

IMAGINER UN NOUVEAU CONTRAT DE GENRE POUR LE CARE

Eugenia Caracciolo di Torella

29/04/2025

Dans ce contexte post-pandémique où la crise du care et du secteur du soin révèle l'ampleur des inégalités de genre, Eugenia Caracciolo di Torella, professeure de droit et spécialiste du care à l'université de Leicester, en Angleterre, plaide, dans ce texte extrait de l'ouvrage *A new gender equality contract for Europe* (Palgrave Macmillan) réalisé en partenariat avec la FEPS, pour un contrat de genre fondé sur une éthique du care. En s'appuyant sur les outils juridiques dont l'Union européenne dispose, elle appelle à replacer le care au cœur du contrat social, en tant que ciment de notre société.

*Ce texte est la traduction en français de la version anglaise du chapitre Imagining a New Gender Contract for Care au sein de l'ouvrage *A new gender equality contract for Europe* (Palgrave Macmillan en partenariat avec la FEPS et la Fondation Jean-Jaurès). Elle a été réalisée par Laure-Anne Hayes.*

Introduction

Imaginez un monde meilleur. Un monde durable, un monde où il est possible d'envisager de planifier pour l'avenir plutôt que de réagir à des crises successives. Un monde que nous serions confiants et fiers de laisser à nos enfants. Pour cela, il nous faut « une autre façon de « faire » le droit et la justice¹ ». Nous devons concevoir un contrat social qui lie les politiques et les législateurs et dont la valeur fondamentale est le soin. La prise en charge des malades et le soin ont toujours été une caractéristique essentielle de nos vies : ils ne sont pas des exceptions à la norme², mais une priorité inaliénable et centrale dans la vie de la plupart des êtres humains³. En outre, ils sont essentiels à la viabilité de notre économie, de notre société et de notre bien-être individuel⁴. Cela dit, le care est en crise depuis un certain temps déjà. Il a néanmoins fallu une pandémie pour que nous prenions conscience de la profondeur de cette crise. Depuis 2020 et 2021, l'importance des soins n'a jamais été aussi évidente. En d'autres termes, les soins sont le ciment qui nous maintient ensemble et qui garantit que notre monde est, et restera, durable. Traditionnellement, les soins ont toujours eu une dimension fortement sexuée ; un tel contrat de soins se doit donc d'être un *contrat*

de genre.

Dans ce chapitre, nous examinons le rôle d'un contrat de genre pour le *care* et nous soutenons qu'il ne s'agit pas seulement d'un pré-requis essentiel pour poser les bases d'un monde meilleur, mais qu'il est également indispensable à un rétablissement post-pandémique. En tant que tel, il fournira un schéma directeur pour faire face aux événements qui se déroulent sous nos yeux, de l'augmentation du coût de la vie à la crise sanitaire, en vue de rendre notre société et notre économie plus durables. Nous soutenons également que l'Union européenne (UE) dispose *déjà*, du moins en partie, des outils juridiques nécessaires à l'élaboration d'un tel contrat et qu'elle *doit maintenant* prendre l'initiative dans ce domaine de toute urgence.

Ce chapitre est organisé en deux sections principales. La section 2 explique la signification, la pertinence et l'urgence d'un contrat de genre pour le *care*. La section 3 évalue la position de l'UE. Elle commence par affirmer qu'il est impératif que l'UE agisse et que les outils juridiques nécessaires sont déjà en place pour ce faire. Elle explore ensuite les mesures existantes qui pourraient poser les bases d'un contrat de genre pour le *care*. Il s'agit des mesures, qu'il s'agisse de documents politiques ou de législation contraignante, qui peuvent, directement ou indirectement, avoir un impact sur les relations de soins. Dans ce contexte, il évalue de manière critique le potentiel et les limites de ces mesures, ainsi que les défis qui restent à relever. Le chapitre conclut que, bien que la pandémie ait mis en évidence la nécessité d'un contrat de genre pour le *care*, ayant même incité l'adoption de certaines mesures dans cette direction, l'UE ne peut pas se contenter de cela, ni se permettre de perdre son élan. Tant que des mesures concrètes et un engagement clair n'auront pas été mis en place, toute intervention restera une rhétorique vide de sens.

Un contrat de genre pour le *care*

Le *care* est en crise⁵. En bref, cela signifie que nous n'avons ni le temps ni la capacité de prendre soin de nous-mêmes et des autres. En d'autres termes, les pays développés sont de plus en plus souvent dans l'incapacité de fournir des soins de qualité pour répondre aux besoins de chacun, qu'il s'agisse d'enfants, de parents âgés ou de membres plus fragiles de la société. Cette crise a des répercussions sur l'UE. Les raisons sous-jacentes sont souvent citées comme une combinaison de l'augmentation de l'espérance de vie et de la participation accrue des femmes à la population active. D'une part, les statistiques nous indiquent clairement que notre société vieillit rapidement⁶. D'autre part, il est banal mais vrai que les femmes assument une part nettement plus importante du travail de soins que les hommes. Comme le note Martha Fineman, « [d]ans le cadre d'une tradition de longue date, la prise en charge continue d'être déléguée aux femmes – assignée à la *responsabilité* de personnes occupant le rôle genré d'épouse, de mère, de grand-mère, de fille, de

belle-fille ou de sœur⁷ ».

Dans le même ordre d'idées, Carol Gilligan soutient que « la place de la femme dans le cycle de vie de l'homme a été celle de nourrice, de gardienne et d'assistante, la tisseuse de ces réseaux de relations sur lesquels elle s'appuie à son tour⁸ ». Bien que les soins soient traditionnellement un « phénomène féminin⁹ », l'augmentation du travail de soins non rémunéré à la suite de la pandémie a rendu ce déséquilibre genré encore plus évident. Et lorsque les femmes, qui en tant que mères, partenaires et filles ont assumé une grande partie des soins, entrent sur le marché du travail et consacrent moins de temps au soin, cela crée des lacunes dans le soin¹⁰.

Nous soutenons cependant que la crise est plus profonde que cela. La véritable crise est le manque de valeur que notre société et nos décideurs sont prêts à attribuer aux soins. La pandémie a clairement montré comment cela a toujours été le cas, historiquement, et à quel point ce manque est enraciné dans notre société et notre système juridique. Cela se reflète dans le fait que les soins continuent d'être considérés comme un « problème » à résoudre et plus précisément dans le statut inférieur traditionnellement attaché aux soignants et aux emplois dans le domaine des soins, ainsi que dans le manque chronique d'investissements dans l'infrastructure des soins.

Pour faire face à cette crise, il est urgent de mettre en place un contrat de genre pour le *care* qui remette en cause le *statu quo*. Un tel contrat doit être fondé sur une vision holistique et présenter trois caractéristiques principales. Premièrement, il doit reconnaître et remettre en question l'impact historiquement sexué des soins. Ce faisant, non seulement il atténuerait les conséquences sexospécifiques des soins, mais il encouragerait également les hommes à s'en occuper, s'éloignant ainsi de la féminisation des soins. Deuxièmement, il doit conceptualiser les soins comme une valeur à chérir, essentielle au maintien de notre monde. À leur tour, les soins et la prise en charge seraient conceptualisés comme un travail productif, plutôt que comme un sous-produit du développement économique. Troisièmement, il doit reconnaître que les soins et l'attention sont des concepts vastes et multiformes. Par exemple, ils ne se limitent pas à la relation édulcorée entre la mère et l'enfant, mais impliquent également un ensemble plus large (et moins romancé) de relations. En outre, les soins et la prise en charge impliquent également des *activités* qui peuvent être répétitives, monotones et peu glorieuses, mais qui sont cruciales « pour maintenir, poursuivre et réparer notre « monde » afin que nous puissions y vivre le mieux possible¹¹ ». Pour répondre à cette vaste gamme de situations et parvenir à la justice, un contrat de genre pour le *care* a besoin d'une variété d'instruments, allant de la législation aux droits souples et aux documents de politique. Ainsi, un contrat de genre pour le *care* nécessite l'engagement actif des responsables politiques et des législateurs.

Un tel contrat doit être étayé par une vision féministe, où l'éthique de la justice et celle du *care* sont entrelacées. Le débat sur les similitudes et les différences entre ces deux éthiques est vaste et se poursuit depuis un certain temps déjà¹². Ce chapitre souligne que ces deux éthiques sont conçues pour parvenir à la justice, chacune mettant l'accent sur un aspect différent du débat. L'éthique de la justice se concentre sur l'égalité, les droits individuels fondés sur des principes abstraits et leur application cohérente¹³. Les droits individuels sont essentiels parce qu'ils confèrent des droits spécifiques et, en fin de compte, contribuent à façonner le cadre normatif : ils ont un aspect transformateur, dans la mesure où ils ont le potentiel d'autonomiser les individus et de changer le système juridique. Toutefois, le fait de se concentrer uniquement sur les droits individuels ne permet pas de saisir l'essence même des soins, en particulier parce qu'ils n'ont pas la perspective contextuelle qui est l'essence même des soins¹⁴. Les droits individuels doivent donc être soutenus par une approche éthique du *care*. Nous nous appuyons sur l'ouvrage fondateur de Carol Gilligan¹⁵ sur l'éthique du *care*, *In a Different Voice*. Cet ouvrage a remis en question les hypothèses genrées traditionnelles sur le développement moral et le raisonnement des jeunes garçons (hommes) et des jeunes filles (femmes). Carol Gilligan a développé sa théorie morale en opposition à celle de Lawrence Kohlberg¹⁶, dont le modèle avait établi que les garçons (hommes) étaient plus matures moralement que les filles (femmes). En particulier, il a soutenu que, tandis que les garçons (hommes) considéraient leur position en termes de règles et de concepts abstraits, tels que l'équité, l'égalité, les droits individuels et leur application cohérente, les filles (femmes) étaient trop préoccupées par leurs responsabilités conflictuelles à l'égard d'individus particuliers. En conséquence, les filles ont rarement pu dépasser le stade du développement moral, où « la moralité est conçue en termes interpersonnels et la bonté est assimilée à l'aide et à la satisfaction des autres¹⁷ ». La principale critique de Carol Gilligan à l'égard de Lawrence Kohlberg était sa suggestion que l'approche féminine était inférieure à l'approche masculine. Selon elle, aucune approche n'est inférieure à l'autre : elles parlent simplement sur des fréquences différentes. Depuis lors, l'éthique du *care* s'est développée comme une approche qui adopte une perspective contextuelle¹⁸ et se concentre sur l'attention, la confiance, la réponse aux besoins, la nuance narrative, les relations et les responsabilités et a « à son cœur un mandat central : prendre soin des relations qui soutiennent la vie¹⁹ ». En conséquence, elle a été utilisée pour mettre au premier plan le travail quotidien des soins et les responsabilités qui en découlent. Bien que sa valorisation originale d'une « voix féminine » ait été problématique²⁰, l'éthique du *care* a néanmoins offert une perspective précieuse susceptible de transformer radicalement les droits légaux. Plus précisément, elle a mis en évidence l'importance et l'universalité des soins et a saisi la diversité des expériences et des besoins des soignants et des soignés²¹. Ce faisant, cette théorie normalise les soins dans la vie publique plutôt que de les confiner à la sphère privée, où ils sont cachés et souvent dévalorisés. En revanche, l'incapacité historique et persistante d'inclure l'éthique du *care* dans les politiques et les législations relatives aux soins a eu pour conséquence que les mesures

existantes n'ont pas la qualité, la profondeur et la longévité qu'elles auraient pu avoir si elles avaient été introduites avec une éthique qui « a pour mandat central de prendre soin des relations qui soutiennent la vie²² ». Au lieu de cela, les mesures restent ancrées dans une approche néolibérale qui continue de promouvoir, de privilégier et de récompenser l'autonomie, l'individualisme et l'économie de marché au détriment des soins informels (non rémunérés), ce qui continue d'être en contradiction avec la réalité de la vie de nombreuses personnes.

Ainsi, un contrat de genre pour le *care* doit être étayé par ces deux types d'éthique. D'une part, les droits sont nécessaires pour responsabiliser les individus, mais s'appuyer simplement sur l'éthique de la justice ne permettrait pas de saisir le contexte relationnel dans lequel s'inscrivent les soins. D'autre part, l'éthique du *care* est pertinente pour saisir l'essence même du *care*. Cependant, s'appuyer uniquement sur l'éthique du *care* risque de manquer de profondeur juridique et de force contraignante, et donc de rester une rhétorique vide. En conséquence, les deux éthiques ne sont pas seulement entrelacées et complémentaires, mais chacune est une condition préalable nécessaire à l'autre. En substance, « la justice doit être bienveillante pour être juste, et [...] la bienveillance doit être juste pour être bienveillante²³ » car « il peut y avoir des soins sans justice... [mais] il ne peut y avoir de justice sans soins²⁴ ».

Recevez chaque semaine toutes nos analyses dans votre boîte mail

[Abonnez-vous](#)

L'UE et le *care*

L'UE doit-elle élaborer un contrat de genre pour le *care* ?

En raison de sa position supranationale, l'UE dispose d'un pouvoir considérable pour façonner et influencer les discussions politiques en Europe et dans le monde. Pour cette raison, nous soutenons que l'UE est en mesure, et a le devoir, de mettre fermement les soins à l'ordre du jour et, en fin de compte, d'ouvrir la voie à la conception d'un contrat de genre pour le *care*. Il est, au minimum, nécessaire de contrecarrer les implications genrées négatives et à long terme du soin. Les soins ont en effet des répercussions évidentes sur la rémunération et la sécurité économique des femmes. Des chiffres récents ont montré que 16% des femmes, mais seulement 2% des

hommes, ont cité leurs responsabilités de soins comme la principale raison de leur inactivité professionnelle²⁵. Le fait que les femmes doivent réduire leur temps de travail, ou renoncer à travailler, peut avoir des conséquences néfastes : à court terme, cela affecte leurs revenus et peut également avoir un impact sur leur capacité à se réengager sur le marché du travail, même après la fin de leurs responsabilités de soins²⁶. À long terme, cela aggrave les inégalités salariales femmes-hommes et a un impact sur la capacité à accumuler une retraite²⁷. Même lorsque les femmes continuent de travailler, le *care* peut avoir un impact sur leurs performances, ce qui pourrait affecter leurs perspectives de promotion ou les exposer davantage à la menace d'un licenciement, en particulier dans l'environnement post-pandémique. Ainsi, les soins ne contribuent pas seulement à la réalisation de l'égalité des genres, mais aussi au programme de plein emploi. L'emploi est une source de richesse et de croissance qui offre une protection contre différents types de risques. Premièrement, il protège contre les « anciens » risques²⁸, tels que le chômage et la pauvreté à long terme²⁹, et deuxièmement contre les « nouveaux » risques sociaux³⁰, notamment l'insuffisance de la couverture sociale due, par exemple, aux congés pour soins³¹.

En outre, l'UE doit prendre position dans ce domaine simplement car le *care* dépasse les frontières nationales³². Par exemple, les ressortissants de pays tiers qui entrent dans l'UE en tant que conjoint·e-s pourraient voir les soins devenir le seul lien qu'ils et elles ont avec l'UE³³, sans parler du grand nombre de travailleur·euses sans papiers qui travaillent déjà comme soignant·e-s en Europe. Un autre exemple est celui des soins fournis en tant que service dans le marché intérieur. Bien que les soins en tant que tels ne soient pas réglementés de la même manière que le travail rémunéré³⁴, la protection des soignants peut avoir une incidence sur la libre circulation des travailleurs dans l'UE³⁵. De plus, il faut faciliter la position des professionnels de la santé et la migration de la main-d'œuvre en provenance des pays non membres de l'UE.

Si l'UE n'intervient pas en réglementant les différents aspects et implications³⁶, ou au moins en offrant une certaine forme de conseil, il pourrait arriver que les aidants soient protégés dans certains États membres mais pas d'autres parce qu'ils ne sont pas considérés comme des travailleurs ou qu'il y a une pénurie d'aidants. En fin de compte, cela pourrait entraver l'application uniforme des dispositions relatives à la libre circulation.

Il y a donc une logique *économique* à pousser l'UE à développer un contrat de genre pour le *care*. L'UE a besoin, de toute urgence, de stratégies appropriées pour permettre aux individus de s'occuper des personnes à leur charge et, en même temps, de participer à un emploi rémunéré et de reconstruire l'économie post-pandémique. En d'autres termes, un droit aux soins permettrait aux individus de travailler³⁷.

Cependant, la valeur même des soins va au-delà de leur valeur économique. Mettre l'accent sur l'importance économique des soins risque de leur perdre leur valeur même : « Les soins sont le développement d'une relation, et non la production d'un produit séparable de la personne qui le délivre³⁸ ». L'argument économique ne peut être dissocié d'une revendication morale qui valorise les soins pour ce qu'ils sont, pour leur contribution essentielle à la société, plutôt que de les considérer comme un obstacle à la productivité économique. Cet argument moral est, à son tour, basé sur l'éthique du *care* qui part du fait que nous sommes tous dans des relations mutuellement interdépendantes et que, en tant qu'individus, nous ne pouvons exister que grâce à ces mêmes relations basées sur les soins. Les soins sont importants parce qu'ils sont le fondement de la société. Il s'agit d'un besoin humain fondamental³⁹ : les jeunes enfants et les adultes fragiles ne peuvent survivre sans soins⁴⁰. Ils sont essentiels au bien-être de la société et des individus : c'est une forme de capital social⁴¹.

Une base juridique pour l'élaboration par l'UE d'un contrat de genre pour le *care*

Par conséquent, l'UE doit développer un système juridique qui reconnaît, promeut et protège les soins et les soignants, non seulement parce que cela est économiquement rationnel, mais aussi parce que la loi devrait « exister pour le peuple [et] pour le bien du peuple⁴² ». Ce chapitre affirme que les deux éthiques, la justice et le *care*, sont déjà reflétées dans les valeurs fondamentales et historiques de l'UE. Combinées, ces valeurs peuvent servir de base à l'engagement de l'UE dans ce domaine.

Plus précisément, les articles 2 et 3 du traité sur l'Union européenne (TUE) contiennent les valeurs et les objectifs de l'Union. Ces valeurs sont énumérées dans l'article 2, qui stipule que l'Union est fondée sur :

« [Le] respect de la *dignité humaine*, la liberté, la démocratie, l'égalité, l'État de droit et le respect des droits de l'Homme, y compris des droits des personnes appartenant à des minorités. Ces valeurs sont communes aux États membres dans une société où prévalent le pluralisme, la *non-discrimination*, la tolérance, la *justice*, la *solidarité* et l'*égalité entre les femmes et les hommes*⁴³ ».

En outre, l'article 3 du TUE énumère les objectifs de l'UE. L'engagement de l'Union à « promouvoir la paix, [...] et le bien-être de ses peuples⁴⁴ » et à respecter la « solidarité entre les générations » est particulièrement pertinent aux fins du présent chapitre.

Ces deux articles reflètent vraisemblablement ces deux éthiques du *care*⁴⁵. D'une part, l'éthique de la justice se reflète dans la référence à l'égalité et à l'État de droit, qui ont conduit à l'adoption d'un

ensemble sophistiqué de lois sur l'égalité des genres⁴⁶, dont ont pu bénéficier à leur tour de nombreux aidants⁴⁷. D'autre part, l'éthique du *care* se manifeste, en particulier, en référence à la dignité humaine, à la solidarité et au bien-être. Il ne s'agit peut-être pas, à proprement parler, de concepts juridiques, mais ils ont néanmoins été utilisés par le droit à plusieurs reprises. Par exemple, la dignité humaine, même avant son inclusion formelle dans l'UE et dans la Charte des droits fondamentaux (CDF) de l'UE, *via* le traité de Lisbonne⁴⁸, a été définie par la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE ou la Cour) comme un principe général du droit de l'UE⁴⁹. En outre, c'est la Cour qui, dans l'affaire *Coleman*⁵⁰, a souligné le potentiel du concept de dignité pour les aidants. Dans ses conclusions, l'avocat général Maduro a indiqué que « la dignité humaine implique au minimum la reconnaissance de l'égalité de valeur de chaque individu⁵¹ ». Il est même allé plus loin, indiquant que « la vie d'une personne a de la valeur du simple fait qu'elle est humaine, et aucune vie n'a plus ou moins de valeur qu'une autre⁵² ». Il est facile de voir comment il serait bénéfique d'étendre ce raisonnement à toutes les relations de soins : préserver la dignité de ceux qui ont besoin de soins ainsi que de ceux qui les prodiguent – indépendamment de la contribution économique qu'un individu peut apporter – représente un argument de poids. Les individus ne sont pas seulement un moyen d'investissement économique, mais la dignité humaine a une valeur intrinsèque, qu'ils soient économiquement productifs ou non.

L'engagement en faveur de la solidarité entre les générations, qui est l'une des valeurs sur lesquelles l'Union est fondée⁵³, est également pertinent dans ce contexte. Aux fins du présent chapitre, la solidarité est un principe fondamental des relations de soins qui met l'accent sur un sentiment d'unité et de soutien. Elle implique également que le travail de soins ne doit pas peser sur les épaules d'un petit nombre de personnes, principalement des femmes, mais qu'il doit être partagé entre les hommes et les femmes en tant que norme⁵⁴. Vu sous cet angle, le concept est l'expression du principe selon lequel « fournir des soins aux personnes tout au long du cycle de vie est une responsabilité sociale, une obligation qui reflète les liens qui nous unissent en tant que communauté humaine⁵⁵ ».

Enfin (et surtout), le bien-être est une considération fondamentale lorsqu'on parle des soins. En définitive, la loi doit être conçue pour protéger le bien-être des individus. Dans le cas présent, la pandémie nous a rappelé à quel point les soins sont importants pour notre bien-être. Malgré l'absence de définition légale, le Parlement européen a constaté, dans un rapport sur les implications genrées des soins, que « le bien-être des femmes qui ont quitté le marché du travail est inférieur à celui des femmes qui ne l'ont pas quitté⁵⁶ ». Le même rapport a également mis en évidence l'impact sur la santé mentale d'un individu de mauvaises mesures d'équilibre entre vie professionnelle et vie privée (*work-life balance*, WLB), conduisant à l'incapacité de s'occuper de ses proches⁵⁷.

Dispositions de l'UE : vers un contrat de genre pour le *care* ?

Bien que, traditionnellement, l'UE ne se soit pas préoccupée spécifiquement du concept de soins, elle a progressivement élaboré un ensemble de mesures, à la fois des documents politiques et une législation contraignante, qui ont fait progresser les droits de (certains) aidants⁵⁸. Des premières dispositions sur l'égalité des genres⁵⁹, à certains instruments relatifs à l'emploi, tels que la directive sur les travailleurs à temps partiel⁶⁰, en passant par l'éventail sophistiqué de dispositions destinées aux parents travailleurs, il ne fait guère de doute que ces dispositions ont amélioré la situation de (certains) aidants. Cependant, malgré leur importance, ces dispositions ont traditionnellement été élaborées en réponse à des préoccupations économiques. En d'autres termes, elles restent fermement *alignées sur les objectifs économiques de l'UE*.

Il est permis de penser que cette situation a commencé à changer. La crise financière de 2008 et l'austérité qui a suivi ont rappelé brutalement l'importance des mesures de soutien aux soins⁶¹. En 2017, le pilier européen des droits sociaux (PEDS)⁶² a solennellement renouvelé l'engagement de l'UE en faveur des droits sociaux. Au moment de son adoption, la Commission l'a décrit comme « une boussole pour un nouveau processus de convergence ascendante vers de meilleures conditions de travail et de vie dans l'Union européenne⁶³ ». Il est composé de 20 principes, abordant une variété de questions de politique sociale. Parmi ceux-ci, trois mentionnent expressément différents aspects des soins. Le principe 9 (WLB)⁶⁴ réitère les droits des parents et souligne que les pères devraient jouir des mêmes droits que les mères. Ce faisant, le principe renforce l'engagement de s'attaquer à la dimension genrée des soins. Le principe 11 (garde d'enfants et aide à l'enfance)⁶⁵ réaffirme le droit des enfants à une éducation précoce comme moyen de lutter contre la pauvreté et d'améliorer l'égalité des chances plus tard dans la vie. Ce principe dissocie les dispositions en matière de garde d'enfants du simple fait qu'elles sont un moyen de permettre aux femmes de travailler, et les présente comme un droit pour les enfants, réaffirmant ainsi la valeur même des relations de soins. Enfin, le principe 18 (SLD – soins à longue durée)⁶⁶ mentionne expressément les SLD comme un droit pour tous. Ce faisant, il reconnaît que les soins doivent être abordés dans le cadre d'une approche fondée sur le cycle de vie.

Avec ces principes, le PEDS est une étape dans la bonne direction : il souligne l'importance des soins et accroît la visibilité des soignants (qui travaillent). Il est important de noter que, bien qu'il ne soit pas juridiquement contraignant, le PEDS a donné un certain élan vers l'action. En effet, elle a conduit à l'adoption en 2019 de la directive concernant l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée des parents et des aidants⁶⁷ (directive WLB).

En bref, cette nouvelle directive sur l'équilibre entre vie professionnelle et privée abroge la

directive existante sur le congé parental⁶⁸ et vise à moderniser le cadre existant des droits (orientés vers les parents), mis en place dans les années 1990, en reconnaissant l'évolution des besoins et la diversité des soins et des aidants, conformément à la société d'aujourd'hui qui évolue rapidement⁶⁹. Plus précisément, la directive se concentre sur quatre droits individuels. Elle renforce deux droits existants, le congé parental⁷⁰ et le droit de demander un travail flexible⁷¹, et introduit deux nouveaux droits, le congé de paternité⁷² et le congé pour aidants⁷³. Au moment de son introduction, la directive WLB a été accueillie avec enthousiasme par les universitaires et les acteurs⁷⁴. En effet, sur le plan conceptuel, il s'agissait de la première instruction à reconnaître que la responsabilité des soins (et ses conséquences) ne se limitait pas aux jeunes enfants. En outre, elle semblait véritablement définir des mesures concrètes pour remettre en question les stéréotypes de genre. La directive WLB a été adoptée quelques mois avant la pandémie. Cette dernière a rapidement mis en évidence les limites de cette disposition⁷⁵. Pour l'essentiel, la directive WLB continue de s'adresser principalement à certains aidants qui travaillent⁷⁶; elle n'est pas vraiment efficace pour lutter contre les stéréotypes et la féminisation des soins et se contente d'un simple discours sur l'essence même des soins. Avec du recul, il est évident que la directive WLB n'est pas l'instrument qui posera les bases d'un contrat de genre pour le *care*, essentiellement parce que son approche consiste à continuer à donner la priorité aux préoccupations économiques. Cette approche se retrouve également dans une autre mesure, également déclenchée par le PEDS, à savoir la directive sur les conditions de travail transparentes et prévisibles⁷⁷ adoptée la même année. En promouvant un emploi plus transparent et prévisible, elle vise à améliorer les conditions de travail des personnes travaillant dans des formes d'emploi atypiques. Certes, il s'agit d'un instrument clé pour protéger les personnes qui, en raison de leurs responsabilités de soin, doivent recourir à certaines formes d'emploi⁷⁸, mais il reste ancré dans les préoccupations économiques.

Dans l'ensemble, bien qu'ils témoignent *de prime abord* de l'engagement de l'UE, ces développements continuent de conceptualiser la responsabilité des soins comme une « entrave » au travail.

Il a fallu la pandémie pour inciter l'UE à repenser les soins et à les placer au premier plan⁷⁹. En septembre 2022⁸⁰, l'Union européenne a adopté la stratégie européenne en matière de soins⁸¹ pour « aider les hommes et les femmes à trouver le meilleur équilibre pour eux⁸² ». Cette stratégie doit être saluée, car il s'agit, à ce jour, de la plus importante stratégie de l'UE dans le domaine des soins. Elle reconnaît que les soins constituent l'épine dorsale de notre société et, de manière cruciale, s'écarte de l'approche traditionnelle, qui consiste à se concentrer sur *certaines soignants qui travaillent*. Cela se reflète dans le nom même de la stratégie, qui fait référence aux *soins* plutôt qu'aux *aidants*, envoyant ainsi le message que les soins ne sont pas seulement importants pour permettre aux individus de travailler, mais pour la société dans son entièreté. De

prime abord, la stratégie est une pièce maîtresse⁸³ et, en tant que tel, la mesure la plus concrète en faveur d'un contrat de genre pour le *care*.

La stratégie présente une vision ambitieuse de la fourniture de soins en Europe. À cette fin, elle définit un certain nombre d'objectifs interdépendants. Tout d'abord, la stratégie reconnaît l'importance d'améliorer les services de soins pour les jeunes enfants et les personnes nécessitant des SLD, que ce soit dans un cadre formel ou informel. Ces services devraient reposer sur les principes de disponibilité, de qualité, d'abordabilité et d'accessibilité. La référence à ces principes n'est pas nouvelle⁸⁴, mais la stratégie leur donne vie en fournissant des exemples concrets. Par exemple, lorsqu'il est question de disponibilité, une référence spécifique est faite à la nécessité de fournir des services dans les zones rurales et isolées qui peuvent être exclues en raison de leur éloignement de services disponibles et des transports publics limités⁸⁵. En outre, la stratégie reconnaît expressément que la qualité ne doit pas s'appliquer uniquement aux infrastructures et aux services, mais aussi à l'interaction humaine entre les soignants et les personnes soignées. En conséquence, elle fait expressément référence à la nécessité de l'inclusivité et de l'absence de ségrégation dans les structures de garde d'enfants, ainsi qu'à la nécessité de préserver la dignité dans les SLD. L'abordabilité est également présentée comme un élément crucial de l'avènement d'une société plus juste et la réduction de la pauvreté.

La stratégie reconnaît également la nécessité d'améliorer les conditions de travail dans le secteur des soins. Les travailleurs dans le secteur des soins sont essentiels à la durabilité de nos vies⁸⁶, mais leur travail est constamment sous-payé et sous-évalué. Il est impératif d'améliorer leur accès aux droits sociaux et aux droits liés à l'emploi, comme l'accès à une meilleure rémunération et à des possibilités d'évolution de carrière. Cependant, toutes les personnes qui prodiguent des soins ne sont pas des travailleurs du secteur formel des soins. Les aidants informels constituent actuellement le plus grand groupe d'aidants en Europe ; beaucoup d'entre eux tentent de combiner leurs responsabilités professionnelles et soignantes, au détriment de leur propre santé physique et mentale. C'est pourquoi l'accent mis sur le bien-être des travailleurs est considéré comme un élément clé de la stratégie européenne en matière de soins, qui se réfère expressément à la directive WLB.

En outre, la stratégie reconnaît que ces objectifs ne peuvent être atteints sans investir dans les services de soins publics. Seuls des services de soins publics adéquatement financés peuvent garantir que les bénéficiaires de soins puissent exercer leur autonomie et avoir un véritable choix quant au type de soins qu'ils souhaitent et méritent. Seuls des services publics de soins adéquatement financés peuvent garantir que les aidants informels disposent d'un véritable choix concernant les soins qu'ils sont capables et désireux de fournir.

Enfin, la stratégie reconnaît l'importance de disposer de données fiables pour suivre les progrès et élaborer des politiques. Jusqu'à présent, les données dans ce domaine ne sont pas recueillies de manière régulière, ce qui entrave le progrès. Par exemple, nous savons que l'offre de soins dans les zones rurales et isolées est insuffisante, mais nous avons besoin de plus d'éléments pour élaborer une réponse à ce problème. La communication insiste sur la nécessité de conserver des données fiables et comparables pour accroître et suivre les progrès dans ce domaine⁸⁷.

La stratégie a conduit à l'adoption de deux recommandations qui précisent ses principes : l'une sur l'accès à des SLD abordables et de qualité⁸⁸ et l'autre sur la révision des objectifs de Barcelone en matière d'éducation et d'accueil de la petite enfance⁸⁹. Par conséquent, la stratégie semble constituer une étape concrète vers l'établissement d'un contrat de genre pour le *care*, fondé sur une vision holistique et du cycle de vie des soins qui, pour la première fois, place les soins aux enfants et les SLD sur un pied d'égalité. La stratégie semble également contenir les trois caractéristiques clés d'un tel contrat. Premièrement, elle continue de mettre en évidence les inégalités persistantes, notamment les inégalités de genre, et cherche à promouvoir l'implication des hommes dans ce domaine. Deuxièmement, son message clé porte sur la valeur réelle des soins : les soins sont essentiels pour la durabilité de la société et pour accroître la résilience aux chocs externes importants. Troisièmement, elle aborde une multitude de situations et utilise une variété d'instruments, de la directive WLB juridiquement contraignante aux deux recommandations du Conseil. En d'autres termes, elle vise à reconstruire l'Europe depuis la pandémie en n'oubliant personne.

Cependant, un examen plus approfondi montre qu'il reste encore un long chemin à faire pour réellement établir un contrat de genre pour le *care*. La stratégie comporte des lacunes qui doivent être comblées si l'on souhaite éviter les discours creux.

Tout d'abord, la stratégie n'est pas une mesure juridiquement contraignante. Bien qu'une combinaison d'instruments politiques et juridiques soit nécessaire pour aborder ce domaine complexe, il ne fait aucun doute que des droits plus exécutoires sur le plan judiciaire auraient offert une meilleure protection aux aidants et, en fin de compte, envoyé un message plus fort en ce qui concerne la valeur des soins. L'absence de mesures juridiquement exécutoires s'explique par le fait que l'UE n'a pas de compétences expresses dans ce domaine. Au lieu de cela, elle compte sur les États membres pour faire le « gros du travail » et s'assurer que les services qu'ils offrent sont adéquats, disponibles et abordables, avec seulement un soutien technique, sans doute limité, de l'UE. À cette fin, un financement spécifique et adéquat⁹⁰ devrait être alloué au secteur des soins pour permettre aux États membres d'encourager la création d'emplois de qualité et de veiller à ce que les emplois dans le domaine des soins sociaux soient attrayants, correctement rémunérés et

valorisés, et qu'ils offrent de bonnes perspectives de carrière⁹¹.

De plus, l'exigence de collecte et de suivi de données doit être imposée, pas simplement conseillée et encouragée. Par exemple, la directive WLB doit faire l'objet d'un suivi régulier afin d'évaluer son impact sur les individus ; de même, des données sur la participation des enfants à l'éducation et aux soins de la petite enfance sont nécessaires pour comprendre leur utilisation. De même, la collecte de données doit être envisagée en tenant compte des contextes locaux et mondiaux, ainsi que des rapports de force. En fin de compte, les données sont essentielles pour garantir la collecte d'informations complètes en vue de la conception et de la mise en œuvre de politiques et de réformes.

En outre, bien que la stratégie reconnaisse que 80% des soins sont pris en charge par des aidants informels, qui sont pour la plupart des femmes, elle ne remet pas efficacement en question cette dépendance. Par conséquent, elle ne s'attaque pas vraiment à la féminisation des soins prévalente et ancre la répartition asymétrique des soins entre les hommes et les femmes. Cette situation est exacerbée par le fait que les mesures existantes continuent d'être clairement liées au marché de l'emploi. Cela perpétue le message selon lequel les soins sont un obstacle au travail rémunéré et les droits des aidants sont des droits liés à l'emploi. Si l'UE n'a peut-être pas de compétences expresses en matière de soins, elle en a certainement lorsqu'il s'agit d'égalité entre les femmes et les hommes. Le cadre législatif et politique existant devrait être renforcé par des mesures spécifiquement conçues pour attirer davantage d'hommes dans le secteur des soins et pour assurer une meilleure répartition des soins au sein des ménages, notamment en s'attaquant aux stéréotypes sexistes concernant les soignants⁹².

Enfin, il existe un contraste frappant entre la manière dont les aidants, dont la typologie différente est au moins reconnue, et les personnes nécessitant des soins sont traités. La stratégie considère ces dernières comme un groupe aux besoins indifférenciés, plutôt que comme des individus différents ayant des besoins, un pouvoir et des droits spécifiques. Cela est particulièrement évident dans le cas des SLD. Les intérêts des bénéficiaires de SLD devraient être mieux représentés et ils devraient être impliqués de manière significative tout au long du cycle politique.

Conclusion

Les soins sont la colle qui nous maintient ensemble et, tout comme la colle, ils sont invisibles, mais ils sont cruciaux pour nous maintenir ensemble et pour notre durabilité. C'est probablement parce qu'ils sont invisibles que, pendant trop longtemps, ils n'ont pas fait l'objet de discussions politiques, et encore moins juridiques. Toutefois, depuis quelque temps, les soins figurent à l'ordre du jour des

gouvernements nationaux. L'Union européenne ne fait pas exception et, à cette fin, des mesures ont été progressivement introduites. Traditionnellement, ces mesures ont considéré les soins comme un obstacle à la productivité économique. En d'autres termes, elles les considéraient comme un problème rencontré par les individus qui ne pouvaient pas concilier leurs responsabilités familiales et professionnelles. Cela a *de facto* façonné la réponse aux besoins en matière de soins comme un sous-produit des intérêts économiques. Ce faisant, une telle réponse n'a pas tenu compte de l'essence même des soins, à savoir qu'il s'agit d'une question d'intérêt public, essentielle à notre pérennité.

La pandémie ne nous a rien appris de nouveau, mais elle a rendu les gouvernements nationaux, en Europe et dans le monde, de plus en plus conscients de l'importance des soins. Le confinement mondial nous a fait réaliser à quel point les soins sont ancrés dans tous les aspects de notre vie, et la distanciation sociale nous a fait comprendre à quel point les soins sont fondamentaux pour notre bien-être. Plus précisément, la pandémie a démontré qu'un système de soins résilient est essentiel pour construire la voie à suivre. Mais pour une reconstruction efficace après la pandémie, il ne suffit pas de reconnaître l'importance des soins : nous avons besoin d'un contrat de genre pour le *care* qui place les soins au cœur même de notre société.

Dans ce chapitre, nous avons soutenu qu'en raison de sa position supranationale, l'UE doit ouvrir la voie dans l'élaboration d'un tel contrat, où chacun peut participer, contribuer et rester inclus dans la société ; en d'autres termes, où personne n'est laissé de côté. Et en effet, l'UE dispose, dans le cadre de ses valeurs fondamentales, des outils juridiques nécessaires pour commencer à développer un tel contrat de soins. La stratégie européenne en matière de soins peut sans doute être considérée comme le premier pas concret dans cette direction. Il s'agit d'un jalon qui peut faire une réelle différence dans la manière dont l'UE s'engage dans le domaine des soins. Cependant, ce n'est qu'un début et il est impératif de ne pas perdre l'élan. Il reste encore des lacunes et, dans ce chapitre, nous avons exploré quelques solutions possibles à ces lacunes. Bien que les principes qui sous-tendent la stratégie soient louables, ils doivent être accompagnés d'actions concrètes⁹³ afin de garantir qu'un contrat de genre pour le *care* devienne une réalité. Faute de quoi, on se contentera, dans le meilleur des cas, de réitérer une rhétorique vide de sens. Au pire, cela exacerbera l'inégalité existante entre les femmes et les hommes, dissoudra le ciment qui nous unit et, en fin de compte, les générations futures en pâtiront.

1. Nuno Ferreira, « The human face of the European Union. Are EU law and policy humane enough? An introduction », dans Nuno Ferreira et Dora Kostakopoulou (dir.), *The human face of the European Union: Are EU law and policy humane enough?*, Cambridge University Press, 2016.
2. Virginia Held, *The ethics of care: Personal, political, and global*, Oxford University Press, 2006.
3. Joan Tronto, *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*, Routledge, 1993.

4. Jonathan Herring, *Caring and the law*, Hart Publishing, 2013, p. 1.
5. Emma Dowling, *The care crisis*, Verso, 2022.
6. Commission européenne et Comité de la protection sociale, « **Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society** », vol. 1, Publications Office of the European Union, 2021, p. 18.
7. Citation originale : « [i]n the pattern of long-standing tradition, caretaking continues to be delegated to women – assigned as the *responsibility* of the person occupying the gendered role of wife, mother, or grandmother or daughter or daughter in law, or sister », dans Martha Alberston Fineman, *The autonomy myth: A theory of dependency*, The New York Press, 2004, p. 37.
8. Citation originale : « [w]omen's place in man's life-cycle has been that of nurturer, caretaker, and helpmate, the weaver of those networks of relationships on which she in turn relies », dans Carol Gilligan, *In a different voice: Psychological theory and women's development*, Harvard University Press, 1982, p. 17.
9. Carol Gilligan, dans « In a different voice: An interdisciplinary forum », *Journal of Women in Culture and Society*, vol. 11, n°2, 1986, p. 324.
10. « **Opinion on the care gap in the EU: A holistic and gender-transformative approach** », Comité consultatif sur l'égalité des chances pour les femmes et les hommes, 2021.
11. Citation originale : « to maintain, continue and repair our "world" so that we can live in it as well as possible », dans Berenice Fisher et Joan C. Tronto, « Toward a feminist theory of caring », dans Emily K. Abel et Margaret K. Nelson, *Circles of care: Work and identity in women's lives*, State University of New York Press, 1990, pp. 43-62.
12. Robin West, *Caring for justice*, New York University Press, 1997 ; Grace Clement, *Care, autonomy, and justice: Feminism and the ethic of care*, Westview Press, 1996.
13. Virginia Held, *op. cit.*, p. 15 ; Robin West, *op. cit.*
14. Jonathan Herring, *Law and the relational self*, Cambridge University Press, 2020.
15. Carol Gilligan, *In a different voice: Psychological theory and women's development*, Harvard University Press, 1982.
16. Lawrence Kohlberg, *Essays in moral development, Volume one: The philosophy of moral development*, Harper and Row, 1981 ; Lawrence Kohlberg, *Essays in moral development, Volume two: The psychology of moral development*, Harper and Row, 1984.
17. Carol Gilligan, *op. cit.*, p. 18.
18. Owen Flanagan et Kathryn Jackson, « Justice, care, and gender: The Kohlberg Gilligan debate revisited », *Ethics*, vol. 97, n°3, 1987, p. 625.
19. Citation originale : « at its core a central mandate to care for the relationships that sustain life », dans Robin West, *Caring for justice*, New York University Press, 1997, p. 8.
20. L'argument est que « les femmes valorisent les soins parce que les hommes nous ont valorisées en fonction des soins que nous leur donnons » (citation originale : « women value care because men have valued us according to the care that we give them »), dans Catharine A. MacKinnon, *Feminism unmodified: Discourses on life and law*, Harvard University Press, 1987, p. 39.
21. Pour une critique d'un texte législatif important, la loi de 2005 sur la capacité mentale, à l'aide de l'éthique du *care*, voir Beverley Clough, « What about us? A case for legal recognition of interdependence in informal care relationships », *Journal of Social Welfare and Family Law*, vol. 36, n°2, 2014, pp. 129-148 ; Jonathan Herring, *Caring and the law*, Hart Publishing, 2013.
22. « Has at its core a central mandate to care for the relationships that sustain life », dans Robin West, *op. cit.*, p. 8.
23. Citation originale : « justice must be caring if it is to be just, and [that] caring must be just if it is to be caring », dans Grace Clement, *op. cit.*, p. 15.
24. « There can be care without justice... [but] there can be no justice without care », dans Virginia Held, *op. cit.*, p. 72.
25. « **Communication de la Commission sur la stratégie européenne en matière de soins** », 7 septembre 2022.
26. Eurofound, « Long-term care workforce: Employment and working conditions », Publications Office of the European

- Community, 2020 ; Yvonne Prinzellner, Ali Simon, Danielle Drachmann, Mouna Ghanem, Lars Münter et Stecy Yghemonos, « Care-life balance: A new normal for men too? », *International Journal of Care and Caring*, vol. 7, n°3, 2023, pp. 563-569.
27. Voir la discussion dans Joan Tronto, *Who cares? How to reshape a democratic politics*, Cornel Selecto, 2015.
28. Abigail Gregory, Susan Milner et Jan Windebank, « Work-life balance in times of economic crisis and austerity », *International Journal of Sociology and Social Policy*, vol. 33, n°9/10, 2013, pp. 528-541.
29. Nicole Busby, « Only a matter of time », *Modern Law Review*, vol. 64, n°3, 2001, pp. 489-499.
30. Giuliano Bonoli, « The politics of the new social policies: Providing coverage against new social risks in mature welfare states », *Policy and politics*, vol. 33, n°3, 2005, p. 433 ; Gøsta Esping-Andersen, « A child-centred social investment strategy », dans Gøsta Esping Andersen, *Why we need a new welfare state*, Oxford University Press, 2002, pp. 26-67 ; Jane Jenson, « The LEGO™ paradigm and new social risks: Consequences for children », dans Jane Lewis, *Children, changing families and welfare states*, Edward Elgar Publishing, 2006, pp. 27-50 ; Peter Taylor-Gooby, « New risks and social changes », dans Peter Taylor-Gooby, *New risks, new welfare: The transformation of the European welfare state*, Oxford University Press, 2004, pp. 1-28.
31. Janet C. Gornick et Marcia K. Meyers, *Families that work: Policy for reconciling parenthood and employment*, Russell Sage Publication, 2005 ; Chiara Saraceno, « Childcare needs and childcare policies: A multidimensional issue », *Current Sociology*, vol. 59, n°1, 2011, pp. 78-96.
32. En Italie, par exemple, on estime que les trois quarts des personnes soignantes sont des migrants (souvent non déclarés), voir Mirko Di Rosa, Maria Gabriella Melchiorre, Maria Lucchetti et Giovanni Lamura, « The impact of migrant work in the elder care sector: Recent trends and empirical evidence in Italy », *European Journal of Social Care*, vol. 15, n°1, 2012, pp. 9-27. Plus généralement, voir « Health at a glance 2013: OECD indicators », Organisation de coopération et de développement économiques, 2013.
33. Par exemple, voir l'arrêt du 17 septembre 2002, Baumbast et R ([C-413/99, Rec. 2002 p. I-7091](#)) et l'arrêt du 11 juillet 2002, Carpenter ([C-60/00, Rec. 2002 p. I-6279](#)).
34. Voir, par exemple, l'affaire Levin, dans laquelle l'essence du travail a été conceptualisée comme une « véritable activité économique » (« genuine economic activity ») ; affaire 53/81 D.M. Levin contre Staatssecretaris van Justitie ; dans le même ordre d'idées, voir également l'affaire 66/85 Lawrie-Blum contre Land Baden-Wurtemberg. Voir Bartłomiej Bednarowicz, « The tale of transparent and predictable working conditions intertwined with work-life balance: Assessing the impact of the new social policy directives on decent working conditions and social protection », *European Journal of Social Security*, vol. 22, n°4, 2020, p. 428.
35. Voir la discussion dans Taylor, « When unpaid childcare isn't "work": EU residency rights have gendered consequences », 20 juillet 2017.
36. La version anglaise originale ne précise pas non plus à quoi se réfèrent les « aspects et implications ».
37. Jane Lewis, « Childcare policies and the politics of choice », *Political Quarterly*, vol. 79, n°4, 2008, pp. 499-507.
38. Citation originale : « [c]are is the development of a relationship, not the production of a product that is separable from the person delivering it », dans Susan Himmelweit, « Rethinking care, gender inequality and policies », Nations unies, Division pour l'avancement des femmes, 25 septembre 2008.
39. Kathleen Lynch, « Affective equality: Who cares? », *Development*, vol. 52, n°3, 2009, pp. 410-415.
40. Eva Feder Kittay, *Love's labour: Essay on women, equality and dependency*, Routledge, 1999.
41. Selma Sevenhuijsen, « Caring in the third way: The relation between obligation, responsibility and care in third way discourse », *Critical Social Policy*, vol. 20, n°1, 2000, pp. 5-37.
42. Citation originale : « exist for people and for the sake of people », dans Nuno Ferreira, « The human face of the European Union. Are EU law and policy humane enough? An introduction », dans Nuno Ferreira et Dora Kostakopoulou, *The human face of the European Union: Are EU law and policy humane enough?*, Cambridge University Press, 2016.
43. Emphase ajoutée par l'autrice.
44. Article 3(1) du TUE.
45. Voir la discussion en partie 2.

46. Voir, par exemple, la directive 76/207 du Conseil [1976] JO L39/40 (directive sur l'égalité de traitement), modifiée par la directive 2002/73 du Parlement européen et du Conseil [2002] JO L269 (directive modifiée sur l'égalité de traitement) ; la directive 2000/78 CE [2000] JO L303/16 (directive sur l'égalité de traitement en matière d'emploi) ; la directive 2000/43 CE du Conseil [2000] JO L180/22 (directive sur l'égalité raciale). Sécurité sociale professionnelle : Directive 86/378 modifiée par les directives du Conseil 96/97 CE [1997] JO L 272/36 ; 92/85 CEE [1992] JO L348/1 (directive sur les travailleuses enceintes).
47. Rachel Horton, « Caring for adults in the EU: Work-life balance and challenge for EU law », *Journal of Social Welfare and Family Law*, vol. 37, n°3, 2015, pp. 356-367.
48. L'article 1 de la Charte des droits fondamentaux (CDF) stipule simplement que « la dignité humaine est inviolable. Elle doit être respectée et protégée ». En outre, le concept de dignité figure dans d'autres dispositions de la CDF : les articles 25 (droits des personnes âgées) et 31 (conditions de travail justes et équitables).
49. Dans l'affaire C-168/91 *Christos Konstantinidis contre Stadt Altensteig-Standesamt et Landratsamt Calw-Ordnungsamt*. L'avocat général Jacobs a déclaré que « les traditions constitutionnelles des États membres permettent en général de conclure à l'existence d'un principe selon lequel l'État doit respecter non seulement le bien-être physique de l'individu, mais aussi sa dignité, son intégrité morale et son sens de l'identité personnelle » (« the constitutional traditions of the Member States in general allow for the conclusion that there exists a principle according to which the State must respect not only the individual's physical well-being, but also his dignity, moral integrity and sense of personal identity ») ECLI :EU:C:1992:504, point 39 ; voir également l'affaire C-13/94 *P. C. S and Cornwall County Council*, dans laquelle il a été jugé que « tolérer une telle discrimination reviendrait à ne pas respecter, à l'égard d'une telle personne, la dignité et la liberté auxquelles elle a droit et que la Cour a le devoir de sauvegarder » (« to tolerate such discrimination would be tantamount, as regards such a person, to a failure to respect the dignity and freedom to which he or she is entitled, and which the Court has a duty to safeguard ») ECLI:EU:C:1996:170, point 22. Plus récemment, dans l'affaire C-36/02 *Omega Spielhallen- und Automatenaufstellungs GmbH contre Oberbürgermeisterin der Bundesstadt Bonn*, il a été jugé que « le respect de la dignité humaine [est] un principe général de droit » (« respect for human dignity [is] a general principle of law ») ECLI:EU:C:2004:614.
50. Affaire C-303/06 *Coleman contre Attridge Law et Steve Law*.
51. Citation originale : « at its bare minimum, human dignity entails the recognition of the equal worth of every individual » ; Conclusions de l'avocat général Maduro dans l'affaire C-303/06 *Coleman contre Attridge Law*, ECLI:EU:C:2008:61, paragraphe 9. Voir également les paragraphes 8-10, 12-13, 15 et 22.
52. Citation originale : « [o]ne's life is valuable by the virtue of the mere fact that one is human, and no life is more or less valuable than another » ; Avocat général de Maduro dans l'affaire C-303/06 *Coleman contre Attridge Law* ECLI:EU:C:2008:61, paragraphe 9.
53. Article 2, TUE.
54. Martha Alberston Fineman, *The autonomy myth: A theory of dependency*, The New York Press, 2004.
55. Citation originale : « providing care for people over the life cycle is a social responsibility, an obligation that reflects our ties to one another as a human community », dans Johanna Brenner, « Democratizing care », dans Janet Gornick et Marcia Meyers, *Gender equality, transforming family divisions of labor*, Verso, 2009, p. 189.
56. Commission des droits des femmes et de l'égalité des genres, « Differences in men and women's work, care and leisure time », Parlement européen 556.933, 2016, p. 16.
57. « **Burnout in the workplace: A review of data and policy response in the EU** », Eurofound, 2018.
58. Pour une vue d'ensemble, voir Eugenia Caracciolo di Torella et Annick Masselot, « Caring responsibilities in European law and policy: Who cares? », Routledge, 2020.
59. Directive 76/207 du Conseil [1976] JO L39/40, pour n'en citer qu'une.
60. Directive du Conseil 97/81/CE [1988] JO L 014.
61. Voir, par exemple, Roberta Guerrina, « Socio-economic challenges to work-life balance at times of crisis », *Journal of Social Welfare and Family Law*, vol. 37, n°3, 2015, pp. 368-377.

62. Proclamation interinstitutionnelle relative au pilier européen des droits sociaux, JO [2017] C428/10 ; voir également Mark Bell, « The principle of equal treatment and the European Pillar of Social Rights », *Giornale di Diritto del Lavoro e di Relazioni Industriali*, vol. 160, 3 septembre 2018, pp. 783-810.
63. Citation originale : « a compass for a renewed process of upward convergence towards better working and living conditions in the European Union », dans Commission européenne, « Monitoring the implementation of the European Pillar of Social Rights », Communication de la commission du Parlement européen, le conseil et la commission économique et sociale européenne, 2018.
64. Principe 9 (équilibre entre vie professionnelle et vie privée) : « Les parents et les personnes ayant des responsabilités familiales ont droit à des congés adaptés, à des modalités de travail souples et à l'accès à des services de soins. Les femmes et les hommes ont accès, sur un pied d'égalité, à des congés spéciaux pour s'acquitter de leurs responsabilités familiales et sont encouragés à les utiliser de manière équilibrée » (version originale : « Parents and people with caring responsibilities have the right to suitable leave, flexible working arrangements and access to care services. Women and men shall have equal access to special leaves of absence in order to fulfil their caring responsibilities and be encouraged to use them in a balanced way »).
65. Principe 11 (garde d'enfants et aide aux enfants) : « (a) Les enfants ont le droit de bénéficier d'une éducation et d'une protection de la petite enfance abordables et de bonne qualité et (b) Les enfants ont le droit d'être protégés contre la pauvreté. Les enfants issus de milieux défavorisés ont droit à des mesures spécifiques pour améliorer l'égalité des chances » (version originale : « (a) Children have the right to affordable early childhood education and care of good quality and (b) Children have the right to protection from poverty. Children from disadvantaged backgrounds have the right to specific measures to enhance equal opportunities »).
66. Principe 18 (Soins de longue durée) : « Toute personne a droit à des services de soins de longue durée abordables et de bonne qualité, en particulier des services de soins à domicile et des services de proximité ».
67. Directive 2019/1158 du Parlement européen et du Conseil du 20 juin 2019 relative à l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée des parents et des aidants et abrogeant la directive 2010/ 18/UE du Conseil, JO (2019) L 188.
68. Directive sur le congé parental 2010/18/UE mettant en œuvre l'accord cadre révisé sur le congé parental, JO (2010) L 68/13.
69. Pour en savoir plus sur la directive WLB, voir Eugenia Caracciolo di Torella, « An emerging right to care in the EU: A "new start to support work-life balance for parents and carers" », *ERA Forum*, vol. 18, 2017, p. 187.
70. Articles 5 et 8, directive 2019/1158.
71. Article 9, directive 2019/1158.
72. Articles 4 et 8, directive 2019/1158.
73. Article 6, directive 2019/1158.
74. Álvaro Oliveria, Miguel De la Corte-Rodríguez et Fabian Lütz, « The new directive on work-life balance: Towards a new paradigm of family care and equality? », *European Law Review*, vol. 45, n°3, 2020, p. 302.
75. Kalina Arabadjieva, « Reshaping the work-life balance directive with Covid 19 lessons in mind », ETUI Working Paper, janvier 2022.
76. Elisa Chieragato, « A work-life balance for all? Assessing the inclusiveness of EU Directive 2019/1158 », *International Journal of Comparative Labour Law and Industrial Relations*, vol. 36, n°1, 2020, pp. 59-80.
77. Directive (UE) 2019/1152 du Parlement européen et du Conseil du 20 juin 2019 relative à des conditions de travail transparentes et prévisibles dans l'Union européenne, JO L 186, 11 juillet 2019, pp. 105-121 ; voir Bartłomiej Bednarowicz, « The tale of transparent and predictable working conditions intertwined with work-life balance: Assessing the impact of the new social policy directives on decent working conditions and social protection », *European Journal of Social Security*, vol. 22, n°4, 2020, pp. 421-433.
78. Considérant 8 de la directive 2019/1158.
79. Eugenia Caracciolo di Torella, « Re-thinking care after the pandemic: A European care strategy for caregivers and care receivers », *ERA Forum*, vol. 24, 2023, pp. 55-67.
80. Ursula von der Leyen, présidente de la Commission européenne, présentant la stratégie européenne en matière de soins,

- voir la communication de la Commission sur la stratégie européenne en matière de soins, COM(2022)440 final, 2022.
81. « [Communication sur la stratégie européenne en matière de soins](#) », Commission européenne, 2022.
 82. Citation originale : « support men and women in finding the best balance for them ».
 83. Mary Daly, « [Long-term care as a policy issue for the European Union and United Nations organisations](#) », *International Journal of Care and Caring*, 2023.
 84. Direction générale de la justice et des consommateurs, « [Barcelona objectives—the development of childcare facilities for young children in Europe with a view to sustainable and inclusive growth. Publications Office](#) », Commission européenne, 2013.
 85. Communication de la Commission sur la stratégie européenne en matière de soins, 2022, p. 5.
 86. « [Joint recommendations for the European care strategy regarding migrant care providers and service users](#) », FEANTSA, 29 mars 2022.
 87. « [Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on the European Care Strategy](#) », Commission européenne, 2022.
 88. Recommandation du Conseil sur l'accès à des soins de longue durée abordables et de qualité, JO, C 476/01, 2022.
 89. Recommandation du Conseil sur l'éducation et l'accueil des jeunes enfants : les objectifs de Barcelone pour 2030 JO, C484/01, 2022.
 90. Voir, par exemple, [le programme de l'UE pour l'emploi et l'innovation sociale](#).
 91. UniCare, « [European care strategy: Right diagnosis, wrong treatment](#) », 7 septembre 2022.
 92. Yvonne Prinzellner, Ali Simon, Danielle Drachmann, Mouna Ghanem, Lars Münter et Stecy Yghemonos, « Care-life balance: A new normal for men too? », *International Journal of Care and Caring*, vol. 7, n°3, 2023, pp. 563–569 ; Comité consultative de l'égalité des chances entre les femmes et les hommes, « [Towards a stereotype-free European Union: Opinion on combatting gender stereotypes](#) », 2021.
 93. UniCare, *op. cit.*