



SSK-FORMATION
KINÉSITHÉRAPIE

Programme Formation

Rééducation des vertiges et des troubles de l'équilibre d'origine vestibulaire - Module A

Ce premier module constitue le socle du parcours SSK Formation en rééducation vestibulaire. Il est conçu pour les kinésithérapeutes qui débutent dans cette discipline ou qui souhaitent actualiser leurs connaissances. La progression articule les fondamentaux anatomiques et neurophysiologiques, l'examen clinique, le triage, l'analyse du nystagmus, l'initiation à la vestibulométrie et les bases de la rééducation.

Deux modèles cliniques structurent l'apprentissage : le vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB), relevant d'un syndrome vestibulaire épisodique déclenché, et la vestibulopathie unilatérale aiguë, relevant d'un syndrome vestibulaire aigu spontané. L'approche est fondée sur les données probantes, les recommandations professionnelles et la mise en situation clinique





Intervenants

Frédéric XAVIER - Emmanuelle CHOUIN

Kinésithérapeutes Ostéopathes

Docteur en Neurosciences

Formateurs en Rééducation Otoneurologique

Rééducation Vestibulaire et Oro-maxillo-faciale

Public : Kinésithérapeutes

Durée : 5 Jours soit 40 heures

Horaires : 9h00 - 18h30

Prise en charge : FIFPL - DPC (sous réserve de validation)

Rééducation vestibulaire module A Syndromes vestibulaires aigus et bases de la rééducation vestibulaire

Objectifs

- 1 - Décrire l'anatomie fonctionnelle de l'oreille externe, moyenne et interne, des voies vestibulaires, du cervelet vestibulaire et des systèmes oculomoteurs.
- 2 - Expliquer la transduction vestibulaire, le codage canalaire et otolithique, le fonctionnement du réflexe vestibulo-oculaire et les principes de l'intégration multisensorielle.
- 3 - Conduire un interrogatoire structuré en utilisant la nomenclature de l'ICVD, la temporalité, les déclencheurs et l'approche TiTrATE.
- 4 - Réaliser un examen oculomoteur et neurologique de dépistage : fixation, alignement, motilité, saccades, poursuite, vergences, nystagmus, paires crâniennes, posture et marche
- 5 - Identifier les drapeaux rouges, les situations d'urgence et les critères de réadressage, en respectant les limites d'utilisation de HINTS/HINTS+.
- 6 - Reconnaître les critères des formes typiques de VPPB, localiser le canal concerné et sélectionner les tests et manœuvres adaptés aux formes non complexes.
- 7 - Distinguer un syndrome vestibulaire épisodique déclenché d'un syndrome vestibulaire aigu spontané et argumenter le raisonnement d'exclusion dans le champ kinésithérapique, sans poser de diagnostic médical.
- 8 - Comprendre et exploiter les résultats de base de la vidéonystagmoscopie, de la vidéo-oculographie, de la VNG, des épreuves caloriques, du HIT/vHIT, de l'acuité visuelle dynamique, des VEMP et du fauteuil rotatoire.
- 9 - Construire un diagnostic kinésithérapique, définir des objectifs mesurables et sélectionner des stratégies d'adaptation, d'habituation, de substitution et de repondération sensorielle.
- 10 - Éduquer le patient et son entourage, prescrire un programme d'exercices à domicile, suivre les marqueurs d'évolution et communiquer les éléments utiles aux professionnels correspondants.



Moyens pédagogiques et techniques :

Apports théoriques structurés, fondés sur les recommandations et la littérature scientifique actualisée.

Pédagogie active : questionnement guidé, résolution de problèmes, arbres décisionnels et raisonnement à partir de cas cliniques.

Analyse de photographies otoscopiques, de vidéos oculomotrices, de nystagmus et de tracés instrumentaux.

Démonstrations et travaux pratiques supervisés : examen oculomoteur de dépistage, HIT, tests positionnels, manœuvres thérapeutiques, VNS/VOG/VNG et exercices de rééducation.

Supports remis aux participants : diaporamas ou photocopies, fiches techniques, algorithmes cliniques et bibliographie au format Vancouver.

Matériel pédagogique selon les séquences : modèles anatomiques, lunettes de vidéonystagmoscopie, systèmes VOG/VNG, vHIT, fauteuil rotatoire, cibles visuelles et matériel d'équilibre.

Modalités d'évaluation :

Évaluation diagnostique préformation : QCM et recueil des attentes.

Évaluations formatives pendant le module : questions à réponses courtes, analyses vidéo, cas cliniques et feedback lors des travaux pratiques.

Évaluation post-formation : QCM, questions à réponses courtes et résolution d'un cas clinique intégrant triage, bilan et choix thérapeutique.

Évaluation pratique : observation sur grille de la réalisation sécurisée d'un examen oculomoteur de dépistage, d'un test positionnel et d'une manœuvre thérapeutique adaptée.

Évaluation de la satisfaction et auto-évaluation de l'évolution des compétences

Objectif Général

Permettre au kinésithérapeute d'acquérir les connaissances et les compétences fondamentales nécessaires pour évaluer en sécurité un patient adulte présentant des vertiges ou un trouble de l'équilibre d'origine vestibulaire, reconnaître les formes typiques de VPPB et de vestibulopathie unilatérale aiguë, interpréter les principales données cliniques et instrumentales, puis élaborer une prise en charge rééducative individualisée ou décider d'un réadressage.

Projet Pédagogique et Contexte

Ce premier module constitue le socle du parcours SSK Formation en rééducation vestibulaire. Il est conçu pour les kinésithérapeutes qui débutent dans cette discipline ou qui souhaitent actualiser leurs connaissances. La progression articule les fondamentaux anatomiques et neurophysiologiques, l'examen clinique, le triage, l'analyse du nystagmus, l'initiation à la vestibulométrie et les bases de la rééducation.

Deux modèles cliniques structurent l'apprentissage : le vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB), relevant d'un syndrome vestibulaire épisodique déclenché, et la vestibulopathie unilatérale aiguë, relevant d'un syndrome vestibulaire aigu spontané. L'approche est fondée sur les données probantes, les recommandations professionnelles et la mise en situation clinique



Terminologie retenue

Le programme utilise les termes « vestibulopathie unilatérale aiguë » (VUA ; acute unilateral vestibulopathy, AUVP, dans la littérature anglophone) et « hypofonction vestibulaire unilatérale aiguë » (HVUA, description fonctionnelle). Le terme historique « névrite vestibulaire » est présenté afin de faciliter la lecture des prescriptions et comptes rendus, sans être considéré comme strictement équivalent dans toutes les situations cliniques.

Principales abréviations

RVO : réflexe vestibulo-oculaire (VOR dans la littérature anglophone) ; VNS : vidéonystagmoscopie ; VOG : vidéo-oculographie ; VNG : vidéonystagmographie ; vHIT : video Head Impulse Test ; AVD : acuité visuelle dynamique ; VEMP : potentiels évoqués myogéniques vestibulaires ; ICVD : International Classification of Vestibular Disorders.

Souplesse pédagogique encadrée

L'ordre et la durée des séquences peuvent être ajustés en fonction de la progression du groupe, sans modification des objectifs, des compétences visées ni du volume horaire total. La transition entre l'oculomotricité et le raisonnement syndromique peut se faire le mardi en fin de journée ou le mercredi matin. Les contenus obligatoires de bilan, de vestibulométrie et de rééducation sont maintenus, même lorsque leur niveau d'approfondissement est adapté au rythme du groupe.

Cadre d'exercice et limites

Le module se déroule strictement dans le champ de compétence du masseur-kinésithérapeute. Il n'a pas pour objet d'enseigner le diagnostic médical : les tableaux cliniques, les signes d'alerte et les examens médicaux sont abordés afin de permettre le repérage des drapeaux rouges, la compréhension des comptes rendus et la décision de poursuite du bilan ou de réadressage vers le médecin.

L'ensemble des séquences est construit autour d'une seule population de soins, le patient adulte, et d'un seul champ de prise en charge : les symptômes neurologiques, les symptômes vestibulaires et les troubles de l'équilibre. Les spécificités pédiatriques, adolescentes et gériatriques ne sont pas traitées dans ce module.

Les manœuvres diagnostiques et thérapeutiques enseignées relèvent de la prescription médicale de rééducation vestibulaire. L'utilisation de HINTS/HINTS+ est présentée avec ses indications, ses conditions de validité et ses limites, et ne se substitue à aucun avis médical.

Jour 1 - Fondamentaux anatomiques, physiologiques et physiopathologiques (8 h)

Du repérage otologique chez le patient vertigineux à la physiologie vestibulo-oculaire

- Anatomie fonctionnelle de l'oreille externe, moyenne et interne
- Repères otoscopiques et situations otologiques rencontrées chez le patient adulte consultant pour un symptôme vestibulaire
- Drapeaux rouges otologiques, urgence auditive et critères de réadressage
- Labyrinthe osseux et membraneux, innervation et vascularisation ; traductions cliniques
- Transduction vestibulaire, codage canalaire des accélérations angulaires et codage otolithique
- Principe push-pull, lois d'Ewald et couples canal-muscle
- Réflexe vestibulo-oculaire : principes, phases lente et rapide, nystagmus attendu



Jour 2 - Intégration sensorielle, oculomotricité et examen clinique de dépistage (8 h)

- Du signal sensoriel à l'identification des anomalies oculomotrices
- Signal sensoriel, bruit et signal d'erreur vestibulaire
 - Gain, phase, exactitude, précision, constante de temps et prépondérance directionnelle
 - Intégration multisensorielle : noyaux vestibulaires, cervelet vestibulaire et pondération sensorielle
 - Velocity storage et interactions visuo-vestibulaires
 - Examen visuel et oculomoteur de dépistage : acuité, pupilles, alignement, motilité, saccades, poursuite et vergences
 - Nystagmus optocinétique, réflexe vestibulo-oculaire et suppression visuelle
 - Anomalies oculomotrices centrales et périphériques : signes d'alerte et critères d'arrêt du bilan

Jour 3 - Classification syndromique, interrogatoire et VPPB (8 h)

- Du langage ICVD à la localisation canalaire du VPPB
- Nomenclature ICVD : vertige, dizziness, symptômes vestibulo-visuels et symptômes posturaux
 - Temporalité, déclencheurs et approche TiTrATE
 - Interrogatoire vestibulaire structuré et construction de l'examen ciblé
 - Repérage des drapeaux rouges dès l'interrogatoire et critères de réadressage vers le médecin
 - Vertige positionnel paroxystique bénin : canalolithiase, cupulolithiase et facteurs de risque
 - Test positionnel du canal postérieur : réalisation sécurisée et lecture du nystagmus
 - Manœuvres thérapeutiques du canal postérieur et formes du canal horizontal

Jour 4 - VPPB, analyse du nystagmus et triage du syndrome aigu (8 h)

- Consolider le positionnel puis distinguer périphérique, central et urgence
- Consolidation pratique des tests et des manœuvres ; erreurs fréquentes de latéralisation
 - Formes atypiques, récidivantes, bilatérales et multicanalaires ; conduite en cas de persistance
 - Analyse clinique du nystagmus : conditions d'observation et terminologie reproductible
 - Caractères en faveur d'une origine centrale
 - Triage du syndrome vestibulaire aigu : examen clinique structuré et éléments de contexte
 - HINTS et HINTS+ : indications, conditions de validité et limites
 - Syndrome vestibulaire aigu spontané : raisonnement d'exclusion et rédaction du compte rendu de réadressage

Jour 5 - AUVP/HVUA, vestibulométrie et bases de la rééducation (8 h)

- Relier la sémiologie, les examens et le projet thérapeutique
- Vestibulopathie unilatérale aiguë : critères contemporains, phases et facteurs de récupération
 - Sémiologie vestibulaire, oculomotrice, posturale, perceptive et neurovégétative
 - Vestibulométrie niveau 1 : audiométrie, VNS/VOG/VNG, épreuves caloriques, HIT/vHIT, acuité visuelle dynamique et VEMP
 - Domaines fréquents et lecture critique d'un compte rendu
 - Compensation centrale : adaptation, habituation, substitution et repondération sensorielle
 - Stabilisation du regard, équilibre statique et dynamique, marche et tâches fonctionnelles
 - Projet thérapeutique individualisé, programme à domicile, éducation du patient et critères de suivi

Références bibliographiques

Les références sont présentées selon un format Vancouver adapté. Les recommandations, consensus, revues systématiques et textes structurants sont privilégiés.

Cadre professionnel et recommandations générales

1. Collège de la Masso-Kinésithérapie. Recommandations de contenu de formation : spécificité d'exercice - Rééducation des troubles vestibulaires. Version 2.0. Paris : CMK; 2024.
2. Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou. Place de la rééducation dans la prise en charge des vertiges d'origine vestibulaire. Recommandation de pratique clinique. Paris : SFORL; 2023.

3. Hall CD, Herdman SJ, Whitney SL, Anson ER, Carender WJ, Hoppes CW, et al. Vestibular rehabilitation for peripheral vestibular hypofunction: an updated clinical practice guideline from the Academy of Neurologic Physical Therapy of the American Physical Therapy Association. *J Neurol Phys Ther.* 2022;46(2):118-177. doi:10.1097/NPT.0000000000000382.

Fondamentaux anatomiques, physiologiques et ORL

4. Khan S, Chang R. Anatomy of the vestibular system: a review. *NeuroRehabilitation.* 2013;32(3):437-443. doi:10.3233/NRE-130866.
 5. Sakka L, Vitte E. Anatomie et physiologie du système vestibulaire : revue de la littérature. *Morphologie.* 2004;88(282):117-126. doi:10.1016/S1286-0115(04)98134-9.
 6. Angelaki DE, Cullen KE. Vestibular system: the many facets of a multimodal sense. *Annu Rev Neurosci.* 2008;31:125-150. doi:10.1146/annurev.neuro.31.060407.125555.
 7. Cullen KE. Vestibular processing during natural self-motion: implications for perception and action. *Nat Rev Neurosci.* 2019;20(6):346-363. doi:10.1038/s41583-019-0153-1.
 8. Faisal AA, Selen LPJ, Wolpert DM. Noise in the nervous system. *Nat Rev Neurosci.* 2008;9(4):292-303. doi:10.1038/nrn2258.
 9. Carandini M, Heeger DJ. Normalization as a canonical neural computation. *Nat Rev Neurosci.* 2012;13(1):51-62. doi:10.1038/nrn3136.
 10. Tilikete C, Pélisson D. Functional anatomy and disorders of ocular motor control: from anatomy to pathology. *Curr Opin Neurol.* 2008;21(1):62-68. doi:10.1097/WCO.0b013e3282f3d62e.
 11. Strupp M, Kremmyda O, Adameczyk C, Böttcher N, Muth C, Yip CW, Bremova T. Central ocular motor disorders, including gaze palsy and nystagmus. *J Neurol.* 2014;261 Suppl 2:S542-S558. doi:10.1007/s00415-014-7385-9.
 12. Raphan T, Matsuo V, Cohen B. Velocity storage in the vestibulo-ocular reflex arc. *Exp Brain Res.* 1979;35(2):229-248. doi:10.1007/BF00236613.
 13. Manzari L. Velocity Storage Integrator (VSI): mechanisms, circuits, and clinical implications - a narrative review. *Am J Otolaryngol.* 2026;47(3):104834. doi:10.1016/j.amjoto.2026.104834.
 14. Rosenfeld RM, Schwartz SR, Cannon CR, Roland PS, Simon GR, Kumar KA, et al. Clinical practice guideline: acute otitis externa. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2014;150(1 Suppl):S1-S24. doi:10.1177/0194599813517083.
 15. Rosenfeld RM, Shin JJ, Schwartz SR, Coggins R, Gagnon L, Hackell JM, et al. Clinical practice guideline: otitis media with effusion (update). *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2016;154(1 Suppl):S1-S41. doi:10.1177/0194599815623467.
 16. Chandrasekhar SS, Tsai Do BS, Schwartz SR, Bontempo LJ, Faucett EA, Finestone SA, et al. Clinical practice guideline: sudden hearing loss (update). *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2019;161(1 Suppl):S1-S45. doi:10.1177/0194599819859885.
- Oculomotricité et évaluation clinique
17. Eggers SDZ, Bisdorff A, von Brevern M, Zee DS, Kim JS, Perez-Fernandez N, et al. Classification of vestibular signs and examination techniques: nystagmus and nystagmus-like movements. *J Vestib Res.* 2019;29(2-3):57-87. doi:10.3233/VES-190658.
 18. Renga V. Clinical evaluation of patients with vestibular dysfunction. *Neurol Res Int.* 2019;2019:3931548. doi:10.1155/2019/3931548.
 19. Halmagyi GM, Curthoys IS. A clinical sign of canal paresis. *Arch Neurol.* 1988;45(7):737-739. doi:10.1001/archneur.1988.00520310043015.



20. MacDougall HG, Weber KP, McGarvie LA, Halmagyi GM, Curthoys IS. The video head impulse test: diagnostic accuracy in peripheral vestibulopathy. *Neurology*. 2009;73(14):1134-1141. doi:10.1212/WNL.0b013e3181bacf85.

Classification, interrogatoire et raisonnement clinique

21. Bisdorff A, von Brevern M, Lempert T, Newman-Toker DE. Classification of vestibular symptoms: towards an international classification of vestibular disorders. *J Vestib Res*. 2009;19(1-2):1-13. doi:10.3233/VES-2009-0343.

22. Newman-Toker DE, Edlow JA. TiTrATE: a novel, evidence-based approach to diagnosing acute dizziness and vertigo. *Neurol Clin*. 2015;33(3):577-599, viii. doi:10.1016/j.ncl.2015.04.011.

23. Xavier F, Chouin E, Courcoux F, Vest L, Vitaux H, Deveze A. Diagnostic différentiel en kinésithérapie vestibulaire. *Kinesither Rev*. 2023;23(260-261):16-36. doi:10.1016/j.kine.2023.05.008.

24. Xavier F, Chouin E, Dumas O, Chabbert C, Besnard S, Vitaux H, Deveze A. Algorithmes décisionnels et drapeaux rouges en rééducation vestibulaire. *Kinesither Rev*. 2023;23(260-261):113-135. doi:10.1016/j.kine.2023.05.016.

VPPB

25. Haute Autorité de Santé. Vertiges positionnels paroxystiques bénins : manœuvres diagnostiques et thérapeutiques. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2017.

26. Bhattacharyya N, Gubbels SP, Schwartz SR, Edlow JA, El-Kashlan H, Fife T, et al. Clinical practice guideline: benign paroxysmal positional vertigo (update). *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2017;156(3 Suppl):S1-S47. doi:10.1177/0194599816689667.

27. von Brevern M, Bertholon P, Brandt T, Fife T, Imai T, Nuti D, Newman-Toker D. Benign paroxysmal positional vertigo: diagnostic criteria. *J Vestib Res*. 2015;25(3-4):105-117. doi:10.3233/VES-150553.

28. Imai T, Inohara H. Benign paroxysmal positional vertigo. *Auris Nasus Larynx*. 2022;49(5):737-747. doi:10.1016/j.anl.2022.03.012.

29. Kerber KA, Carender W, Meurer WJ. Diagnosis and treatment of benign paroxysmal positional vertigo. *JAMA*. 2026;335(22):1983-1984. doi:10.1001/jama.2026.1927.

Triage du syndrome vestibulaire aigu

30. Edlow JA, Carpenter C, Akhter M, Khoujah D, Marcolini E, Meurer WJ, et al. Guidelines for reasonable and appropriate care in the emergency department 3 (GRACE-3): acute dizziness and vertigo in the emergency department. *Acad Emerg Med*. 2023;30(5):442-486. doi:10.1111/acem.14728.

31. Kattah JC, Talkad AV, Wang DZ, Hsieh YH, Newman-Toker DE. HINTS to diagnose stroke in the acute vestibular syndrome: three-step bedside oculomotor examination more sensitive than early MRI diffusion-weighted imaging. *Stroke*. 2009;40(11):3504-3510. doi:10.1161/STROKEAHA.109.551234.

32. Tarnutzer AA, Gold D, Wang Z, Robinson KA, Kattah JC, Mantokoudis G, et al. Impact of clinician training background and stroke location on bedside diagnostic test accuracy in the acute vestibular syndrome: a meta-analysis. *Ann Neurol*. 2023;94(2):295-308. doi:10.1002/ana.26661.

33. Kim JS, Newman-Toker DE, Kerber KA, Jahn K, Bertholon P, Waterston J, et al. Vascular vertigo and dizziness: diagnostic criteria. *J Vestib Res*. 2022;32(3):205-222. doi:10.3233/VES-210169.

AUVP/HVUA, vestibulométrie et rééducation

34. Strupp M, Bisdorff A, Furman J, Hornibrook J, Jahn K, Maire R, Newman-Toker D, Magnusson M. Acute unilateral vestibulopathy/vestibular neuritis: diagnostic criteria. *J Vestib Res*. 2022;32(5):389-406. doi:10.3233/VES-220201.

35. Taylor RL, McGarvie LA, Reid N, Young AS, Halmagyi GM, Welgampola MS. Vestibular neuritis affects both superior and inferior vestibular nerves. *Neurology*. 2016;87(16):1704-1712. doi:10.1212/WNL.0000000000003223.

36. Rosengren SM, Colebatch JG, Young AS, Govender S, Welgampola MS. Vestibular evoked myogenic potentials in practice: methods, pitfalls and clinical applications. *Clin Neurophysiol Pract*. 2019;4:47-68. doi:10.1016/j.cnp.2019.01.005.



37. Gimmon Y, Schubert MC. Vestibular testing - rotary chair and dynamic visual acuity tests. *Adv Otorhinolaryngol.* 2019;82:39-46. doi:10.1159/000490270.
38. Yu J, Wan Y, Zhao J, Huang R, Wu P, Li W. Normative data for rotational chair considering motion susceptibility. *Front Neurol.* 2022;13:978442. doi:10.3389/fneur.2022.978442.
39. McDonnell MN, Hillier SL. Vestibular rehabilitation for unilateral peripheral vestibular dysfunction. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(1):CD005397. doi:10.1002/14651858.CD005397.pub4.
40. Lacour M, Bernard-Demanze L. Interaction between vestibular compensation mechanisms and vestibular rehabilitation therapy: 10 recommendations for optimal functional recovery. *Front Neurol.* 2014;5:285. doi:10.3389/fneur.2014.00285.
41. Sjögren J, Fransson PA, Magnusson M, Karlberg M, Tjernström F. Acute unilateral vestibulopathy and corticosteroid treatment: a randomized placebo-controlled double-blind trial. *J Vestib Res.* 2025;35(2):91-101. doi:10.1177/09574271241307649.
42. Tighilet B, Marouane E, Xavier F, Chabbert C. Optimizing vestibular rehabilitation: from neuroplastic mechanisms to multimodal therapeutic strategies. *J Clin Med.* 2026;15(16):6359. doi:10.3390/jcm15166359.
43. Xavier F, Chouin E, Tighilet B, Chabbert C, Besnard S. Innovative approaches for managing patients with chronic vestibular disorders: follow-up indicators and predictive markers for studying the vestibular error signal. *Front Rehabil Sci.* 2024;5:1414198. doi:10.3389/fresc.2024.1414198.
44. Marouane E, El Mahmoudi N, Rastoldo G, Péricat D, Watabe I, Lapôtre A, et al. Sensorimotor rehabilitation promotes vestibular compensation in a rodent model of acute peripheral vestibulopathy by promoting microgliogenesis in the deafferented vestibular nuclei. *Cells.* 2021;10(12):3377. doi:10.3390/cells10123377.
45. Obrero-Gaitán E, Sedeño-Vidal A, Peinado-Rubia AB, Cortés-Pérez I, Ibáñez-Vera AJ, Lomas-Vega R. Optokinetic stimulation for the treatment of vestibular and balance disorders: a systematic review with meta-analysis. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2024;281(9):4473-4484. doi:10.1007/s00405-024-08604-1.

“ Depuis plus de 10 ans, SSK Formation a toujours eu à cœur de proposer aux kinésithérapeutes des stages de qualité, avec les meilleurs formateurs de la région. J'adresse un sincère merci à tous les lecteurs de cet ouvrage spécifique. Conçu pour vous par nos experts, ce manuel vous aidera à mettre en pratique un enseignement de haut niveau auprès de vos sportifs qui exigent l'excellence. À bientôt dans l'un de nos centres, pour continuer à vous accompagner dans nos meilleures formations. ”

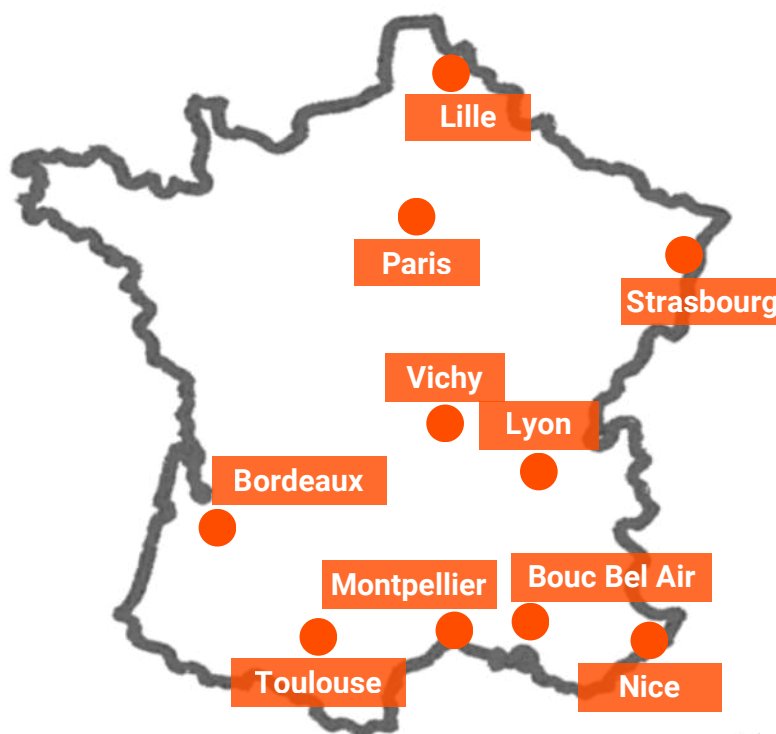
« Seul on va plus vite, ensemble on va plus loin. »

Amicalement,

Cyril Castaldo

Kinésithérapeute, Ostéopathe

Formateur et Directeur de SSK Formation



Afin de mieux s'adapter aux spécificités de chaque métier, **SSK** lance de nouvelles entités :



PODO



PARAMED'



OSTÉO



415 Avenue des Chabauds,
13320, Bouc Bel Air



09 72 52 64 04



lelia@ssk-formation.com



www.ssk-formation.com

ABONNEZ-VOUS !

