

LA FORMATION CONTINUE AU SERVICE DES  
PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ DEPUIS 1980



## MÉDIATIONS THÉRAPEUTIQUES

N° 1083

CRÉATION OU VALORISATION D'UN JARDIN OU D'UN  
POTAGER DE SOUTIEN THÉRAPEUTIQUE

---

**[www.afar.fr](http://www.afar.fr)**

46 rue Amelot CS 90005 75536 Paris Cedex 11 | Tél. : 01 53 36 80 50 | [formation@afar.fr](mailto:formation@afar.fr)  
N° de déclaration d'activité : 11 75 04 139 75 | SIRET : 410 079 339 00017 | NAF : 8559A



## N°1083 CRÉATION OU VALORISATION D'UN JARDIN OU D'UN POTAGER DE SOUTIEN THÉRAPEUTIQUE

|                |                  |
|----------------|------------------|
| N° du stage    | 1083             |
| Durée du stage | 4 jours          |
| Prix           | Prix sur demande |

|               |                      |
|---------------|----------------------|
| Lieu de stage | Dans l'établissement |
| Dates         |                      |

## PUBLIC CONCERNÉ

- infirmiers, aides-soignants, éducateurs, animateurs ou tout autre professionnel exerçant dans le domaine sanitaire ou médico-social.

## PRÉ-REQUIS

- Pas de pré-requis

## INTERVENANTS

- Un paysagiste ou praticien en hortithérapeute.

## OBJECTIFS GLOBAUX

- Apprendre à identifier les aménagements spécifiques d'un jardin de soutien thérapeutique.
- Apprendre à choisir la végétation adaptée aux besoins des patients et résidents de l'institution.
- Apprendre à effectuer et planifier l'entretien des cultures, le suivi des travaux et des activités de jardin.

## OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- Savoir aménager, réaménager et entretenir les espaces extérieurs adaptés: jardin d'agrément, jardin sensoriel, jardin potager-fleurs.
- Acquérir des notions botaniques et techniques de base dans le domaine de la culture des plantes.
- Savoir intégrer les patients ou les résidents dans le projet d'hortithérapie en fonction de leurs besoins et de leurs capacités.

## PROGRAMME

1. Diagnostic spatial : évaluation et identification des espaces de jardin: jardin d'agrément, jardins surélevés, jardin sensoriel, jardin potager-fleur.
2. Descriptif des aménagements répondant aux besoins des résidents ou des patients aux objectifs de l'institution.
3. Ebauches de croquis et descriptif détaillé des aménagements en fonction des objectifs ciblés.
4. Identification des végétaux adaptés pour les différents espaces.
5. Identification des cultures : plantes potagères, aromatiques et médicinales. Caractéristiques et bénéfices.
6. Identification des périodes de récoltes.
7. Identification des techniques de cultures : supports et mélanges terreux, semis, bouturage, rempotage, etc...
8. Adapter le concept de permaculture.
9. Identification et programmation des activités du jardin.

## N°1083 CRÉATION OU VALORISATION D'UN JARDIN OU D'UN POTAGER DE SOUTIEN THÉRAPEUTIQUE

## INFORMATIONS PRATIQUES

## LIEU ET HORAIRES DE LA FORMATION

## AFAR

46 rue Amelot 75011 Paris  
Tél : 01 53 36 80 50  
Métro : Chemin Vert (ligne 8), Bastille (ligne 1 et 5)

les horaires sont les suivants :

- 9h-12h15 (dont 15 minutes de pause)
- 13h15-16h30 (dont 15 minutes de pause)

## REGLEMENT ET MODE DE PAIEMENT

Les stages sont facturés au terme de l'action de formation. Pour les stages dispensés en plusieurs sessions, les factures sont éditées au terme de chaque session. Le règlement de la formation est exigible à compter du terme de l'action de formation. Une pénalité de 15 % sur le montant total de la facture pourra être exigée par l'Afar si le règlement n'est pas intervenu dans un délai de 30 jours après l'action de formation

## DEJEUNER ET HEBERGEMENT

L'Afar n'est pas responsable du stagiaire pendant sa pause déjeuner. Une liste de restaurants à proximité de l'Afar est remise à titre indicatif.

L'Afar n'intervient pas dans la réservation de l'hébergement du stagiaire. Une liste d'hôtels à proximité de l'Afar est remise à titre indicatif.

## PRÉINSCRIPTION

Vous pouvez vous préinscrire par téléphone, par mail ou sur le site internet de l'Afar.

## ATTESTATIONS DE PRÉSENCE ET DE DPC

Les attestations sont envoyées à l'établissement par voie électronique la semaine suivant le stage.

## CONDITIONS D'ANNULATION

Annulation par le stagiaire ou l'établissement : toute annulation peut être faite sans frais si elle parvient à l'Afar au moins 30 jours avant le début de la formation. Pour toute annulation faite moins de 30 jours avant la formation, l'Afar facture un dédit de 50 % des frais de formation, montant non imputable à la contribution financière obligatoire de formation. En cas d'absence ou d'abandon en cours de stage, ce dernier est payable en totalité.

Annulation par l'Afar : L'Afar se réserve le droit d'annuler en cas de force majeure ou en raison d'un nombre insuffisant de participants dans un délai de 30 jours avant l'action programmée.

## INSCRIPTION

Un accord de prise en charge financière doit être envoyé par l'établissement à l'Afar. Un accusé de réception est adressé dès réception de l'inscription. Une convocation à remettre au stagiaire et une convention de formation à retourner signée revêtue du cachet de l'établissement sont envoyés à l'établissement au plus tard un mois avant le stage. La convention propose des interventions dont la durée est exprimée en "journée" ou en "demi-journée". Les prix sont exprimés en euros (organisme non assujetti à la TVA). Le prix (non assujetti à la TVA) d'une formation INTER (dans les locaux de l'Afar) est celui visé sur le site internet ; il comprend : l'intervention du/des formateur(s), le matériel pédagogique, les supports pédagogiques remis aux stagiaires.

## DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

## AFAR

46 rue Amelot 75011 Paris  
Tél : 01 53 36 80 50  
Fax : 01 48 05 31 51  
Email : [formation@afar.fr](mailto:formation@afar.fr)

Site internet : [www.afar.fr](http://www.afar.fr)

[www.afar.fr](http://www.afar.fr)

## N°1083 CRÉATION OU VALORISATION D'UN JARDIN OU D'UN POTAGER DE SOUTIEN THÉRAPEUTIQUE

|                |                  |               |                      |
|----------------|------------------|---------------|----------------------|
| N° du stage    | 1083             | Lieu de stage | Dans l'établissement |
| Durée du stage | 4 jours          | Dates         |                      |
| Prix           | Prix sur demande |               |                      |

## BULLETIN D'INSCRIPTION

## ÉTABLISSEMENT

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT : .....  
RUE : .....  
CODE POSTAL : ..... VILLE : .....  
NOM DU RESPONSABLE DE FORMATION : .....  
TÉL LIGNE DIRECTE : ..... FAX : .....  
EMAIL : .....

## ADRESSE D'ENVOI DE LA CONVENTION ET DE LA FACTURE (SI DIFFÉRENTE)

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT : .....  
RUE : .....  
CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

## PARTICIPANT

☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle NOM : ..... PRÉNOM : .....  
FONCTION : .....  
EMAIL : .....  
SERVICE : ..... TÉL : .....  
LIEU DE TRAVAIL : .....  
RUE : .....  
CODE POSTAL : ..... VILLE : .....  
☐ Le participant est une personne en situation de handicap nécessitant un accueil spécifique

FAIT À : .....

LE : ..... / ..... / .....

SIGNATURE DU RESPONSABLE DE FORMATION

[www.afar.fr](http://www.afar.fr)