtemps la seule débouchée pour l'assistant social de sorte que les candidats avertis désirant faire des études de travail social ont choisi les études d'assistant(e) d'hygiène sociale ce qui augmentait leurs chances d'embauche. Les deux professions ont les mêmes compétences dans le domaine du travail social, mais la formation médico-sociale supplémentaire de l'assistant(e) d'hygiène sociale a longtemps été considérée comme un avantage. A tel point que la profession de l'assistant(e) social(e) a dû se 'réserver' pendant une période limitée quelques champs de travail social particuliers pour garantir des débouchées à leurs professionnels. Cependant à partir des années 80 et parallèlement au développement du paysage social luxembourgeois, la profession de l'assistant(e) social(e) a connu un essor continu. Après la disparition de la formation belge d'infirmière sociale et par conséquent de la formation de l'assistant(e) d'hygiène sociale luxembourgeois en 1998, c'est l'assistant(e) social(e) qui va reprendre progressivement le flambeau du travail social professionnel luxembourgeois.

### A. Les écoles françaises

Pour le 60<sup>e</sup> anniversaire de la Ligue Médico-Sociale, Mlle Fernande Gretsch, assistante d'hygiène sociale, responsable du dispensaire Prince Charles expose l'évolution de sa profession et celle de l'action médico-sociale au Luxembourg. «Vers 1905, des écoles préparant à la tâche se créent en Angleterre, en France, un peu plus tard en Belgique. Mais aucun diplôme n'est exigé pour l'exercice de la profession et l'on voit souvent travailler côte à côte agents bénévoles et premières infirmières visiteuses. Ce n'est qu'entre les années 1922 et 1932 que, dans nos pays voisins des décrets instituent un brevet de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmière visiteuse d'hygiène sociale ». (GRETSCHE 1968, p.48)<sup>35</sup>



Sociale « Pro Gallia » (Abbé Viollet)

Citons la création de quelques écoles en France, pays de choix pour la formation des infirmières visiteuses luxembourgeoises dans les premières décennies du 20<sup>e</sup> siècle :

- 1902 Création de l'Ecole de Montrouge/Paris, première école d'infirmières laïques<sup>36</sup>
- 1905 Maison-École d'infirmières privées (Ecole Léonie Chaptal dans le 14<sup>e</sup> arrondissement de Paris)
- 1908 Ecole Pratique de Service Social
- 1911 Ouverture de l'Ecole Normale Sociale à Paris
- 1919 Création de l'Ecole d'Action

Deux courants s'affrontent dans la formation des intervenants auprès des malades, pauvres et aliénés: le courant médico-social et le courant 'social pur'. L'école de l'Abbé Viollet<sup>37</sup> p.ex. défend une approche

<sup>35</sup> Sur la photo, Mme Gretsch est la deuxième de droite.

<sup>36</sup> [http://www.fondation-itsrs.org/article.php3?id\\_article=7](http://www.fondation-itsrs.org/article.php3?id_article=7)

<sup>37</sup> En 1931, l'Abbé Viollet édite le « Le petit Guide du Travailleur social » décrivant l'enquête sociale, méthode de diagnostic nécessaire pour mener une action sociale efficace, inspirée des « social survey » et propre au service social.

sociale pure tandis que l'école Chaptal<sup>38</sup> représente le courant médico-social, qui rencontre les besoins de la Ligue. L'action de L. Chaptal en faveur de la "professionnalisation des infirmières présente trois dimensions essentielles : la défense de l'initiative privée dans le domaine de la formation des infirmières et de l'assistance sociale, l'affirmation de l'enracinement de la pratique soignante dans son passé religieux et la traduction des valeurs héritées par ce passé en morale professionnelle, enfin, la reconnaissance du rôle de l'Etat, comme principe de légitimation et instance de réglementation. Entre les libéraux, refusant toute intervention publique sur le terrain de la solidarité et de l'humanitaire et les républicains, soulignant les devoirs de l'Etat pour tempérer les effets des inégalités sociales, « elle [Léonie Chaptal] s'insère dans un courant chrétien qui, tout en reconnaissant le bien-fondé d'une intervention publique en matière d'aide aux nécessiteux, n'admet pas pour autant que l'assistance puisse devenir un monopole de l'Etat »<sup>39</sup>. Elle considère que le rôle de l'infirmière moderne est complémentaire à celui de l'hygiéniste et de l'assistante sociale. Il est appelé à s'inscrire dans le cadre d'un "service social" et à s'élargir à l'éducation sanitaire et à la prévention médico-sociale. « L'infirmière doit savoir tout du malade - non pas tout de la maladie : la maladie, c'est la science du médecin, le malade, c'est l'art de l'infirmière »<sup>40</sup>. »<sup>41</sup>

Léonie Chaptal et Mme Aline Mayrisch se sont connues personnellement et malgré leurs divergences philosophiques, elles se sont entendues sur plusieurs points essentiels et se sont appréciées mutuellement. En 1928, Léonie Chaptal était au Luxembourg pour une conférence sur la profession d'infirmière visiteuse. « Elle profita de cette visite pour soutenir le projet d'Aline Mayrisch concernant l'institutionnalisation de la profession d'infirmière visiteuse au sein des œuvres sociales » (LOSCHETTER, 1997)

La reconnaissance officielle de la profession d'infirmière commence avec le décret du 27 juin 1922, qui institue des « brevets de capacité professionnelle » permettant de porter le titre d' « infirmière diplômée de l'Etat français » aux « infirmières hospitalières, aux visiteuses d'hygiène sociale et aux diverses infirmières à spécialité restreinte : puériculture, surveillance sanitaire des écoles, hygiène mentale etc ».

Dix ans plus tard, le décret du 12 janv. 1932 institue le brevet de capacité professionnelle de service social et confère le titre d'assistante sociale après deux années d'études (social pur). Puis en 1938, le diplôme d'état d'assistante sociale est créé et remplace le diplôme d'état de visiteuse d'hygiène sociale.<sup>42</sup> Une approche de type médico-social est privilégiée et le « programme de formation se déroulant en trois années comprend :

- 1<sup>ière</sup> année médicale commune avec les infirmières
- 2<sup>e</sup> année médico-sociale reprenant une large part de l'enseignement des infirmières visiteuses
- 3<sup>e</sup> année de service social

Par cette réforme, la nouvelle génération d'assistantes sociales va acquérir une culture professionnelle largement médico-sociale. Dans ce mouvement fusionnent les assistantes sociales et les infirmières visiteuses : « on ne parle plus désormais des infirmières visiteuses mais des assistantes de service social. La figure de l'assistante sociale est celle qui fédère les compétences des savoirs faire de l'infirmière visiteuse, des travailleuses sociales et l'identité de base à acquérir avant toute spécialisation. La notion de service social s'est affirmée au détriment de l'action médico-sociale hors les murs ; les infirmières rentrent dans l'hôpital et se recentrent sur les soins hospitaliers. Mais en même temps le social se médicalise. »<sup>43</sup>

Quoique fortes de l'acquisition d'un statut professionnel officiel validé par le diplôme d'Etat, de la reconnaissance de l'exercice exclusif, de la tenue du secret professionnel (1946) puis de l'élaboration d'un code de déontologie (1950), les assistantes de service social bénéficient d'une autonomie professionnelle toute relative, agissant sous l'autorité médicale. Pour acquérir leur autonomie, la voie

<sup>38</sup> Mlle Kauffeld, engagée par la Ligue en 1921 en tant que première infirmière visiteuse du Grand-Duché, commencera ses études en 1905 dans cette école.

<sup>39</sup> SALIBA (J), BON-SALIBA (B), OUVRY-VIAL (B), Les infirmières ni nonnes, ni bonnes, Des Gens, 1993

<sup>40</sup> Idem note bas de page 33

<sup>41</sup> [http://www.serpsy.org/formation\\_debat/formation\\_infirmiere.html](http://www.serpsy.org/formation_debat/formation_infirmiere.html)

<sup>42</sup> <http://ad.gilles.free.fr/historique.htm>

<sup>43</sup> cité d'après BOUQUET B., GARCETTE C., SALOMON G.-M., « Les premières écoles de service social (1908-1938) : Un atout majeur pour la professionnalisation des assistantes sociales », in Vie Sociale, Cedias – Musée social, Paris, double n° 1-2/1995, p.22.

possible sera la rationalisation de leur formation et de leurs savoirs, l'objectif étant de constituer des savoirs scientifiques théoriques et méthodologiques propres à la discipline».(DELAUNAY, 2006)

Ce n'est donc que dans les années 50 que le terrain sera fertile à une réception plus générale du case-work (cf. plus haut). En effet, cette nouvelle méthode de travail social, connue depuis la publication de l'ouvrage de Marie Richmond «What is social case-work ?» en 1922, a été traduite et diffusée en France déjà en 1926 !

Le travail social français va prendre un virage essentiel en **1968** avec la réforme des études qui supprime la première année mixte avec les infirmières. L'approche médico-sociale n'est plus d'actualité en France, mais le restera encore longtemps au Luxembourg (cf. chapitre sur la Polyvalence). De ce fait, les candidates luxembourgeoises à la profession d'assistante d'hygiène sociale (titre nouvellement créé par la loi de 1967 sur les professions paramédicales) vont se tourner définitivement vers la Belgique pour faire leurs études, qui se composent de deux années d'études en nursing et de deux années d'études en travail social pour aboutir au titre belge d'infirmière sociale graduée. Par voie d'homologation, cette formation est reconnue au Luxembourg, mais le titre change. La Belgique va garder l'exclusivité de la formation d'assistante d'hygiène sociale jusqu'en 1998.

## B. Diplômes et reconnaissance officielle au Luxembourg

*«La profession d'infirmière nécessite de fortes études et un recrutement des plus judicieux. Aussi la Ligue, en étroite collaboration avec la Croix-Rouge, donne-t-elle toute son attention à cette importante question. Grâce aux efforts combinés des deux sociétés qu'unit une communauté de buts et d'esprit, les infirmières luxembourgeoises, qui n'en avaient pas jusqu'ici, sont en voie d'obtenir un statut légal.*

*Par une récente loi du 8 juillet 1933<sup>44</sup>, le législateur a régularisé leur situation par rapport à la pension et a décrété que la loi du 7 août 1912, sur la création d'une caisse de prévoyance pour les employés communaux, modifiée par la loi du 28 octobre 1920, s'appliquerait dorénavant aux infirmières de nationalité luxembourgeoise de toutes les oeuvres nationales de prévoyance sanitaire, reconnues d'utilité publique, dont la nomination est agréée par le Directeur Général ayant dans ses attributions le service sanitaire.*

*Depuis quelques années le traitement des infirmières visiteuses est assimilé, à celui des institutrices primaires »<sup>45</sup>*

L'arrêté grand-ducal du 16 juillet 1935 porte création du diplôme d'état luxembourgeois pour les infirmières hospitalières, les infirmières visiteuses et les assistantes sociales. (Examen à faire sur présentation du diplôme étranger ad hoc)

Prenons comme exemple la composition du jury d'examen de 1939 (cf. ci-contre) pour montrer, à l'instar de la France, la tutelle médicale sur ces professions.

**Avis. — Service sanitaire.** — Par arrêté de M. le Ministre du Service sanitaire, en date du 11 août 1939, les personnes ci-après désignées ont été nommées membres du jury d'examen pour les infirmières :

a) *membres effectifs :*

M. le D<sup>r</sup> Jos. *Forman*, président du Collège médical à Luxembourg ;  
M. le D<sup>r</sup> P. *Schmol*, directeur du laboratoire pratique de bactériologie, à Luxembourg ;  
M<sup>me</sup> *Mayrisch-de Saint-Hubert*, présidente de la Croix Rouge Luxembourgeoise, à Colpach ;  
M. le D<sup>r</sup> Fr. *Demuth*, médecin, membre du Conseil d'administration de la Croix Rouge Luxembourgeoise à Luxembourg ;  
Mlle Elise *Kauffeld*, infirmière de la Ligue contre la Tuberculose, à Luxembourg.

b) *membres suppléants :*

M. le D<sup>r</sup> Auguste *Razen*, médecin, inspecteur sanitaire, à Luxembourg ;  
M. le D<sup>r</sup> Charles *Marx*, directeur de clinique, à Ettelbruck ;  
M<sup>me</sup> *Bodson-de Muisser*, infirmière diplômée, à Luxembourg. — 12 août 1939.

**Avis. — Service sanitaire.** — Par arrêté de M. le Ministre du Service sanitaire, en date du 11 août 1939, les personnes ci-après désignées ont été nommées membres du jury d'examen pour les assistantes sociales :

a) *membres effectifs :*

M. le D<sup>r</sup> Jos. *Forman*, président du Collège médical, à Luxembourg ;  
M. le D<sup>r</sup> P. *Schmol*, directeur du laboratoire pratique de bactériologie, à Luxembourg ;  
M<sup>me</sup> *Mayrisch-de Saint-Hubert*, présidente de la Croix Rouge Luxembourgeoise, à Colpach ;  
M. Alphonse *Nichels*, docteur en droit, conseiller de Gouvernement honoraire, à Luxembourg ;  
M. le D<sup>r</sup> Fr. *Demuth*, médecin, membre du Conseil d'administration de la Croix Rouge Luxembourgeoise, à Luxembourg.

b) *membres suppléants :*

M. le D<sup>r</sup> Alb. *Hansen*, médecin-directeur de la maison de santé d'Ettelbruck ;  
M. le Dr. Jean *Harbes*, médecin adjoint du sanatorium de Vianden, à Vianden ;  
M. Aug. *Rockenbrod*, docteur en droit, administrateur de la Croix Rouge Luxembourgeoise, à Luxembourg.  
— 12 août 1939.

<sup>44</sup> loi du 08.06.1933 régularisant les droits à la retraite des infirmières laïques et infirmières-visiteuses avec possibilité de s'affilier à la caisse de prévoyance des employés communaux, créée par la loi du 7 août 1912

<sup>45</sup> Historique du mouvement antituberculeux dans le Grand-Duché de Luxembourg. In : « 1908-1933 / 25 années de lutte antituberculeuse dans le Grand-Duché de Luxembourg » Brochure publiée par la Ligue, 1933

Le jury comprend trois médecins puis un représentant de la Croix Rouge et de la Ligue. Mlle Kauffeld ne fait donc pas partie du jury en tant représentant de sa profession.

Le relevé suivant concerne les infirmières (visiteuses) et les assistantes sociales, seules professions paramédicales, à côté de la sage-femme, réglementées à l'époque.

**MEMORIAL N° 7 du 28 janvier 1939**

**Relevé des personnes qui sont autorisées à porter le titre d'infirmière de l'Etat luxembourgeois.**

Nom et prénoms.	Date de naissance.	Date de la délivrance du diplôme.
Anen, Marie-Joséphine-Thérèse.....	1. 10. 1905.	8. 7. 1936.
Beicht, Clémentine-Suzanne .....	7. 9. 1902.	8. 7. 1936.
Bettendorf, Anne-Marie.....	11. 2. 1903.	8. 7. 1936.
Bina, Marie-Marguerite.....	31. 12. 1900.	8. 7. 1936.
Blum, Renée-Suzanne.....	24. 2. 1906.	8. 7. 1936.
Decker, Marie-Anne-Catherine .....	21. 7. 1913.	17. 12. 1937.
de Muysen Gilberte, épouse Bodson .....	3. 11. 1903.	16. 2. 1938.
de Wael, Jeanne-Isabelle-Marie.....	1. 5. 1891.	8. 7. 1936.
Duhr, Marguerite-Rosalie.....	4. 9. 1916.	17. 12. 1937.
Feipel, Marguerite .....	14. 10. 1895.	8. 7. 1936.
Funck, Marie-Louise .....	25. 4. 1910.	17. 12. 1937.
Fohl, Jeanne-Marguerite .....	13. 7. 1896.	8. 7. 1936.
Fohl, Marie-Madeleine .....	22. 9. 1893.	8. 7. 1936.
Gretsch, Fernande.....	6. 3. 1913.	20. 5. 1938.
Heber, Ocardine-Camille.....	14. 11. 1910.	8. 7. 1936.
Heinricy, Marie-Madeleine .....	11. 4. 1911.	8. 7. 1936.
Kauffeld, Elise .....	4. 3. 1877.	8. 7. 1936.
Klaes, Martha .....	27. 8. 1910.	17. 12. 1937.
Kops, Julie .....	7. 11. 1912.	10. 6. 1937.
Krieps, Suzanne-Emilie .....	22. 12. 1908.	8. 7. 1936.
Krombach, Jeanne, épouse Mines .....	24. 7. 1899.	16. 2. 1938.
Lamboray, Liliane .....	3. 9. 1911.	16. 2. 1938.
Lemmer, Marthe .....	8. 4. 1903.	15. 7. 1937.
Majerus, Anne .....	2. 3. 1908.	10. 6. 1937.
Majerus, Marie-Corneille-Christine .....	7. 8. 1912.	8. 7. 1936.
Marx, Marie-Catherine-Félicie-Irme .....	8. 1. 1910.	8. 7. 1936.
Netgen, Anne .....	29. 8. 1908.	21. 12. 1936.
Raze, Juliette .....	11. 12. 1912.	3. 10. 1938.
Reding, Antoinette-Cath.-Alice-Nelly .....	6. 4. 1899.	8. 7. 1936.
Rommes, Rose, épouse Nicolay .....	31. 10. 1902.	21. 12. 1936.
Ruckert, Catherine .....	10. 7. 1913.	20. 5. 1938.
Salentiny, Germaine .....	11. 7. 1912.	8. 7. 1936.
Schmitz, Marie-Joséphine-Berthe .....	30. 12. 1906.	8. 7. 1936.
Schneider, Marie-Victorine.....	28. 8. 1906.	17. 12. 1937.
Schönnen, Louise-Marie .....	5. 8. 1911.	8. 7. 1936.
Schröell, Alice-Justine-Emilie-Wilhelmine .....	26. 3. 1905.	8. 7. 1936.
Schumacher, Hélène-Jeanne.....	21. 3. 1907.	8. 7. 1936.
Schwarz, Emma.....	28. 12. 1905.	12. 7. 1938.
Seffer, Emilie.....	11. 11. 1919.	20. 5. 1938.
Servais, Juliette-Marie-Caroline .....	3. 7. 1889.	8. 7. 1936.
Stein, Albertine-Marie-Jeanne.....	22. 2. 1904.	8. 7. 1936.
Theis, Marie-Lucie Elise .....	22. 6. 1884.	8. 7. 1936.
Victor, Marie.....	17. 2. 1913.	3. 10. 1938.

Wagner, Agnès, épouse Funck Antoine .....	8. 5.1899.	8. 7.1936.
Wegener, Marie .....	22. 4.1887.	8. 7.1936.
Weyrich, Marcelle-Julie.....	17. 2.1909.	17.12.1937.
Wolff, Thérèse.....	28. 9.1883.	8. 7.1936.
Sœur Bastian Marie.....	13. 6.1886.	21.12.1936.
Sœur Bæver Christine .....	12. 3.1899.	21.12.1936.
Sœur Bruck Mathilde.....	6. 8.1883.	21.12.1936.
Sœur de Muysen Louise.....	15. 1.1883.	21.12.1936.
Sœur Denhemeyer Claire .....	16.10.1882.	21.12.1936.
Sœur Faber Ida.....	11. 1.1887.	21.12.1936.
Sœur Frantzen Léonie .....	28.12.1897.	21.12.1936.
Sœur Ginter Rosalie.....	1. 9.1896.	21.12.1936.
Sœur Kayser Christine.....	25. 8.1896.	21.12.1936.
Sœur Klemens Anne.....	9. 5.1903.	21.12.1936.
Sœur Kohn Elise.....	25. 6.1899.	21.12.1936.
Sœur Léonardy Eugénie .....	15.12.1881.	21.12.1936.
Sœur Molitor Marie .....	7.11.1896.	20. 5.1938.
Sœur Møller Anne.....	5. 3.1886.	21.12.1936.
Sœur Neuman Elise.....	28. 5.1908.	20. 5.1938.
Sœur Ollinger Elise.....	19. 9.1894.	21.12.1936.
Sœur Petry Marie .....	8. 1.1886.	21.12.1936.
Sœur Reitz Madeleine .....	28. 2.1886.	21.12.1936.
Sœur Ries Marie .....	18. 2.1891.	21.12.1936.
Sœur Schrock Anne .....	21.12.1889.	21.12.1936.
Sœur Stoltz Anne .....	21.10.1895.	21.12.1936.
Sœur Wintersdorf Anne .....	22. 2.1894.	21.12.1936.

**Relevé des personnes qui sont autorisées à porter le titre d'assistante sociale de l'Etat Luxembourgeois.**

Nom et prénoms.	Date de naissance.	Date de la délivrance du diplôme.
Anen Marie-Joséphine-Thérèse.....	1.10.1905.	5. 8.1938.
Bina Marie-Marguerite.....	31.12.1900.	5. 8.1938.
de Wael, Jeanne-Isabelle-Marie .....	1. 5.1891.	8. 7.1936.
Fohl, Jeanne-Marguerite .....	13. 7.1896.	24.12.1937.
Fohl Marie-Madeleine .....	22. 9.1893.	5. 8.1938.
Goedert, Marie-Hélène.....	15. 8.1895.	8. 7.1936.
Kauffeld, Elise .....	4. 3.1877.	8. 7.1936.
Kieffer, Marie-Catherine.....	13. 1.1903.	8. 7.1936.
Krieps, Suzanne-Emilie .....	22.12.1908.	8. 7.1936.
Nigra, Marie-Marguerite .....	22. 8.1906.	8. 7.1936.
Reding, Antoinette-Cath.-Nelly.-Alice .....	6. 4.1899.	5. 8.1938.
Schneider, Marie-Victorine .....	25. 8.1906.	8. 7.1936.
Schroell, Alice-Justine-Emile-Wilhelmine .....	26. 3.1905.	8. 7.1936.
Schroell, Gabrielle-Claire-Charlotte .....	6. 6.1907.	8. 7.1936.
Stein, Albertine-Marie-Jeanne.....	22. 2.1904.	8. 7.1936.
Van der Veckene, Alice .....	2. 6.1917.	3.10.1938.
Wagner, Marie-Jeanne.....	22. 2.1898.	8. 7.1936.
Wegener, Marie .....	22. 4.1887.	15. 7.1937.
Wolff, Thérèse.....	28. 9.1883.	8. 7.1936.

La présente liste sera publiée par la voie du *Mémorial*, en conformité de l'art. 8, § 2, de la loi du 10 juillet 1901, sur l'exercice de l'art de guérir.

Luxembourg, le 16 janvier 1939.

*Le Ministre du Service Sanitaire.*

**René Blum.**

Les listings montrent que 13 femmes portent les deux titres simultanément. Le nombre total des professionnels s'élève à 75 avant la guerre. Six femmes sont assistantes sociales sans porter en plus le titre d'infirmière (Goedert, Kieffer, Nigra, Schroell G., Van der Vekene, Wagner M.-J.).

Avant 1967, les études de l'assistante sociale ne portaient que sur trois ans avec la possibilité pour les détentrices du diplôme d'infirmière (2 ans) d'entrer de suite en deuxième année d'études d'assistante sociale (validation des acquis). Il est intéressant de souligner ici que certaines professionnelles de la Ligue, travaillant comme infirmières visiteuses (plus tard donc comme assistantes d'hygiène sociale),

étaient de fait détentrices de deux diplômes. Ces femmes faisaient la part des choses au niveau de leur identité professionnelle en étant capable d'attribuer clairement leurs différentes activités à l'une ou l'autre compétence professionnelle.

Par la suite, des générations d'assistantes d'hygiène sociale ont eu des difficultés à se situer aussi clairement. Formées en Belgique dans un système hybride aboutissant au diplôme belge d'infirmière sociale, elles ne se sentaient finalement ni entièrement infirmière, ni entièrement assistante. Ces problèmes identitaires contrastent avec la forte reconnaissance officielle de cette profession, considérée comme généraliste du médico-social.

<p align="center"><b>Règlement grand-ducal 15.07.1969 concernant les études et la profession de l'assistant d'hygiène sociale</b></p>	<p align="center"><b>Règlement grand-ducal du 29.08.1979 concernant les études et la profession de l'assistant social</b></p>
<p><b>Art. 11.</b> <i>L'assistant d'hygiène sociale exerce ses fonctions dans les secteurs public, semi-public et privé,</i></p> <p><i>et a pour tâche de faciliter aux individus, aux familles, aux groupes, aux collectivités, l'usage de l'équipement médico-social du pays:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- en posant un diagnostic d'ordre médico-social afin de déterminer l'action à entreprendre;</li> <li>- en faisant l'emploi judicieux, adapté à chaque situation de ses connaissances de la médecine préventive, de la législation, des structures sociales et des réalisations d'action médico-sociale;</li> <li>- en apportant l'aide appropriée à ceux qui ne peuvent seuls surmonter des difficultés particulières d'ordre médico-social;</li> <li>- en amenant chaque individu à agir par lui-même et à prendre ses propres responsabilités.</li> </ul> <p><i>Les techniques professionnelles utilisées par l'assistant d'hygiène sociale comprennent notamment:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'enquête médico-sociale et sociale,</li> <li>- la visite à domicile,</li> <li>- l'élaboration et l'application du traitement social,</li> <li>- l'assistance au médecin lors des mesures de médecine préventive,</li> <li>- l'exécution de certaines méthodes de dépistage</li> <li>- pratique des tests tuberculiques et lecture du résultat,</li> <li>- analyse sommaire des urines,</li> <li>- appréciation de l'acuité visuelle et auditive, (à l'aide de l'échelle optométrique),</li> <li>- mesure de la vitesse de sédimentation sanguine,</li> <li>- manipulation des appareils radiologiques des dispensaires antituberculeux,</li> <li>- prise de sang pour les examens de laboratoire,</li> <li>- tubage gastrique en vue de la recherche du B.K.</li> <li>- éducation sanitaire individuelle et de groupe.</li> </ul>	<p><b>Art. 13.</b> <i>L'assistant social exerce ses fonctions dans le secteur public, semi-public, et privé.</i></p> <p><i>Ses fonctions comprennent:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une fonction sociale d'aide et d'assistance éducative: l'assistant social a pour tâche d'aider les individus, les familles, les groupes, les collectivités à surmonter leurs difficultés d'ordre social et à accroître leur autonomie en appliquant les différentes méthodes du service social et en faisant l'emploi judicieux des moyens que la société met à la disposition de ses membres,</li> <li>- une fonction administrative de planification, d'organisation, de coordination et de direction de service ou d'établissement,</li> <li>- une fonction d'étude et de recherche.</li> </ul> <p><i>Les techniques professionnelles de l'assistant social comprennent notamment:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. l'enquête sociale,</li> <li>2. la visite à domicile,</li> <li>3. l'entretien directif et non directif,</li> <li>4. l'élaboration du diagnostic et l'application du traitement social.</li> </ol>



La loi du 18 novembre 1967 sur les professions paramédicales supprime le titre d'infirmière visiteuse et le remplace par celui d'assistante d'hygiène sociale<sup>46</sup>. Le texte de la loi a une longue histoire. Un premier projet date de 1950 et un deuxième du 03.11.1958. L'élaboration des règlements grand-ducaux d'exécution prend également du temps, surtout pour l'assistant social.

Il apparaît clairement dans le texte de loi que les attributions de l'A(H)S sont calquées sur l'activité de la Ligue. Cette évolution porte la signature du Dr. Koltz, qui à l'époque était médecin-directeur de la Santé Publique et Président de la Ligue, et connaissait bien les besoins du terrain. L'infirmière visiteuse, rebaptisée en assistante d'hygiène sociale, forte d'une nouvelle reconnaissance légale et avec des identités professionnelles sous-jacentes variables va poursuivre son chemin pendant plus de vingt ans encore. A ce moment le changement ne se fera plus sous l'impulsion des besoins du terrain, mais sur base de la politique européenne qui vise la « libre » circulation des professions reconnues à l'intérieur de l'Europe.

Ce sont les deux directives européennes suivantes qui vont conduire à une réforme de la formation belge de l'infirmière sociale (assistante d'hygiène sociale luxembourgeoise) :

- **Directive 89/48/CEE** du Conseil du 21 décembre 1988 relative à un système général de reconnaissance des diplômes d'enseignement supérieur qui sanctionnent des formations professionnelles d'une durée minimale de trois ans
- **Directive 92/51/CEE** du Conseil du 18 juin 1992 relative à un deuxième système général de reconnaissance des formations professionnelles, qui complète la directive 89/48/CEE

Cette réforme aboutira au remplacement du titre d'infirmière sociale par le titre d'infirmière en santé communautaire avec une modification des études. La structure des études d'infirmière sociale – jusque là 2 ans de nursing et 2 ans de travail social – sera transformée en 3 années d'études nursing et une année de spécialisation en santé publique. L'objectif d'une formation de base infirmière généralisée à trois ans au niveau européen est ainsi atteint.

**Par conséquent et paradoxalement, la profession d'assistante d'hygiène sociale est condamnée à disparaître après avoir été revalorisée par la loi de 1992 pour laisser le terrain du travail social à l'assistante sociale avec laquelle elle a partagé un long chemin. A ce stade, il nous reste à faire une synthèse du processus de professionnalisation de l'assistante d'hygiène sociale vers ce qu'aujourd'hui nous entendons par travail social.**

## C. Le processus de professionnalisation

Dans les chapitres précédents, nous avons mis le processus de professionnalisation de l'assistant d'hygiène sociale en relation, avec l'évolution légale de professions et d'études professionnelles apparentées, avec l'évolution des services au sein de la Ligue et avec l'évolution du secteur social en général. Nous avons décrit sur base des sources disponibles en quoi consistait le travail social au sein de la Ligue d'une décennie à l'autre, comment les pratiques d'infirmière et d'assistante sociale se sont côtoyées sous des dénominations professionnelles diverses et nous avons esquissé comment le travail social professionnel a gagné en consistance et en ampleur pour acquérir aujourd'hui, conjointement à l'évolution internationale, le statut d'une discipline et d'une science spécifique.

Une question de fond persiste : Quelles forces ont fait converger les éléments d'une activité aussi fragmentée, morcelée et éparpillée que celle du travail social des assistants d'hygiène sociale ?

Tout au long du développement du travail social, *l'exercice professionnel s'est construit à partir d'un savoir, généré au quotidien, sans cesse renouvelé, mais somme toute spécifique. Ce savoir pratique, issue de l'expérience, n'est devenu un savoir professionnel partagé que lorsqu'il a été mis en relation avec le savoir scientifique* (GREDIG 2000, p.22).

Ceci s'est réalisé lentement, car, nous l'avons vu, la science du travail social est une science jeune. Le développement d'une théorie et d'outils propres au travail social à partir des milieux académiques a

<sup>46</sup> Loi du 18 novembre 1967 portant réglementation de certaines professions paramédicales. - Art. 7. Par dérogation à l'article 2 de la présente loi, le ministre de la santé publique accordera, sur la demande des intéressés: a) le titre d'assistante d'hygiène sociale, et le droit d'exercer cette profession aux titulaires du diplôme d'infirmière-visiteuse créé par l'arrêté grand-ducal du 16 juillet 1935 portant institution du diplôme d'infirmière de l'Etat luxembourgeois



longtemps tardé. Puis, le recours à un savoir scientifique spécifique (basé donc sur une activité de recherche scientifique propre) a été encore plus difficile au Luxembourg qu'ailleurs, vu l'absence d'une école de travail social et le manque de possibilités de formation continue régulières.

Les professionnels, habitués à se débrouiller, ont essayé de combler ce manque par le recours à d'autres disciplines : la médecine, l'hygiène, la psychologie/psychothérapie, le droit, la pédagogie, ... Faisant cela, ils ont malheureusement oublié de contribuer plus massivement, sur le plan académique, à l'élaboration d'une vision propre de leur travail et cela à partir de la pratique en dénichant à chaque fois le fil rouge de leur activité spécifique. Le travail social souffrait donc d'un manque de théorisation à partir de la pratique.

Nonobstant ce fait, le processus de professionnalisation a été possible au sein de la Ligue et s'est renforcé pendant la période « Polyvalence », face à la multiplication des problèmes sociaux à traiter. Plusieurs facteurs ont joué un rôle déterminant dans ce processus :

- «un domaine de compétence spécifique de l'assistante d'hygiène sociale (croissant avec le déclin de la tuberculose et l'avènement de législations sociales)
- une autonomie professionnelle (en l'absence d'autres professionnels)
- une logique d'action interne à la profession
- une pratique conduisant au (r-)établissement de l'autonomie du client ». (cf. GREDIG 2000, p.26)

Dans ce contexte une logique d'intervention commune aux assistantes d'hygiène sociale, s'est cristallisée progressivement dans le domaine du travail social ; cela avant toute théorisation aboutie et cohérente de ce domaine. Quelle est cette logique d'intervention spécifique et commune, motrice du processus de professionnalisation ?

Face aux problèmes sociaux d'un ménage, les travailleurs sociaux ont procédé à une *évaluation* propre de la situation avec les moyens (théoriques) de bord. Ce procédé, précurseur au diagnostic social systémique et systématique d'aujourd'hui, faisait partie de l'enquête sociale. La deuxième étape consistait à « voir ce qui est possible et/ou acceptable pour le client » avec l'objectif d'aboutir à une compréhension de la situation et au développement d'un projet d'intervention. La question qui se posait ensuite était celle de savoir ce que l'on peut réaliser concrètement (faisabilité du projet). Autres questions importantes : « *Qu'est ce qui va prendre la dernière joie, le dernier courage ? Quelle est l'utilité de l'aide pour le patient/client ?* »<sup>47</sup> Finalement, toutes les réponses n'avaient qu'un statut provisoire, car elles étaient tributaires de facteurs imprévisibles comme la volonté (de coopération) du client, l'évolution de la maladie, la réaction des personnes proches, etc.

L'essence professionnelle de cette démarche apparaît dans le fait qu'il y a une synchronicité entre compréhension de la situation objective et subjective du client, accompagnée de tentatives de rapprocher ces deux réalités en vue d'une solution satisfaisante.

**Ce travail social et sa professionnalisation sont marqués par le fait que les besoins humains de l'individu et ses désirs légitimes sont au centre des préoccupations. Cette orientation clinique<sup>48</sup> s'oppose à une vision fonctionnaliste<sup>49</sup> du travail social, réparateur de la cohésion sociale, organisateur de services ou gestionnaire des exclus. Elle rejoint la nouvelle définition du travailleur social, considéré comme professionnel des droits de l'homme.**

**Le travailleur social clinicien visant à réaliser les droits de l'homme dans le chef de son client – à l'opposé de « l'ingénieur social » – nécessite une solide compétence relationnelle/communicatrice face au demandeur d'aide. C'est la base incontournable du métier et toute formation en travail social doit y mettre l'accent, à côté de l'enseignement de la science du travail social. Cette compétence, tout en étant primaire, n'est pas la seule à acquérir. Le travail social communautaire et le travail social de groupe restent des approches nécessaires puisqu'elles peuvent dépasser l'approche individualiste en abordant les causes structurelles des problèmes sociaux.**

<sup>47</sup> GREDIG D., Tuberkulosefürsorge in der Schweiz – Zur Professionsgeschichte der Sozialen Arbeit. Haupt Verlag 2000, s.371-374

<sup>48</sup> au chevet du malade

<sup>49</sup> Le fonctionnalisme considère que les organes de la société - dont le travail social - ont pour *fonction* d'assurer la cohésion sociale.

Cependant, l'espoir d'avoir abouti au Luxembourg à une situation claire où l'assistante sociale est LE professionnel du travail social n'a que peu duré. Face aux « bouleversements » actuels - cette fois-ci engendrés par la création d'une formation « bachelier (professionnel) en sciences sociales et éducatives » -, il n'est pas certain que l'orientation clinique du travail social, effectué en tant que tel depuis toujours au sein de la Ligue, restera le fil rouge du développement futur.

## D. Vers une formation luxembourgeoise de travailleur social ?

Les péripéties du passé, ayant empêché la création d'une formation unique, nivelée et adéquate en travail social se reproduisent – semble-t-il – sans cesse et ne font pas halte devant les frontières luxembourgeoises.

En **1990** se crée la formation d'éducateur gradué dans le cadre de la loi du 06 août 1990 portant organisation des études éducatives et sociales. L'institut d'études éducatives et sociales (IEES), ne peut proposer que deux formations, celle de l'éducateur et celle de l'éducateur gradué. L'art. 5 de la loi précise (sans être très précis) que :

*«Le régime de formation à plein temps comporte trois années d'études supérieures. La première année d'études, à caractère probatoire, ainsi que la deuxième année d'études assurent une formation polyvalente notamment dans les domaines des sciences de l'éducation, de la psychologie et des techniques d'expression; la troisième année est consacrée essentiellement à une certaine spécialisation. Pour la spécialisation l'étudiant choisit deux domaines d'études parmi les suivants: pédagogie spéciale, éducation en institution, animation sociale, éducative et culturelle, éducation pour la santé, orientation socioprofessionnelle, formes et traitement de l'inadaptation sociale, travail gérontologique, travail avec les personnes handicapées. Selon les besoins, d'autres domaines d'études peuvent être introduits par règlement grand-ducal »<sup>50</sup>*

Il est peu étonnant que l'éducateur gradué développe par la suite un penchant soutenu pour le social<sup>50</sup> en se définissant notamment comme pédagogue social selon la tradition allemande de cette profession (Sozialpädagogie). Les éducateurs gradués resteront néanmoins pour une large part dans leurs domaines de travail traditionnels (centres d'accueil, éducation spécialisée, enseignement, ...) en lien étroit avec leur discipline de référence - la pédagogie - de sorte qu'une coexistence peu conflictuelle avec la profession d'assistant(e) social(e) a été possible jusque maintenant. En effet, celle-ci s'exerce avant tout en milieu ouvert.

Malheureusement, la profession d'éducateur gradué ne sera jamais réglementée en vue de fixer des attributions spécifiques et de protéger le titre de sorte que la problématique du mélange de compétences professionnelles est réelle et elle semble se renforcer avec la création de l'Université du Luxembourg (loi du 12 août **2003**). A ce moment, l'Université prend la relève de l'ISSE, mais paradoxalement, la formation d'éducateur gradué n'est pas reprise en tant que telle par la même loi. L'Université crée alors une nouvelle formation de 3 ans, dénommée bachelier en sciences sociales et éducatives, avec des études similaires à celles de l'assistant social. Cette formation se veut fédérative, tout en faisant abstraction de la législation luxembourgeoise qui fixe les études de l'assistant social à 4 ans. Malgré le fait qu'un bachelier de 4 années de pédagogie existe déjà à l'Université, il semble que pour l'assistant social il soit impossible de faire correspondre la durée des études luxembourgeoises en travail social à la législation existante. Afin de garantir une débouchée aux étudiants, la décision vient d'être prise que le bachelier donne accès aux postes d'éducateur gradué et à la 4<sup>e</sup> année de formation menant au diplôme d'Etat de l'assistant social.

**A nouveau, la profession se trouve à un tournant et le risque de l'apparition d'un travailleur social « bis » (bac+3) sans attributions réglementées est réel. Des scénarios positifs sont également possibles : adaptation des études au diplôme professionnel, création d'un master en travail social, approche scientifique, recherche luxembourgeoise en travail social, ...**

**Le plus important reste à faire : Mettre la science du travail social au centre de la formation et de la pratique au lieu de continuer à considérer le travail social comme un patchwork disciplinaire.**

<sup>50</sup> <http://www.apeg.lu/docs/apegbrochure.pdf>

## V. Perspectives de développement du travail social au sein de la Ligue

L'expérience de la Ligue en travail social montre que tout changement vers l'autonomie passe par une relation de coopération entre un professionnel et un client. En cela le travail social professionnel est complémentaire à toute mesure de politique sociale et la Ligue, en tant que gestionnaire et organisateur de ce travail social, gardera son rôle important. Les services sociaux, offerts par la Ligue pour garantir une stabilité économique aux pauvres et aux malades, pour rétablir des relations conflictuelles, pour protéger les enfants et les majeurs « incapables », pour redresser les situations financières des surendettés, etc. nécessitent un haut degré de professionnalité. Comme aux premiers temps de la lutte antituberculeuse, la Ligue a donc **besoin de personnel hautement qualifié**.

Fidèle à son engagement pour la professionnalité de son équipe, la Ligue a renforcé ses efforts de **formation continue** au cours de la dernière décennie tout en offrant à partir de 2002 la possibilité d'une supervision professionnelle au personnel social. Le temps de formation a souvent dépassé les cinq jours par an proposés par la loi<sup>51</sup>. Le contenu de ces formations s'est orienté aux nécessités des services, mais aussi aux derniers développements de la science du travail social. A titre d'exemple, mentionnons les quelques manifestations suivantes :



- Cycle de conférences « Le service social à l'aube du 3<sup>e</sup> millénaire » en 1999-2000 :
  - o Historique et développements récents du travail social en France (Brigitte Bouquet, Directrice du CEDIAS<sup>52</sup>)
  - o Evaluer pour évoluer (Christine Garcette, Présidente de l'ANAS<sup>53</sup>)
  - o Wirtschaftliche Sozialarbeit versus Sozialverträglichkeit der Wirtschaft. (Prof. Dr. Sylvia Staub-Bernasconi)
- Formation à l'analyse des problèmes et ressources en travail social avec documentation semi-standardisée dans le dossier social avec M. Kaspar Geiser en 2000
- Séminaire « La clinique de la concertation » (2002) avec Dr. Lemaire, psychiatre
- Conférence : « Le secret professionnel » par Me Lucy Dupong et Me Valérie Dupong
- Formation longue (2002-2003) : « Projets individualisés d'accompagnement social » avec Mme Marie-Christine Emprou, assistante sociale - formatrice
- Conférence Surendettement « Les hommes et l'argent » (2003) avec M. Arnaud de la Hougue, sociologue
- La relation d'aide, la relation d'aide sous contrainte et la compétence des bénéficiaires (2006-2007) avec M. Guy Hardy, assistant social - formateur
- Colloque 2007 « Le travail social dans les contextes de contrainte » avec M. Claude Seron, psychologue et M. Guy Hardy, assistant social - formateur
- ...

A côté de cette activité de formation, les services sociaux de la Ligue servent depuis deux décennies comme terrain de stage aux futurs professionnels. Dans le cadre de la 4<sup>e</sup> année de formation de l'assistant social, ces **stages** peuvent s'étendre sur 1500 heures(!).

Ainsi, la Ligue continue à contribuer au développement du travail social luxembourgeois, fonction qu'elle assume depuis cent ans. A l'inverse, les travailleurs sociaux ont contribué au développement de la Ligue de sorte que ce lien entre l'institution et ses professionnels sort de l'ordinaire et a été bénéfique des deux côtés.

En fin de compte, quelles conclusions tirer pour l'avenir ?

En référence aux missions définies de ses services sociaux, l'action sociale de la Ligue se développe actuellement dans plusieurs domaines.

<sup>51</sup> Art. 12 de la loi du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé.

<sup>52</sup> Centre d'études, de documentation, d'information et d'action sociales / Paris

<sup>53</sup> Association Nationale des Assistants Sociaux / Paris

Tout d'abord, l'**accompagnement social** avec ses déclinaisons spécifiques (encadrement financier, désendettement, aide à la parentalité, tutelles, curatelles, ...) est au cœur de l'approche aidante, stabilisante, curative de la Ligue. Mais l'accompagnement social en tant qu'intervention sociale dans la durée n'est pas cantonné dans le service du même nom. Le service social dans le cadre de la médecine scolaire est aussi une forme d'accompagnement social (familial) au bénéfice des enfants scolarisés et tout au long de l'enseignement primaire. En étroite collaboration avec les services spécialisés de la Ligue, l'accompagnement social est un élément clé de la lutte contre le **surendettement** et de l'**insertion socioprofessionnelle**. Face à l'évolution de notre société mouvementée, la nécessité de cet accompagnement social ne cesse de croître.

S'il existe, d'une manière générale, un terrain de prédilection pour l'activité future de la Ligue **médico-sociale**, c'est bien le renforcement d'une action, déjà en cours, qui associe lutte contre la pauvreté et prévention des maladies ou promotion de la santé et qui vise à prévenir les cercles vicieux entre maladie et exclusion sociale. Aucune autre œuvre luxembourgeoise n'est mieux placée pour offrir, dans la durée et avec un esprit de durabilité, un travail social de qualité au malade et de promouvoir la santé, particulièrement menacée, des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale.

A côté du travail social *curatif*, répondant aux problèmes sociaux existants, le **travail social préventif** fait encore figure d'enfant pauvre. Ce travail de prévention sociale n'est pas nouveau pour la Ligue, il s'apparente à l'hygiène sociale avec sa mission de promotion de la *santé*. En promouvant le *lien social*, le travail social préventif vise le même objectif, le bien-être de la personne.

L'année 2008 n'est pas seulement une année de fête pour la Ligue, mais aussi pour les droits de l'homme. De nombreuses manifestations ont lieu pour le 60<sup>e</sup> anniversaire de la déclaration universelle des droits de l'homme. La Ligue respecte et fait respecter les principes de la dignité et de la valeur de la personne humaine<sup>54</sup>. Cette approche est respectueuse des besoins humains, codifiés en grande partie par les droits de l'homme, les droits de l'enfant et les droits sociaux. Grâce à cette orientation institutionnelle, la Ligue soutient à nouveau explicitement l'action de ses travailleurs sociaux. Elle rejoint la vision relativement récente que le travailleur social est un **professionnel des droits de l'homme**<sup>55</sup> et renouvelle ainsi sous une forme actualisée un engagement centenaire.

---

<sup>54</sup> cf. « Déclaration de principe » page 10 du Rapport d'activité 2007 de la Ligue

<sup>55</sup> cf. UN-Manual « Human rights and Social Work », téléchargeable sur le site [www.ifsw.org](http://www.ifsw.org)

## VI. Bibliographie

- Association Nationale des Assistantes d'Hygiène Sociale, Assistantes Sociales et Infirmières Gradués du Luxembourg, 50<sup>e</sup> Anniversaire, Brochure ANAHSASIG 1989
- BLUM Françoise, Regards sur les mutations du travail social au XXI<sup>ème</sup> siècle, Le Mouvement Social 2002/2, N°199, s. 83-94
- BOUQUET B., GARCETTE C., SALOMON G.-M., « Les premières écoles de service social (1908-1938) : Un atout majeur pour la professionnalisation des assistantes sociales » in Vie Sociale, double n° 1-2, Cedias – Musée social, Paris 1995, p.22.
- BOUQUET Brigitte, Regard socio-historique sur la polyvalence de secteur. Vie sociale 9-10, Cedias, Paris 1991
- BURCKHARDT M., Die Verbreitung der Tuberculose in der Stadt Basel, In: Zschr. Für schweizerische Statistik. 42. Jg., 1906 H.2, s. 185-197
- DELAHAYE (Dr.), Rapport moral, médical et financier sur l'exercice 1909-1910, In : Ligue Nationale Luxembourgeoise contre la Tuberculose : Rapport moral, médical et financier sur l'exercice 1909-1910, 1912, p. 13-14
- DELAUNAY Bertrand, Evolution d'un savoir de référence en service social : la psychologie, <http://www.harmattan.fr/index.asp?navig=catalogue&obj=article&no=5018>, L'Harmattan, Juin 2006
- DELCOURT Marie, Andrée Viénot-Mayrisch, in: Colpach, Amis de Colpach, Luxembourg, 1978 (première édition 1957) pp. 245-249
- DERABOURS Nelly, Naissance de la formation infirmière, [http://www.serpsy.org/formation\\_debat/formation\\_infirmiere.html](http://www.serpsy.org/formation_debat/formation_infirmiere.html), 1978 (première édition 1957)
- FELTGEN Ernest (Dr.), Rapport sur le fonctionnement de la Ligue luxembourgeoise contre la Tuberculose en 1918, Script, 1919 (30 mars)
- FELTGEN Ernest (Dr.), in: Ligue Nationale Luxembourgeoise contre la Tuberculose - Rapport moral, médical et financier sur l'exercice 1911, Imprimerie Worré-Mertens, 1912, p. 22
- FELTGEN Ernest (Dr.), in: Ligue Nationale Luxembourgeoise contre la Tuberculose - Rapport moral, médical et financier sur l'exercice 1913, Imprimerie de la Cour Victor Bück, 1914, p. 14
- GEISER Kaspar, Problem- und Ressourcenanalyse in der Sozialen Arbeit, Interact Luzern, 2007
- GOEDERT Jean (Dr.), Discours Brochure 1908-1978, Ligue 1978, p. 40
- GOETZINGER Germaine, SozialEnquête 1907, Luxemburg
- GREDIG Daniel, Tuberkulosefürsorge in der Schweiz – Zur Professionsgeschichte der Sozialen Arbeit, Haupt Verlag 2000
- GRETSCH Fernande, L'assistante d'hygiène sociale. Evolution d'une profession. in: Ligue Luxembourgeoise contre la Tuberculose – Brochure « 1908-1968 » éditée à l'occasion du 60<sup>e</sup> anniversaire, Imprimerie de la Cour Joseph Beffort 1968, p.47-52
- GRETSCH Fernande, Im Dienst von arm und reich. Die Tätigkeit der Sozialpflegerinnen., In : REVUE, Luxemburg 1967, p. 14-17
- HIETALA Marjatta, Zum Schularzt gehen, Milch trinken, Sport treiben. – Hygiene als Volksaufklärung oder Sozialdisziplinierung unter besonderer Berücksichtigung der nordischen Länder, in: « Sei sauber ... ! » Eine Geschichte der Hygiene und öffentlichen Gesundheitsvorsorge in Europa, Wienand Verlag 2004, p. 286 - 301
- HOFFMANN Marco, Historique de la Polyvalence., Rapport d'activité 2000, Luxembourg 2001, p. 89-96
- HOFFMANN Marco, ROULLEAUX Mady, Le travail social au Luxembourg., in : Vie sociale n° 2-3: Le travail social en Europe Vol.1, Cedias- Musée Social, Paris, 1994, p.83-90
- JUNGBLUT Marie-Paule, Öffentliche Gesundheitsvorsorge in Europa – Private Initiative und nationale

- Reglementierung. in: « Sei sauber ... ! » Eine Geschichte der Hygiene und öffentlichen Gesundheitsvorsorge in Europa, Wienand Verlag 2004, p. 192 - 203
- LABISCH Alfons, Sozialhygiene – Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitssicherung in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. in: « Sei sauber ... ! » Eine Geschichte der Hygiene und öffentlichen Gesundheitsvorsorge in Europa, Wienand Verlag 2004, p. 278 - 285
- LORANG Antoinette, « Luxemburgs Arbeiterkolonien und billige Wohnungen 1860-1940 », Ministère du Logement 1996, p.21-22
- LOSCHETTER Viviane, De l'infirmière visiteuse à l'assistante sociale, in: "Wenn nun wir Frauen auch das Wort ergreifen ...": 1880 - 1950: Frauen in Luxemburg, Publications nationales du Ministère de la culture, 1997, pp. 151 – 171
- MASSARD Jos A., Cholera-Epidemien, in: « Sei sauber ... ! » Eine Geschichte der Hygiene und öffentlichen Gesundheitsvorsorge in Europa., Wienand Verlag 2004, p. 200 - 201
- MAUL Gust, L'œuvre sociale de Madame É. Mayrisch-de Saint Hubert., in: Colpach, Amis de Colpach, Luxembourg 1978 (première édition 1957), pp. 206 - 225
- MAYRISCH-DE ST. HUBERT Aline, Les dispensaires., in: Ligue Nationale Luxembourgeoise contre la Tuberculose – Son organisation, Son fonctionnement, Ses dispensaires - Exercice 1921, p. 23-27
- MAYRISCH-DE ST. HUBERT Aline, Question des dispensaires., Script pour l'AG, 1928
- MAYRISCH-DE ST. HUBERT Aline, Rapport sur les dispensaires., Assemblée générale 1928
- OBRECHT Werner, Das Systemische Paradigma der Sozialarbeitswissenschaft und der Sozialen Arbeit., In: Pfaffenberger, Scherr, Sorg, (Hrsg.) Von der Wissenschaft des Sozialwesens. Wiesbaden, Sozial-Extra Verlag 2000, p. 115-143
- OBRECHT Werner, Umriss einer biopsychosozialen Theorie menschlicher Bedürfnisse., Typoscript Master of Business Administration der Wirtschaftsuniversität Wien, 2005/1999
- SCHNEIDER Klaus, Assistance publique : Vom Wohltätigkeitsbüro zum Office Social., FORUM Juni/Juli 2007, N°267/268, p.13-18
- SCUTO Denis, Bulletin luxembourgeois des questions sociales - Vol. 11, 2002, p.29
- STAUB-BERNASCONI Sylvia, Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Haupt Verlag, Bern 2007
- THÉVENIN Etienne, La coopération entre les institutions sanitaires, sociales et médico-sociales : un rappel historique pour la Lorraine. Pôle Européen de Santé – Journée d'étude sur les Réseaux de santé 2005 (24 mars)
- WEBER A. (Dr.), Rapport annuel de 1920 sur les travaux de la Ligue luxembourgeoise contre la Tuberculose., in: Ligue Nationale Luxembourgeoise contre la Tuberculose – Son organisation, Son fonctionnement, Ses dispensaires - Exercice 1921