



# PROGRAMME SPHÈRES

## Formulaire de référence

DATE : \_\_\_\_\_

### VOS COORDONNÉES

PRÉNOM	NOM	PRONOM.S
_____	_____	_____
TÉLÉPHONE	COURRIEL	FONCTION
_____	_____	_____

### INFORMATIONS DE LA PERSONNE RÉFÉRÉE

PRÉNOM	NOM	PRONOM.S
_____	_____	_____
GENRE	DATE DE NAISSANCE	ÉCOLE
_____	_____	_____

### COORDONNÉES DE SON INTERVENANT·E SOCIAL·E

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_ COURRIEL : \_\_\_\_\_  
ÉQUIPE/TERRITOIRE DESSERVI : \_\_\_\_\_

### REEMPLIR CETTE SECTION SI LA PERSONNE RÉFÉRÉE **EST HÉBERGÉE** EN CENTRE DE RÉADAPTATION

CENTRE/FOYER	UNITÉ	TÉLÉPHONE
_____	_____	_____
NOM DE L'ÉDUCATEUR·RICE DE SUIVI :	COURRIEL	
_____	_____	

### REEMPLIR CETTE SECTION SI LA PERSONNE RÉFÉRÉE **N'EST PAS HÉBERGÉE** EN CENTRE DE RÉADAPTATION

TÉLÉPHONE	À QUI APPARTIENT CE NUMÉRO?
_____	<input type="checkbox"/> PERSONNEL <input type="checkbox"/> AUTRE : _____
PRÉFÉRENCE DE CONTACT	POUVONS-NOUS LAISSER UN MESSAGE VOCAL?
<input type="checkbox"/> APPEL <input type="checkbox"/> MESSAGE TEXTE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

**À votre connaissance, la personne référée a-t-elle échangé des services sexuels en contexte d'exploitation sexuelle?**

L'échange de services sexuels en contexte d'exploitation sexuelle désigne tout échange de services sexuels en contrepartie d'un avantage matériel, financier ou autre, marqué par l'absence d'un consentement libre, éclairé, enthousiaste et continu. Comme le programme Sphères s'adresse aux jeunes qui ont vécu ou vivent actuellement une situation d'exploitation sexuelle, une personne considérée à risque sera orientée vers d'autres services.

- OUI
- NON
- JE NE SAIS PAS

**Est-ce qu'un signalement lié à la situation pour laquelle vous souhaitez référer cette personne a déjà été effectué ?**

Un signalement doit obligatoirement avoir été effectué préalablement à l'admission au programme Sphères.

- OUI, IL A ÉTÉ RETENU EN DATE DU : \_\_\_\_\_ .
- OUI, MAIS IL N'A PAS ÉTÉ RETENU.
- NON
- JE NE SAIS PAS

**La personne référée semble-t-elle vouloir apporter un changement à sa vie?**

Questionnements, ambivalence, ouverture à échanger sur l'exploitation sexuelle, etc.

- OUI
- NON
- JE NE SAIS PAS

**La personne référée a-t-elle été informée de sa référence au programme Sphères?**

Connaissance du programme et de vos intentions de la référer.

- OUI, ELLE ATTEND VOTRE APPEL.
- NON, PARCE QUE : \_\_\_\_\_ .

**Bref résumé de la situation de la personne référée :**

Raisons pour lesquelles vous souhaitez la référer au programme Sphères spécifiquement.

**Quels services la personne référée reçoit-elle en lien avec cette problématique?**

Psychothérapie, CRD, PQJ/SOA, etc.

**Autres informations pertinentes qui pourraient amener l'intervenant-e Sphères à adapter sa présentation du programme :**

Enjeux de santé mentale, enjeux ethnoculturels, fonctionnement général, etc.

---

Merci de renvoyer ce formulaire à l'adresse **[coordospheres@enmarge1217.ca](mailto:coordospheres@enmarge1217.ca)**. Un message de confirmation vous sera envoyé par courriel dès que la référence sera prise en charge.

NE PAS REMPLIR - SECTION RÉSERVÉE À L'ÉQUIPE SPHÈRES

NOM DE L'INTERVENANT-E SPHÈRES : \_\_\_\_\_

DATE DE LA RENCONTRE DE PRÉSENTATION DU PROGRAMME : \_\_\_\_\_

RAISON DE LA NON ADHÉSION AU PROGRAMME :  
\_\_\_\_\_