



Déclassifié¹

AS/Soc (2025) PV04add

24 juin 2025

Fsocpv04add_2025

Commission des questions sociales, de la santé et du développement durable

Procès-verbal

de l'audition sur le projet de protocole additionnel à la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine relatif à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes à l'égard du placement et du traitement involontaires au sein des services de soins de santé mentale, tenue à Helsinki le vendredi 16 mai 2025

Mme Saskia Kluit, présidente de la commission, ouvre l'audition organisée dans le cadre de la préparation de l'avis de la commission sur le projet de protocole additionnel (Mme Carmen Leyte, rapporteure pour avis) et souhaite la bienvenue aux experts : M. John Patrick Clarke, vice-président du Forum européen des personnes handicapées, et Professeure Martina Rojnić Kuzman, Association européenne de psychiatrie (en ligne).

M. John Patrick Clarke, vice-président du Forum européen des personnes handicapées

M. Clarke commence par exprimer sa gratitude pour cette invitation et souligne l'importance d'inclure les voix des personnes directement concernées par le projet de protocole additionnel. Il représente les personnes handicapées et celles souffrant de troubles mentaux, y compris les survivants de la psychiatrie.

Il décrit le Forum européen des personnes handicapées (FEPH) comme une organisation faîtière paneuropéenne regroupant 115 organisations membres aux niveaux national, régional et local, représentant collectivement plus de 100 millions de personnes handicapées à travers l'Europe. Sa mission est de protéger et de promouvoir les droits des personnes handicapées par le biais de la défense des droits et du renforcement des capacités aux niveaux européen, communautaire et international.

M. Clarke expose ensuite l'opposition de longue date du FEPH au projet de protocole additionnel. Il évoque la campagne collaborative #WithdrawOviedo, qui a réuni pendant plus de dix ans diverses parties prenantes, notamment des personnes handicapées et souffrant de troubles mentaux, des défenseurs de la santé mentale, des prestataires de soins et des institutions de défense des droits humains. Leurs principales préoccupations sont restées les mêmes tout au long de cette période.

Il énumère les principales préoccupations relatives au projet de protocole additionnel :

- Violations des droits humains : le protocole approuve le traitement et le placement involontaires dans des établissements psychiatriques, ce qui viole la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH). Ainsi, le protocole légitime des pratiques dont il est prouvé qu'elles sont préjudiciables aux personnes : effets psychologiques et traumatiques profonds, ralentissement du rétablissement et effets négatifs sur la santé mentale et physique — sans démontrer de bénéfices cliniques pour les patients.
- Renforcement de l'institutionnalisation : le protocole risque de consolider des systèmes de soins institutionnels obsolètes et d'inciter à investir davantage dans ces systèmes à un moment où les pays s'orientent vers la désinstitutionnalisation.
- Renforcement de la coercition dans les soins de santé mentale : des données provenant de plusieurs pays (Angleterre, France, Croatie, Pays-Bas) montrent que des réformes juridiques similaires à celles

¹ Le procès-verbal a été approuvé et déclassifié par la commission des questions sociales, de la santé et du développement durable lors de sa réunion du 24 juin 2025.

prévues dans le protocole ont entraîné une augmentation des placements involontaires, baissant les normes de soins.

- Incompatibilité juridique : la ratification du protocole créerait des conflits juridiques avec les obligations des États au titre de la CDPH (tous les États membres du Conseil de l'Europe ont ratifié la CDPH), permettant aux États parties de contourner efficacement la CDPH en imposant des normes moins strictes en matière de droits humains et en violant les principes du droit international, notamment la Convention de Vienne sur le droit des traités. La coercition dans les établissements de santé mentale conduit souvent à des traitements inhumains et dégradants, pour lesquels aucune dérogation n'est autorisée.

M. Clarke propose une alternative constructive : soutenir le projet de recommandation sur le respect de l'autonomie dans les soins de santé mentale. Bien que n'étant pas entièrement conforme à la CDPH, cette recommandation vise à éliminer la coercition et à promouvoir des pratiques fondées sur l'autonomie. Il mentionne des ressources positives telles que :

- Le recueil de bonnes pratiques du Conseil de l'Europe pour promouvoir l'autonomie dans les soins de santé mentale ;
- L'initiative « QualityRights » de l'OMS, qui soutient les systèmes de santé fondés sur les droits humains par le biais de formations et de réformes ;
- Les témoignages de professionnels de la santé mentale et de travailleurs sociaux qui plaident en faveur des soins plutôt que de la contrainte.

M. Clarke conclut par un appel clair à l'action. Il exhorte la commission à adopter un avis négatif sur le projet de protocole additionnel, conformément à la position historique de l'APCE contre les pratiques coercitives dans le domaine de la santé mentale, et encourage le soutien à la recommandation promouvant l'autonomie, qu'il considère comme une voie à suivre pour renforcer la protection des droits humains dans les soins de santé mentale.

Professeure Martina Rojnić Kuzman, Association européenne de psychiatrie (en ligne)

Mme Rojnić Kuzman présente d'abord l'Association européenne de psychiatrie (European Psychiatric Association - EPA), qu'elle décrit comme la principale association représentant la psychiatrie en Europe. Elle souligne que l'EPA regroupe plus de 78 000 psychiatres à travers 44 associations nationales dans 41 pays. La mission de l'association est axée sur l'amélioration des soins aux personnes atteintes de troubles mentaux et la promotion du développement professionnel en psychiatrie. La structure interne de l'EPA comprend 24 sections scientifiques et 7 comités spécialisés, tels que le Comité d'éthique et le Comité des psychiatres en début de carrière. L'association est active dans les domaines de la recherche, des publications, de la défense des politiques et de l'engagement public, et promeut les normes éthiques et la sensibilisation à la santé mentale dans toute l'Europe.

Mme Rojnić Kuzman fait référence au manifeste de l'EPA pour les élections européennes, publié en décembre 2023, qui définit les priorités stratégiques pour le développement de la santé mentale de 2024 à 2029, notamment l'harmonisation de la prestation des soins de santé mentale, le soutien au personnel, la normalisation éthique, l'innovation dans les approches de la santé mentale et le renforcement des mesures de santé publique.

Elle présente le code de déontologie actualisé de l'EPA (2024-2025), qui souligne que les mesures involontaires (obligatoires) doivent être utilisées strictement en dernier recours pour fournir des soins adéquats et garantir la sécurité des patients et/ou d'autres personnes, et uniquement lorsqu'il n'existe aucune alternative. Ces interventions doivent respecter la législation nationale et l'état des patients doit être réévalué régulièrement. Même lorsque les patients n'ont pas la capacité de prendre des décisions, les psychiatres sont encouragés à maintenir la communication, à faire preuve de respect et à soutenir leur réintégration dans la prise de décision partagée dès que possible.

Mme Rojnić Kuzman souligne l'alignement de l'EPA sur la position des Nations Unies concernant les droits des personnes handicapées et la santé mentale en tant que priorité mondiale. L'EPA est engagée en faveur de la prise de décision partagée, mais rejette la description erronée de la prédominance de l'approche biomédicale qui pourrait justifier la coercition ou conduire à la négligence. L'EPA plaide en faveur du développement d'alternatives à l'institutionnalisation, mettant en garde contre la fermeture brutale d'établissements sans structures de soutien adéquates. Le traitement coercitif représente une exception de dernier recours au modèle de prise de décision partagée et doit toujours faire l'objet d'un examen rigoureux et d'une remise en question. Son élimination sans alternatives non coercitives, orientées vers le rétablissement et dotées de ressources suffisantes, causerait un préjudice aux utilisateurs des services et à d'autres personnes.

S'appuyant sur l'étude « EUNOMIA » (2011) et d'autres données européennes de 2020 et 2022, elle examine les conditions juridiques et cliniques préalables au traitement involontaire, les rôles des professionnels de la santé et du pouvoir judiciaire, ainsi que les variations dans les pratiques entre les pays. L'EPA souligne la nécessité de pratiques fondées sur le modèle prédominant en Europe, à savoir la prise de décision clinique partagée, la

nécessité médicale plutôt que les aspects de protection sociale, les considérations éthiques et le respect de la diversité culturelle et individuelle.

Plusieurs scénarios cliniques nécessitant un traitement médical sont présentés pour illustrer les circonstances dans lesquelles un traitement involontaire peut être nécessaire, comme le cas d'un patient atteint de démence souffrant de délire nocturne qui est devenu physiquement agressif envers les membres de sa famille en raison de sa désorientation et a refusé toute forme de traitement, ou encore les cas de manie ou de psychose sévères ou d'agressivité liée à la consommation de substances. Ces exemples étayaient son argument en faveur du maintien d'une position prudente mais pragmatique à l'égard des mesures coercitives.

Mme Rojnić Kuzman met en avant des mesures visant à réduire le placement et le traitement involontaires et donne des exemples de modèles efficaces de soins de santé mentale communautaires dans des pays tels que les Pays-Bas et la Finlande. Ces systèmes mettent l'accent sur les droits humains, le rétablissement et l'intégration dans la société. Elle fait référence à des stratégies fondées sur des données probantes, telles que la formation du personnel et la participation des pairs, qui ont permis de réduire le recours à la contrainte jusqu'à 60 %.

En conclusion, **Mme Rojnić Kuzman** exprime le soutien total de l'EPA au projet de protocole additionnel, qu'elle considère comme un instrument essentiel pour établir une norme uniforme en Europe, fournir des orientations sur la manière d'améliorer les pratiques actuelles, notamment en soulignant l'importance de recourir à la contrainte en dernier recours, de garantir l'accès à un avocat et de promouvoir le développement de solutions alternatives aux soins coercitifs. L'EPA soutient les dispositions qui préconisent la formation continue du personnel, la prise en compte de l'incapacité de la personne à décider de la mesure et de la nécessité d'un traitement médical, en plus du risque pour autrui, ainsi que des mesures visant à lutter contre le recours au traitement involontaire en dehors des établissements de santé mentale.

Mme Kluit remercie les experts et ouvre la discussion.

Discussion

M. O'Reilly remercie les intervenants et salue leur contribution. Il commence par évoquer plusieurs cas tragiques survenus en Irlande, impliquant des personnes atteintes de psychose grave qui ont commis des actes de violence, notamment des parricides et des filicides. Il décrit également l'histoire d'une femme alcoolique issue d'un milieu favorable de la classe moyenne qui a développé un trouble psychologique grave. Malgré les efforts de sa famille, elle a choisi de vivre dans la rue et est finalement morte d'hypothermie.

Il demande à M. Clarke comment il concilierait ces cas réels et tragiques avec sa position idéaliste contre l'institutionnalisation. Il reconnaît que, historiquement, en Irlande comme dans d'autres pays, l'institutionnalisation a été utilisée à mauvais escient pour marginaliser les membres indésirables de la famille.

Enfin, il interroge Mme Rojnić Kuzman sur l'état actuel de la électroconvulsivothérapie (ECT). Il rappelle que l'ECT a été administrée de manière involontaire pendant sa jeunesse et note que des recherches médicales et psychiatriques plus récentes semblaient suggérer des résultats négatifs associés à cette thérapie. Il lui demande si elle pense que l'institutionnalisation et le traitement forcés sont parfois nécessaires en dernier recours.

M. Libicki soulève la question de l'incapacité juridique, soulignant que de nombreux pays, en particulier ceux de l'ancien bloc communiste, sont confrontés à des réglementations obsolètes dans ce domaine. Il demande comment ces pays peuvent s'affranchir des anciens cadres juridiques et adopter des systèmes plus modernes. Il explique qu'en Pologne, le débat sur l'institutionnalisation est en cours depuis des années, mais qu'aucun progrès juridique réel n'a été accompli. Il demande à M. Clarke quels conseils il peut donner pour aider ces pays à relever ce défi.

M. Fridez explique qu'il est médecin généraliste ayant suivi une formation d'un an en psychiatrie et qu'il a exercé en tant que médecin dans un établissement pour patients atteints de handicaps mentaux et physiques, dont de nombreux cas d'autisme. Il estime qu'il représente en quelque sorte une solution intermédiaire entre les points de vue présentés par les deux intervenants précédents.

M. Clarke et Mme Rojnić Kuzman ont tous deux exprimé des points de vue très raisonnables. Il est nécessaire de trouver un compromis entre les deux points de vue. M. Fridez indique que, dans son pays, il a personnellement appliqué des mesures de privation de liberté à des fins d'assistance, en particulier dans les cas où les patients, comme l'a décrit Mme Rojnić Kuzman, devaient être temporairement privés de certaines libertés afin de recevoir un traitement. Dans le même temps, dans l'établissement où il travaillait, l'approche générale consistait à tout mettre en œuvre pour respecter les choix des patients ou, lorsque cela n'était pas possible, ceux de leur famille. L'objectif était toujours de fournir des soins personnalisés adaptés aux besoins individuels, plutôt que des solutions standardisées.

Il déclare que dans les situations difficiles, en particulier lorsque des vies sont en jeu, il est essentiel que les thérapeutes restent respectueux. Il souligne également l'importance du contrôle judiciaire, expliquant qu'en Suisse, chaque fois qu'une personne est privée de liberté, un juge doit intervenir dans les heures ou les jours qui suivent afin de s'assurer que la loi a été respectée.

M. Amraoui, en tant que médecin ayant également exercé des responsabilités administratives, explique la difficulté de trouver un équilibre entre le droit à la liberté et la nécessité d'un traitement dans les cas psychiatriques graves. Le consentement libre et éclairé est un principe fondamental de la bioéthique. Pour lui, l'aspect le plus important est que les soins soient dispensés dans un environnement respectueux, sans atteinte à l'intégrité physique ou morale, et avec un soutien solide de la communauté, et pas seulement de la famille.

Il décrit la situation au Maroc, où un rapport critique du Conseil national des droits humains sur la santé mentale a conduit à un projet de loi plaçant les juges au centre du processus d'hospitalisation. Cependant, ce projet de loi est bloqué au Parlement depuis près de huit ans. Il fait remarquer que l'intervention judiciaire rend la pratique psychiatrique extrêmement difficile.

Il s'interroge sur la manière dont le rôle de la justice est assumé dans les pays européens où seuls les médecins sont responsables. Il souligne qu'aucun psychiatre n'hospitalise un patient à la légère et insiste sur l'importance de la qualité des soins et de l'absence de contrainte physique.

Mme Bilozir fait part de l'expérience de l'Ukraine pendant la guerre en cours. La guerre a non seulement détruit les infrastructures, mais a également profondément affecté la santé mentale de la population. Plus de 80 % des Ukrainiens déclarent souffrir d'anxiété, de stress, de crises de panique et d'épuisement émotionnel. Elle souligne la nécessité d'une réponse nationale systématique.

L'Ukraine a lancé un programme national de santé mentale intitulé « Comment allez-vous ? », dirigé par la Première dame Olena Zelenska. Ce programme vise à aider les personnes à reconnaître leur état mental, à le gérer et à demander de l'aide sans stigmatisation. Tous les ministères ukrainiens sont impliqués. Le ministère de la Santé a formé des médecins généralistes pour apporter un premier soutien psychologique. Le ministère des Affaires sociales a créé des centres de résilience dans chaque communauté pour soutenir les anciens combattants, les victimes et les familles des soldats tombés au combat. Le ministère de l'Éducation et des Sciences a intégré les compétences émotionnelles dans les programmes scolaires et a formé les enseignants. Le ministère de l'Intérieur et des Services d'urgence a formé des psychologues de crise pour venir en aide aux victimes d'attaques. Le ministère de l'Économie a encouragé le bien-être mental sur le lieu de travail en formant le personnel des grandes entreprises.

Elle conclut en soulignant que la santé mentale est désormais considérée comme faisant partie de la résilience nationale de l'Ukraine et même comme une stratégie de défense, car la force mentale est vitale pour la survie et le rétablissement du pays.

M. Clarke répond à M. O'Reilly en reconnaissant les cas très médiatisés mentionnés, mais souligne que bon nombre de ces personnes n'ont pas été prises en charge par le système de santé mentale auparavant. Il rappelle le dicton « les cas difficiles font de mauvaises lois », soulignant que les cas exceptionnels ne doivent pas dicter la politique générale. Il explique que l'Irlande s'est considérablement éloignée de l'institutionnalisation ces dernières années, ce qui s'est avéré efficace. Il souligne que le pays ferme des institutions et se concentre davantage sur les soins communautaires, un modèle qui devrait être encouragé dans toute l'Europe.

Il déclare que les soins communautaires devraient être la norme et l'objectif ultime des services de santé mentale. Tant en Europe qu'à l'échelle internationale, on assiste à une évolution vers une approche davantage fondée sur les droits humains, qui, selon lui, devrait rester au centre des préoccupations. Il souligne qu'il ne devrait y avoir aucun compromis en matière de droits humains dans les soins de santé mentale.

Il salue le projet de recommandation présenté au panel, qui a été élaboré en collaboration avec des organisations telles que le Forum européen des personnes handicapées, Mental Health Europe, des utilisateurs, d'anciens utilisateurs et des survivants de la psychiatrie. Ce document a été largement approuvé, y compris par les membres du comité CDBIO.

Il exprime l'espoir que les efforts visant à promouvoir l'autonomie et le respect dans les soins de santé mentale se poursuivront. Il oppose cette vision à des incidents récents, tels que le cas d'une femme décédée d'hypothermie et celui d'un homme politique retrouvé en état d'ébriété dans un lieu public. Il fait valoir que de telles situations auraient pu et auraient dû être traitées dans le cadre de soins communautaires.

Mme Kluit rappelle les deux thèmes restants : l'ECT et le rôle du juge par rapport à celui du médecin.

Mme Rojnić Kuzman explique que l'ECT, malgré sa stigmatisation historique, est toujours pratiquée dans de nombreux pays. Cependant, elle est désormais réalisée selon des protocoles médicaux beaucoup plus stricts et plus sûrs. Elle n'est utilisée que pour des troubles psychiatriques très spécifiques et graves, par exemple lorsque les autres traitements ont échoué ou dans des cas de syndromes potentiellement mortels tels que le syndrome malin des neuroleptiques. L'ECT ne peut plus être administrée de manière involontaire : elle nécessite le consentement éclairé du patient ou, dans les cas où celui-ci ne peut donner son consentement, l'autorisation d'un représentant légal. La procédure a évolué pour devenir plus sûre, avec des effets secondaires considérablement réduits, et reste l'une des options thérapeutiques les plus efficaces dans ces cas exceptionnels.

Sur le deuxième sujet, elle évoque l'équilibre entre l'autorité médicale et l'autorité judiciaire dans le cadre des traitements involontaires. Elle fait référence à une enquête réalisée en 2020 dans 40 pays européens, qui montre qu'environ la moitié d'entre eux fonctionnent selon un modèle médical (où seuls les psychiatres peuvent initier un traitement involontaire) et l'autre moitié selon un modèle juridique (où un contrôle judiciaire est nécessaire). En prenant l'exemple de la Croatie, elle décrit comment un psychiatre peut initier une détention d'urgence de 48 heures si un patient représente un danger pour lui-même ou pour autrui. Pendant cette période, une audience doit être organisée. L'audience réunit le psychiatre du patient, un juge, un avocat représentant les droits du patient et un expert médical indépendant désigné par le tribunal. Si le juge approuve le traitement, le patient peut être traité contre son gré pendant une période maximale de 30 jours. Une deuxième audience peut prolonger cette période jusqu'à 90 jours si nécessaire, mais d'après son expérience, la plupart des cas ne dépassent pas les 30 jours initiaux.

Elle souligne l'importance d'impliquer à la fois des professionnels de la santé et des professionnels du droit dans ces décisions afin de garantir la protection des droits des patients tout en leur fournissant les soins nécessaires. Le traitement involontaire est devenu moins courant grâce au développement de services de santé mentale communautaires dans toute l'Europe. Elle met toutefois en garde contre sa suppression totale, arguant que le droit à la santé, y compris le droit de recevoir des soins en cas de maladie grave et d'incapacité à la reconnaître, est également un droit humain fondamental.

Mme Leyte souligne que l'objectif premier est toujours la protection des personnes, en particulier les plus vulnérables, y compris celles souffrant de troubles mentaux. Elle reconnaît la diversité des opinions exprimées au sujet du projet de protocole additionnel et remercie les contributeurs, affirmant que leurs contributions aideraient à améliorer le rapport. Elle relève que plusieurs courriers critiques à l'égard du protocole additionnel au protocole d'Oviedo ont été reçus. Tout en respectant tous les points de vue, elle souligne qu'il est de la responsabilité de la commission de les évaluer soigneusement et de produire un rapport qui permettrait d'éviter les mauvaises pratiques.

Elle réaffirme sa conviction que les personnes atteintes de maladie mentale ne doivent pas perdre leurs droits ni leur autonomie personnelle. Le protocole établit un cadre juridique pour l'hospitalisation et le traitement involontaires, strictement limités aux situations critiques dans lesquelles la personne ou son entourage sont en danger. Condamnant les pratiques arbitraires, elle souligne que le protocole exige des garanties telles que des examens réguliers, une représentation juridique et le droit de recours.

Elle note que, bien que la CDPH mette l'accent sur l'autonomie, le protocole reconnaît que certaines personnes peuvent, en raison de leur état, être incapables de prendre des décisions éclairées. Dans de tels cas, l'intervention est autorisée, mais toujours accompagnée de mesures de protection. Le protocole vise également à harmoniser les législations au sein du Conseil de l'Europe, contribuant ainsi à garantir des normes minimales et à prévenir les disparités juridiques entre les pays.

Enfin, elle souligne que des personnes atteintes de troubles mentaux graves peuvent refuser un traitement précisément en raison de leur état et que, dans des situations extrêmes, le protocole autorise une intervention afin de leur garantir les soins nécessaires. Elle conclut par une comparaison : si une personne perd connaissance à la suite d'un accident, les services médicaux interviennent sans son consentement pour lui sauver la vie. De même, en psychiatrie, des soins immédiats sont parfois essentiels. Elle invite les associations opposées à proposer des alternatives et exprime l'espoir d'un rapport final équilibré et bien structuré.

Mme Kluit remercie les participants et clôt l'audition.

List of presence / *Liste de présence*

(The names of members who took part in the meeting are in bold /
Les noms des membres ayant pris part à la réunion sont en caractères gras)

Chairperson / *Président·e*:

Ms / Mme Saskia Kluit	
------------------------------	--

Vice-Chairpersons / *Vice-Président·e·s*:

Ms / Mme Danuta Jazłowiecka	
Mr / M. Armen Gevorgyan	
Lord Don Touhig	

Members / Membres	Country / Pays	Alternates / Remplaçant·e·s
Ms Jorida Tabaku	Albania / <i>Albanie</i>	Zz...
Mr Cerni Escalé	Andorra / <i>Andorre</i>	Mme Bernadeta Coma
Mr Armen Gevorgyan	Armenia / <i>Arménie</i>	Ms Hripsime Grigoryan
Mr Stefan Schennach	Austria / <i>Autriche</i>	Ms Doris Bures
Mr Andreas Minnich	Austria / <i>Autriche</i>	Ms Agnes Sirkka Prammer
Ms Anne Lambelin	Belgium / <i>Belgique</i>	Mr Andries Gryffroy
M. Benoît Lutgen	Belgium / <i>Belgique</i>	Mme Véronique Durenne
Ms Darijana Filipović	Bosnia and Herzegovina / <i>Bosnie-Herzégovine</i>	Mr Šemsudin Dedić
Ms Atidzhe Alieva-Veli	Bulgaria / <i>Bulgarie</i>	Zz...
Ms Petya Tsankova	Bulgaria / <i>Bulgarie</i>	Zz...
Ms Zdravka Bušić	Croatia / <i>Croatie</i>	Ms Rada Borić
Ms Christiana Erotokritou	Cyprus / <i>Chypre</i>	Mr Constantinos Efstathiou
Ms Ivana Mádllová	Czechia / <i>Tchéquie</i>	Mr Aleš Juchelka
Ms Michaela Šebelová	Czechia / <i>Tchéquie</i>	Mr Ondřej Šimetka
Ms Camilla Fabricius	Denmark / <i>Danemark</i>	Ms Karin Liltorp
Ms Hanah Lahe	Estonia / <i>Estonie</i>	Zz...
Ms Minna Reijonen	Finland / <i>Finlande</i>	Ms Miapetra Kumpula-Natri
Mme Sophia Chikirou	France	Ms Sabrina Sebaihi
M. Alexandre Dufosset	France	Mme Liliana Tanguy
M. Alain Milon	France	M. Alain Cadec
Mme Maud Petit	France	M. Jean Laussucq
Zz...	Georgia / <i>Géorgie</i>	Zz...
Ms Heike Engelhardt	Germany / <i>Allemagne</i>	Ms Franziska Kersten
Mr Andrej Hunko	Germany / <i>Allemagne</i>	Ms Catarina Dos Santos-Wintz
Mr Christian Petry	Germany / <i>Allemagne</i>	Ms Martina Stamm-Fibich
Mr Harald Weyel	Germany / <i>Allemagne</i>	Ms Katrin Staffler
Ms Maria Syrengela	Greece / <i>Grèce</i>	Ms Maria-Nefeli Vasileiou Chatziioannidou
Mr Georgios Stamatis	Greece / <i>Grèce</i>	Mr Alexis Tsipras
Ms Mónika Bartos	Hungary / <i>Hongrie</i>	Mme Katalin Csöbör
Ms Mónika Dunai	Hungary / <i>Hongrie</i>	Ms Zita Gurmai

Mr Ragnar Þór INGÓLFSSON	Iceland / <i>Islande</i>	Ms Kolbrún Áslaugar
Mr Joseph O'Reilly	Ireland / <i>Irlande</i>	Mr Rónán Mullen
Ms Elena Bonetti	Italy / <i>Italie</i>	Mr Roberto Rosso
Ms Aurora Floridia	Italy / <i>Italie</i>	Mr Giuseppe De Cristofaro
Mr Alessandro Giglio Vigna	Italy / <i>Italie</i>	Mr Graziano Pizzimenti
Mr Stefano Maullu	Italy / <i>Italie</i>	Mr Francesco Zaffini
M. Andris Bērziņš	Latvia / <i>Lettonie</i>	Mr Edmunds Cepurītis
Mr Peter Frick	Liechtenstein	Ms Franziska Hoop
Ms Orinta Leiputė	Lithuania / <i>Lituanie</i>	Mr Zigmantas Balčytis
Mme Stéphanie Weydert	Luxembourg	M. Paul Galles
Mr Michael Farrugia	Malta / <i>Malte</i>	Mr Joseph Beppe Fenech Adami
Mr Ion Groza	Republic of Moldova / <i>République de Moldova</i>	Ms Diana Caraman
Mme Christine Pasquier-Ciulla	Monaco	Mme Béatrice Fresko-Rolfo
Mr Miloš Konatar	Montenegro / <i>Monténégro</i>	Mr Boris Mugoša
Ms Saskia Kluit	Netherlands / <i>Pays-Bas</i>	Ms Elly Van Wijk
Ms Carla Moonen	Netherlands / <i>Pays-Bas</i>	Mr Theo Bovens
Mr Bekim Kjoku	North Macedonia / <i>Macédoine du Nord</i>	Mr Sadula Duraki
Ms Lisa Marie Ness Klungland	Norway / <i>Norvège</i>	Ms Linda Hofstad Helleland
Ms Danuta Jazłowiecka	Poland / <i>Pologne</i>	Mr Mirosław Adam Orliński
Mr Jan Filip Libicki	Poland / <i>Pologne</i>	Ms Magdalena Biejat
Mr Ryszard Petru	Poland / <i>Pologne</i>	Zz...
Ms Jamila Madeira	Portugal	Mr Nuno Fazenda
Mr Carlos Silva Santiago	Portugal	Mr Telmo Faria
Georgeta-Carmen Holban	Romania / <i>Roumanie</i>	Ms Mirela Elena Adomnicai
Ms Dumitrina Mitrea	Romania / <i>Roumanie</i>	Mr Iulian Bulai
Mr Robert-Ionatan Sighiartau	Romania / <i>Roumanie</i>	Ms Maria-Gabriela Horga
Mr Gerardo Giovagnoli	San Marino / <i>Saint-Marin</i>	Ms Alice Mina
Mr Vladimir Đorđević	Serbia / <i>Serbie</i>	Mr Predrag Marsenić
Ms Tatjana Pašić	Serbia / <i>Serbie</i>	Ms Jelena Milošević
Mme Anna Záborská	Slovak Republic / <i>République</i>	Mr Pavol Goga
Mr Dean Premik	Slovenia / <i>Slovénie</i>	Ms Iva Dimic
Ms María Fernández	Spain / <i>Espagne</i>	Mr Alfonso Rodríguez
Mr José Latorre	Spain / <i>Espagne</i>	Ms Marta González Vázquez
Ms Carmen Leyte	Spain / <i>Espagne</i>	Ms Luz Martinez Seijo
Ms Sofia Amloh	Sweden / <i>Suède</i>	Ms Annika Strandhäll
Ms Victoria Tiblom	Sweden / <i>Suède</i>	Ms Boriana Åberg
Mme Céline Amaudruz	Switzerland / <i>Suisse</i>	Mme Valérie Piller Carrard
Ms Sibel Arslan	Switzerland / <i>Suisse</i>	M. Pierre-Alain Fridez
Ms Gökçe Gökçen	Türkiye	Mr Namık Tan
Mr Berdan Öztürk	Türkiye	Ms Sevilay Celenk Özen
Mr Sevan Sivacioğlu	Türkiye	Ms Sena Nur Çelik Kanat
Mr Cemalettin Kani Torun	Türkiye	Mr Mustafa Kaya
Ms Olena Khomenko	Ukraine	Ms Larysa Bilozir
Ms Yuliia Ovchynnykova	Ukraine	Mr Andrii Lopushanskyi

Ms Lesia Zaburanna	Ukraine	Mr Rostyslav Tistyk
Ms Alicia Kearns	United Kingdom / <i>Royaume-Uni</i>	Mr Dan Aldridge
Ms Kate Osamor	United Kingdom / <i>Royaume-Uni</i>	Mr Perran Moon
Ms Elaine Stewart	United Kingdom / <i>Royaume-Uni</i>	Mr Mike Reader
Lord Don Touhig	United Kingdom / <i>Royaume-Uni</i>	Ms Michelle Welsh

Partners for Democracy / Partenaires pour la Démocratie

Mr / M. Allal Amraoui, Morocco / Maroc

Mr / M. Hassan Arif, Morocco / Maroc

Secretariat of Delegation or of Political Group / Secrétariat de Délégation ou de Groupe politique

Ms / Mme Sonja Langenhaeck, Belgium / Belgique

Ms / Mme Vera Damjanović, Montenegro / Monténégro

Mr / M. Sabih Gazi Öztürk, Türkiye

Ms / Mme Fatma Ebrar Özcan, Türkiye

Experts / Expert-es

Mr / M. John Patrick Clarke, Vice President, European Disability Forum

Ms / Mme Natalia Ollus, Director, European Institute for Crime Prevention and Control, affiliated with the United Nations (HEUNI)

Mr / M. Samuli Hiilesniemi, lawyer, Central Organization of Finnish Trade Unions (SAK)

Ms / Mme Pia Marttila, Coordinating Senior Advisor, Victim Support Finland (RIKU)

**Representative of the Turkish Cypriot Community (*) /
Représentant de la communauté chypriote turque (*)**

Mr / M. Oğuzhan Hasipoğlu

(*) In accordance with Resolution 1376 (2004) / Conformément à la Résolution 1376 (2004)

Secretariat of the Parliamentary Assembly / Secrétariat de l'Assemblée parlementaire

Ms / Mme Louise Barton, Director of Committees / Directrice des commissions

Ms / Mme Olga Kostenko, Programme Manager, Co-ordinator of Assembly activities to support Ukraine /
Responsable de programme, Coordinatrice des activités de l'Assemblée pour soutenir l'Ukraine

Committee on Social Affairs, Health and Sustainable Development /
Commission des questions sociales, de la santé et du développement durable

Ms / Mme Catherine Du-BernardHead of the Secretariat / Cheffe du Secrétariat

Ms / Mme Aiste Ramanauskaitė Secretary to the Committee / Secrétaire de la commission

Ms / Mme Jannick Devaux Secretary to the Committee / Secrétaire de la commission

Ms / Mme Claire Dubois-Hamdi Secretary to the Committee / Secrétaire de la commission

Ms / Mme Xenia BirioukovaAssistant/ Assistante

Ms / Mme Özgü TanAssistant/ Assistante