**Dossier de demande pour la conclusion de la convention avec les centres de prise en charge des violences sexuelles**

# INSTRUCTIONS

Les hôpitaux qui souhaitent conclure la convention doivent à cette fin soumettre un **dossier de demande** qui suit exactement les instructions données. Un dossier de demande qui ne répond pas exactement aux instructions peut être considéré comme irrecevable.

Afin de soumettre un dossier de demande complet, les documents suivants doivent être envoyés **au plus tard le 5 novembre 2025** par courriel à l’**INAMI** ([ovco@riziv-inami.fgov.be](mailto:ovco@riziv-inami.fgov.be)) :

* Ce dossier de demande au format PDF doit être complété et signé électroniquement suivant les instructions renseignées et adressé au fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé de l’INAMI, monsieur Mickaël Daubie. Un document contenant des instructions sur la manière de signer électroniquement un document PDF est disponible sur la page web de l’INAMI contenant l'appel à candidatures.
* Les annexes contenant les pièces justificatives à joindre au dossier de candidature conformément aux instructions pour étayer les informations mentionnées dans la demande.
  + Pour chaque partie de ce dossier de demande, les pièces justificatives à joindre au dossier sont indiquées. Il appartient au candidat de prouver sans équivoque que les données renseignées correspondent aux données demandées. Si cela ne ressort pas suffisamment des pièces justificatives demandées dans ce dossier, l'hôpital doit ajouter de sa propre initiative d'autres pièces justificatives au dossier de demande.
  + Un numéro d'ordre doit être attribué à chaque pièce justificative joint au dossier de demande. Ce numéro d'ordre est structuré comme suit : [numéro du chapitre].[numéro d'ordre des pièces justificatives pour ce chapitre]. Ce numéro d'ordre doit être mentionné en haut de chaque page des pièces justificatives ainsi que dans le titre du fichier.
* La note de vision telle que définie au point 5.

Les données seront collectées par l'INAMI et mises à la disposition de l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes.

Évaluation du dossier

Conformément au chapitre 2 de l’arrêté royal du 21 septembre 2025, le Comité de l’assurance sélectionne un seul hôpital candidat par territoire de compétence du procureur du Roi sur la base de :

1. L’expertise et l’expérience de l’équipe de coordination et de l’hôpital avec le service offert aux victimes de violences sexuelles.
2. L'expertise et l'expérience de l'hôpital en matière d’accords de collaboration multidisciplinaire interne et externe, notamment avec les services de police et les autorités judiciaires.
3. Le calendrier, la méthode et la vision proposés pour la mise en œuvre du CPVS et le fonctionnement du CPVS.
4. L'emplacement, l'accessibilité et les services présents sur le site où sera situé le CPVS, ainsi que l'infrastructure du département du CPVS.

Personne de contact INAMI

**Email**: [ovco@riziv-inami.fgov.be](mailto:ovco@riziv-inami.fgov.be)

# HÔPITAL CANDIDAT

**DONNÉES DE L'HÔPITAL CANDIDAT**

Numéro INAMI ..........................................................

Nom de l’hôpital ………………………………………………….

Adresse ………………………………………………….

Site internet ………………………………………………….

Numéro d’entreprise .....……………………………..…………………….

Numéro IBAN ………………………………………………….

Code BIC ………………………………………….

Statut de l'hôpital (privé/public) ..........................................................

**Siège du CPVS**

Parquet des Procureurs du Roi ………………………………………………….

Nom du site ………………………………………………….

Numéro du site ………………………………………………….

Adresse ………………………………………………….

**COORDONNÉES DE LA PERSONNE DE CONTACT**

Nom et prénom ………………………………………………….

Fonction ………………………………………………….

N° téléphone/GSM ………………………………………………….

E-mail …………………………………………

Les soussignés déclarent que les données reprises dans l’ensemble du dossier de demande sont exactes.

Fait à …………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Un membre du conseil d’administration, | Le directeur général, | Le médecin-chef, |
| [signature électronique] | [signature électronique] | [signature électronique] |
|  |  |  |
| Le coordinateur du CPVS, | Le médecin-responsable médical du CPVS, |
| [signature électronique] | [signature électronique] |

# Expertise et expérience de l’équipe de coordination du CPVS et de l’hôpital avec le service offert aux victimes de violences sexuelles

Si plusieurs personnes exercent les fonctions ci-dessous, veuillez choisir une seule personne.

## Coordonnées du coordinateur du CPVS

*Les tâches d'un coordinateur sont décrites dans les critères nationaux et les procédures standard. Ces critères sont définis* [*ici*](https://cpvs.belgium.be/sites/default/files/documents/Crit%C3%A8res%20nationaux%20et%20proc%C3%A9dures%20standards_1.pdf)*.*

Nom du coordinateur : ……………………………………..

Combien d'années d'expérience le coordinateur a-t-il dans une fonction de management ou de direction en milieu hospitalier ? …………………………………

Combien d'années d'expérience le coordinateur a-t-il dans le domaine de la prise en charge des victimes de violences sexuelles ? : ..........

Veuillez nous fournir les pièces justificatives suivantes pour le coordinateur :

* Le curriculum vitae (numéro d’ordre pièce justificative 2.1.1)
* Les formations, conférences, symposiums sur la prise en charge des victimes de violences sexuelles auxquels le coordinateur a participé au cours des cinq dernières années et qui sont jugés pertinents pour démontrer que le coordinateur possède l'expérience et l'expertise suffisantes pour exercer ses fonctions. Veuillez à chaque fois communiquer les informations suivantes : une brève description, les objectifs de participation et les informations pratiques (date, lieu, nom, etc.) (numéro d’ordre pièce justificative 2.1.2)

## Coordonnées du médecin-responsable médical du CPVS

*Les tâches d'un médecin-responsable médical sont décrites dans les critères nationaux et les procédures standard. Ces critères sont définis* [*ici*](https://cpvs.belgium.be/sites/default/files/documents/Crit%C3%A8res%20nationaux%20et%20proc%C3%A9dures%20standards_1.pdf)*.*

Nom du médecin-responsable médical : ……………………………………..

Numéro INAMI du médecin-responsable médical : …………………………………

Combien d'heures par semaine le médecin-responsable médical consacre-t-il actuellement à la (coordination de la) prise en charge des victimes de violences sexuelle : .......................................

Depuis combien d'années (à partir de la date d’agrément en tant que médecin spécialiste) le médecin-responsable médical s'occupe-t-il de victimes de violences sexuelles : ..........

Veuillez nous fournir les pièces justificatives suivantes pour le médecin-responsable médical :

* Le curriculum vitae (numéro d’ordre pièce justificative 2.2.1)
* Les formations, congrès ou symposiums sur les services offerts aux victimes de violences sexuelles auxquels le médecin a **participé** au cours des 5 dernières années, avec une brève description dans chaque cas, les objectifs de la participation et les détails pratiques (date, lieu, nom, ...) (numéro d’ordre pièce justificative 2.1.2).
* Les conférences, congrès ou symposiums relatifs à la prise en charge des victimes de violences sexuelles (en indiquant la date, le lieu et le nom) où le médecin-responsable médical **a donné une présentation** au cours des 5 dernières années, accompagnés de la présentation ou du texte de celle-ci (numéro d'ordre pièce justificative 2.1.3).

# L’expertise et l’expérience de l’hôpital avec la prise en charge des victimes de violences sexuelles

## Description qualitative de l’expérience et de l’expertise

Décrivez ci-dessous quelles sont l’expérience et l’expertise de l’hôpital en matière de :

* L’accueil des victimes de violences sexuelles qui se présentent à l’hôpital ;
* Les soins de santé fournis (y compris le suivi psychologique) à ces victimes par une équipe pluridisciplinaire ;
* La réalisation d’enquêtes médico-légales et la conservation des traces.

………………………………………………………………………………..

## Nombre d'années depuis que l'hôpital dispose d'un CPVS / trajet de soins pour les victimes de violences sexuelles

Depuis quand (nombre d'années) l'hôpital dispose-t-il d'un CPVS ou d'un trajet de soins pour les victimes de violences sexuelles, qui remplit les conditions suivantes :

* La coordination est assurée par une équipe pluridisciplinaire ;
* Une prise en charge pluridisciplinaire est proposée 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, et est élaborée en fonction des besoins des victimes de violences sexuelles ;
* Il offre la possibilité de mener des enquêtes médico-légales ;
* Les victimes bénéficient d'un suivi actif et de conseils et, le cas échéant, sont orientées vers d'autres services.

Choisissez le nombre d’années

Veuillez nous fournir les pièces justificatives en indiquant le numéro d’ordre 3.2.1.

Les pièces justificatives possibles sont : des documents officiels démontrant l'existence d'un CPVS ou d'un trajet de soins, PV de réunions d'équipe démontrant la pluridisciplinarité de l'équipe, manuels internes, ... Toutes ces pièces justificatives doivent être datées.

## Nombre de victimes par an qui ont été accueillies au cours des 5 dernières années (2021 - 2025)

Uniquement si l'hôpital dispose déjà d'un CPVS ou d'un trajet de soins pour les victimes de violences sexuelles et que cela peut être démontré au point 3.2 : indiquez ci-dessous, par année, le nombre de victimes que l'hôpital a accueillies au cours des 5 dernières années (2021-2025).

Une ligne doit être complétée par année. Les informations suivantes doivent être complétées par ligne :

* Le nombre total de victimes. *Pour l'année 2025, on peut donner le nombre de personnes qui, jusqu'à une date clairement communiquée, ont été accueillies à l'hôpital.*
* Si possible, en ventilant le nombre de victimes aiguës, non aiguës et post-aiguës .
* Si possible, en ventilant le nombre de victimes OA et non OA.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Type** | | | **Statut d'assurance** | |
| **Année** | **Nombre de victimes** | **Aigu** | **Post-aigu** | **Non aigu** | **OA** | **Non-OA** |
| 2021 |  |  |  |  |  |  |
| 2022 |  |  |  |  |  |  |
| 2023 |  |  |  |  |  |  |
| 2024 |  |  |  |  |  |  |
| 2025 (1/1/25 - 31/8/25) |  |  |  |  |  |  |

## Informations pour les victimes de violences sexuelles

Quelles actions l'hôpital entreprend-il pour faire savoir aux victimes de violences sexuelles qu'elles peuvent s'adresser à lui (dépliants, page web, travail de proximité, etc.) ? Décrivez les actions actuelles ainsi que celles à venir. ……………………………………………………………………..

S’il existe une page web, indiquez-en l’adresse : ………………………………………………………………………………..

# Expérience et expertise de l’hôpital dans les accords de collaboration interne et externe

## Description qualitative de l’expérience et de l’expertise

Décrivez ci-dessous, de manière qualitative et quantitative, quelles sont l’expérience et l’expertise de l’hôpital en matière de :

* Collaboration interne entre les différentes spécialités, éventuellement en mettant l'accent sur les services aux victimes de violences sexuelles (par exemple, coopération psychiatrie-gynécologie-urgences) ;
* Collaboration externe avec les services de police et les autorités judiciaires ;
* Collaboration externe avec l'offre d'assistance et de soins en dehors de l'hôpital, dans le cadre d'une orientation adéquate des victimes de violences sexuelles (par exemple, vers SOS Enfants, les bases de données nationales d'ADN, les maisons de justice).

………………………………………………………………………………..

## Accords de collaboration interne et externe existants

Listez ci-dessous les partenariats internes et externes qui existent et sont pertinents dans le contexte de la prise en charge des victimes de violences sexuelles. Pour chaque accord collaboration, indiquez qui sont les partenaires, quels sont les sujets abordés, la fréquence de la collaboration et depuis quand cette collaboration existe. Ajoutez autant de lignes que nécessaire.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom accord de collaboration interne** | **Partenaires** | **Sujets** | **Fréquence** | **Durée de la collaboration** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom accord de collaboration externe** | **Partenaires** | **Sujets** | **Fréquence** | **Durée de la collaboration** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

## Collaboration avec un centre de référence VIH

Existe-t-il déjà une collaboration avec un centre de référence VIH ? Oui/Non

Si oui,

* avec quel centre de référence VIH ? ……………………………………..
* quelle est la nature et la fréquence de cette coopération (par exemple, supervision par un médecin rattaché au centre de référence VIH, ) ............................................

Veuillez nous fournir les documents justificatifs portant le numéro d’ordre 4.2.1 qui démontrent la collaboration avec un centre de référence VIH.

# Le calendrier, la méthode et la vision pour la mise en œuvre du CPVS et le fonctionnement du CPVS.

L'hôpital, s'il est sélectionné par le Comité de l’assurance, sera-t-il en mesure d'accueillir les victimes conformément au modèle CPVS et à toutes les réglementations applicables d'ici le 1erjanvier 2026 ? Oui/Non

Si oui,

* combien de victimes prévoit-on d’accueillir en 2026 ? ………………………………..
* sur la base de quelles données cette prédiction a-t-elle été faite, et comment ces données peuvent-elles appuyer la prédiction ? ………………………………..

Chaque hôpital candidat doit fournir à l'INAMI une note de vision d'une page maximum (« one pager ») abordant les questions suivantes :

* La vision de chaque hôpital sur le service offert aux victimes de violences sexuelles ;
* Le fonctionnement de la section CPVS ;
* La manière (méthode) et le calendrier qui seront utilisés (planning) pour réaliser les missions au cours des 5 prochaines années et mettre en œuvre le modèle CPVS ;
* Une description des perspectives d'avenir du CPVS (de quelle manière l'hôpital souhaite évoluer dans les années à venir).

La note de vision reçoit le numéro d’ordre 5.1.

# L'emplacement, l'accessibilité et les services présents sur le site où sera situé le CPVS, ainsi que l'infrastructure du département du CPVS.

## Les spécialités disponibles sur le site où sera situé le centre de soins

Pour chacun des services ou fonctions hospitalières suivants, veuillez indiquer s'ils sont présents sur le site où sera installé le CPVS et s'il est possible de faire appel à leur expertise. Indiquez le nom et le numéro INAMI du médecin responsable et précisez si ce médecin a de l'expérience dans le traitement des victimes de violences sexuelles.

**Fonction soins urgents spécialisés :** Oui/Non ?

Nom du médecin responsable (urgentiste) : ……………………………………..

Numéro INAMI du médecin : ...........................................

Le médecin a-t-il de l'expérience dans la prise en charge des victimes de violences sexuelles ?Oui/Non ?

**Service de gynécologie**: Oui/Non ?

Nom du médecin responsable (gynécologue) : ……………………………………..

Numéro INAMI du médecin : ...........................................

Le médecin a-t-il de l'expérience dans la prise en charge des victimes de violences sexuelles ?Oui/Non ?

**Service d’urologie :** Oui/Non ?

Nom du médecin responsable (urologue) : ……………………………………..

Numéro INAMI du médecin : ...........................................

Le médecin a-t-il de l'expérience dans la prise en charge des victimes de violences sexuelles ?Oui/Non ?

**Service de gastro-entérologie :** Oui/Non ?

Nom du médecin responsable (gastro-entérologue): ……………………………………..

Numéro INAMI du médecin : ...........................................

Le médecin a-t-il de l'expérience dans la prise en charge des victimes de violences sexuelles ?Oui/Non ?

**Service de pédiatrie :** Oui/Non ?

Nom du médecin responsable (pédiatre) : ……………………………………..

Numéro INAMI du médecin : ...........................................

Le médecin a-t-il de l'expérience dans la prise en charge des victimes de violences sexuelles ?Oui/Non ?

**Service de psychiatrie :** Oui/Non ?

Nom du médecin responsable (psychiatre) : ……………………………………..

Numéro INAMI du médecin : ...........................................

Le médecin a-t-il de l'expérience dans la prise en charge des victimes de violences sexuelles ?Oui/Non ?

**Service de gériatrie**: Oui/Non ?

Nom du médecin responsable (gériatre) : ……………………………………..

Numéro INAMI du médecin : ...........................................

Le médecin a-t-il de l'expérience dans la prise en charge des victimes de violences sexuelles ?Oui/Non ?

**Imagerie médicale :** Oui/Non ?

Si oui, quels examens (écho, PET-CT, IRM,...) : ...................................

Nom du médecin responsable (radiologue) : ……………………………………..

Numéro INAMI du médecin : ...........................................

Le médecin a-t-il de l'expérience dans la prise en charge des victimes de violences sexuelles ?Oui/Non ?

**Autres services :**

* **Service social :**Oui/Non ?
* **Médiation interculturelle :**Oui/Non ?
* **Interprètes** :Oui/Non ?

Veuillez nous fournir des pièces justificatives prouvant que le site où sera situé le CPVS possède les services et fonctions hospitalières énumérés ci-dessus. Veuillez désigner ces documents avec le numéro d’ordre 6.1.1.

## Emplacement et accessibilité du CPVS

Décrivez l'endroit où se trouve(ra) le service CPVS au sein de l'hôpital. ………………………………………………………………………………..

Décrivez l'accessibilité (mobilité : voiture, transports en commun, etc.) depuis tous les coins de l'arrondissement judiciaire dans lequel le département CPVS est situé. ………………………………………………………………………………..

## Infrastructure de l’hôpital candidat

*La* [*loi CPVS*](https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/article.pl?language=fr&lg_txt=f&type=&sort=&numac_search=&cn_search=2024042636&caller=eli&&view_numac=2024042636nl) *décrit à l’article 16 la structure d’un CPVS. Par ailleurs, les critères nationaux et les procédures standard renseignent quelques caractéristiques supplémentaires sur l’infrastructure. Ces critères sont définis* [*ici*](https://cpvs.belgium.be/sites/default/files/documents/Crit%C3%A8res%20nationaux%20et%20proc%C3%A9dures%20standards_1.pdf)*.*

L'hôpital dispose-t-il actuellement de locaux spécifiques et contigus dans l'hôpital pour l'accueil des victimes de violences sexuelles et l'accomplissement de la mission ? Oui/Non

Si oui,

* Décrivez dans quelle mesure l'infrastructure est accessible aux personnes handicapées. ………………………………………………………………………………..
* Quelles sont les améliorations prévues au niveau de l'infrastructure du département CPVS ? ………………………………………………………………………………..
* Veuillez nous fournir les pièces justificatives suivantes en indiquant le numéro d’ordre 6.3.1.
  + une description de l’infrastructure actuelle
  + un plan du site qui décrit la répartition des locaux
  + des photos des locaux

À défaut,

* Décrivez comment l'infrastructure sera mise en place à l'avenir, en tenant compte de la législation applicable ainsi que des critères nationaux et des procédures standard, et des plans d'action élaborés par l’IEFH. ………………………………………………………………………………..
* Dans quel délai l'infrastructure proposée sera-t-elle mise en place ? Indiquez un calendrier détaillé des travaux d'infrastructure proposés.

………………………………………………………………………………..

* Si disponible, veuillez nous fournir un plan d’aménagement montrant la disposition des locaux avec le numéro d’ordre 6.3.2 comme pièce justificative.