

Ligne directrice sur l'admissibilité

Affections chroniques du tendon d'Achille

Date de révision : 22 janvier 2025

Date de création : février 2005

Codes [CIM-11](#) : NC96.0, FB50

Codes médicaux d'ACC :

72670 tendinite du tendon d'Achille, rupture du tendon d'Achille
01328 bursite achilléenne

Définition

Les **affections chroniques du tendon d'Achille** sont caractérisées par la douleur, l'enflure et une diminution de la fonction du tendon. Aux fins de la présente ligne directrice sur l'admissibilité (LDA), les affections chroniques du tendon d'Achille sont connues sous les appellations ci-dessous :

- tendinopathie chronique du tendon d'Achille
- tendinose/tendinite chronique du tendon d'Achille
- bursite achilléenne chronique
- déchirure ou rupture du tendon d'Achille.

Norme diagnostique

Un diagnostic doit être posé par un médecin qualifié (chirurgien orthopédique, médecin de famille), une infirmière praticienne ou un adjoint au médecin (dans le cadre de son champ d'exercice).

Pour confirmer le diagnostic de tendinite chronique du tendon d'Achille et de bursite achilléenne chronique, des examens tels que l'échographie ou l'imagerie par résonance magnétique (IRM) pour évaluer l'intégrité structurelle et l'inflammation du tendon d'Achille et de la bourse environnante peuvent devoir être effectués.

Anatomie et physiologie

Le tendon de l'Achille et la bourse connexe travaillent ensemble pour permettre d'effectuer des activités essentielles comme se tenir debout sur la pointe des pieds et propulser le corps vers l'avant pendant la marche ou la course.

La **tendinopathie du tendon d'Achille** est un terme générique qui décrit une vaste gamme d'affections du tendon d'Achille caractérisées par la douleur, une déficience fonctionnelle et, souvent, des changements structurels dans le tendon qui relie le muscle gastrocnémien (mollet) au calcanéum (os du talon).

La **tendinose du tendon d'Achille** fait référence aux changements dégénératifs du tendon d'Achille caractérisés par une régénération anormale des tissus, des fibres de collagène désorganisées et un manque de cellules inflammatoires ([Figure 1: Affections du tendon d'Achille](#)).

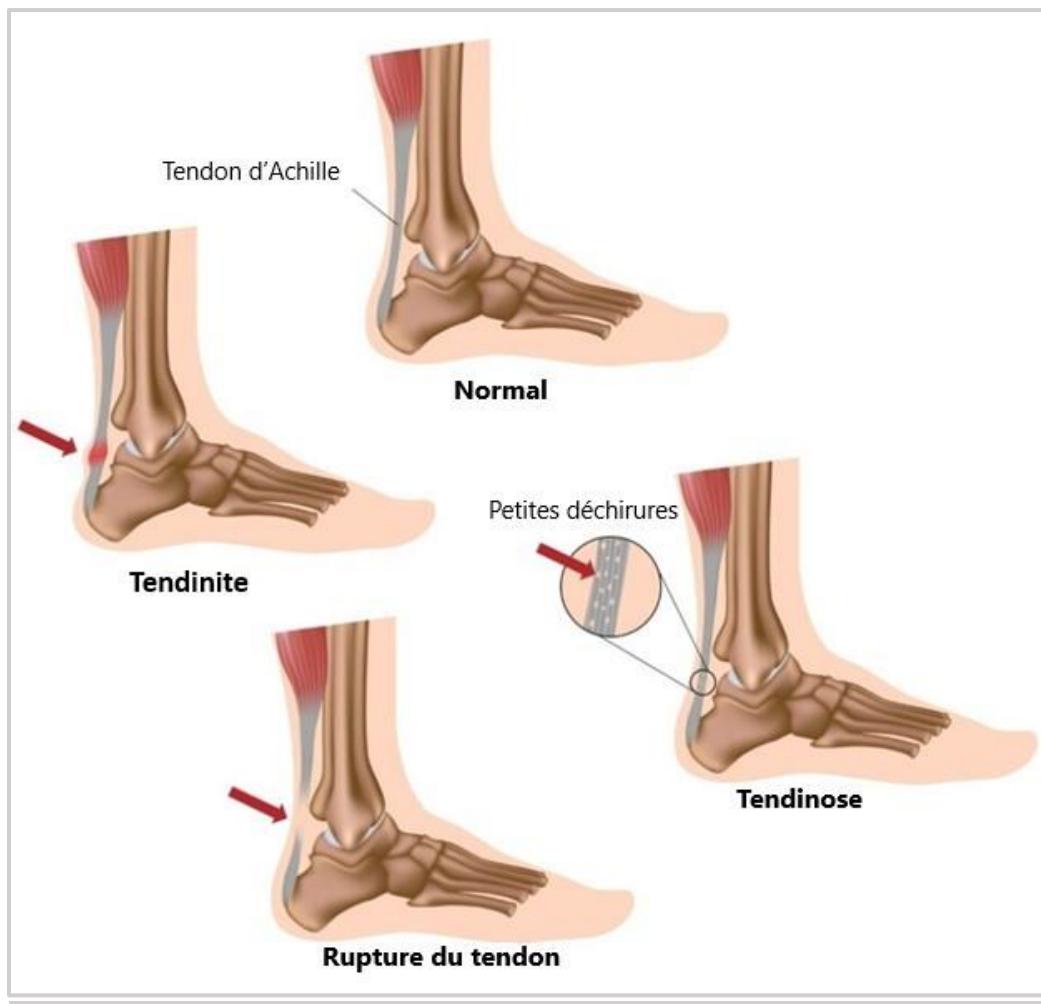
La **tendinite du tendon d'Achille et la bursite achilléenne** sont des affections qui impliquent le tendon d'Achille et ses structures environnantes, qui sont essentielles pour le mouvement et la stabilité des pieds. Le tendon d'Achille, le tendon le plus gros et le plus fort du corps, relie le muscle gastrocnémien (mollet) à l'os du talon (calcanéum). Il permet de marcher, de courir et de sauter. Ce tendon fonctionne en transmettant la force générée par les muscles du mollet au pied; c'est ainsi qu'il fournit l'effet de levier nécessaire au mouvement. La bourse rétrocalcaneenne, située entre le tendon d'Achille et l'os du tendon, permet un mouvement fluide du tendon d'Achille sur l'os du talon.

Chez les personnes qui souffrent de **tendinite chronique du tendon l'Achille**, le tendon lui-même devient chroniquement enflammé, souvent en raison de sa surutilisation, ce qui entraîne de la douleur, de l'enflure et une diminution de sa fonction. Une blessure ou un stress récurrent peut entraîner des microdéchirures, une inflammation et une dégénérescence subséquente.

La **bursite achilléenne chronique** se manifeste par une inflammation chronique de la bourse adjacente au tendon, qui peut également être causée par une surutilisation ou une blessure directe. Cette inflammation peut exacerber ou imiter les symptômes de la tendinite du tendon d'Achille.

La **rupture du tendon d'Achille** se manifeste par la déchirure complète ou partielle du tendon d'Achille. Cela peut être causé par une dégénérescence chronique ou d'une force traumatique.

Figure 1 : Affections du tendon d'Achille



Une blessure au tendon d'Achille peut être classée en trois types principaux : la tendinite (inflammation due à une utilisation excessive), la tendinose (dégénérescence avec de minuscules déchirures dans le tendon) et la rupture du tendon (une déchirure souvent causée par un traumatisme soudain). Source : Anciens Combattants Canada (2024).

Caractéristiques cliniques

La présentation clinique de la tendinite chronique du tendon d'Achille et de la bursite achilléenne est caractérisée par une douleur chronique à l'arrière du talon, qui peut s'étendre du tendon jusqu'au mollet. Cette douleur est souvent décrite comme une sensation de douleur vive ou de brûlure qui s'intensifie avec l'activité physique, en particulier la course ou le saut, et peut s'améliorer avec le repos. La

raideur et la douleur matinale sont fréquentes; les personnes ressentent un inconfort important lorsqu'elles font leurs premiers pas au réveil.

L'enflure le long du tendon ou à l'arrière du talon est synonyme d'inflammation et peut être accompagnée de rougeur et de chaleur au toucher. Dans le cas de la bursite achilléenne, l'enflure est plus localisée dans la zone de la bourse, juste au-dessus de l'endroit où l'os du talon rencontre le tendon d'Achille.

Sur le plan fonctionnel, les personnes touchées peuvent avoir de la difficulté à effectuer des activités qui exigent de pousser avec le pied, comme monter un escalier ou se tenir debout sur la pointe des pieds. L'amplitude de mouvement dans la cheville peut être réduite, en particulier lors de dorsiflexion (ramener le pied vers le tibia), en raison de la douleur et de la raideur dans le tendon d'Achille.

Les cas chroniques ou graves de tendinite du tendon d'Achille peuvent entraîner des changements dégénératifs du tendon, connus sous le nom de tendinose, caractérisés par un épaississement du tendon, des nodules et un risque accru de rupture du tendon. De même, une inflammation persistante de la bursite du tendon d'Achille cause un inconfort chronique et peut avoir une incidence sur le fonctionnement du pied et de la cheville.

Les personnes de sexe féminin militaires actives courent un risque beaucoup plus faible de tendinopathie du tendon d'Achille que leurs homologues masculins. Le sexe féminin est un facteur de protection dans les spécialités administratives et logistiques; cependant, les personnes de sexe féminin militaires actives présentent un risque plus élevé de tendinopathie du tendon d'Achille dans les spécialités navales et liées à l'entretien.

Considérations liées à l'admissibilité

Section A : Causes et/ou aggravation

Aux fins de l'admissibilité à Anciens Combattants Canada (ACC), on considère que les [facteurs](#) suivants causent ou aggravent les conditions énumérées dans la [section des définitions](#) de la présente LDA, et peuvent être pris en considération avec les éléments de preuve pour aider à établir un lien avec le service. Les facteurs énumérés dans la section A ont été déterminés sur la base d'une analyse de la littérature scientifique et médicale actualisée, ainsi que des meilleures pratiques médicales fondées sur des données probantes. Des facteurs autres que ceux énumérés à la section A peuvent être pris en considération, mais il est recommandé de consulter un consultant en prestations d'invalidité ou un conseiller médical.

Les conditions énoncées ci-dessous sont fournies à titre indicatif. Dans chaque cas, la décision doit être prise en fonction du bien-fondé de la demande et des éléments de preuve fournis.

Facteurs

1. **Surutilisation** avant l'apparition clinique ou l'aggravation de l'affection du tendon d'Achille.

Remarque : Les présentations cliniques d'une affection du tendon d'Achille devraient se produire pendant l'activité ou dans les sept jours suivant sa cessation et être permanentes ou récurrentes pendant au moins six mois.

2. **Affections préexistantes ou concomitantes :**

- a) Avoir subi une **fracture d'un membre inférieur qui a modifié l'alignement de celui-ci**, au moment de l'apparition clinique ou de l'aggravation de l'affection au tendon d'Achille.
- b) Souffrir d'une ou de plusieurs des **maladies arthritiques systémiques** suivantes au moment de l'apparition clinique ou de l'aggravation de la **tendinopathie du tendon d'Achille ou de la bursite achilléenne** :

- [spondylarthrite ankylosante](#)
- maladie de Behçet
- goutte ou autre arthropathie induite par des cristaux
- spondylarthropathie entéropathique
- arthropathie psoriasique
- arthrite réactionnelle
- [polyarthrite rhumatoïde](#)
- spondylarthropathie indifférenciée.

Remarque : Lorsqu'une tendinopathie du tendon d'Achille ou une bursite achilléenne fait partie des symptômes d'une autre affection, elle est comprise dans l'admissibilité et l'évaluation de l'autre affection.

3. Pour la **tendinopathie du tendon d'Achille seulement** : avoir suivi un traitement au moyen d'un **antibiotique de la classe des fluoroquinolones** (y compris, sans s'y limiter, la lévofloxacine et la ciprofloxacine), dans les sept jours précédent le début clinique ou l'aggravation de la tendinopathie du tendon d'Achille.
4. Avoir suivi un traitement au moyen d'un **médicament glucocorticoïde systémique** pendant au moins six mois avant l'apparition clinique ou l'aggravation de la **tendinopathie du tendon d'Achille ou de la bursite achilléenne**. Ce facteur ne s'applique pas aux glucocorticoïdes inhalés ou topiques.

5. Pour la **tendinopathie du tendon d'Achille seulement** : avoir suivi un traitement au moyen de **statines** (y compris, sans s'y limiter, l'atorvastatine et de la rosuvastatine), avant le début clinique ou l'aggravation de la tendinopathie du tendon d'Achille.
6. Être incapable d'obtenir un **traitement médical approprié** de l'affection du tendon d'Achille.

Section B : Affections dont il faut tenir compte dans la détermination de l'admissibilité/l'évaluation

La section B fournit une liste des affections diagnostiquées qu'ACC prend en considération dans la détermination de l'admissibilité et l'évaluation des affections chroniques du tendon d'Achille.

- Bursite calcaneenne superficielle
- Bursite rétrocalcaneenne profonde
- Péritendinite du tendon d'Achille
- Bursite adventituelle postérieure du tendon d'Achille
- Maladie (ou syndrome) de Haglund et achilléite

Section C : Affections courantes qui peuvent découler en totalité ou en partie des affections chroniques de tendon d'Achille et/ou de son traitement

Aucune affection médicale consécutive n'a été relevée au moment de la publication de la présente LDA. Si le bien-fondé du cas et les preuves médicales indiquent qu'il peut exister une relation corrélative possible, il est recommandé de consulter un consultant en prestations d'invalidité ou un conseiller médical.

Liens

Directives et politiques connexes d'ACC :

- [Spondylarthrite ankylosante – Ligne directrice sur l'admissibilité](#)
- [Polyarthrite rhumatoïde – Ligne directrice sur l'admissibilité](#)
- [Indemnité pour douleur et souffrance - politiques](#)
- [Demandes de pension d'invalidité de la GRC - politiques](#)
- [Admissibilité double – Prestations d'invalidité - politiques](#)
- [Détermination d'une invalidité - politiques](#)
- [Prestations d'invalidité versées à l'égard du service en temps de paix – Principe d'indemnisation - politiques](#)

- [Prestations d'invalidité versées à l'égard du service en temps de guerre et du service spécial – Principe d'assurance - politiques](#)
- [Invalidité consécutive à une blessure ou maladie non liée au service - politiques](#)
- [Invalidité consécutive - politiques](#)
- [Bénéfice du doute - politiques](#)

Références compter à 22 janvier 2025

Disponible en anglais seulement

Australian Government, Repatriation Medical Authority. (1996) *Statement of principles concerning Achilles tendinopathy and bursitis (Reasonable Hypothesis)* (No 53 of 1996) [SOPs - Repatriation Medical Authority](#)

Australian Government, Repatriation Medical Authority (1996). *Statement of principles concerning adjustment disorder (Balance of Probabilities)* (no. 54 of 1996). [SOPs - Repatriation Medical Authority](#)

Australian Government, Repatriation Medical Authority. (2015). *Statement of principles concerning Achilles tendinopathy and bursitis (reasonable hypothesis)* (No 96 of 2015) [SOPs - Repatriation Medical Authority](#)

Australian Government, Repatriation Medical Authority (2015). *Statement of principles concerning adjustment disorder (balance of probabilities)* (no. 97 of 2015). [SOPs - Repatriation Medical Authority](#)

Briggs, A. M., Cross, M. J., Hoy, D. G., Sànchez-Riera, L., Blyth, F. M., Woolf, A. D., & March, L. (2016). Musculoskeletal health conditions represent a global threat to healthy aging: A report for the 2015 World Health Organization World Report on Ageing and Health. *The Gerontologist*, 56(Suppl 2), S243–S255.

<https://doi.org/10.1093/geront/gnw002>

Canosa-Carro, L., Bravo-Aguilar, M., Abuín-Porras, V., Almazán-Polo, J., García-Pérez-de-Sevilla, G., Rodríguez-Costa, I., López-López, D., Navarro-Flores, E., & Romero-Morales, C. (2022). Current understanding of the diagnosis and management of the tendinopathy: An update from the lab to the clinical practice. *Disease-a-Month*, 68(10), 101314.

<https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2021.101314>

Dee, R. (Ed.). (1997). *Principles of orthopaedic practice* (2nd ed.). McGraw-Hill, Health Professions Division.

Dos Santos Bunn, P., De Oliveira Meireles, F., De Souza Sodré, R., Rodrigues, A. I., & Da Silva, E. B. (2021). Risk factors for musculoskeletal injuries in military personnel: A systematic review with meta-analysis. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 94(6), 1173–1189.

<https://doi.org/10.1007/s00420-021-01700-3>

Fauci, A. S., Braunwald, E., & Fuselbacher, K. J. (1998). *Harrison's principles of internal medicine* (14th ed.). McGraw Hill.

Fraser, J. J., Zellers, J. A., Sullivan, C. K., & Janney, C. F. (2023). *Burden and risk factors for Achilles tendon rupture in the military population from 2006 to 2015: A retrospective cohort study* [Preprint]. Sports Medicine.

<https://doi.org/10.1101/2023.10.02.23296425>

Harries, M., Williams, C., Stanish, W., & Micheli, L. (1998). *Oxford textbook of sports medicine* (2nd ed.). Oxford University Press.

Jahss, M. H. (1982). *Disorders of the foot*. W.B. Saunders.

- Järvinen, T. A. H., Kannus, P., Maffulli, N., & Khan, K. M. (2005). Achilles Tendon Disorders: Etiology and Epidemiology. *Foot and Ankle Clinics*, 10(2), 255–266.
<https://doi.org/10.1016/j.fcl.2005.01.013>
- Kibler, W. B., Herring, S. A., & Press, J. M. (1998). *Functional rehabilitation of sports and musculoskeletal injuries*. Aspen publ.
- Kozlovskaia, M., Vlahovich, N., Ashton, K. J., & Hughes, D. C. (2017). Biomedical Risk Factors of Achilles Tendinopathy in Physically Active People: A Systematic Review. *Sports Medicine - Open*, 3(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s40798-017-0087-y>
- Lausé, G. E., Egbert, R. A., & Ryan, P. M. (2023). Insertional Achilles Tendinopathy: Occupational Outcomes in the Military. *Foot & Ankle Specialist*, 16(4), 342–348.
<https://doi.org/10.1177/19386400211029121>
- Lause, G., Egbert, R., Anderson, C., & Ryan, P. (2018). Outcomes of Insertional Achilles Tendinopathy in Active Duty Military Population. *Foot & Ankle Orthopaedics*, 3(3), 2473011418S0030. <https://doi.org/10.1177/2473011418S00304>
- Lovalekar, M., Hauret, K., Roy, T., Taylor, K., Blacker, S. D., Newman, P., Yanovich, R., Fleischmann, C., Nindl, B. C., Jones, B., & Canham-Chervak, M. (2021). Musculoskeletal injuries in military personnel—Descriptive epidemiology, risk factor identification, and prevention. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 24(10), 963–969. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2021.03.016>
- Mahieu, N., Van Tiggelen, D., De Muynck, M., Dumalin, M., & Witvrouw, E. (2010). Blood Flow of the Achilles Tendon During Military Training. *International Journal of Sports Medicine*, 31(12), 901–905. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1267159>

- Maughan, K., Fields, K., & Reid Boggess, B. (2024). Achilles tendinopathy and tendon rupture. *UpToDate*.
- McAuliffe, S., Tabuena, A., McCreesh, K., O'Keeffe, M., Hurley, J., Comyns, T., Purtill, H., O'Neill, S., & O'Sullivan, K. (2019). Altered Strength Profile in Achilles Tendinopathy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Athletic Training*, 54(8), 889–900. <https://doi.org/10.4085/1062-6050-43-18>
- Milgrom, C., Finestone, A., Zin, D., Mandel, D., & Novack, V. (2003). Cold Weather Training: A Risk Factor for Achilles Paratendinitis among Recruits. *Foot & Ankle International*, 24(5), 398–401. <https://doi.org/10.1177/107110070302400504>
- Millar, N. L., Silbernagel, K. G., Thorborg, K., Kirwan, P. D., Galatz, L. M., Abrams, G. D., Murrell, G. A. C., McInnes, I. B., & Rodeo, S. A. (2021). Tendinopathy. *Nature Reviews Disease Primers*, 7(1), 1. <https://doi.org/10.1038/s41572-020-00234-1>
- O'Leary, T. J., Young, C. D., Wardle, S. L., & Greeves, J. P. (2023). Gender data gap in military research: A review of the participation of men and women in military musculoskeletal injury studies. *BMJ Military Health*, 169(1), 84–88. <https://doi.org/10.1136/bmjmilitary-2021-002015>
- Owens, B. D., Wolf, J. M., Seelig, A. D., Jacobson, I. G., Boyko, E. J., Smith, B., Ryan, M. A. K., Gackstetter, G. D., Smith, T. C., for the Millennium Cohort Study Team, Bagnell, M., Creaven, G., Crum-Cianflone, N., Davies, J., Granado, N., Hernando, D., Horton, J., Jones, K., LeardMann, C., ... Wong, C. (2013). Risk Factors for Lower Extremity Tendinopathies in Military Personnel. *Orthopaedic Journal of Sports Medicine*, 1(1), 232596711349270. <https://doi.org/10.1177/2325967113492707>
- Purdam, C., & de Vos, R.-J. (2024). Tendinopathy. *UpToDate*.

- Rhon, D. I. I., Molloy, J. M., Monnier, A., Hando, B. R., & Newman, P. M. (2022). Much work remains to reach consensus on musculoskeletal injury risk in military service members: A systematic review with meta-analysis. *European Journal of Sport Science*, 22(1), 16–34. <https://doi.org/10.1080/17461391.2021.1931464>
- Rudzki, W., Delaney, T., & Macri, E. (2017). Military Personnel. In *Brukner & Khan's Clinical Sports Medicine: Injuries* (5e ed., Vol. 1–1, pp. 991–1001). McGraw Hill. <https://csm.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1970§ionid=168697060>
- Sammito, S., Hadzic, V., Karakolis, T., Kelly, K. R., Proctor, S. P., Stepens, A., White, G., & Zimmermann, W. O. (2021). Risk factors for musculoskeletal injuries in the military: A qualitative systematic review of the literature from the past two decades and a new prioritizing injury model. *Military Medical Research*, 8(1), 66. <https://doi.org/10.1186/s40779-021-00357-w>
- Sellon, E., Goodall, D., Barker-Davies, R., Crick, A., & Ashburner, A. (2020). Musculoskeletal Overuse Injuries of Lower Limb in Military. In K. M. Iyer & W. S. Khan (Eds.), *Orthopedics of the Upper and Lower Limb* (pp. 635–653). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-43286-7_36
- Steinberg, N., Pantanowitz, M., Zeev, A., Svorai Band, S., Funk, S., & Nemet, D. (2022). Achilles and patellar tendon structure following a prevention program in male combat soldiers. *The Physician and Sportsmedicine*, 50(6), 531–540. <https://doi.org/10.1080/00913847.2021.1976601>
- Stephenson, M. (2015). *Causation and risk factors of Achilles Tendinopathy*.
- Subotnick, S. I. (Ed.). (1999). *Sports medicine of the lower extremity* (Ed. 2). Churchill Livingston.

Sullivan, C. K., Janney, C. F., & Fraser, J. J. (2023). *Burden and risk factors for Achilles tendinopathy in the military population from 2006 to 2015. A retrospective cohort study*. Sports Medicine. <https://doi.org/10.1101/2023.02.27.23286521>

van der Vlist, A. C., Breda, S. J., Oei, E. H. G., Verhaar, J. A. N., & de Vos, R.-J. (2019). Clinical risk factors for Achilles tendinopathy: A systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 53(21), 1352–1361. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-099991>

Veterans Affairs Canada (2024). *Conditions of the Achilles Tendon*. License for use purchased from https://www.123rf.com/photo_11347639_Achilles-tendon-problems.html

Weinstein, S. L., Buckwalter, J. A., & Turek, S. L. (Eds.). (1994). *Turek's Orthopaedics: Principles and their application* (5th ed). Lippincott.

Wijnhoven, H. A. H., De Vet, H. C. W., & Picavet, H. S. J. (2006). Prevalence of musculoskeletal disorders is systematically higher in women than in men. *The Clinical Journal of Pain*, 22(8), 717–724.
<https://doi.org/10.1097/01.ajp.0000210912.95664.53>

World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th Revision). <https://icd.who.int/>